

**АНГАГАХ
УХААН**

89.2

«МОНГОЛЫН АНАГААХ УХААН» СЭТГҮҮЛИЙН ОЙ ТЭМДЭГЛЭНЭ

«Монголын анагаах ухаан» сэтгүүлийн анхны дугаар «Эрдэм шинжилгээний бичиг» нэртэй эмхтгэлийг 1959 онд Улсын их сургуулийн анагаах ухааны факультетийн дотор өвчнийг эмчлэх тэнхимээс эрхлэн доктор, профессор И. И. Крыжановскаягийн удирдлагаар анх нийтлүүлснээс хойш 30 жил боллоо. Тэрхүү «Эрдэм шинжилгээний бичиг»-ийн анхны дугаарт Ө. Готов, А. Гүр, Б. Дэмбэрэл, Ц. Долгор, Я. Дондог, Ц. Ишханд, Ж. Моондой, Ч. Цэрэннадмид, Н. Чогсомжав нарын бүтээлүүд оржээ.

Эл эмхтгэл 1959—1960 онд хоёр дугаар гарч, 1961—1969 онд Анагаах ухааны хүрээлэнгийн «Анагаах ухааны эрдэм шинжилгээний бичиг» нэрээр Т. Шагдарсүрэнгийн удирдлагаар арав гаруй дугаар, 1966—1969 онд «Анагаах ухааны дээд сургуулийн эрдэм шинжилгээний бичиг» гарч улмаар дээрх цувралуудыг нэгтгэн 1970 оноос эхэлж Эрүүлийг хамгаалах яам, Монголын эмч нарын нийгэмлэг, Анагаах ухааны хүрээлэн, Анагаах ухааны дээд сургуулиас эрхлэн «Монголын анагаах ухаан» цувралыг «Эрүүл мэнд» сэтгүүлийн редакци түшиглүүлэн доцент Ш. Доржжадамба эрхлэгчтэй редакцийн зөвлөл эрхлэн гаргах болжээ. Уг цуврал 1970—1980 онд бүгд 32 дугаар гарч, редакцийн зөвлөлд Д. Балдандорж, Т. Шагдарсүрэн, Ж. Дашдаваа, Ц. Дугарням, А. Дамдинсүрэн, Б. Рагчаа, Ц. Рэнчиндорж, Д. Цагаанхүү, Д. Цэдэв, Ш. Жигжидсүрэн, Г. Жамба, Н. Гэндэнхамц, М. Дамбадорж, Ч. Долгор зэрэг нэртэй эрдэмтэд багш нар ажиллаж иржээ.

1980 оноос «Монголын анагаах ухаан» цувралыг Эрүүлийг хамгаалах яамны улирал тутмын тогтмол сэтгүүл болгожээ.

«Монголын анагаах ухаан» сэтгүүлийн анхны дугаар гэж тооцож байгаа Эрдэм шинжилгээний бичгийн эхний дугаарт эрдэм шинжилгээний арваад өгүүлэл оруулж, 1000 хувь хэвлэсэн бол 1970 онд «Анагаах ухааны эрдэм шинжилгээний бичиг» 1200 хувиар хэвлэгдэж, эрдэм шинжилгээний гуч шахам өгүүлэл зөвлөгөө, аргачлал нийтлэж байв.

1980 онд «Монголын анагаах ухаан» сэтгүүлийн эхний дугаар буюу нийтлэгдсэнээс хойшхи 45 дахь дугаар нь «Үндсэн өгүүлэл», «Судалгаа шинжилгээ», «Практикийн эмч нарт тусламж», «Товч мэдээ» гэсэн булантайгаар 5000 гаруй хувь нийтлэгдэж байсан ба эдүгээ «Эрүүлийг хамгаалахын зохион байгуулалт», «Судалгаа шинжилгээ», «Лекц, тойм, зөвлөгөө», «Туршлага солилцоо», «Ховор тохиолдол», «Гадаад орнуудад», «Шүүмж, мэдээ», «Эмчийн ёс суртахуун» деонтологи зэрэг булантай 4000 хувь хэвлэгдэж байна. Сүүлийн жилүүдэд сэтгүүлийн нийтлэлийн агуулга, чанар дээшилж, сэтгүүлийн өнгө үзэмж сайжирч байна.

«Монголын анагаах ухаан» сэтгүүлийн 30 жилийн ойг тус сэтгүүлийн зөвлөл уншигч та бүхэнтэйгээ хамтран энэ оны 11 дүгээр сард тэмдэглэх учир хүндэт уншигч Та сэтгүүлийнхээ ойд хөдөлмөр бүтээлийн их амжилт өргөн барихыг хүсэн ерөөхийн ялдамд сэтгүүлдээ судалгааны баялаг материалд тулгуурлан оновчтой бичиж боловсруулсан эрдэм шинжилгээний шинэлэг санаа дэвшүүлсэн дорвитой өгүүлэл, анагаах ухааны шинэхэн ололтыг соргог тусгасан тойм лекц, практикийн эмч эмзүйч нарт тус болж чадахуйц мэргэжлийн зөвлөгөө, сэтгүүлийн чанар агуулгыг дээшлүүлэхэд хандив болохуйц санал бодлоо өргөнөөр ирүүлнэ гэдэгт найдаж байна.

СЭТГҮҮЛИЙН ЗӨВЛӨЛ

АНАГААХ УХААН

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

20 дахь жилдээ

№2 (70)

1989 он

АГУУЛГА

СОДЕРЖАНИЕ

- «Нийслэлийн эмнэлгийн байгууллагуудын ажилтан нартай уулзсан уулзалт дээр МАХН-ын Төв Хорооны Улс төрийн Товчооны гишүүн, БНМАУ-ын Сайд нарын Зөвлөлийн дарга Д. Содномын хэлсэн үг» 3
- Ч. Цэрэннадмид — Эрүүлийг хамгаалахын урьдчилан сэргийлэх ажлыг чанарын шинэ шатанд гаргая 7
- Эрүүлийг хамгаалахын зохион байгуулалт
- Ц. Мухар, А. Дашцэрэн — Хүн амд үзүүлэх параклиникийн тусламжийг өргөжүүлэх асуудал 15
- Ц. Норовпил — Стоматологийн тусламжийг сайжруулах арга зам 18
- П. Янсан, А. Санжаа — Хөдөөгийн бригад, хэсгийн бага эмч 21
- Өөрчлөлт шинэчлэл: санал бодол
- Д. Ням-Осор — Эм хангамжийн зохион байгуулалтын тулгамдсан зарим асуудал 23
- Р. Арслан — Бидний мэдэх асуудал анхаарал хандуулахад 25
- Эмчийн ёс суртахуун деонтологи
- Гипократын тангараг 28
- Г. Зуунай, Б. Лхагважав — Эмч нарын санал бодолд хийсэн зарим дүгнэлт 30
- Ж. Базардаръяа — Хайрлах ёстой нэр 32
- Судалгаа шинжилгээ
- Б. Дагвацэрэн — Тархи доржилтыг бариа заслаар эмчлэх асуудал 36
- Д. Дандий, Г. Ган-Эрдэнэ, Б. Доржпалам, О. Батмөнх — Эдэмцрээс үйлдвэрлэсэн пептоны чанарын үзүүлэлт 39
- Б. Баярт, А. В. Ковальчук, А. В. Ганковская — Шархыг лимфокинээр эмчлэх нь 43
- Д. Балдандорж — Алтан гагнуурын бэлдмэлийн яс бороолохыг идэвхжүүлэх үйлчлэл 46

Речь члена Политбюро ЦК МНРП, председателя Совета министров МНР тов. Д. Соднома на встрече с медицинскими работниками столицы 29 февраля 1989 года

Ч. Цэрэннадмид — Выдвинем на качественноновый этап профилактическую работу здравоохранения

Организация здравоохранения

Ц. Мухар, А. Дашцэрэн — К вопросу расширения параклинической помощи населению

Ц. Норовпил — Пути улучшения стоматологической помощи

П. Янсан, А. Санжаа — Фельдшер сельскохозяйственных бригад и участки

Перестройка и обновление мысли и раздумья

Д. Ням-Осор — Актуальные вопросы организации лекарственного обеспечения

Р. Арслан — Ещё раз об известных проблемах

Врачебная этика и деонтология

Клятва Гипократа

Г. Зуунай, Б. Лхагважав — Предложения врачей и их критическая оценка.

Ж. Базардаръяа « Береги честь врача

Оригинальные статьи

Б. Дагвацэрэн — К вопросу применения «бариа засал» при сотрясении головного мозга

Д. Дандий, Г. Ган-Эрдэнэ, Д. Доржпалам, О. Батмөнх — Качественные показатели казеинового пептона отечественного производства

Б. Баярт, А. В. Ковальчук, А. В. Ганковская — Лечение раневого дефекта лимфокином

Д. Балдандорж — Фармакологические свойства очитки живучего на стимулирующее действие регенерации при переломах

Д. Дунгэрдорж — Зарим ортуузын фитохимийн урьдчилсан судалгаа 50

Ж. Цогнэмэх, Г. Чойжамц, Д. Намжилдорж — Ээрэм шарилжийн ерөнхий нөлөө, хорон чанарыг судалсан дүн 53

Л. Мягмар — Төлөгч өвсний фармакологийн зарим үйлдэл 55

А. Тогооч, Т. Гомбосүрэн, Ч. Цэндэхуу — Налайхын районд гарсан балнадын дэгдэлтэд хийсэн халдвар судлалын анализ 57

Лекц, тойм, зөвлөгөө

Б. Гомбосүрэн, Б. Батсэрээдэнэ — Гуурсан хоолойн тэлэх өвчний эмчилгээ 62

— Уушгины эзлэхүүн, агааржилтын үзүүлэлтийн нэр томьёо 64

Б. Гомбосүрэн — Гадаад амьсгалын хийн үзүүлэлт тодорхойлох үндэс 66

Н. Чулуун — Сүрьеэтэй тэмцэх ажлын өгөөжийг дээшлүүлэх арга. 69

А. Тогооч, Ж. Цэцгээ — Эмнэлгийн дотоод халдварын зарим шалтгаан 72

— Болзошгүй халдвараас сэргийлэх Туршлага солилцье 73

Д. Батсүх, Н. Мэндбаяр — Хүүхдийн суулгах өвчний үед шингэн уулгаж эмчилсэн нь 76

Ч. Аюуш — Поликлиникт мэс засал хийж байна 78

Гадаад орнуудад

Н. Мөнхтүвшин, А. Аня, Д. Одонтуяа — Математик оношлолын туршлага 79

Д. Нинжээ — Иодинолын уусмал сайн ариутгагч 80

Ховор тохиолдол

А. Эрдэнэчимэг, Я. Дондог, Д. Сэржээ — Зүрхний зүүн тосгуурын хавдар 81

Номын тойм, шүүмж

П. Нямдаваа — «Эмнэлзүйн бичил-амьсудлаа» номын тухай 83

Мэдээ

Ц. Содномпил — Удирдах ажилтны зөвлөлдгөөн болов

А. Бузмаа — Семинар болов

Ш. Үдэнбэр — Уулзалт болов

Д. Дунгэрдорж — Предварительное фитохимическое изучение некоторых видов остролодочника

Ж. Цогнэмэх, Г. Чойжамц, Д. Намжилдорж — Результаты исследования общего фармакологического действия и острой токсичности полыни крупноцветковой

Л. Мягмар — Некоторые фармакологические действия тысячелетника

А. Тогооч, Т. Гомбосүрэн, Ч. Цэндэхуу — Эпидемиологический анализ вспышки брюшного тифа в Налайхском районе г. Уланбатора.

Обзоры, лекции и консультации

Б. Гомбосүрэн, Б. Батсэрээдэнэ — Активные методы лечения при бронхоэктатической болезни

— Терминология, применяемая для обозначения показателей объема и вентиляции легких

Б. Гомбосүрэн — Основы правильного определения газовых показателей внешнего дыхания

Н. Чулуун — Методы улучшения эффективности работы по борьбе с туберкулезом

А. Тогооч, Ж. Цэцгээ — Некоторые причины внутрибольничной инфекции — Предупредим возможную инфекцию

Обмен опытом

Д. Батсүх, Н. Мэндбаяр — Результат оральной регидратации у детей при кишечных диарреях

Ч. Аюуш — Операция в поликлинике

За рубежом

Н. Мөнхтүвшин, А. Аня, Д. Одонтуяа — Опыт математической диагностики

Д. Нинжээ — Раствор иодиола-эффективное дезинфицирующее средство Редкие случаи

А. Эрдэнэчимэг, Я. Дондог, Д. Сэржээ — Миксома в левом предсердии сердца

Рецензия

П. Нямдаваа — О книге «Клиническая микробиология»

Хроника события

НИЙСЛЭЛИЙН ЭМНЭЛГИЙН БАЙГУУЛЛАГУУДЫН АЖИЛТАН НАРТАЙ УУЛЗСАН УУЛЗАЛТ ДЭЭР МАХН-ЫН ТӨВ ХОРООНЫ УЛС ТӨРИЙН ТОВЧООНЫ ГИШҮҮН, БИМАУ-ЫН САИД НАРЫН ЗӨВЛӨЛИЙН ДАРГА Д. СОДНОМЫН ХЭЛСЭН ҮГ

МАХН-ын Төв Хорооны V бүгд хурлаас эдийн засаг, улс төрийн систем, нийгэм, оюун санааны хүрээг хамарсан өөрчлөн байгуулалт хийхээр дэвшүүлсэн зорилтыг хэрэгжүүлэх үйл хэрэгт нам, ард түмний анхаарал төвлөрч, энэ ажил өрнөж байгаа үед бид уулзаж, хүн ардын эрүүл мэндийг хамгаалах ажилд өөрчлөлт, шинэчлэлт хийх сэдвээр ярилцаж байна.

Эрүүлийг хамгаалах ажлын арга барилыг боловсронгуй болгож үр өгөөжийг дээшлүүлэх нь өөрчлөн байгуулалтын ажлын чухал хэсэг болно.

Ажил хэргийнхээ байдалд бодитой дүгнэлт хийж, хүн амын эрүүл энхийг хамгаалах асуудлыг орчин үеийн нөхцөл байдалтай нягт уялдуулж, шинэ шаардлагын түвшинд, шинжлэх ухааны үндэстэй шийдвэрлэх хариуцлагатай бөгөөд хялбар биш үүрэг та бидний өмнө тулгарч байна.

Ард олны маань амьдарч хөдөлмөрлөж байгаа дотоод, гадаад орчин нөхцөл маш түргэн өөрчлөгдөж байна. Манай улсын гадаад ертөнцтэй харьцах харилцаа өргөн болж байна. Эдийн засаг-нийгмийн хөгжлийн орон хэмжээний далайц нэмэгдлээ. Байгаль орчинд ийнхүү нөлөөлж, түүнийг өөрчилж байна. Хүмүүсийн амьдралын хэм, заншилд ч өөрчлөлт гарч байна. Энэ бүхнээс хамаарч хүний эрүүл мэндэд нөлөөлдөг олон янзын шинэ нөхцөл байдал ч гарч байна. Ийнхүү гарч байгаа өөрчлөлтийг тусгаж ажлын арга хэлбэрээ цаг тухайд нь өөрчлөхгүй бол эрүүлийг хамгаалах үүргээ зохих ёсоор биелүүлж чадахгүйд хүрнэ.

Тийм ч учраас энэ бүхэн бүтээлч сэтгэлгээтэй, идэвх санаачилгатай, зоримог ажиллах хэрэгтэйг шаардаж байна.

Эрүүлийг хамгаалах салбарын материал баазыг бэхжүүлэх, боловсон хүчний хангамжийг сайжруулах талаар байнга анхаарч, шаардлагатай арга хэмжээ авч хэрэгжүүлж ирлээ. Хүн ам 1988 онд 1980 онд байснаас бараг 23%-иар өссөн байна. Энэ хугацаанд больницын орны тоо 30 хувиар, хүний их эмчийн тоо 40 хувиар, төсвөөс эрүүлийг хамгаалах арга хэмжээнд зарцуулдаг хөрөнгө 58 хувиар өссөн байна. Эмнэлгийн практикт орчин үеийн шинжлэх ухаан-техникийн ололт, эмчлэгээ оношлолын шинэ арга, орчин үеийн техник хэрэгсэл нэвтрүүлэх талаар багагүй зүйл хийгдсэн юм.

Хүн ардынаа эрүүл мэндийг хамгаалах хэрэгт эмнэлгийн байгууллага, хамт олон, эмч мэргэжилтэн нарын оруулж байгаа хувь нэмрийг манай нам, ард түмэн сайн мэдэж өндөр үнэлж байдаг юм.

Авч байгаа арга хэмжээ, эмнэлгийн ажилтнуудын хөдөлмөрийн үр дүнд бий болсон ололт амжилт бидэнд бий.

Салбарын материал техникийн бааз, боловсон хүчний хангалт, хүн амын цэвэр өсөлт нь маш амжилтыг гэрчилж байгаа

юм. Гэвч анхаарал төвлөрүүлж шийдвэрлэвэл зохих асуудал эрүүлийг хамгаалах салбарт цөөнгүй байна. Бидний сэтгэл санааг хамгийн их зовоож байгаа юм юу вэ гэвэл өвчлөл, эндэгдэл, ялангуяа зарим халдварт өвчний гаралт тууштай буурахгүй байгаа, үйлчилгээ, ажлын соёл, олны хамралт хангалттай биш байгааг бид анхаарах ёстой.

Эрүүлийг хамгаалах ажлыг цаашид өөрчлөн сайжруулах чиглэл бодлогоо дахин харж үзэх шаардлагатай юм биш байгаа даа. Өөрчлөлт шинэчлэлийн энэ том ажлын хүрээнд эрүүлийг хамгаалахын салбарт яаж ажиллах вэ гэдгээ нийт хамт олон зориуд авч үзэж, хэлэлцэж, чиглэлээ гаргах нь зүйтэй болов уу. Энэ бол манай нэгдүгээрт та нөхдөд хэлэх гэсэн асуудал юм. Нөгөө талаар та нөхөдтэй уулзсан завшааныг ашиглаж үндсэндээ нэг л асуудлаар тодорхой ярих гэж бодсон юм. Энэ бол урьдчилан сэргийлэх ажлыг сайжруулах тухай асуудал юм. Хүмүүсийг өвчлөхөөс урьдчилан сэргийлэх ажлыг сайжруулах явдлыг эрүүлийг хамгаалах салбарт хийх өөрчлөлт, шинэчлэлтийн ажлын үндсэн хэсэг болгох нь зүйтэй гэж үзэж байна. Өвчлэлтийг эмчлэхэд гол хөрөнгө, хүч, анхаарал төвлөрч, сэргийлэх нь ходрогдсон тохиолдолд ахиц амжилт гарахгүй, эрүүлийг хамгаалах салбарын ажил улам хүндэрсээр л байх болно.

Өвчлөхөөс сэргийлэх, бие бялдрыг чийрэгжүүлэх үйл ажиллагааг иж бүрэн, далайцтай өрнүүлж, шаардлагатай үйл ажиллагааг нийтийн хэвшил болгож чадсан нөхцөлд эрүүлийг хамгаалах ажилд тууштай сайн үр дүн гарна. Энэ ажлыг бүх нийтийн хүчийг дайчилж байж шийдвэрлэх боломжтой. Гэхдээ санаачлах, энэ ажлын оновчтой арга хэлбэрийг олж нэвтрүүлэх, шаардлага хяналт тавьж үр дүнд хүргэх, зохион байгуулах нь та бүхний үүрэг билээ. Урьдчилан сэргийлэх ажилтай холбогдуулж хэд хэдэн тодорхой асуудлыг хэлбэ гэж бодсон юм.

1. Бүх хүнийг диспансерийн хяналтад авах ажлыг хийж эхэллээ. Одоогийн байдалаар хүн амын гуравны нэг нь ийм хяналтад хамрагдсан мэдээ байна. Иймд:

— Диспансерийн хяналтад бүрэн хамрах ажлыг хэдий хугацаанд хэрэгжүүлэхээ нарийн тооцож, аль болохоор ойрын хугацаанд шийдвэрлэхийг бодох нь зүйтэй.

— Диспансерийн хяналтад авах ажлыг эхнээс нь чанартай, үр өгөөжтэй арга хэлбэрээр зохион байгуулахад онцгой анхаарах хэрэгтэй.

Бидэнд хэлбэр, тоо, ор нэр хэрэггүй, чанартай, үр өгөөж сайтай, ард түмний хэрэгцээ шаардлага, сэтгэл санаанд бүрэн нийцсэн үйлчилгээ, үйл ажиллагаа л чухал.

— Диспансерийн хяналтыг хот, хөдөөд түүний онцлогт, нөхцөл байдалд оновчтой тохирсон арга хэлбэрээр зохион байгуулья.

2. Манай улс олон улстай харилцдаг болж, зам тээврийн үйлчилгээ өргөжиж байна. Үүнтэй холбоотойгоор томуу, томуу төстэй өвчин дэлхийн аль нэгэн оронд гарахад тэр нь голдуу л манай оронд орж ирж байна. Томуу өвчин богино хугацаанд тархаж, олон хүн өвчилж их хохирол учруулж байгаа юм. Нөгөө талаар сүүлийн үед дархлал хомсдох хамшинж (Спид) өвчин дэлхийн олон оронд илэрч, жилээс жилд газар авсаар байгаа энэ өвчний хор хөнөөл хичнээн аюултай, эмчлэх арга гаргагүй байгааг та нөхөд сайн мэдэж байгаа. Энэ өвчнөөс сэргийлэх, түүнийг гаргахгүй, дэлгэрүүлэхгүй байхад шаардагдах бүхий л талын арга хэмжээ авах явдал манай хамгийн гол зорилтын нэг болж байна. Түүнчлэн манай оронд халдварт гепатит, сүрьеэ өвчнөөр өвчлөх явдал их байна. Үүнтэй холбогдуулж ямар асуудалд анхаармаар байна вэ гэвэл нэгдүгээрт, энэ халдварт өвчин, түүний тархалт, хор хөнөөлийн талаар ард иргэдэд маш шуурхай, маш тодорхой мэдээлж байх системээ эргэж харъя. Нөгөө талаар эдгээр халдварт өвчнөөс сэргийлэх ажлыг хүн бүрт эзэмшүүлэх ажлыг зохиё. Ийншээлбэл томуу, дархлал хомсдох хамшинж, гепатит энэ гурван өвчин халдахаас сэргийлэх аргуудыг маш тодорхой ойлгомжтой хэлбэрээр сурталчлах ажлыг л барьж авч хиймээр байна. Энэ ажлыг зохион байгуулахад Эрүүлийг хамгаалах байгууллагын нөхөд Ардын боловсролын Яам, Соёлын байгууллага, Залуучуудын болон Эмэгтэйчүүдийн байгууллагатай хамтарч зохион байгуулах нь зүйтэй байна. Энэ талаар одоо зохиож байгаа ажил хангалтгүй, далайц багатай, хүн бүрт хүрч, үр өгөөж гарахуйц сайн арга хэлбэрээ олоогүй байна.

Эрүүлийг хамгаалах яам, Эрүүл ахуй халдвар, нян судлалын институтээс гепатит өвчнөөс сэргийлэх вакцины хэрэгцээг хангах, түүнийг ойрын жилүүдэд дотооддоо үйлдвэрлэх талаар тавьж байгаа саналыг холбогдох газрууд бүх талаар дэмжиж ажил хэрэг болгох нь зүйтэй.

Зарим өвчний оношлуур, багажийн хүрэлцээг сайжруулах талаар тавьж байгаа саналыг ч харж үзэх, бололцооны хэрээр түргэн шийдэж өгөх нь зүйтэй.

3. Эрүүлийг хамгаалах байгууллага, түүний ажилтан нараас орчны ариун цэврийг сайжруулах, халдварт өвчнөөс сэргийлэхэд шаардагдах нөхцөл бололцоог бүрдүүлж байх талаар тавих шаардлага чухал юм. Энэ шаардлагыг бүх шатны байгууллагад болон ард иргэдийн өмнө тавих хэрэгтэй байна. Энэ шаардлагыг хүчтэй болгох нь зүйтэй байна. Ажил, шаардлагынхаа арга хэлбэрийг өөрчлөх боловсронгуй, үр өгөөжтэй болгох хэрэгтэй. Үнэндээ бол манай эрүүлийг хамгаалах салбарт ажиллаж байгаа нөхдөөс ариун цэврийг сайжруулах, халдварт өвчнөөс сэргийлэх нөхцөл бололцоог бүрдүүлэх талаар байгууллага, хариуцлагатны өмнө тавьж байгаа шаардлага сул байна.

Ариун цэврийг сахин, халдварт өвчнөөс сэргийлэх нөхцөлийг хангах явдал бол зөвхөн тухайн байгууллага буюу хувь хү-

ний өөрийн нь хэрэг биш, улс нийгмийн эрх ашгийн асуудал. Иймээс энэ талаар тавих зүй ёсны шаардлага өндөр, заавал хэрэгжиж биелдэг, элдэв зөрчил гажуудлын төлөө хүлээлгэдэг хариуцлага нь ч зохих хэмжээнд байх ёстой. Энэ ойлгоцын үүднээс ариун цэврийг сахих, халдварт өвчнөөс сэргийлэх нөхцөл бололцоог бүрдүүлэх, түүнчлэн халдварт өвчнийг тараасан, тараах нөхцөл бүрдүүлсэнд хүлээлгэх хариуцлагын талаар дагаж мөрдөж байгаа хууль эрхийн актуудыг хянан үзэх нь зүйтэй байх. Ер нь ч орчин үеийн нөхцөл байдалд бид хүмүүс, байгууллагуудын хариуцлагыг өндөржүүлэхгүйгээр эрүүлийг хамгаалах талаар, ялангуяа халдварт өвчин тархахаас сэргийлэх ажлыг амархан шийдэж чадахгүй юм. Өөрийнхөө, түүнчлэн үр хүүхдийнхээ, гэр бүлийнхээ гишүүдийн эрүүл мэндийн төлөө иргэн бүр өндөр хариуцлагатай байх ёстой. Энэ хариуцлага ямар байх ёстой вэ, яаж энэ хариуцлагаа хүлээх ёстой вэ гэдгээр ч гэсэн хэрэгтэй хууль эрхийн актандаа оруулах, өөрчлөлт оруулах юм уу, шинээр хууль эрхийн акт гаргах, хэрэгтэй бол түүнийгээ ч боловсруулж гаргах нь зүйтэй.

БНМАУ-ын Улсын үйлдвэрийн газрын хуулинд үйлдвэр, аж ахуйн газарт ажиллагчдыг өвлөлөөс урьдчилан сэргийлэх, эмнэлгийн тусалдаа үзүүлэх, эмнэлгийн цэг салбар байгуулахад орон байр гаргаж өгөх, материаллаг баазыг бэхжүүлэхэд хөрөнгө мөнгөний тусалдаа үзүүлэх, нийгмийн хөгжлийн фондоос ажиллагчдын эрүүл мэндийг хамгаалах, бие бялдрыг нь чийрэгжүүлэх арга хэмжээнд хөрөнгө хүч зориулвал зохих заалт бий. Энэ хууль хэрхэн хэрэгжиж байгаа талаар Эрүүлийг хамгаалах яам, эмнэлгийн байгууллагууд өндөр шаардлага тавьж ажиллах нь зүйтэй. Түрүүн хэсгийн эмнэлэг, цехийн эмнэлгийн талаар нэг санал гарсан. Миний бодлоор бол болдогсон бол үйлдвэр аж ахуйн газар бүхэнд ямар ч байсан эмнэлгийн нэг цэг байх нь зүйтэй. Харин хэсгийн эмнэлэг, цехийн эмнэлэг хоёр хоорондоо зохицолгүй, бие биерүүгээ хаяад, хүмүүсийг чирэгдүүлээд, ажил нь буруу зохион байгуулагдсан байгаа бол үүнийг засах хэрэгтэй юм.

5. Эмнэлгийн байгууллагууд үйлдвэр, аж ахуйн газруудтай шөфийн холбоо тогтоож тусгай гэрээний нөхцөлийн үндсэн дээр ажиллагчдад нь урьдчилан сэргийлэх үзлэг, чийрэгжүүлэлтийн дасгал, хөдөлгөөн болон эмчилгээ хийх боломжийг судалж хэрэгжүүлэх нь зүйтэй байна. Нөгөө талаар мэргэжлийн эмч нарыг ажлын бус цагаар өөрийн бололцоогоор урьдчилан сэргийлэх үзлэг хийх, эмчилгээ хийх ажил эрхлэх нөхцөл бололцоог бүрдүүлэх, ингэж ажиллахыг урамшуулсан хөлс урамшуулын асуудлыг судалж шийдвэрлэх нь зүйтэй. Энэ талаар Эрүүлийг хамгаалах яам боловсруулж шийдвэл сайн байна. Энэ нь эмнэлгийн байгууллагын үйлчилгээний ачааллыг багасгах боломж өгнө гэж үзэж байна.

6. Хүн амын эрүүд мэндийг сайжруулах гол аргын нэг нийтийн биеийн тамирыг эрчимтэй хөгжүүлж, түүнийг эмчил-

гээний болон урьдчилан сэргийлэх арга болгож хэрэглэх асуудлыг шинэ шатанд гаргах явдал чухал байна.

Нийтийн биеийн тамир гэдэг ойлголт одооноос хүн амыг биеийн тамирын мэдлэг, бие бялдрын хүмүүжилтэй болгох, ажил хөдөлмөрийн үед зарцуулагдсан хүчийг (энергийг) нөхөн сэргээх, биомасбодын үйл ажиллагааны эмгэг байдлыг арилгаж сэргээн засах зэрэг үндсэн гурван асуудал хамрагдаж байна. Эдгээр нь аль ч талаараа эрүүлйг хамгаалахтай шууд холбоотой юм.

Эрүүл мэнд гэдэг нь хувь хүний амьдрах, хөдөлмөрлөх чадавхийн үзүүлэлт гэдгийг Та нөхөд сайн мэднэ. Эрүүл мэндэд эерэг нөлөөлөх элдэв хүчин зүйл нийгмийн амьдралын бодит хөгжлийн үр дүнгээр улам нэмэгдэж байгааг дээр хэлсэн. Энэ хүчин зүйлийн сөрөг нөлөөг эрүүл мэндээ хохиролгүйгээр сөрж давах чадварыг хүн бүрд бий болгоход л урьдчилан сэргийлэхийн утга, агуулга орших учиртай.

Биеийн тамир-чийрэгжүүлэлт нь хүмүүсийн бие бялдрыг гадаад орчны элдэв цочрол, нөлөөлөлд авахгүй болгодоороо буцаад аргаас илүү үнэ цэнэтэй юм. Үүнийг бага наснаас нь л эхлэхгүй бол үр дүн муутгай байдаг шүү дээ.

Хүн амд биеийн тамирын мэдлэг олгож бие бялдрын хүмүүжил төлөвшүүлэх ажлыг яслийн наснаас эхлэн бүх шатны сургуулийн түвшинд хэрэгжүүлбэл үр дүнтэй болно.

Ардын боловсрол, эрүүлийг хамгаалах харилцсан нөхдийн хамтарсан ажил хэрэгтэй.

Цэцэрлэг, ерөнхий боловсролын сургуульд үзэж байгаа 35—70 цагийн биеийн тамирын программт хичээлээр энэ зорилт шийдвэрлэгдэхгүй. Социалист орнуудтай харьцуулахад сургуульд үзэж байгаа биеийн тамирын программт хичээлийн цаг 50 гаруй хувь цөөн байна. Яслид биеийн тамирын сургалт үндсэндээ явагдахгүй байна.

Ясли, цэцэрлэгт 100 мянган хүүхэд хүлээн авч ажилладаг байна. Тэднийг эрүүл чийрэг байлгахын тулд ясли, цэцэрлэгийн барилгын зургийг хүүхдийн бие бялдрын-чийрэгжүүлэлтийн өрөө танхимтай байхаар өөрчилж, зориулалтын тоног төхөөрөмжийн норматив, зураг, загвар зохиож, эх орны үйлдвэрүүд, хөдөлмөрийн нөхөрлөл, хоршоолоор хийлгэх зэрэг арга хэмжээ төв орон нутагт зохион байгуулах нь зүйтэй.

Ерөнхий боловсролын сургуульд 430 гаруй мянган сурагчид буюу манай хүн амын 1/5 нь сурч байна. Тэднийг биеийн тамир, спортын секц дугуйланд өргөн хамран хичээллүүлж, биеийн тамирын программт хичээлийг нэмэх арга хэмжээг боловсоулах нь зүйтэй байна. Биеийн тамирын хичээл ордог цаг бусад орныхоос хоёр дахин бага ч гэсэн мэдээ бий. Ер нь ч цагийг нь нэмээд, хүүхдийн сонирхол татаж чадах арга хэлбэрээр хичээлээ зохион байгуулахад байвал хүүхдийн эрүүл мэндийн төлөө олон больниц барьж олон эмч ажиллуулж, олон эм бэлдэж байхаас хамгийн хялбархан арга юм биш үү дээ.

Их, дээд, тусгай дунд сургуульд 43

мянган оюутан сурагчид сурч байгаагийн дөнгөж 19—20 хувь нь биеийн тамир, спортын секцэд хичээллэж, бие бялдрынхаа ид хөгжил цэцэглэлтийн үедээ биеийн тамирын программт хичээл сургалт, бие бялдрын чийрэгжүүлэлтийн арга хэмжээнд хамрагдахгүй байна. Залуу хүн бүр онцгой материаллаг нөхцөл төдий л ихээр шаардагдахгүй алхалт, аялал, гүйлт, гимнастикаар хичээллэх, оюутан сурагчдын дунд спортын цагаан толгой-хөнгөн атлетикаар хичээллэх хөдөлгөөнийг өрнүүлж, дэмжих нь өсвөр, залуу үеийнхний эрүүл мэндийг бэхжүүлэх, урьдчилан сэргийлэхийн нэн чухал арга хэмжээ болох юм. Энэ бол бие бялдрын хувьд үвтэгш хүмүүжилтэй, хойч үедээ эрүүл чийрэг үр хүүхэд төрүүлж, өөрийнхөө туулсан аргаар хүмүүжүүлэх чадвартай залуу үеийг бэлтгэнэ гэсэн хэрэг. Энэ чинь л хүн амын эрүүл мэндийн гол асуудал юм биш үү!

Ийм залуучуудыг бэлтгэснээр өвчилж болзошгүй, сул биетэй хүүхэд төрөх нь аяндаа багасаж хүүхдийн өвчлөл, эндэгдэл ч буурч, эрүүлийг хамгаалахын ажлын үзүүлэлт сайжрах үндэс болно.

Ажилчин, албан хаагчдын дунд нийтийн биеийн тамирын ажил зохион байгуулах асуудал ор нэр төдий л байна.

МАХН-ын XIX их хурлаас «...улс, хоршоолол, олон нийтийн байгууллагын хөрөнгө хүчээр хялбар хийц бүхий спортын танхим, биеийн тамирын талбай байгуулах ажлыг өргөтгөх...» зорилт дэвшүүлсний дагуу улс, хоршоолол, олон нийтийн байгууллагуудад өөрийн буюу төвлөрсөн бус хөрөнгө оруулалтаар биеийн тамир, чийрэгжүүлэлтийн барилга байгууламж барих хөдөлгөөн өрнөж 1986—1988 онд 100 гаруй биеийн тамирын заал, танхим, чийрэгжүүлэх өрөө тасалгаа барилга гэсэн мэдээ бий. Одоогийн байдлаар улсын хэмжээгээр нийтдээ 613 ордон, заал, танхим байгаагийн 133 нь Улаанбаатарт байна. Бүх шатны сургуулиудад спортын заал байна. Үйлдвэр, албан газруудад 90-ээд заал байна. Сум сангийн аж ахуйд 73 байна. Гэхдээ эднийг бүрэн ашиглаж чадахгүй, ихэнхдээ хаалттай байна.

Миний бодоход, тухайлбал Улаанбаатар хотод байгаа 133 заал, танхимыг бүгдийг бүртгэж аваад район, районоор нь гаргаад тухайн районы залуучуудыг бүгдийг бүртгээд, цагаа хуваариллаад залуучууд, хүүхэд болгон долоо хоногт чадвал хоёр удаа, үгүйдээ нэг удаа энэ заалд хичээллэдэг, хичээл заадаг, эмчилгээ үйлчилгээ хийдэг хүмүүстэй, халуун усанд оруулдаг журамтай болговол маш олон талын ач холбогдолтой болно. Энэ нь эрүүл ахуйн ач холбогдлоос гадна залуучуудыг хооронд нь танидуулж, үержүүлэх хүмүүжлийн ач холбогдолтой болно. Үүгээр манай нийслэлийнхэн үлгэр жишээ ажил зохиогоосой гэж хүсэх байна.

Эмийн бус эмчилгээний нэр төрлийг олшруулж эмнэлгийн практикт өргөн нэвтрүүлэх хэрэгтэй байна. Жишээлбэл, сүүлийн үед эмчилгээний практикт нэвтэрч эхэлсэн нар, агаар, усан эмчилгээ, зүү, ханцур, төөнүүр, бие бялдрыг чийрэгжүүлж,

алжаал тайлах нийтийн гимнастик, ёг зэрэг аргаар эмчлэх, тэдгээрийг дэлгэрүүлэх, үр дүнг нь нэгтгэн дүгнэхэд эмч, эмнэлгийн ажилтнууд санаачилга гаргах хэрэгтэй.

Эмчилгээнд химийн гаралтай, дагалдах сөрөг үйлчилгээтэй эм их хэрэглэж байгааг багасгах саналын дагуу дорвитой ажил зохиох нь зүйтэй.

8. Нийт ард иргэдэд хүргэх эмнэлгийн үйлчилгээний дотор хөдөөгийн хөдөлмөрчид, ялангуяа малчдад нарийн мэргэжлийн эмнэлгийн үйлчилгээ яаж хүрч байгааг бид эргэж үзэх хэрэгтэй байна. Үүнийг бид зохих ёсоор зохион байгуулж чадаагүй байна. Энэ талаар биднээс шаардах бүрэн үндэстэй юм. Эмнэлгийн дээд, дунд мэргэжлийн ажилтны тогтвор суурьшил, ялангуяа хөдөө нутагт хангалтгүй байна. Сургуульд суралцаж мэргэжил эзэмшсэн зарим хүмүүс хөдөөд очиж ажиллахаас зайлсхийх явдал гарсаар байна. Энэ нь хөдөөд хөдөлмөр, амьдралын нөхцөл сайжруулах их ажил зохиохыг зүй ёсоор шаардаж байна. Энэ талаар зохиож байгаа ажил багагүй. Сумдад эмч нарыг сууцтай болгож байна. Уналгаар хангах асуудлыг үндсэнд нь шийдсэн гэж үзэж байна.

Сумдад ажиллаж байгаа эмч нарын цалин аймгийн төвд ажиллаж байгаагаас илүү байхаар зориуд шийдвэрлэсэн. Тийм учраас манай эмнэлгийн байгууллагын ажилтны дотор хөдөөгийн хөдөлмөрчдөд нарийн

мэргэжлийн үйлчилгээг хүргэх, тэнд ажиллах хамгийн чадвартай мэргэжилтнүүдээс тийшээ яаж ажиллах хөдөлгөөн өрнүүлэх нь тун хэрэгтэй байна.

Өөр нэг асуудал бол эмнэлгийн байгууллагын санхүүжүүлэлт, эдийн засгийн асуудал юм. 1989 оны байдлаар авч үзэхэд эрүүлийг хамгаалах байгууллагад улсын төсвөөс нийтдээ 560 сая төгрөг зарж байна (1989 онд 328 сая төгрөг зарж байжээ).

Эрүүлийг хамгаалахад зарж байгаа хөрөнгө бол манай улсын хэмжээгээр нийгэм соёлын арга хэмжээнд зарцуулсан бүх төсвийн хөрөнгийн 20 хувь нь юм.

Эрүүлийг хамгаалахынхны одоо тавьж байгаа асуудал бол байгаа төсвөө чухам юундаа яаж зарцуулахаа өөрсдөө мэдье, нэгэнт өгсөн төсвийн хөрөнгийг арвилж хэмнэсэн байвал өөрийн туслах аж ахуйгаас юм уу бусад үйлдвэрлэлээсээ, тэр төсвөөс гадуур мөнгө нэмж олсон байвал энэ хоёр эх үүсвэрийг нь тэр байгууллагын мэдэлд орхиоч, бас төсөв хөрөнгөндөө багтаагаад шаардлагатай орон тоо, цалингаа өөрөө шийдье гэсэн гурван санал юм.

Энэ бол ганц эрүүлийг хамгаалах дээр ч биш бүх салбар дээр тавигдаж байгаа шаардлага. Энэ зарчмаар эрүүлийг хамгаалах байгууллага цаашдаа ажиллана гэж ойлгож болно. Одоо гагцхүү хэрэгжүүлэх ажилдаа орцгооё.

ЭРҮҮЛИЙГ ХАМГААЛАХЫН УРЬДЧИЛАН СЭРГИЙЛЭХ АЖЛЫГ ЧАНАРЫН ШИНЭ ШАТАНД ГАРГАЯ

*Эрүүлийг хамгаалах яамны сайд Ч.Цэрэннадмидийн Эрүүлийг
Хамгаалахын удирдах ажилтны зөвлөлгөөнд тавьж хэлэлцүүл-
сэн илтгэл*

МАХН-ын Төв Хорооны V бүгд хурлын шийдвэрийг бүтээлчээр судлан хэрэг-жүүлэх ажил орон даяар өрнөж байгаа үед бүгд хурлын үзэл санааны дагуу манай эрүүлийг хамгаалах салбарын үйл ажиллагаанд бодитой дүн шинжилгээ хийж, тулгарч байгаа зорилт, түүнийг шийдвэрлэх арга зам, хүрэх түвшинг тодорхойлох явдал зүй ёсоор гарч байна.

Эрүүлийг хамгаалах яамны коллеги тус салбарын өөрчлөлт шинэчлэлтийг социалист эрүүлийг хамгаалахын үндсэн зарчим болсон урьдчилан сэргийлэх ажлыг өөрчлөн сайжруулж, шинэ шатанд гаргахаас эхлэх нь зүйтэй гэж үзэн энэ асуудлыг удирдах ажилтны зөвлөгөөнөөр хэлэлцүүлэхээр оруулж байна.

Нэг. Тус орны эрүүлийг хамгаалах ажил, хүн амын эрүүл мэндийн байдал

МАХН-ын XIX их хурлаас хойшхи гурван жилд намын их, бүгд хурлуудын шинэлэг үзэл санаа, шүүмжлэлт уур амьсгалын дагуу эмч, эмнэлгийн ажилтны ажлын хариуцлага, идэвх санаачилга, мэдлэг мэргэжлийг дээшлүүлэх, удирдлагын эдийн засгийн арга, шинжлэх ухааны үндэстэй хэтийн төлөвлөлт нэвтрүүлэх, хүн амыг үе шаттай диспансерчлах, хөдөөгийн хүн амд үзүүлэх эмнэлгийн тусламжийн чанар, хүртээмжийг сайжруулах талаар Эрүүлийг хамгаалах яамнаас нэлээд ажил хийлээ. 1988 онд БНМАУ-ын Сайд нарын Зөвлөлийн тэргүүлэгчдийн хурлаар хэлэлцээд «БНМАУ-ын шинжлэх ухаан-техникийн дэвшлийн 2005 он хүртэлх хугацааны иж бүрэн программ»-ын «Хүн амын эрүүл мэндийг хамгаалах» хэсэг, «БНМАУ-ын вирус гепатиттай тэмцэх 2000 он хүртэлх хугацааны зорилтот программ», «БНМАУ-ын эх, хүүхдийн эрүүл мэндийг хамгаалах арга хэмжээний 2000 он хүртэлх зорилтот программ»-ыг үндсэнд нь зөвшөөрч, программуудад тусгасан арга хэмжээг эдийн засаг, нийгмийг хөгжүүлэх жил, таван жилийн төлөвлөгөөнд тусгаж хэрэгжүүлэх нь зүйтэй гэж үзээд, эн тэргүүнд авах арга хэмжээний төлөвлөгөөг баталлаа.

1988 онд эмч, эмзүйч нарыг шинэ журмаар анх удаа аттестатчилж, цалин хөлийг нь мэдлэг, чадвар, ажлынх нь эцсийн үр дүнтэй холбох эхлэл хийж, жижүүр хийсний хөлс олгох журмыг шинэчилж, хөдөлмөрийн хүнд, хорттой, халдвартай нөхцөлийн нэмэлт олгох хүрээг өргөтгөж, эмч, ажилчдын нийгмийн асуудлыг багагүй анхаарч байна.

Өнгөрсөн онд Анагаах ухааны дээд, дунд сургуулийг 1424 эмч, дунд мэргэжилтэн төгсөн үйлдвэрлэд шилжсэнээр одоо манай системд 5395 их эмч, 17066 эмнэлгийн дунд мэргэжилтэн ажиллаж болж, 10000 хүн амд 26,7 их эмч, 84,6 эмнэлгийн дунд мэргэжилтэн ногдох боллоо. Нийт их эмч нарын 80 хувь нь нарийн мэргэжил эзэмшсэн буюу дээшлүүлсэн, 7,5 хувь нь эрдмийн буюу мэргэжлийн зэрэгтэй болжээ.

1988 онд өдөрт нийтдээ 1600 үзлэг хийх хүчин чадалтай амбулатори, поликлиник, 741 эмнэлгийн ор нэмэгдсэнээр улсын хэмжээгээр 23374 эмнэлгийн ортой болж, 1000 хүнд 115,9 эмнэлгийн ор ногдох болж, жилд амбулатори, поликлиникээр 20 сая орчим хүнд үзлэг хийж, хагас сая гаруй хүнийг хэвтүүлэн эмчлэх боллоо.

1988 онд эмнэлгийн 23 барилга ашиглалтанд орж, хот, хөдөөгийн эмнэлгийн байгууллагуудад 174 автомашин, 9,2 орчим сая төгрөгийн өртөгтэй 78 нэр төрлийн багаж аппарат олгожээ. Ингэснээр аймаг бүр нүүдлийн 3—5 автомашинтай, сумын эмнэлгийн 67,2 хувь нь хоёр болон түүнээс дээш их эмчтэй, 8,1 хувь нь рентгений, 54,4 хувь нь лабораторийн шинжилгээ хийх боломжтой боллоо.

Эдгээрийн үр дүнд хүн амын эрүүл мэндийн үзүүлэлтийн зарим нааштай ахиц гарлаа.

1981—1985 оны дунжийг 1986—1988 оны дундажтай харьцуулбал сүүлийн гурван жилд 10000 хүн амд нийт цочмог халдварт өвчин 22,0 үүний дотор вируст гепатит 1,6-аар, нэг хүртэлх насны хүүхдийн эндэгдэл 7,5 промиллиэр тус тус буурчээ. Ингэснээр одоо манай орны 1000 хүн ам тутмаас жилдээ 37,2 хүн төрж, 8,2 хүн нас барж 29,0 хүн дэвэр өсч байгаа нь дэлхийн өндөр төрөлт, өсөлттэй орнуудын тоонд орж байна.

Гэвч тус орны хүн амын эрүүл мэндийн зарим үзүүлэлт, тухайлбал нялхсын эндэгдэл, зарим халдварт өвчний гаралт социалист орнуудын болон дэлхий дундаж үзүүлэлтээс ихээхэн дээгүүр, хүн амын дундаж наслалт доогуур байсаар байна.

Манай орны нэг хүртэлх насны хүүхдийн эндэгдлийн 1981—1985 оны дундаж нь 75,9 промилль, 1986—1988 оны дундаж нь 68,2 промилль байгаа болохоор НҮБ-ын Хүүхдийн фондын (ЮНИСЕФ) ангиллаар нялхсын их эндэгдэлтэй улс орны тоонд орж байна. Үүнтэй уялдан хүн амын дундаж наслалт эрэгтэй хүнд 60, эмэгтэй хүнд 64 байгаа нь социалист орнуудын дундажаас 4—6 жилээр, өндөр хөгжилтэй капиталист орнуудын дундажаас 10—15 жилээр доогуур байна.

Манай оронд 10000 хүн ам тутмаас вируст гепатитаар жил бүр өвчилж буй хүний тоо 1981—1985 оны дундажаар 69,7; 1986—1988 оны дундажаар 68,1 байгаа нь

ЗХУ-ын энэ үзүүлэлтээс 2,5 дахин, европын социалист орнууд, өндөр хөгжилтэй капиталист орнуудын мөн үзүүлэлтээс 4—10 дахин өндөр байна.

Тус орны 10000 хүн ам тутамд сүрьеэгийн өвчлөл 1981—1985 оны дунджаар 9,3; 1986—1988 оны дунджаар 13,1 байгаа нь өсөх хандлагатай байгаагаас гадна ЗХУ-ын ижил үзүүлэлтээс 2,5—3 дахин өндөр байна. Тэмбүүгийн өвчлөл 1981—1985 оны дунджаас 1986—1988 онд 2,7-гоор буурсан боловч одоо 4,22 байгаа нь ЗХУ-ын үзүүлэлтээс 6—7 дахин өндөр байна.

Манай эрдэмтдийн судалгаанаас үзэхэд хүн амын нийт өвчлөлийн дотор амьсгалын болон хоол боловсруулах эрхтэний өвчин эхний байруудад орж, хөдөлмөр, ахуйн нөхцөл, эрүүл аж төрөх ёсны хоцрогдол, доголдоос болдог эмгэг давамгайлах хандлагатай байгаа нь хүн амын эрүүл мэндийн сөрөг үзүүлэлтүүдийг өөрчлөн сайжруулахад чиглэсэн урьдчилан сэргийлэх арга хэмжээг боловсруулан хэрэгжүүлэхдээ хүн амын ажиллах, амьдрах нөхцөл, нэн ялангуяа ариун цэврийн соёлын түвшинг дээшлүүлэхэд онцгойлон анхаарах хэрэгтэй байгааг харуулж байна.

Хоёр. Хүн амын эрүүл мэндийг хамгаалахад нам, улс, олон нийтийн байгууллага, нийт иргэдийн хүчин туслалааг авах ажлыг сайжруулах нь урьдчилан сэргийлэх ажлын гол нөхцөл мөн

Социалист эрүүлийг хамгаалахын үндсэн зарчим болсон урьдчилан сэргийлэх чиглэл нь хүн амын аж байдал, соёлын хэмжээг дээшлүүлэх, орон сууц, ахуй, хөдөлмөр, сургалт, амралтын нөхцөлийг сайжруулах, хүрээлэн байгаа орчныг бохирдлоос хамгаалж эрүүлжүүлэх, хүмүүсийг сайн чанарын ундны ус, хоол хүнсээр хангах, тэдэнд бие бялдрын болон эрүүл аж төрөх ёсны мэдлэг, хүмүүжил олгож төлөвшүүлэх зэрэг намын нийгмийн бодлогыг хэрэгжүүлэхэд чиглэсэн нам, улс, олон нийтийн байгууллагаас авч хэрэгжүүлэх олон талт арга хэмжээ, нийт иргэдийн оролдоогүйгээр хэрэгжих боломжгүй юм.

МАХН-ын Төв Хороо, БНМАУ-ын Сайд нарын Зөвлөлийн 1963 оны 23/22 дугаар тогтоолын заалт, Ардын Их Хурлын 1965 оны тав дахь удаагийн сонгуулийн IV чуулганы шийдвэрийн дагуу аймаг, хот, төв суурин газрууд эрүүлжүүлэх жил бүрийн нэгдсэн төлөвлөгөөтэй ажиллаж байсан бөгөөд БНМАУ-ын Эрүүлийг хамгаалах хуулийн 2 дугаар бүлгийн XI зүйлд зааснаар аймаг, хот, сум (хот), район, хороо, сангийн аж ахуй, хөдөө аж ахуйн нэгдэл, үйлдвэр, албан газар, байгууллагууд, хөдөлмөрчид, хамт олны хөдөлмөр, амралт, ахуйн нөхцөлийг сайжруулах, байгаль орчныг бохирдлоос хамгаалах, хүн амд эрүүл аж төрөх ёсны мэдлэг, хүмүүжил олгох асуудлаар жил бүр нэгдсэн төлөвлөгөө зохиож, АДХ-ын чуулган, хамт олны хурлаар батлан хэрэгжүүлдэг уламжлал тогтсон юм. Гэтэл мөрдөж байгаа хууль тогтоомжинд өөрчлөлт оруулаагүй байхад 1988 оноос эхлэн энэ төлөвлөгөөг аймаг, хотын АДХ-ын гүйцэтгэх захиргааны ажил төрлийн шугамаар баталдаг жирийн төлөвлөгөө болгосон нь эрүүлийг хамгаалах ажлыг бүх нийтийн үйл хэрэг болгож, урьдчилан сэргийлэхийг давамгайлан хөгжүүлэхийн ач холбогдол, үр нөлөөг бууруулж байгаа зохицсгүй явдал гэж үзэхээс өөр яахав!

Хамт олны эрүүл мэндийг хамгаалах нэгдсэн болон нийгмийн хөгжлийн төлөвлөгөөнд хөдөлмөрчдийн эрүүл аж төрж, хөдөлмөрлөх, сурах таатай нөхцөлийг бүрдүүлэхэд чиглэсэн нийгэм-эдийн засгийн оновчтой томоохон арга хэмжээг хэтийн бодлого, тооцоо, үндэсэлтэйгээр тусган хэрэгжүүлж тодорхой үр дүнд хүрч байгаа Хөвсгөл аймгийн Цагаан-Уул, Төв аймгийн Бүрэн, Говь-Алтай аймгийн Төгрөг сум-нэгдэл, Мөрөн хотын гурил, тэжээлийн үйлдвэр, Дархан хотын царууц, тоосго-шохойн үйлдвэр зэрэг сум, хороо, үйлдвэр, албан газрууд олон бий. Гэвч тэдний хэрэгжүүлсэн арга хэмжээ нь хамт олных нь эрүүл мэндийн болон эдийн засгийн үзүүлэлтэд хэрхэн нөлөөлснийг ул суурьтай судлан, дүн шинжилгээ хийж, хэн хүний ой тойнд буутал эвлэг аятайхан бичиж сурталчлах, туршлагыг нь дэлгэрүүлэх талаар хийсэн зүйл бараг алга байна.

Байгаль орчны тэнцвэрт төрх, хүмүүсийн амьдрал, ахуйн хэвшил, заншилд хүчтэй нөлөөлж улмаар хүн амын эрүүл мэндэд тодорхой нөлөө үзүүлдэг нийгэм-хүн-амзүйн нийлмэл процесс бол хотжих явц юм. Манай оронд хотжилт ихээхэн хурдацтай байна. Тухайлбал, 1950-иад онд хот сууринд манай нийт хүн амын 20 орчим хувь нь амьдарч байсан бол одоо 60 гаруй хувь нь сууж байна. Гэтэл НУБ-ын мэдээгээр 1950-иад онд дэлхийн хүн амын 30 орчим хувь нь хот сууринд сууж байсан бол 1980-аад онд 40 орчим хувьд хүрчээ. Манайд хотжих процесс ийнхүү хурдасч байгаа нь хот төлөвлөлтийг боловсронгуй болгох, хот орчны экологийн тэнцвэрийг хадгалах, хөгуудын ариун цэвэр, тохижилтыг сайжруулах талаар их ажил хийхийг шаардаж байгаа бөгөөд энэ талаар гарсан алдаа дутагдлыг нэр заан шүүмжилсэн материал «Үнэн» сонинд 1987, 1988 онд хэд хэдэн удаа нийтлэгдсэн боловч, нэр заасан орон нутгийн байгууллага, эрүүлийг хамгаалахын удирдах ажилтнууд энэ талаар санаа зовж, өөрчлөн сайжруулахаар санаачлан хийж байгаа буюу үгүй ядахдаа юу хийвэл зохих тухай санал бодлоо төвийн хэвлэлд бичсэн, холбогдох яам, газартай ярилцсан зүйл харагдахгүй байна.

Манай улсын хот суурин газруудаас жилд гарч байгаа 4,5 сая орчим шоо метр хог хаягдлыг зайлуулах, дахин боловсруулах найдвартай систем тогтоогүйгээс хог нь сар, жилээр хуралдаж орчноо бохирдуулсны дараа их ажил болж, зөөвөрлөн 1000 гаруй цэгт үлэмж талбай эзлүүлэн эмх замбараа муутай хаядаг байна.

Хот, суурин газрын нийтийн байр, айл өрх, бохир усны системгүй байгууллагын 130 орчим мянган жорлон, 100 гаруй мянган угаадасны цооногийн 60-аад хувь нь ариун цэврийн наад захын шаардлагад ч тохирохгүй байгаагаас хөрс, орчин бохирдуулах, ялаа үржих, халдварт өвчин тараах нэг гол эх уурхай болж байна. Бохир усны нэгдсэн татуургад холбогдоогүй албан газар, үйлчилгээний байгууллагын бохир усны 400 гаруй цооног байгаагийн олонх нь лагаар дүүрч, 76 цооногоос бохир ус байнга буюу үе үе хальж байдаг нь нийтдээ 120 орчим га талбайн хөрсийг бохирдуулжээ.

Аймгийн төв, хотуудын эдэлбэр газрын хөрснөөс сүүлийн гурван жилд 200 гаруй сорьц авч шинжлэхэд 80-аас дээш хувь нь нянгийн бохирдолтой гарчээ.

1988 онд хийсэн үзлэг шалгалтаар тус улсад сүүлийн жилүүдэд барьж ашиглалтанд оруулсан хоногт 337 мянган шоометр бохир ус цэвэрлэх хүчин чадалтай 103 цэвэрлэх байгууламжийн 23-ыг огт ашиглаагүй, 28-ыг хагас дутуу ашиглаж, жилд 10 гаруй сая шоометр бохир усыг ус, хөрсөнд хаяж бохирдуулж байжээ. Гэтэл манай орон нутгийн байгууллагууд тухайлбал Төв, Дорноговь, Сэлэнгэ аймаг, Дархан, Эрдэнэт, Улаанбаатар хотын Эрүүлийг хамгаалах газар, Ариун цэвэр, халдвар судлалын станц энэ зөрчилд дутагдлыг арилгах талаар тодорхой санаачилга гаргаж шийдвэртэй тэмцэл хийгээгүй байна.

Хүнсний үйлдвэр, худалдаа, үйлчилгээний байгууллагад ариун цэвэр, технологийн дэглэм зөрчиж байгаа нь гэдэсний халдварт өвчин, хордлого гарахын нэг шалтгаан болж байна.

1987—1988 онд хийсэн үзлэг, шалгалтаар хүнсний үйлдвэр, худалдаа, үйлчилгээний нийт газар, байгууллагын 41 хувь нь ариун цэврийн зөрчилтэй, тэдгээр газрын технологийн дамжлагаас авсан арчдасын 14—19 хувь нь нян судлалын шинжилгээгээр бохирдолтой гарчээ. Мөн ундны ус, хүнсний бүтээгдэхүүн тээвэрлэдэг 700 гаруй авто болон ердийн хөсгийн тээврийн хэрэгсэлд үзлэг хийхэд 59,4 хувь нь ариун цэврийн шаардлагад тохирохгүй байсны дээр жолооч, хөтлөгч, үйлчлэгч нарын 38 хувийг эрүүл мэндийн үзлэг шинжилгээнд оруулаагүй, хүнсний бүтээгдэхүүнийг тээвэрлэхэд бохир сав, баглаа боодол хэрэглэл, тээврийн хэрэгсэлд цэвэрлэгээ, халдваргүйжүүлэлт хийдэггүй зөрчил илэрсэн юм.

Нийтийн хоолны газруудын хөргөх төхөөрөмжийн 31,6 хувь нь ажиллахгүй байснаас 1986—1987 онд 130 гаруй сая төгрөгийн үнэ бүхий хүнсний бүтээгдэхүүн муудаж хэрэгцээнээс хасагджээ.

Халдварт өвчний гаралт, хүүхэд, өсвөр үеийнхний эрүүл мэндэд сургууль, хүүхдийн байгууллагын ариун цэвэр, эрүүл ахуйн нөхцөл, үйл ажиллагааны дэглэмийн зөрчил муугаар нөлөөлж байна.

1987—1988 оны байдлаар нийт сургуулийн 28,3; цэцэрлэгийн 25,2; яслийн 22,6; пионерийн зуслангийн 22,9 хувь нь зориулалтын байргүй, нэг хүүхдэд ногдох талбай, гэрэл, дотоод тавилга, төхөөрөмж нь эрүүл ахуйн шаардлага хангахгүй байгаагийн дээр хүчин чадлаас нь хэтрүүлэн ашиглах дутагдал ч их байна.

Эрдэмтдийн судалж тогтоосноор эрүүл мэнд байхын 70—80 хувь нь хүний орчин ахуй, амьдралын нөхцөл, аж төрөх дэглэмээс, 20—30 хувь нь эрүүлийг хамгаалах арга хэмжээ, биологийн хүчин зүйлээс хамаардаг ажээ. Гэхдээ өрхийн нэг хүнд ногдох орлого, орон сууцны талбай зэрэг нь эрүүл мэндийн шууд тодорхойлж чадаагүй. Харин эрүүл аж төрөх ёс, ариун цэврийн соёлыг хэрхэн эзэмшсэнээс эрүүл мэндийн байдал ихээхэн хамаардгийг амьдрал бэлхнээ харуулж байна. Хотуудын орон сууцны шинэ хороололд шилжин суугчдын дотор эхний 1—2 жилд гэдэсний халдварт өвчин, вирус гепатитын гаралт нэмэгддэг «гаж үзэгдэл» нь үүний тодорхой жишээ юм. Энэ бол урьдчилан сэргийлэх, эрүүл аж төрөх ёс хэвшүүлэх талаар хийж байгаа манай сурталчилгааны ажил амьдралаас тасархай, хоосон уриалсан шинжээсээ салж чадаагүй, хүнд тусах өгөөж муутай, идэвхгүй байгаатай холбоотой.

Орчин үед хувь хүний соёлгүй, салан задгай, арчаа муутай, хариуцлагагүй ажиллагаа нь зөвхөн өөрсдийнх нь эрүүл мэнд, амь насанд аюул учруулах зогсохгүй олон хүнийг хамарсан халдварт өвчний дэгдэлт, хордлого, осол эмгэгт хүргэх аюултай байдлыг бий болгох эгзэгтэй боломж нэмэгдэж байна. Чойбалсан хотын усан хангамжийн эх булгийн ариун цэврийн хамгаалалтын гуравдугаар бүсэд эрүүл ахуйн шаардлагыг зөрчиж байрлуулсан үйлдвэр дундын туслах аж ахуйн гахайн ферм өнгөрсөн оны VII сард үерт автаж, ундны усны эх булаг бохирдсоноос хоёр долоо хоногийн турш нэмэлт автомашин гарган зөөвөрлөх, хотын усан хангамжийн системийг хэд дахин армутгаж цэвэрлэх, усны эх булгийн ариун цэврийн хамгаалалтын бүсийн арга хэмжээг хэрэгжүүлэх зэрэгт улсаас нэг сая гаруй төгрөгийн нэмэлт зардал гаргахад хүрчээ.

1988 оны X сард Улаанбаатар хотын Мебель картоны үйлдвэрийн нярав, жолооч ачигч зэрэг хэсэг хүмүүс хүн амын ундны усны эх булгийн ариун цэврийн хамгаалалтын хоёрдугаар бүсэд 100 литр шахам органик уусгагч асгасныг (зөвхөн савыг нь ашиглах зорилгоор) ариун цэвэр, халдвар судлалын болон байгаль орчныг хамгаалах, сэргийлэх албаны нөхөд цаг алдалгүй мэдэж, 60 шахам машин бохирдсон шороог зайлуулах зэрэг яаралтай арга хэмжээ авсны үр дүнд усан хангамжийн системд химийн хорт бодис орох аюулыг таслан зогсоосон байна. Гэтэл дээрх нөхөд актлагдсан химийн бодис агуулж байсан савыг хувьдаа ашиглах л гэж ийм аюултай хэргийг хулгайгаар үйлдсэн ажээ.

1988 оны X сард Баянхонгор аймгийн төвд гарсан тарваган тахлын үеэр нэгдүгээр хавьталд 227 хүн, хоёрдугаар хавьталд 357 хүн хамрагдаж, аймгийн төвийг 6 хоног хөл хорионд байлгахад хүргэсэн нь улсаас 100 шахам мянган төгрөгийн нэмэлт зардал гарахад хүргэжээ. Гэтэл анх өвчилсөн Б. гэгч голомтот нутагт аж төрж байгаа мөртлөө шаардлагын дагуу тарваган тахлын эсрэг вакцин хийлгээгүй, Баян-Овоо суманд тарваганы арьс янзалж байгаад халуурч, суганы булчирхай нь дочихоор өөрөө дур мэдэн хоёр хоног антибиотик уугаад намдахгүй болохоор нь замын машинд дайгдан аймгийн төвд орж ирсэн байна. Энэ хүн өөрөө амь насаа алдсан төдийгүй, аймгийн төвийн 18 мянган хүнийг аюулт өвчинд хамруулах шахсан юм.

Байгаль орчныг хамгаалах, хүний нийгмийн асуудлыг шийдвэрлэх, хувь хүний нийгмийн идэвх санаачилгыг өрнүүлэх талаар олон талтай, эрчимтэй арга хэмжээ авч хэрэгжүүлж байгаа энэ үед хүн амын эрүүл мэндийг хамгаалах олон нийтийг оролцуулах нэн таатай нөхцөл бүрэлдэж байгааг харгалзан ойрын үед дараах арга хэмжээг хэрэгжүүлэх нь зүйтэй гэж үзэж байна. Үүнд:

1. «Хөдөө аж ахуйг хөгжүүлэх, хүнсний хангамжийг сайжруулах зорилготой программ» «БНМАУ-ын вируст гепатиттай тэмцэх 2000 он хүртэлх хугацааны зорилготой программ», «БНМАУ-д эх, хүүхдийн эрүүл мэндийг хамгаалах арга хэмжээний 2000 он хүртэлх зорилготой программ»-д туссан арга хэмжээнүүдийг цаг хугацаанд нь улсын болон орон нутгийн эдийн засаг, нийгмийг хөгжүүлэх жил, таван жилийн төлөвлөгөөнд тусган хэрэгжүүлэх, орон нутгийн онцлог, цаг үеийн шаардлагаар гарч ирэх төлөвлөгөөнд тусгаггүй асуудлыг шийдвэрлэхэд Эрүүлийг хамгаалах яамны холбогдох газар, хэлтэс, орон нутгийн эрүүлийг хамгаалах байгууллагын удирдлагын анхаарлыг төвлөрүүлэх;

2. Энэ таван жилийн үлдэж буй хугацаанд хүн амын эрүүл мэндийн байдлыг нийт ард түмнээр хэлэлцүүлэх;

3. ЗХУ-ын туршлагаар хүн амын нийгмийн асуудлыг эрүүл мэндэд таатай нөхцөлөөр шийдвэрлэхэд чиглэсэн улс, салбар, нутаг дэвсгэрийн болон албан газар, байгууллагын «Эрүүл мэнд» программ боловсруулж IX таван жилээс эхлэн хэрэгжүүлэх;

4. Эрүүлийг хамгаалахын удирдах ажилтны эдийн засгийн мэдлэг, удирдлагын арга барилыг сайжруулах, удирдлагын янз бүрийн шатанд мэдээллийн автоматжуулсан систем шатчилан нэвтрүүлэх замаар улс орны болон нутгийн нийгэм-эдийн засгийн, байгаль-цаг уурын болон соёл-иргэншилтийн үйл явцад түргэн хугацаанд шинжлэх ухааны үндэстэй, ул суурьтай дүн шинжилгээ хийсний үндсэн дээр бүх шатныг удирдлагаас авч хэрэгжүүлэх арга хэмжээг хүн амын эрүүл, мэнд, ажиллах, амьдрах, амрах нөхцөлд хамгийн таатай, эдийн засгийн хувьд хамгийн үр ашигтай шийдвэрлэх хувилбарыг боловсруулан хэрэгжүүлэх арга ажиллагаанд чиглүүлэх нь зүйтэй.

Гурав. Урьдчилан сэргийлэх ажил бол эрүүлийг хамгаалах албаны үйл ажиллагааны жанжин шугам мөн

Манай эрүүлийг хамгаалахын хөгжлийн бүхий л шатанд урьдчилан сэргийлэх ажил ард түмний эрүүл мэндийг хамгаалах асуудлын үндсэн чиглэл, баримтлах, гол үзэл байсан, цаашид ч байх болно. Гэвч урьдчилан сэргийлэх ажлын өнөөгийн байдал нь нам, засгаас тавьж буй шаардлага, хүн амын өсөн нэмэгдэж буй хэрэгцээнээс хоёрдооор байна. Тиймээс ч МАХН-ын XIX их хуралд тавьсан МАХН-ын Төв Хорооны тайлан илтгэлд «...өвчнөөс урьдчилан сэргийлэх ажлын зохион байгуулалт хангалтгүй...» гэж тэмдэглээд хүн амыг нийтэд нь шатлан диспансерчлах ажлыг хэрэгжүүлж эхлэх заалт өгсөн билээ.

Их хурлаас хойш өнгөрсөн хугацаанд диспансерчлал явуулах нэгдсэн аргазүйг боловсруулан, нийт эмч, мэргэжилтнүүдийн хүртээл болгох зорилгоор аргачлалыг хүрэлцэхүйц хувиар хэвлэн, эмч нарт хүргүүлж, хэд хэдэн удаа онол-аргазүйн семинар, бага хурал зохион байгуулж, хэсгийн эмч нарын тоог хоёр дахин нэмэгдүүлж, амбулатори-поликлиникуудад урьдчилан сэргийлэх үзлэгийн тасаг, кабинет байгуулж, сүүлийн хоёр жил бүр 280000 гаруй хүнийг эмч нарын бүрдмэл үзлэгт оруулаа.

Одоо бид хүн амынхаа 15—20 хувийг диспансерийн хяналтад авч, үйлдвэрийн ажилчид, бага насны хүүхэд, өсвөр үеийнхэн, төрөх насны эмэгтэйчүүд, зарим ажил, мэргэжлийн хүмүүсийг үндсэнд нь эмч нарын бүрдмэл үзлэгт оруулж, диспансерийн хяналтын үйлчилгээнд авлаа гэж үзэж байна. Гэвч диспансерчлалын ажил нь «бүртгэл тооцох» аргаас эрүүлжүүлэх тодорхой арга хэмжээ, эрүүл хүний эрүүл мэндийг хянах, эрүүл аж төрөх ёсонд хэвшүүлэхэд бүрэн шилжиж чадаагүй байна. Эрүүл хүмүүсийн эрүүл мэндэд нөлөөлж болох хөдөлмөр, ахуйн хүчин зүйлийг судалж, эрүүлжүүлэн чийрэгжүүлэх ажил ихээхэн доголдсон хэвээр байна. Ясли, цэцэрлэг, пионерийн зуслан болон улирлын сувилалд чийрэгжүүлэх ажлыг нэлээд өргөжүүлж байгаа боловч эрүүл хүүхдийг байтугай эмзэг өвчлөмтгий хүүхдийг ч бүрэн хамарч чадахгүй байна. Иймээс нас барж буй нэг хүртэлх насны хүүхдийн 60 хувь орчим вируст гепатитаар өвчилсөн бүх хүүхдийн гуравны хоёр орчим нь тэжээлийн доройтол сульдаатай байна.

1987—1988 онд хот, хөдөөгийн сургуулиудын 10000 гаруй сурагчдад хийсэн судалгаанаас үзэхэд 72 хувь нь шүдний, 24,4 хувь нь харааны, 34 хувь нь чиххамар-хоолойн ямар нэг эмгэгтэй байжээ.

Эмнэлгийн байгууллагуудаас хүн амын эрүүл мэндийг хамгаалах үйлсэд олон нийтийн хүчийг татан оруулж чадахгүй байгаагаас тэдний эрүүл мэндийн үзүүлэлт тогтвортой сайжирч чадахгүй байна. Сүүлийн хоёр жилийн турш буурах хандлагатай байсан цочмог халдварт өвчнүүд 1988 онд нэмэгдэж, 10000 хүн амд ногдох нийт цочмог халдварт өвчин өмнөх оныхоос 24,4-өөр, үүнийг дотор улаанбурхан 13,2-оор, вируст гепатит 9,5-аар, улаан суулга 2,1-ээр тус тус нэмэгдлээ. Өмнөх оны үзүүлэлттэй харьцуулахад сүрьеэгийн өвчлөл ч 10000 хүнд 0,3-аар нэмэгджээ.

1988 онд Дорнод, Хөвсгөл, Хэнтий, Дундговь, Өвөрхангай аймаг, Улаанбаатар хот, төмөр замын эрүүлийг хамгаалах байгууллагууд нэг хүртэлх насны хүүхдийн эндэгдлийг, Баян-Өлгий, Завхан, Баянхонгор, Дорнод, Дундговь, Булган, Ховд, Сэлэнгэ, Увс, Өвөрхангай аймгийн эрүүлийг хамгаалах байгууллагууд эхийн нас баралтыг; Улаанбаатар, Эрдэнэт, Дархан, Төв аймаг нийт цочмог халдварт өвчнийг; Эрдэнэт, Дархан, Улаанбаатар хот, Сүхбаатар, Булган, Дорнод, Төв аймгийн эрүүлийг хамгаалах байгууллагууд гепатитыг, Дорнод, Булган, Говь-Алтай, Хэнтий, Өмнөговь, Төв аймаг, Эрдэнэт хот менингококкт халдварыг; Сүхбаатар, Дорнод, Хэнтий, Дундговь, Төв аймаг, Улаанбаатар хотын эрүүлийг хамгаалах байгууллагууд шинээр илэрсэн сүрьеэг; Дорнод, Дорноговь, Сүхбаатар, Хэнтий, Өмнөговь, Төв, Баянхонгор, Дундговь, Сэлэнгэ, Ховд аймаг, Эрдэнэт хот тэмбүү өвчнийг; Хөвсгөл, Дорнод, Дорноговь, Завхан, Төв, Өвөрхангай, Дундговь аймаг, Улаанбаатар хотын эрүүлийг хамгаалах байгууллагууд хамууг; Дорнод аймаг, Улаанбаатар, Эрдэнэт хотын эрүүлийг хамгаалах байгууллагууд заг хүйтэн өвчнийг тус тус улсын дундаж хэмжээнд хүртэл бууруулж чадсан бол бид улсын хэмжээнд нялхсын эндэгдлийг 3,55; эхийн нас баралтыг 0,47; нийт цочмог халдварт өвчнийг 20,94; гепатитыг 7,7; менингококкт халдварыг 0,74; сүрьеэг 3,36; тэмбүүг 1,3; хамуу, заг хүйтэн өвчнийг 50,0 хувиар тус тус бууруулж чадах байлаа. Гэтэл энэ боломжийг алджээ.

Ийм ноцтой дутагдал гарсаар байхад дээрх аймаг, хотуудын Эрүүлийг хамгаалах газрын дарга нар ажлын хариуцлага алдсан нөхдийг зөвхөн зэмлэх, буруушаах, догдоход төдийхөн захиргааны аргаар голчлон ажиллажээ.

Ийм урагшгүй ажиллагааны талаар 1988 онд Эрүүлийг хамгаалах яамны коллегос анхааруулга авсан Дорнод аймгийн Эрүүлийг хамгаалах газрын дарга н. Ван-дансүрэн, Сэлэнгэ аймгийн Эрүүлийг хамгаалах газрын дарга н. Тэрбиш нар ухаарч тодорхой арга хэмжээ аваагүйгээс эдгээр аймгуудын эрүүлийг хамгаалах байгууллагын ажилд болон хүн амын эрүүл мэндийн гол гол үзүүлэлтэд нааштай ахиц гарсангүй.

Манай салбарын удирдах ажилтнууд эрүүлийг хамгаалахын тусгаар албадын өөр хоорондын хамтын ажиллагааны уялдаа холбоог сайжруулах, бусад салбарууд, нийт хүн амтай ажиллах ажиллагаанд нутаг орныхоо нөхцөл бололцоог харгалзан шинэчлэл, өөрчлөлт хийж, эмнэлгийн үйлчилгээнд дэвшилт хэлбэр нэвтрүүлэх, төлөвлөлт, эдийн засгийн шинэ аргыг ажлын үр дүнг сайжруулах хөшүүрэг болгон ашиглах талаар тун санаачилга муутай ажиллаж байна.

Олон жилийн турш зөвхөн тооны хойноос хөөцөлдсөн экстенсив төлөвлөлт давамгайлж байсны харгайгаар манай стационарын нэг орны өртөг социалист бусад орныхоос 15—50 дахин доогуур, нэг оронд ногдох талбай 2—3 дахин бага байгаа нь онош эмчилгээний чанарт ихээхэн муугаар нөлөөлж байгаагийн дээр бас хөдөөд стационарын орны хүчин чадлыг бүрэн ашиглахгүй байх, аймгийн төв, хотод стационар-амбулатори-хэсгийн ажлын уялдаа холбоо, реабилитацийн тусламжийг сайжруулах, өдрийн ба гэрийн стационарын үйлчилгээг нэмэгдүүлэх, мэргэжлийн кабинетуудыг ээлжээр болон уртасгасан цагаар ажиллуулах зэргээр эмнэлэг үйлчилгээний дэвшилт хэлбэрүүдийг олигтой шуурхай ашиглахгүй байгаагаас орны фонд ашиглалтыг зохиомлоор ихэсгэж, эмчилгээний үр дүн багатай архаг өвчтөнийг эмнэлэгт олон хоног барьж, ард нь хурц түргэн явцтай өвчтэй хүмүүс ор хүлээж цаг алдан өвчин нь архагших явдал байсаар байна.

Төрөлжсөн тусгай мэргэжлийн эмнэлэг, диспансерууд, тэдгээрийн орон нутгийн салбаруудын урьдчилан сэргийлэх үйл ажиллагаа шаардлагын хэмжээнээс ихээхэн хоцорч байна. Жишээлэхэд, сүрьеэ уушигны эмгэг судлалын нэгдсэн төвийн клиникт 1988 онд хэвтэж эмчлүүлсэн хүмүүсийн 25,6 хувь нь хүнд хэлбэрийн сүрьеэтэй, Халдвар судлалын клиникийн төв эмнэлэгт хэвтэж эмчлүүлэгсдийн 33 хувь нь өвчний хожуу үед ирсэн, хорт хавдраар нас барагсдын 40—45 хувь нь онош тогтоогдсон эхнийхээ жилдээ нас барж байна. Эдгээр үзүүлэлтүүд нь ЗХУ-ын ижил нэр төрлийн үзүүлэлтүүдээс 1,5—2,5 дахин өндөр байна. Манайд их дэлгэрсэн вируст гепатитын эдгэрэлт, архагшилтын үзүүлэлт, цирроз, элэгний анхдагч өмөнд шилжихэд ямар ямар хүчин зүйл нөлөөлж буй, бруцеллёзын эдгэрэлт, архагшилт, халдварлалтын байдлаар практикийн эмч, эрүүлийг хамгаалахын удирдах ажилтнуудад чиг баримжаа болохуйц баттай тоо баримт, дорвитой судалгаа, шинжилгээ ч алга байна.

Манай улсад одоо жил бүр халдварт өвчнөөс сэргийлэх 14 нэр төрлийн 1,3—1,4 сая тун тарилгыг хэрэглэж байна. Гэвч сэргийлэх тарилгын хадгалалт, тээвэрлэлтийн нөхцөл, тарих технологийн шаардлагыг хангаагүй, зохих насны хүүхдийг хугацаанд нь тарилгад бүрэн хамруулаагүй, тарилгаас түр чөлөөлөгдсөн хүүхдийг тодорхой зорилготойгоор эрүүлжүүлж нөхөн тарьдаггүй зэргээс сэргийлэх тарилгатай халдвар үе үе дэгдэлт хэлбэрээр гарах явдал тасрахгүй байна.

ДЭХБ-ын тусалдаатайгаар 1986—1987 онд температурын монитор ашигласан туршлагаас үзэхэд улаанбурхны вакцины 56,6; полиомиелитийн вакцины 54,2 хувийг хэрэглэгчдээ хүртэл тохиромжтой нөхцөлд тээвэрлэжээ. Буруу хадгалж, тээвэрлэсэн вакцины 29,1—37,7 хувь нь аймгаас сум хүрэхдээ, 45,2—53,3 хувь нь суманд хадгалах үедээ муудаж байгааг судалгаагаар тогтоожээ.

Бид вакциныг хуваарилах, тээвэрлэхэд энэ байдлыг онцгой анхаарах шаардлагатай байна. Дорнод аймгийн Эрүүлийг хамгаалах газар сүүлийн хоёр жил дараалан сахуугийн эсрэг вакцин хөлдөөж муутгасан байна. 1988 онд Улаанбаатар хотод улаанбурхнаар өвчилсөн хүүхдүүдийн 63 хувь нь вакцин тариулаагүй буюу тариулсан эсэх болон хэсгийн эмнэлгүүдэд хэрэглэж болох оношлын хялбар төсөр төхөөрөмж, хүүхдийг тарилагд бүрэн хамруулах боломж бүхий энэ хотод вакцинжуулалтын ажлыг хэр зэрэг чанартай зохион байгуулдаг нь харагдаж байна.

Манай орны эмнэлгүүдэд компьютерт томограф, ангиограф, эхограф, лазерийн туяа, уян ширхэгт дотуур дуран зэрэг дэлхийн шинжлэх ухаан, техникийн ололт, тэргүүний арга туршлага нэвтэрч оношлол, эмчилгээний түвшин дээшилж, нарийн мэргэжлийн шинэ салбарууд үүсэн хөгжиж байгаа хэдий боловч, хөдөө орон нутаг болон хэсгийн эмнэлгүүдэд хэрэглэж болох оношлын хялбар төсөр төхөөрөмж, лабораторийн экспресс оношийн арга практикт бараг нэвтрээгүй байгаа нь өвчтөнийг чирэгдүүлээгүй эмнэлгийн анхан шатны түвшинд өвчнийг нь эрт оношлох, диспансерчлалын чанарыг дээшлүүлэхэд сөрөг нөлөө үзүүлж байна. Гэтэл манай салбарын эрдэм шинжилгээний байгууллагууд, эрдэмтэд эрүүлийг хамгаалахын энэ тулгамдсан асуудлыг шийдвэрлэхэд тун хойрго оролдож, хими, физик, техникийн салбарын эрдэмтэн, мэргэжилтнүүдтэй хоршин ажиллах санаачилга дутаж байна.

Анагаах ухааны дээд, дунд сургуулиудын сургалтад амьдрал практикаас тасархай, онолдох хэлбэр, кабинетын сургалт давамгайлсан хэвээр, өвчнийг голдуу стационараар илрүүлэн оношилж, эмчлэхэд дийлэнх цагийг өгч, хүнийг өвчлүүлэхгүй, эрүүл саруул байлгах асуудлыг хоёрдугаарт тавьдаг аргаа өөрчлөхгүй байсаар байгаа нь урьдчилан сэргийлэх тэмүүлэлгүй, энэ талын мэдлэг, чадваргүй мэргэжилтэн практикт шилжихэд хүргэж байна. Иймээс оюутан бүрийг эрүүл аж төрөх ёсны соёлыг бүрэн эзэмшсэн, өөрөө архи, тамхи цээрлэдэг, биеийн тамирын аль нэг төрлийг эзэмшиж, хөдөлмөрдийг үлгэрлэн дагуулж чаддаг болгон сургах, хүн амын хөдөлмөр, ахуйн нөхцөлийг эрүүлжүүлэх ажлыг зохион байгуулах дадлага чадвартай эрүүл мэндийн байлдагч болгоход анагаах ухааны дээд, дунд сургуулиудын сургалт, хүмүүжлийн ажлыг чиглүүлэхээр өөрчлөх хэрэгтэй байна.

Урьдчилан сэргийлэх ажлыг ам хэлээр бус, ажил хэргээр эрүүлийг хамгаалахын үндсэн ажил болгохын тулд:

1. Эрүүлийг хамгаалах салбарын ажилтан, ажилчин нэг бүрийн ухамсарт урьдчилан сэргийлэх ажил үйл ажиллагааны нэг гол чиг шугам байх ёстой гэдгийг хатуу шингээж, тэднийг эрүүл аж төрөх ёсны соёлыг биеэрээ үлгэрлэн хэрэгжүүлэгч болгох;

2. Эрүүлийг хамгаалах бүх шатны байгууллагын ажлын төлөвлөлт, төсөв хөрөнгийн хуваарилалтын үйл ажиллагаанд урьдчилан сэргийлэх ажлыг тэргүүн зэрэгт тавих зарчмыг туйлбартай хэрэгжүүлэх;

3. Анагаах ухааны сургалт, эрдэм шинжилгээний ажилд урьдчилан сэргийлэх ажлын мэдлэг олох, арга техник эзэмшүүлэхэд гол анхаарлыг төвлөрүүлэх;

4. Эмчлэн сэргийлэх байгууллагуудын үйл ажиллагаанд үзүүлэх тусламжийнх нь түвшинд тохирсон, эдийн засгийн болоод үйл ажиллагааны хувьд хамгийн үр дүнтэй шинэ арга, техник өргөнөөр нэвтрүүлэх шаардлагатай гэж үзэж байна.

Дөрөв. Ариун цэвэр, халдвар судлалын алба бол урьдчилан сэргийлэх ажлын тэргүүлэх хүчин мөн

Ариун цэвэр халдвар судлалын алба бол манай эрүүлийг хамгаалахын төрөлжсөн тусламжийн нэг бөгөөд хүн амын эрүүл мэндийг гадаад орчны хорт (биологи, физик, химийн) нөлөөллөөс хамгаалах, нийт хүмүүсийн ажиллах, амьдрах, амрах эрүүл ахуйн нөхцөлийг сайжруулах зорилгоор халдвар эсэргүүцэх болон эрүүл ахуй-ариун цэврийн арга хэмжээг боловсруулж, удирдан хэрэгжүүлж байх үүрэгтэй.

Одоо ариун цэвэр, халдвар судлалын албанд Улсын ариун цэвэр, халдвар судлалын байцаан шалгах газар (УАЦХСБШГ), Эрүүл ахуй, халдвар, нян судлалын улсын институт (ЭАХНСУИ), Гоц аюулт халдварт өвчнийг эсэргүүцэн судлах газар (ГАХӨЭСГ), Хортон мэрэгчтэй тэмцэх товчоо (ХМТТ), Улсын ариун цэвэр, гэгээрлийн ордом (УАЦГО) зэрэг төвийн байгууллага, 18 аймаг, 3 хот, 3 яам, тусгай газрын Ариун цэвэр, халдвар судлалын станц (АЦХСС), сум дунд, орон нутгийн хотын Ариун цэвэр, халдвар судлалын 18 салбар станц, сумын ариун цэврийн 12 групп, хилийн ариун цэврийн 9 салбар ажиллаж, тэдгээрт нийт 1700 шахам хүн хөдөлмөрлөж байгаагийн 400 гаруй нь эмч, химич, биологич, инженер зэрэг дээд мэргэжилтэн байгаа нь бас ч багагүй хүч билээ. Одоо тус орны 10000 хүн амд эрүүл ахуй, халдвар, нян судлалын чиглэлийн 1,7 эмч ногдож, бүх эмч нарын 6,3 хувийг эзлэх болсон байна. Энэ албаны хэмжээгээр одоо жилдээ 500—600 барилга байгууламжийн газар сонголт, зураг төсөлд дүгнэлт өгч, барьж буй 700 гаруй барилга байгууламжид явцын, хүнсний худалдаа, нийтийн хоол, нийтийн аж ахуй, соёл, үйлчилгээ, үйлдвэр, сургууль, хүүхдийн байгууллаагын 11 мянга гаруй объектод ариун

цэврийн байнгын хяналт, 600 гаруй мянган сорьцонд нян судлалын, 13—14 мянган сорьцонд химийн, 1000 гаруй сорьцод радиологийн шинжилгээ хийж, 20 орчим нэр төрлийн биобэлдмэл үйлдвэрлэж, халдварт өвчний 17 орчим мянган голомтод эпидемиологийн судалгаа, ариутгал-устгал хийж, 60—70 мянган га талбайн байгалийн голомт эрүүлжүүлж, давхардсан тоогоор 10 сая гаруй м² талбайд ахуйн хортон шавьж устгаж, 70 орчим нэр төрлийн эрүүл ахуйн сурталчилгааны материалыг 600—700 мянган ширхэг хэвлүүлж, 100 шахам мянган хүнийг эрүүл ахуйн системчилсэн сургалтад хамруулж байна. Үүнээс гадна олон нийтийн ариун цэврийн хяналтын бүх шатны 390 шахам зөвлөлд ажиллаж буй олон нийтийн ариун цэврийн 2500 гаруй байцаагчид улсын ариун цэвэр, халдвар судлалын хяналтын төв, орон нутгийн байгууллагуудын арга барилын удирдлагын дор ариун цэврийн үзлэг шалгалт хийдэг.

Ариун цэвэр, халдвар судлалын албанд сүүлийн жилүүдэд электрон микроскоп, атомийн шингээлтийн спектрометр, гамма-спектрометр, гамма-тоолуур, ферменттэй холбоотой эсрэг биеийн урвалын автомат, гель-хроматографийн комплекс зэрэг өндөр хүчин чадалтай орчин үеийн багаж аппарат, В гепатитын эсрэг вакцин, хүний дархлал хомсдлын вирусийн эсрэгбие илрүүлэх оношуур, вакцины температурын хяналтын монитор, тэмдэгт нуклейн хүчлэг зэрэг сүүлийн үеийн дэвшилтэт арга техник бэлдмэлийг туршин нэвтрүүлж, 2000 он хүртэлх хугацаанд бүх сумдыг ариун цэврийн групп буюу ариун цэвэр, халдвар судлалын салбар станцтай болгох, энэ таван жилийн эцэс, ирэх таван жилийн эхээр Ариун цэврийн төв лаборатори, Биобэлдмэлийн шинжлэх ухаан-үйлдвэрлэлийн нэгдлийн барилгуудыг барилуулах, тоноглуулах төлөвлөгөө, тооцоо боловсруулаад байна.

Гэвч ариун цэвэр, халдвар судлалын ажлын одоогийн түвшин нь нам, засгаас тус орны нийгэм-эдийн засгийн хөгжлийг эрчимжүүлэхээр авч хэрэгжүүлж буй олон талт, өргөн цар хүрээтэй арга хэмжээний эрч далайц, ард түмний өсөн нэмэгдэж буй хэрэгцээ, шаардлагыг бүрэн дүүрэн хангаж чадахгүй байгаа нь энэ албаны зохион байгуулалт, материаллаг бааз, ажлын арга барилыг шийдвэртэй өөрчлөн шинэчилж, ариун цэвэр, халдвар судлалын байгууллагуудаас хүн амын эрүүл мэндийн түвшин, түүнд нөлөөлөгч төрөл бүрийн хүчин зүйлсийг тодорхойлж, эрүүлжүүлэх арга хэмжээг санаачлан зохион байгуулагч, эрүүл хүний эрүүл мэндийг хамгаалагч ажлын төргүүлэх хүчин байлгахын төлөө тэмцэхийг цаг үе шаардаж байна.

Ариун цэвэр, халдвар судлалын нарийн мэргэжлийн тусламжийн хүртээмж, одоо ажиллаж буй байгууллагуудынх нь материал-техникийн бааз шаардлагын түвшингээс хол хоцорч байна. Тухайлбал, одоогсөр сумдын 10 хүрэхгүй хувь нь ариун цэвэр, халдвар судлалын мэргэжлийн байгуулалатай болж байгаа бөгөөд ариун цэвэр, халдвар судлалын төвийн байгууллагуудын нэг нь ч шаардлага бүрэн хангасан, аймаг, хот, районы Ариун цэвэр, халдвар судлалын станцын 78 хувь нь зориулалтын байргүй, хийх шаардлагатай шинжилгээний 50—60 хувийг л хийх лабораторийн хүчин чадалтай байна. Үүний дээр эрүүл ахуйч, халдвар судлагч, нянсудлагч эмч нарын мэргэжлийн мэдлэг, ажлын хариуцлага, идэвх санаачилга сул байгаа нь нийлээд тэдний хийж буй ажлын нэр хүнд, дайчлан зохион байгуулагч нөлөөг ихээхэн бууруулж байна. Тиймээс ялангуяа ариун цэврийн хяналтын ажилд хянагч хянуулагч аль аль талаасаа хэлбэрдэх, нүд хуурах хэлбэр арилахгүй байна. Ийнхүү нь: 1984 онд Дорноговь аймагт улсын ариун цэврийн ерөнхий байцаагчийн үзлэг хийх үеэр төргүүн байранд орж байсан Алтанширээ сум «үзүүлэн» болгож оноо авсан ундны ус нөөцлөх саваа үзэлийн дараа зориулалтаар нь огт ашиглаалгүй, цемент хадгалах агуулах болгон хувиргалан нь яваандаа сумын төвд цэвэр усны нөөц тасалдахын шалтгаан болсноор энэ суманд 1988 онд балнад өвчин голомтлон гарахын шалтгаан болсон байна.

Урьдчилан сэргийлэх тарилгат өвчний тархалт багасгахын хэрээр вакцины идэвх, хүн амын дархлал тогтоцлын түвшин, идэвхтэй эргэлтэд байгаа нянгийн эсрэгтөрөгчийн болон эмгэгтөрөх чадварыг идэвхтэй шинжилж хяналт тавих шаардлага өсч байгаа боловч Ариун цэвэр, халдвар судлалын станцууд ийм хүчин чадалгүй байна. Энэ нь тарилгат өвчнүүд үе үе дэгдэлт хэлбэрээр гарах нэг нөхцөл болж байна. Ийнхүүлбэл, энэ онд сахуу өвчин гарсан Төв аймгийн Мөнгөнморьт сумын 11 настай бүх хүүхдэд Эрүүл ахуй, халдвар, нян судлалын улсын институтийн мэргэжилтнүүд ийлдэс судлалын шинжилгээ хийж үзэхэд 64,5 хувь нь сахуугийн эсрэг дархлалгүй байсан байна.

Манай ариун цэвэр, халдвар судлалын алба нийгэм-эдийн засгийн хөгжлийн хандлагыг урьдаас харж, байгаль орчин болон хүн амыг гарч болзошгүй зохисгүй нөлөөлөөс сэргийлж чадахгүй, нэгэнт бий болсон зөрчил, доголдын хойноос нь хөөцөлдөж явдаг хоцрогдсон аргаа өөрчлөх хэрэгтэй байна. Тухайлбал, хотжих, үйлдвэржих явц асар их эрч хүчээ авчихаад байхад манай ариун цэвэр, халдвар судлалын албанд хот байгуулалтын эрүүл ахуйч болон эрүүл ахуйн төрөл бүрийн инженерүүд, хими-физикийн хүчин зүйлийн мутаген, канцероген, тератоген үйлчлэлийг судлах лаборатори, мэргэжилтэн байхгүй байна. Шинээр барьж ашиглалтад оруулж буй үйлдвэрийн газруудын технологийн процесст автомат хяналт тавих, хаягдалгүй технологи ашиглах, гадаадаас авч буй суурь машинууд нь монгол хүмүүсийн сэтгэц-физиологийн онцлогт хэрхэн тохирохыг шалгах ажил хоцорч, энэ нь эргээд байгаль орчны экологийн тэнцэл, хүн амын эрүүл мэндэд хүчтэй нөлөөлөх болж байна.

Ариун цэвэр-халдвар судлалын албаны төргүүлэх үүргийг хангахын тулд:

1. Ариун цэвэр, халдвар судлалын албанд одоо ажиллаж байгаа эмч, мэргэжилтнүүд болон энэ чиглэлээр сурч байгаа оюутнуудын мэдлэг, чадвар, нийгмийн идэвхийг дээшлүүлэхэд чиглэсэн иж бүрэн арга хэмжээ боловсруулж хэрэгжүүлэх;
2. Салбарын бусад албадад нөлөөлөх, дайчлагч чадварыг нь нэмэгдүүлэх;
3. Ариун цэвэр, халдвар судлалын тусламжийн хүртээмж, материаллаг баазыг эрс сайжруулах;
4. Олон нийтийн ариун цэврийн хяналтын ажлын зохион байгуулалт, үйл ажиллагааг боловсронгуй болгох замаар улсын ариун цэвэр, халдвар судлалын хяналтын албаны ажлыг нарийн мэргэжлийн тусламж үзүүлэх үүрэгт ажилд нь бүрэн шилжүүлэх;
5. Улс орны болон орон нутгийн эдийн засаг, нийгмийг хөгжүүлэх төлөвлөгөөн дээр үндэслэн улс ардын аж ахуйн шинэ тутам хөгжиж буй үйлдвэр, салбарын эрүүл мэндийн нөлөөллийг судлах, хянах потенциалыг түрүүлэн бий болгох арга хэмжээг хэрэгжүүлэх, энэ зорилгоор одоо дутагдаж буй мэргэжилтнүүд болон ирэх таван жилээс эрчимжүүлэхээр, төлөвлөж буй химийн болон металл боловсруулах үйлдвэрлэлийн эрүүл ахуйн чиглэлээр мэргэжилтэн бэлтгэх, хяналтын лаборатори байгуулах шаардлагатай гэж үзэж байна.

УДИРДАХ АЖИЛТНЫ ЗӨВЛӨЛГӨӨН БОЛОВ

Эрүүлийг хамгаалах яамнаас зохион байгуулан 1989 оны нэгдүгээр сарын 24—27-нд эрүүлийг хамгаалахын удирдах ажилтны зөвлөлгөөн хийж, хүн амын эрүүл мэнд, ариун цэврийн соёлын түвшний одоогийн байдал, цаашид сайжруулах арга зам, эрүүлийг хамгаалахын материаллаг баазыг бэхжүүлж, эдийн засгийн өгөөжийг сайжруулах, аж ахуйн механизмыг боловсронгуй болгох асуудлаар Эрүүлийг хамгаалах яамны аппаратын болон аймаг, хотын Эрүүлийг хамгаалах газар, харьяа эмнэлэг, урьдчилан сэргийлэх байгууллагын удирдах ажилтнуудын ярилцлага, семинар, хийж, Эрүүлийг хамгаалахын ажлын байдалд үнэлэлт дүгнэлт өгч, дутагдал, доголдлыг арилгах талаар дэлгэрэнгүй ярилцав.

Эрүүлийг хамгаалахын удирдах ажилтны зөвлөлгөөнд «Эрүүлийг хамгаалахын урьдчилан сэргийлэх ажлыг чанарын шинэ шатанд гаргая» сэдвээр Эрүүлийг хамгаалах яамны сайд Ч. Цэрэннадмид илтгэл тавьж, хэлэлцүүлэв. (Илтгэлийг бүрэн эхээр сэтгүүлийн энэ дугаарт нийтлэв).

Зөвлөлгөөнд МАХН-ын Төв Хорооны хэлтсийн эрхлэгч Г. Дашзэвэг, ажилтан Б. Аюуш, Н. Цэнд, Сайд нарын Зөвлөлийн ажилтан Г. Магсаржав нар оролцов.

Мөн Намын Төв Хороо. Сайд нарын Зөвлөл, Ардын хянан шалгах хороо, Улсын прокурорын газар, Сангийн яам, Биеийн тамир спортын улсын хорооны хариуцлагатай ажилтнууд, хот, хөдөөгийн Эрүүлийг хамгаалахын удирдах ажилтнуудын ажил мэргэийн ярилцлага явуулж, хөдөөгийн хүн

амд үзүүлэх эмнэлгийн тусламжийг сайжруулах, Эрүүлийг хамгаалахын төсөв, санхүү, эдийн засаг, аж ахуйн механизмтай холбогдолтой асуудлаар санал бодлоо солилцов.

Илтгэлтэй холбогдуулж Хэнтий аймгийн Эрүүлийг хамгаалах газрын дарга Ц. Цулбуур, Эрүүл ахуй, халдвар нян судлалын улсын институтийн захирал Ж. Купул, Гэмтэл согогийн эмнэлгийн орлогч дарга н. Самбуу, Гоц аюул халдварт өвчнийг эсэргүүцэн судлах газрын дарга Д. Батсүх, Улаанбаатар хотын Ариун цэвэр, халдвар, судлалын станцын ерөнхий эмч н. Батчулуун Эрүүл ахуй, халдвар, нян судлалын улсын институтийн тасгийн эрхлэгч, Эрүүлийг хамгаалах яамны ерөнхий мэргэжилтэн Д. Эрдэнэцэцэг, Анагаах ухааны хүрээлэнгийн захирал, Е. Бодьхүү, орлогч захирал Б. Дэмбэрэл, Анагаах ухааны дээд сургуулийн тэнхимийн эрхлэгч, Эрүүлийг хамгаалах яамны ерөнхий мэргэжилтэн Ц. Норовпил, Халдварт өвчнийг анагаах клиникийн эмнэлгийн ерөнхий эмч н. Сүхээ, Шүүх эмнэлгийн магадлах товчооны дарга Д. Тамжидмаа, Төв аймгийн Эрүүлийг хамгаалах газрын дарга Д. Очирбат нар үг хэлж санал, шүүмжлэл тавив. Зөвлөлгөөн дээр МАХН-ын Төв Хорооны хэлтсийн эрхлэгч н. Дашзэвэг дэлгэрэнгүй үг хэлж Эрүүлийг хамгаалахын урьдчилсан сэргийлэх ажилд оршиж байгаа дутагдал, доголдлыг арилгах арга замын талаар тодорхой үүрэг даалгавар өглөө.

Ц. Содномпил

Ц. Мухар, Л. Дашцэрэн

**ХҮН АМД ҮЗҮҮЛЭХ ПАРАКЛИНИКИЙН ТУСЛАМЖИЙГ ӨРГӨ-
ЖҮҮЛЭХ АСУУДАЛД**

Анагаах ухааны хүрээлэн

Хүн амыг шатлан диспансерч-
лах ажлыг хэрэгжүүлэх, урьдчилан
сэргийлэх үзлэгийн үр нөлөө, ча-
нарыг сайжруулахад параклиникийн
шинжилгээг өргөн ашиглах явдал
чухал болж байна. (4, 8, 9, 12)

Бид ЭХЯ-ны сайдын «Лабора-
торийн тусламжийг сайжруулах за-
рим арга хэмжээний тухай» 1987
оны А/122 тоот тушаалын заалтын
дагуу лабораторийн албыг 2000 он
хүртэл хөгжүүлэх программыг боловс-
руулахад зориулж, энэ албаны одоо-
гийн түвшинд дүгнэлт хийж, зохион
байгуулалтын үндэслэл бүрдүүлэх,
эмчлэн сэргийлэх тусламжийг чанар-
жуулах, төлөвлөх, цаашдын төлвийг
тодруулах зорилгоор энэ судалгааг
явууллаа.

1986 онд улсын хэмжээгээр
1000 хүн амд 2740,0 буюу нэг ир-
гэн жилдээ 2,7 удаа шинжилгээ
хийлгэсэн байна. Энэ нь манай ул-
сын нэг иргэн жилд дунджаар 8
удаа эмнэлэгт үзүүлж байгаатай харь-
цуулахад их эмчийн 4 үзлэгт па-
раклиникийн нэг шинжилгээ ног-
дож байна (5, 13).

Сүүлийн жилүүдэд дэлхийн улс
оронд хүн амд үзүүлэх лаборато-
рийн тусламж түргэн өсч байна.
Бүх холбоотын лабораторийн эмч
нарын нийгэмлэгийн мэдээгээр
ЗХУ-д (1985) нэг жилд 3—4 млрд
шинжилгээ хийж байна. Судлагч
Г. И. Тиллегийн судалгаагаар
БНАГУ-д 1978 онд 138 сая кли-
ник-биохимийн ба цусны шинжилгээ
хийжээ (2).

Судалгааны аргачлал. Судал-
гааг гурван үе шатаар явуулсан.

I үед: насанд хүрсэн хүн амаас
эмчилгээ-оношлолын учир хийлгэ-
сэн параклиникийн шинжилгээний
тоог хүн амын өвчлөлд харьцуулан
судлав.

II үед: насанд хүрсэн хүн амаас
диспансерийн хяналтын явцад хийл-

гэсэн шинжилгээг бодит байдал
(Улаанбаатар хотын Ажилчны рай-
он) Эрүүлийг хамгаалах яамны сай-
дын 1986 оны 133 тоот тушаалаар
заагдсан норм (131 өвчнөөр)-оор
тооцож судалгаа хийсэн болно. I,
II үеийн судалгаа, тооцоог гаргах-
даа Анагаах ухааны хүрээлэнгээс
1981—1985 онд явуулсан «БНМАУ-
ын хүн амын өвчлөл» судалгааны
үр дүн (5), экспертийн үнэлгээг
ашиглав.

III үед: урьдчилан сэргийлэх үз-
лэгийн үед хийлгэсэн шинжилгээг
үзлэгт орох хүмүүсийн нас хүйсний
онцлог, хэрэгцээ шаардлагыг хар-
зан лабораторийн шинжилгээний
20%-ийг урьдчилан сэргийлэх үзлэ-
гийн үед хийхээр тооцов (1, 12).
Мөн Эрүүлийг хамгаалах яамны
сайдын 1976 оны 18 тоот тушаа-
лаар батлагдсан «урьдчилан сэргий-
лэх үзлэг, шинжилгээ хийх тухай
заавар»-ын дагуу жил бүр урьдчи-
лан сэргийлэх үзлэгт орох хүнс, хүү-
хэд, үйлчилгээний байгууллагад
ажиллагсдын тоог насанд хүрсэн хүн
амын 2% байхаар тооцлоо. Судал-
гааг Улсын клиникийн төв эмнэлэг,
Улаанбаатар хотын клиникийн төв
эмнэлэг, Ажилчны районы полик-
линикийн үйл ажиллагаанд тулгуур-
лан явууллаа.

Судалгааны үр дүн. Бидний су-
далгаагаар диспансерийн хяналтад
хамраагүй хурц өвчин, зарим архаг
өвчнөөр хүн амын ерөнхий өвчлөл
насанд хүрсэн 1000 хүн амд 671,1; па-
раклиникийн шинжилгээ 1264,8 бай-
гаа бөгөөд нэг өвчинд 1,88 шинжил-
гээ ногдож байна. Харин экспертийн
үнэлгээгээр параклиникийн шинжил-
гээ 1000 хүн амд 3561,5 байх шаард-
лагатай байна (Хүснэгт 1).

Эмчилгээ-оношлолын учир хийлгэх
параклиникийн шинжилгээ

(насанд хүрсэн 1000 хүн амд)

Өвчний нэршил	Өвчлөл 1000 хүн амд	Нэг өвч- лөлд ног- дох шин- жилгээний тоо	1000 хүн амд ногдох шинжилгээ	
			Судалгаа- гаар	Экспертийн үнэлгээгээр
1. Халдварт паразитын өвчин	77,8	2,65	206,17	459,79
2. Амьсгалын эрхтэний өвчин	168,8	1,73	292,02	1222,24
3. Цусны эргэлтийн систе- мийн өвчин	83,5	2,96	247,16	603,00
4. Хоол боловсруулах эрхтэ- ний өвчин	125,3	1,18	147,85	587,65
5. Мэдрэлийн систем мэдрэ- хүйн эрхтэний өвчин	140,3	0,74	103,80	422,30
6. Шээс, бэлгийн эрхтний өвчин	49,2	1,27	62,48	127,90
7. Цус ба цус бүтээх эрхтэ- ний өвчин	3,9	3,76	14,66	14,52
8. Бусад	22,3	0,75	16,72	125,10
БҮГД	671,1	1,88	1264,80	3561,50

Эрүүлийг хамгаалах яамны сай-
дын 1986 оны 133 тоот тушаалын
дагуу диспансерийн хяналтад авбал
зохих өвчин насанд хүрсэн 1000 хүн
амд 731,8 байгаа бөгөөд нэг өвчинд
дунджаар 6,4 параклиникийн шин-
жилгээ шаардлагатай байна. Үүнийг

үндэс болгон тооцвол диспансерийн
хяналтын учир насанд хүрсэн 1000
хүн амд 4686,3 шинжилгээ шаар-
дагдаж байна (хүснэгт 2).

Нэгтгэн тооцвол 1000 хүн амд
диспансерийн хяналтын учир 4686,3;
эмчилгээ-оношлолын учир 3561,5;

Диспансерийн хяналтын учир хийлгэх
параклиникийн шинжилгээ

(насанд хүрсэн 1000 хүн амд)

Өвчний нэршил	Өвчлөл 1000 хүнд амд	Экспертийн үнэлгээ	
		Нэг өвчлөлд ног- дох шинжилгээ- ний тоо	1000 хүн амд ног- дох шинжилгээ
1. Халдварт паразитын өвчин	11,90	11,4	135,00
2. Амьсгалын эрхтэний өвчин	124,70	9,7	1207,40
3. Цусны эргэлтийн систе- мийн өвчин	82,80	8,4	697,00
3. Хоол боловсруулах эрхтэ- өвчин	106,20	6,6	699,40
5. Мэдрэлийн систем, мэдрэ- хүйн эрхтэний өвчин	176,40	4,7	827,50
6. Шээс, бэлгийн эрхтэний өвчин	77,14	6,3	482,92
7. Цус ба цус бүтээх эрхтэ- ний өвчин	21,92	4,4	95,68
8. Бодисын солилцоо, дотоод шүүрлийн булчирхайн өв- чин	5,80	9,2	53,30
9. Бусад	124,95	3,9	488,10
БҮГД	731,81	6,4	4686,30

Параклиникийн шинжилгээний хэрэгцээ

(насанд хүрсэн 1000 хүн амд)

Шинжилгээний төрөл	Бүгд	Үүнээс		
		Диспансерийн хяналтын	Эмчилгээ оношлолын	Урьдчилан сэргийлэх үзлэгийн
Клиник	5492,4	2523,3	2268,3	668,8
Биохими	668,8	337,4	255,0	76,4
Үйл онош	2163,0	1295,3	550,3	317,4
Рентген	1421,4	414,9	436,2	570,3
Бусад	195,1	103,4	51,7	40,0
БҮГД	9940,7	4686,3	3561,7	1692,9

урьдчилан сэргийлэх үзлэгт 1692,9 бүгд 9940,7 шинжилгээ, өөрөөр хэлбэл нэг иргэн жилд 9,9 удаа шинжилгээ хийлгэх шаардлагатай байна (хүснэгт 3).

ЗХУ болон БНАГУ-ын судлаачдын материалаас үзвэл (2, 12) ЗХУ-д цаашид нэг иргэнд 13—14 удаа, БНАГУ-д нэг иргэнд 20 удаа шинжилгээ хийлгэх зорилт тавьж байна. Энэ байдлыг манай хэрэгцээтэй харьцуулж үзвэл ЗХУ-аас 1,4 дахин, БНАГУ-аас 2 дахин бага юм.

ЗХУ-ын эрдэмтэн Г. З. Демченкова, М. Л. Полонский нарын судалгаагаар (4) 1000 хүн амд клиник биохимийн шинжилгээ эмчилгээ оношлолын зорилгоор 3558,4; урьдчилан сэргийлэх үзлэгт 1058,9; диспансерийн хяналтын учир 645,4, бүгд 5262,7 байна гэжээ.

Судалгаанаас үзэхэд манай улсын эрүүлийг хамгаалахын лабораторийн алба харьцангуй хоцорч байгаа бөгөөд цаашид нэлээд арга хэмжээ авч хэрэгжүүлэх хэрэгтэй юм. Лабораторийн албыг хөгжүүлэх зорилгоор эрдэм шинжилгээний төв лаборатори байгуулж, судалгааны ажлыг өргөжүүлэх, хот, район, аймгийн төвүүдэд нутаг дэвсгэрийн томоохон поликлиник байгуулан түүний бүрэлдэхүүнд клиник, биохими, суролог, цитолог, гистолог, микробиологи, үйл онош, рентген шинжилгээ бүхий параклиникийн тасаг зохион байгуулж ажиллуулах, сумын эмнэлгүүдэд клиникийн, сум дундын нэгдсэн эмнэлгүүдэд клиник, биохимийн

лаборатори, рентгений кабинеттэй болох, аймгийн нэгдсэн эмнэлгийн дэргэд сум, сум дундын эмнэлгийн захиалгаар үйлчлэх явуулын өндөр мэргэжлийн лаборатори бий болгох, ЗХУ-ын туршлагаар нийслэл хотод 1990—1995 оноос оношлолын төв байгуулах зэрэг дорвитой арга хэмжээ авч хэрэгжүүлэх нь зүйтэй.

Дүгнэлт. 1. Улаанбаатар хотын 1000 хүн амд диспансерийн хяналтанд хамраагүй хурц өвчин, зарим архаг өвчнөөр 1264,8 шинжилгээ, ногдож байна.

2. Цаашид параклиникийн шинжилгээг 1000 хүн амд 9940,7 болгох шаардлагатай бөгөөд үүнээс диспансерийн хяналтын 1000 өвчтөн тутамд 4686,3; эмчилгээ оношлолын учир 3561,5; урьдчилан сэргийлэх үзлэгээр 1692,9 болгох хэрэгцээ гарч байна.

3. Лабораторийн албыг хөгжүүлэхэд параклиникийн тасаг бүхий нутаг дэвсгэрийн томоохон поликлиник байгуулах, хөдөөгийн хүн амд лабораторийн тусламжийг ойртуулах зохион байгуулалтын хэд хэдэн хувилбар боловсруулах, нийслэлд эрдэм шинжилгээний төв лаборатори, оношлолын төв байгуулах зэрэг арга хэмжээг авах нь зүйтэй.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. Амбулатори-поликлиникийн тусламж, диспансерчлал УБ, 1986.

2. И. С. Балаховский — Современная клиническая лабораторная диагностика Клиническая мед. 1986, 11.

3. Е. Н. Гаранина — Итоги внедрения контроля качества исследований в клинико-

диагностических лабораториях страны Лаб-ное дело, 1980, 8

4. Г. З. Демченкова, М. А. Полонский — Теоретические и организационные основы диспансеризации населения Москва «Медицина», 1987.

5. Заключительный отчет заболеваемости населения МНР. I, II том, УБ, 1982

6. В. В. Меньшикова Руководство по клинической лабораторной диагностике Москва, 1982

7. В. В. Меньшикова — Европейский форум по биохимическому анализу. Лаб-ное дело, 1983, № 3

8. В. В. Меньшикова — О лабораторном обеспечении диспансеризации всего населения Лаб-ное дело, 1985, 2.

9. Г. А. Новгородцев, Г. З. Демченкова и др. — Диспансеризация населения в СССР Москва, 1979.

10. А. М. Портной — Роль рентгенологической службы в ежегодной диспансеризации населения. Сов. здравоохран., 1987, 9.

11. Статистический ежегодник стран членов СЭВ Москва, 1985

12. И. Н. Тюльпин, Г. З. Мемченкова и др. — Пути повышения эффективности и качества профилактических осмотров населения Москва 1981.

13. Эмнэлгийн байгууллагын үйл ажиллагаа хүн амын эрүүл мэндийн (1986 оны) зарим үзүүлэлт, УБ, 1987.

Редакцид ирсэн 1988. 07. 15

СТОМАТОЛОГИЙН ТУСЛАМЖИЙГ САЙЖРУУЛАХ АРГА ЗАМ

Нам, засгаас хүн амд үзүүлэх эмнэлгийн нарийн мэргэжлийн тусламжийг сайжруулах талаар байнга анхаарч ирсний дүнд стоматологийн тусламж үзүүлэх, анагаах ухаан дунд өгөжлөө. 1986 онд Улаанбаатар хотод хүүхэд насанд хүрэгчдэд энэ талын төрөлжсөн нарийн мэргэжлийн тусламж үзүүлэх, анагаах ухаан дунд болон дээд сургуулийн сургалтын бааз, мэргэжлийн зөвлөгөө өгөх төв, поликлиник байгуулагдлаа. Аймгийн төвийн 10 мян. хүн амд 3, Улаанбаатар хотын 0—16 насны 10 мян. хүүхдэд стоматологийн эмч 4 байхаар нормативыг шинэчлэн тогтоож стоматологийн эмч бэлтгэх элсэлтийг 1987—1988 оны хичээлийн жилээс хоёр дахин нэмэгдүүлж, 1986 оноос ДЭХБ-ын программ нээж эм багаж материал то-

ног төхөөрөмж захиалан авч байна. Эрүү нүүрний мэс засал, хүүхдийн стоматологийн эмч төрөлжсөн нарийн мэргэжлээр Анагаах ухааны дээд сургууль дээр жилдээ 2 удаа мэргэжил эзэмших, дээшлүүлэх курс хийж, ординатураар эмч бэлтгэх болов.

ЭХУ болон ах дүү социалист орнуудад стоматологийн нэг эмчид 1500—2500 хүн ногдож байна. Манайд улсын хэмжээнд дунджаар нэг эмчид 8650 хүн, 10 мянгад 0,15 хиймэл шүд хийх буюу нүүр амны сорог заслын эмч, хөдөө орон нутагт нэг эмчид 14100, Эрдэнэт, Дарханд 5500, Улаанбаатарт нэг эмчид 4672, үүнээс хүүхдийн стоматологч нэг эмчид 5800 хүүхэд тус тус ногдож, нэг иргэн жилдээ 0,6 удаа стоматологч эмчид үзүүлж байна.

Тусламжийн чанарын зарим үзүүлэлт

	1987 оны байдлаар	Мөрдөж буй норм
Шүд цоорох, түүний хүндрэлийн харьцаа:		
а) тогтмол шүд	1,6:1	3:1
б) сүүн шүд	2,5:1	:1
Нэг шүдийг ломбодохын тулд үзсэн тоо	3,5	2-оос дээшгүй
Шүд авах, ломбодохын харьцаа	1:1,5	1:3
Сард эрүүлжүүлэх хүний тоо	47	30-аас дээш
Нийт үзлэгт У/С үзлэгийн эзлэх хувь	хотод—26,7 хөдөөд—34,7	21%-с дээшгүй

Үүнээс үзэхэд шүдээ цоорсон даруй хүмүүс эмчлүүлэхгүй, ихэвчлэн хүндэрч өвчин орохоор нь эмчид

ирж байгаагаас нэг шүдийг олон удаа үзэж (3,5) ломбодож байна. Гэвч зарим тохиолдолд оношлогоо,

эмчилгээний арга барил, эм материалын чанар, эмчийн дадлага, ур чадвараас шалтгаалах явдал байгааг үгүйсгэж болохгүй.

Эрүү нүүрний мэс заслын чиглэлээр амбулаторийн тусламжийн 55,1%-ийг шүд авах; 20,5% эрүү нүүрний идээт үрэвсэл; 13,4% амбулаторийн хагалгаа; 3,3%-хавдар; 1,7%-гэмтэл эзлэж эрүү нүүрний мэс заслын тусламжийн төрөл хүрээ нэмэгдсэн, үүний дотор шүд авсаны эзлэх хувийн жин өмнөх онуудаас буурсан нь тусламжийн чанар сайжирсны нэг үзүүлэлт юм. Улсын хэмжээнд аймгуудын нэгдсэн эмнэлгүүдэд 2—10; Улсын клиникийн төв эмнэлэгт 50, нийт эрүү нүүрний мэс заслын 100 гаруй ор ажиллаж байна.

Улсын клиникийн төв эмнэлгийн эрүү нүүрний мэс заслын тасагт 1987 онд 900 гаруй хүн хэвтэн эмчлүүлснээс 74,7% нь хагалгаа хийлгэжээ. Хэвтэгсэдийн 35,6% нь 0—16 насны хүүхэд эзлэж байна. Хэвтэн эмчлүүлэгсэдийг өвчний байдлаар авч үзвэл үрэвсэл 36,7%; гэмтэл 19%; бусад 19%; хавдар 15%; гоо засал хийлгэсэн 0,9% байна.

Эрүү шүдний гажиг заслын кабинет Улаанбаатар хотын стоматологийн поликлиникт 2 эмч, 4 техникчтэй ажиллаж, 4600 гаруй хүнд үйлчилж, гажиг заслын аппарат 162, хүүхдийн хиймэл шүд 210-ийг хийсэн боловч хүүхдийн дунд 67%-ийн тархалттай эрүү шүдний гажиг заслын энэ тусламжийг орон нутагт буй болгох шаардлагатай байна.

Нүүр амны согог заслын тусламжаар жилдээ 32, 750 хүнд хиймэл шүд хийж байгаа нь нийт авсан шүдний 67,5%-ийг эзлэж байна. Нөхөн сэргээсэн шүдний 75% нь авдаг, 25% нь авдаггүй хиймэл шүд эзлэж, эдгээрийн харьцаа 1:2 байхаас 3:1 байгаа нь хөдөлмөрчид олон шүд унасан, авахуулсаны эцэст шүд хийлгэж байна. Мөн материал, гагнуурын аппарат дутагдалтай тал ч энд нөлөөлсөн нь дамжиггүй.

Нэг эмч хотод 1200, хөдөөд 210—1180 хүнд хиймэл шүд хийсэн нь аймаг хотын эмч нар үзлэгийн нэгжийн норм баримтлахгүй ялангуяа хөдөөд зөвхөн орлогын төлөв-

лөгөө хөөцөлдөж байгаатай холбоотой юм.

Нийт аймаг хотуудад стоматологч эмч нар шүд цоорох, түүний хүндрэл буйлны үрэвсэл, амны салст бүрхүүлийн ихэнх өвчнүүдийг эмчлэж, эмчилгээнд ЗХУ, БНСЧСУ-ын эм, материалыг өргөн хэрэглэж байгаа юм. Буйлны үрэвсэл, шүд сулрах өвчний үед үрэвсэл дарах цус тогтоох салстын нөхөн төлжилтийг сайжруулах, нянгийн эсрэг үйлчилгээ бүхий Ардын эмнэлгийн хүрээлэнгийн бэлдмэл алюмекатиныг хэрэглэж буй нь ихээхэн үр дүнтэй байгаа боловч хүрэлцээгүйгээс хөдөлмөрчдийн хэрэгцээг бүрэн хангахгүй байна.

Улаанбаатар хотын стоматологийн поликлиникт шүдний тойрон эдийн болон амны салстын өвчний кабинетийг нээн ажиллуулсан нь энэ талын тусламжийн чанарыг сайжруулахад зохих үр дүнгээ өгч, уг өвчний үед хийгдэх мэс заслын эмчилгээний аргуудыг манайд нэвтрүүлсэн нь амжилттай боллоо.

Хэдийгээр ийм ололт байгаа боловч орчин үед хүний бие махбодын элдэв хурц, архаг өвчнүүдийн эх үүсвэр, эмгэг голомт болдог шүдний өвчин түүний хүндрэлээс сэргийлэх аргыг орон нутгийн хүн амын өвчлөлийн байдал, тухайн хүмүүсийн нас, хүйс, бие махбодын онцлогт тохируулан оновчтой хэрэглэхгүй эм, материал багаж, тоног төхөөрөмж хүрэлцээгүй энэ талын гадаад захиалга боловсронгуй бус бэлэн байгаа нөөц бололцоог зөв зохистой ашиглаж чадахгүй байна. Ихэнх аймгийн төвд эрүү нүүрний мэс засал, нүүр амны согог, гажиг засал, хүүхдийн стоматологийн зэрэг төрөлжсөн кабинетууд бүхий тасаг байгуулан ажиллаж байгаагийн дотор уг тусламжийн хүрэлцээ, чанарыг сайжруулахад байнга анхаарч байхад зарим аймаг, хотын эрүүлийг хамгаалах газар, нэгдсэн эмнэлгийн удирдлага стоматологийн тусламжийн өвөрмөц онцлогийг харгалзан үздэггүйгээс тухайн аймаг хотод энэ талын тусламж хоцорч, хөдөлмөрчдийг чирэгдүүлж байна.

Завхан аймаг сүүлийн 5 жилд 4 эмч шилжүүлж, аймагт нь эмч бай-

саар байтал нүүр амны согог заслын кабинет нь эмчгүй байхад, Баянхонгор аймгийн Эрүүлийг хамгаалах газар эрүү нүүрний мэс засалч эмчийг аваад өөр мэргэжлээр дахин мэргэжүүлж ажиллуулсан нь тусламжийн хэрэгцээг буруу үнэлж байгаа явдал юм.

Стоматологийн аль ч мэргэжлийн кабинет нь ариун цэвэр, халдвар хамгаалалын дэглэм зохион байгуулалтын хувьд мэс заслын кабинетийн адил байх шаардлагатай байтал Сүхбаатар Дорнод, Дорноговь, Хөвсгөл зэрэг газрууд шаардлага хангахгүй өрөө тасалгаанд эмч техникчдийг ажиллуулж, халдвар хамгаалалын дэглэмийг ноцтой зөрчиж байгаад дүгнэлт хийгүүштэй. Зарим аймагт эмч, эмийн сангийн холбоо муугаас байгаа эм, материалыг мэдэхгүй хугацаа өнгөрөөх, хэрэгцээтэй материалыг нь буцааж тэгшитгүүлсэн зэрэг хариуцлагагүй явдал үзэгдсээр байна.

Шүд, амны хөндийн өвчин жилээс жилд ихсэх хандлагатай, тэдгээрийн хүндрэл ч багагүй тохиолдож байна. Хүн амын 65—82% зөвхөн шүдний өвчтэй, нэг хүний 2—3 шүд өвчилсэн одоогийн нөхцөлд стоматологийн эмч нарын ажлын ачаалал их байгаа нь ойлгомжтой юм.

Иймд стоматологийн эмчийн ажлыг Эрүүлийг хамгаалах яамны сайдын 1986 оны 175-р тушаалаар шинэчлэн батлагдсан, нүүр амны мэргэжлийн эмчийн, ажлын нэгжийн нормыг баримтлан, гол нь чанарын үнэлгээнд хяналт тавих нь зүйтэй.

Зориулалтын эм багаж материалын гадаад захиалга жил тутам өсөн нэмэгдэж байгаа хэрэгцээг хангахгүй, сүүлийн 5—15 жилд зарим багаж олдохгүй байгаа нь мэргэжлийн бус хүмүүс гэрээ хийдэг, багаж төхөөрөмжийн сүүлийн үеийн катологоор мэргэжилтнүүдийг хангадаггүйтэй холбоотой. Үзлэгийн багаж тоног төхөөрөмжийг аль байгаа орноос бэлэн мөнгөөр худалдан авах, зарим мэргэжлийн хүмүүсийг гэрээ хийхэд оролцуулах зэргийг бодуштай.

Тоног төхөөрөмжийн хүчин чадлыг бүрэн ашиглахын тулд эмчийн

үзлэгийн сандал, бор машиныг хоёр ээлжээр ажиллуулах, мэргэжлийн кабинетуудыг нэг дор байрлуулах нь оношлогоо эмчилгээг хамтран шийдэх, багаж эм, материалыг үр ашигтай зарцуулахад маш чухал болно.

Аймаг хотуудад стоматологч эмчийг мэргэжлийн бус ажилд олон цөөн хоногоор ажиллуулах, мэргэжсэн сувилагчгүй ажиллуулахыг хатуу хоригловол зохино. Эмч хүрэлгүй одоогийн нөхцөлд сэргийлэх үзлэгийн хувийн жинг 25%-иас хэтрүүлэхгүй байх нь үзлэгийн чанарт сайн нөлөөлнө.

Аймаг хотын стоматологийн ахлах мэргэжилтнүүд орон нутгийн тусламжийн байдалд үнэлгээ өгч уг тусламжийг шинжлэх ухаан үндэстэй зохион байгуулах, эрүүлийг хамгаалах газрууд ч тэдний хүч боллоцоог авч саналыг харгалзан үзэх, дэмжих явдал хангалтгүй байна.

Цаашид нормативын дагуу боловсон хүчин эм багаж, материалаар хангах, мэргэжлийн сувилагч бэлтгэх, 1200-аас дээш хүнтэй бүх шатны сургууль, үйлдвэрүүдийг стоматологч эмчтэй болгох, больницын 300 ор тутамд энэ мэргэжлийн эмч ажиллуулах, Архангай аймгийн Хотонт сум, Улаанбаатар хотын 1, 23-р сургууль, 3-дугаар цахилгаан станц зэрэг сум, сангийн аж ахуй, үйлдвэр, аж ахуйн газруудаас өөрсдийн хөрөнгөөр стоматологч эмч ажиллуулж байгаа санаачлагыг дэмжих, аймаг хот, районы төвүүдэд, клиникийн эмнэлгүүдийн дэргэдэх төрөлжсөн кабинет, тасгуудад стоматологийн эмчилгээ, эрүү нүүрний мэс засалч, гажиг согог заслын эмчийг 4:1:0,5—0,8-ийн харьцаатай ажиллуулах, бусад газруудад ажиллаж буй мэргэжлийн эмч нарыг амбулаторийн эрүү нүүрний мэс засал, нүүр амны гажиг согог заслын чиглэлээр үзлэг хийлгэж, эдгээр газруудад эмч тутамд шүдний техникч нэгийг ажиллуулах эсвэл хэд хэдэн кабинет дундын хиймэл шүдний лабораторийг байгуулах, нүүдлийн амбулаторийг сум бригад, ферм, пионерийн зуслан зэрэг газруудад 7—14 хоногоос доошгүй хугацаагаар ажиллуулах нь манай нөхцөлд тохиромжтой хэлбэр юм.

Цаашид улсын хэмжээнд нүүр амны өвчний тархалт, бүтцийг судлан тогтоож, уг судалгаатай уялдуулан боловсон хүчин, материалаг баазаар хангах, эм, багаж материалыг ариг гамтай зарцуулах, нүүр амны

өвчнөөс сэргийлэх, эрүүлжүүлэх аргыг орон нутгийн онцлогт тохируулан оновчтой сонгож хэрэглэх нь тусламжийг сайжруулах үндсэн нөхцөл болно.

Эрүүлийг хамгаалах яамны стоматологийн ерөнхий мэргэжилтэн Ц.Норовпил

ХӨДӨӨГИЙН БРИГАД, ХЭСГИЙН БАГА ЭМЧ

Энэ оны эхээр БНМАУ-ын Эрүүлийг хамгаалах яамнаас эрхлэн ДЭХБ-ын оролцоотойгоор хөдөө аж ахуйн бригад, хэсгийн бага эмч нарын туршлага солилцох семинар зөвлөлгөөнийг Улаанбаатар хотод хийж «Хүн амд үзүүлэх эмнэлэг, ариун цэврийн анхны тусламж, хөдөө аж ахуйн бригад хэсгийн бага эмч нарын гүйцэтгэх үүрэг» гэсэн асуудлыг авч хэлэлцэв. Анх удаа зохион байгуулсан энэхүү семинар зөвлөлгөөнд оролцогчид өөрчлөлт шинэчлэлтийн өнөө үед хөдөө аж ахуйн бригад, хэсгийн бага эмчийн өмнө зогсож байгаа зорилт, тэдний ажилд оршиж байгаа ололт, дутагдал, бэрхшээл, ажил сайжруулах арга замын тухай илэн далангүй, шүүмжлэл дүгнэлттэй ярилцаж санал бодлоо солилцон, зөвлөмж гаргаж, зөвлөлгөөний шийдвэр хэрэгжүүлэхээр 1989—1990 онд хийх ажлын төлөвлөгөөг батлав. Зөвлөлгөөнд ЭХЯ-ны сайд Ч.Цэрэннадмид дэлгэрэнгүй үг хэлж, үүрэг даалгавар өгөв.

Зөвлөлгөөний шийдвэрийг бүтээлчээр хэрэгжүүлэх ажилд цаг алдахгүй идэвхтэй орж, малчид, тариаланчдын эрүүл мэнд, эмнэлэг үйлчилгээнд чанарын ахиц өөрчлөлт гаргах явдал нэн тэргүүний зорилт болж байна.

Хүн амын эрүүл мэндийг хамгаалах, төр, олон нийтийн байгууллаага, хамт олон, гэр бүл, хувь хүний хамтын ажиллагааны цогцолбор бол эмнэлэг ариун цэврийн анхны тусламж юм. Эмнэлэг, ариун цэврийн анхны тусламжийг өргөтгөн хөгжүүлэх асуудал нь ДЭХБ-аас бүх улс орны өмнө дэвшүүлэн тавьсан томоохон зорилт бөгөөд «2000 онд бүх нийтээр эрүүл болох уриалга» дэлхийн улс түмний эрүүл энхийн уриа, энх тайван, аз жаргалтай амьдралын үндсэн зарчим болон хэрэгжиж байна.

Тус улсын эрүүлийг хамгаалахын түүхэн хөгжлийн өнөөгийн өндөрлөгөөс эргэн харвалд орчны үеийн анагаах ухаан, эрүүлийг хамгаалахын үүсэл хөгжил, хүн амын эрүүл мэндийг хамгаалах гавьяат үйлсэд манай бага эмч нарын гүйцэтгэсэн, гүйцэтгэж байгаа үүрэг асар их юм.

Хөдөө аж ахуйн үйлдвэрлэлийн үндсэн нэгж-бригад, тасаг, хэсэг фермд 1989 оны байдлаар бага эмчийн 1200 гаруй салбар ажиллаж, нэг салбар дунджаар 80—100 өрхийн 400—600 хүн амд 35—45 км-ийн дүүрэгт үйлчилж, нэг эмчид 0—1 насны 15—20 хүүхэд, 20—25 жирэмсэн

эмэгтэй, өвчний учир диспансерийн хяналтанд байгаа 30 гаруй хүн ногдог. Тэд хөдөө аж ахуйн үйлдвэрлэлийн явцад ариун цэврийн хяналт тавих, хөдөлмөрчдөд эмнэлэг, эрүүл ахуйн мэдэгдэхүүн олгох, эх нялхас, архаг өвчтэй хүмүүсийг их эмчийн тусалцаатай диспансерчлах, эмнэлгийн анхны тусламж үзүүлэх үндсэн үүрэг гүйцэтгэж байна. Энэхүү харилцаатай үүргээ нэр төртэй биелүүлж байгаа Говь-Алтай аймгийн Хөхморьт сумын Завхан гол бригадын бага эмч А.Олдох, Хэнтий аймгийн Батширээт сумын Барх бригадын бага эмч Ж.Цэрэнчагнаа, Төв аймгийн Эрдэнэ сумын Булнай хэсгийн бага эмч Д.Отгон, Дорноговь аймгийн Хатанбулаг сумын Сайр бригадын бага эмч Д.Маам, Говь-Алтай аймгийн Халиун сумын Чацран бригадын дарга эмч Ч.Алзахгүй, Хэнтий аймгийн Батноров сумын Идэрмэг бригадын бага эмч Д.Уртнасан, Баян-Өлгий аймгийн Ногоон-нуур сумын Ямаат бригадын бага эмч А.Мишээл, Өвөрхангай аймгийн Уянга сумын Жаргалант бригадын бага эмч А.Адъяа-тогтох, Булган аймгийн Баян-Агт сумын хэсгийн бага эмч Т.Жүгдэрнамжил, Дундговь аймгийн Хулд сумын Цагаан чулуу бригадын бага эмч С.Цэрэнханд, Увс аймгийн Өмнөговь сумын Орлого бригадын бага эмч К.Ашка, Өмнөговь аймгийн Манлай сумын Өгөөмөр бригадын бага эмч Ж.Эрдэнэтөгтох нарын олон тэргүүний хүмүүс байна.

Хөдөөгийн хүн ам хэдийгээр их эмчийн үйлчилгээнд бүрэн хамрагдаж нэг иргэн жилд дунджаар 6,6 удаа үзүүлж байгаа боловч малчдын 40 орчим хувь нь жилийн турин сумынхаа эмнэлэгт ирж чадахгүй зөвхөн бага эмчийн хяналтанд үйлчлүүлж байна. Ажиллах хүч хүрэлцээгүйгээс нэг хүнд ногдох мал сүргийн тоо харьцангуй олон, хоёр нарын хооронд ажиллаж, нутаг бэлчээр, цаг агаарын аясыг дагаж алс хол олон удаа нүүдэллэдэг, мал аж ахуй, газар тариалангийн үйлдвэрлэлтэй холбоотой өвчин, хордлого, осол гэмтэл гардаг, цаг уурын эрс тэс нөлөөн дор ажил үйлдвэрлэлийн болон хоол ундны тодорхой дэглэмгүй ажилладаг зэрэг онцлог нь малчид, тариаланчдын эрүүл мэндэд сөрөг нөлөө үзүүлдэг учраас тэдний эмнэлэг, ариун цэврийн тусламжийн зохих байгуулаалт ч өвөрмөц байх ёстой. Малчдын дунд амьсгал, хоол боловсруулах болон зүрх судасны өвчин зонхилж, 1000

хүн амаас 583 архаг өвчин оношлогдож байгаа нь малчдын дунд байгаа архаг өвчнийг илрүүлэн эмчлэх ажил хангалтгүй байгааг харуулж байна. Энэхүү нуугдмал архаг өвчний 40 гаруй хувийг зөвхөн хоол боловсруулах эрхтэний өвчин эзэлж байгаа нь малчдын хоолны бүтэц, нэр төрөл, дэглэм, ундны ус хангалтгүйтэй холбоотой. Ялангуяа цаг агаарын хувирал ихэсдэг, хунс хсоолны тэжээллэг, витаминлаг, илчлэг чанар багасч, мал төлөөт, тариалаалтын ажил ид өрнөдөг хаврын улиралд малчдын ажлын ачаалал, нэмэгдэж, хоол ундны төдийгүй ажил амьдралын дэглэм алдагдаж, архаг хууч хөдлөх нь нэмэгддэг. Иймд хаврыг угтуулан хийж эмчилгээ, элдэв эмгэгээс сэргийлэх ажлыг зориуд зохион байгуулах хэрэгтэй.

Хөдөө аж ахуйн үйлдвэрлэлд ажиллаж байгаа жирэмсэн эхчүүдийн 40 шахам хувь нь цус багатай, нэг хүртэл насны хүүхдийн 30—40 хувь нь сульдаа, тэжээлийн доройтол зэрэг суурь өвчтэй, 1988 сны байдлаар улсын хэмжээний хамуугийн өвчлөлийн 64,1, тэмбүүгийн 85,9; сурьсегийн өвчлөлийн 61,6 хувь нь хөдөөд ногдож байгаа ба эндсэн эхийн 40% нь хөдөөгийнх байв.

Хөдөөгийн хүн амын эрүүл мэнд ийм хангалтгүй байгаад зарчмын дүгнэлт хийж, эмнэлэг, ариун цэврийн тусламжийн чанар, үр нөлөөг дээшлүүлэх, хүн амыг диспансерчлах, тэдэнд эрүүл аж төрөх ёсыг эзэмшүүлж хэвшүүлэхэд бригад хэсгийн бага эмчийн хөдөлмөрт шинээр хандаж, бүтээлч сэтгэлгээ, шинэ арга барилаар ажиллах шаардлага гарч, гүйцэтгэх үүрэг, хүлээх хариуцлага өсөн нэмэгдэж байна. Өөрөөр хэлбэл, бригад хэсгийн бага эмч нь сумын эмчийн өгсөн үүргийг идэвхгүй гүйцэтгэгч, дамжуулагч, юмуу сумын эмнэлгийн гар харж суугчид биш, хариуцсан бригад, хэсгийнхээ хүн амын эрүүл мэндийг хамгаалагч жинхэнэ эзэн байх шаардлага зүй ёсоор гарч байна.

Судалгаанаас үзэхэд бага эмч нар үзлэгийнхээ 90 орчим хувийг гэрээр хийж байна. Энэ нь малчдын нутагшил зайдуу, нөгөө талаар бригадын бага эмчийн үзлэгийн байр байхгүйтэй холбоотой. Бага эмчид үзүүлэгсдийн 49% нь малчид, 39,6% нь бага насны хүүхэд байгаа нь хөдөөгийн хүн амын нийгмийн бүрэлдүүн, тэдний өвчлөлийн онцлогтой холбоотой. Бага эмчийн үзлэг II—V сард хамгийн их, VII—X сард цөөрч байгаа нь хүн амын өвчлөлийн байдал, отор нүүдэл, сүү сааль, ноос үс бэлдэх, хадлан зэрэг мал аж ахуйн үйлдвэрлэлтэй хамааралтайг харуулж байна. Бэлтгэж гаргасан бага эмчийн тоогсоор бригад хэсгийг бүрэн хангах боломж байгаа атал орон нутагт хуваарилагдсан зарим бага эмч нар хот сууринд шигдэн, нэлээд бригад хэсэгт цэргийн ариун цэврийн зааварлагч, курсийн сувилагч нар энэхүү хариуцлагатай албыг заагуулж байна.

Бага эмч нарт орон нутгийн нам, улс, хоршоолол, эрүүлийг хамгаалах байгууллагаас үзүүлэх дэмжлэг тусалцаа, анхаарал халамж дутаж тэдний хөдөлмөрийг зөв

үнэлэх, мэдлэг мэргэжлийг нь дээшлүүлэх, тогтвор суурьшилтай, үр бүтээлтэй ажиллуулах явдал маш хангалтгүй байна. Түүнчлэн бригад, хэсгийн бага эмчийн тогтвор суурьшил муу, ажлын үр нөлөө хангалтгүй байгаа нь тэдний ахуйн нөхцөлтэй ихээхэн холбоотой. Тэдэнд зориулалтын ажлын байр, унаа байхгүй, орон сууцгүй, ихэвчлэн айлд тав тохь муутай амьдарч байна. Сумын төвд амьдардаг бригад, хэсгийн эмч нар ч цөөнгүй. Нөгөө талаар бригад, хэсгийн эмч нар эмэгтэй голдуу, хот сууринд төрж өссөн, хөдөөгийн ахуй нөхцөлд дасаагүй, морь тэмээ унаж чадаагүй байна.

Бригад, хэсгийн бага эмч бэлдэхдээ малчны хүүхдээс зориуд элсүүлэн гэрээтэй суралцуулж, унаган нутагт нь хуваарилж, ажиллуулах журам тогтоох нь дээрх бэрхшээлээс гарах найдвартай арга мөн. Элсүүлж хуваарилах үед ч хүйсний тэнцвэрт харьцааг бодолцож үзэх нь зүйтэй юм. Хөдөөгийн хүн амын нийгмийн асуудал, тэдний эрүүл мэндийг хамгаалж бэхжүүлэх ажил чухал байгаа өнөө үед ахуй амьдрал, ажлын ийм нөхцөлд цөөн төрлийн хэдэн эмтэй, чагнуур төдий «багажтай» ганц бага эмч, хөдөлмөрчдийн эрүүл мэндийн байнга өсөн нэмэгдэж буй хэрэгцээг хангаж чадахгүй. Малчдын нийгмийн асуудлын чухал хэсэг эмнэлэг үйлчилгээ хөдөөд мэдэгдэхүйц ходрогдонгүй байгааг МАХН-ын Төв Хорооны IV бүгд хурал (1987 он) зааж, түүнийг эрс сайжруулах зорилт дэвшүүлсэн билээ.

Мал аж ахуйн хэсгийн зохион байгуулалттай уялдан энэ таван жилийн үлдэж байгаа хугацаанд 120 гаруй, 2000 он хүртэл хөдөөд нийтдээ 1800 гаруй хэсэг байгуулж тус бүрийг эмчээр хангах шаардлага гарч байна. Бригад, хэсгийн эмнэлгийн барилгыг эмчийн сууцны хамт нэг маягийн зургаар орон нутгийн ба өөрсдийн хөрөнгөөр барих ажлыг даруй зохион байгуулах, бригад, хэсгийн эмчийг алба-амины мотоциклтэй болгож, дуудлага үйлчилгээнд хэрэглүүлэх шаардлагатай байна.

Бригад, хэсгийн өрх бүрийг сард 2-оос доошгүй удаа идэвхтэй эргүүлийн хэлбэрээр үйлчлэж үзлэг, эмчилгээг хийх ёстой. Үүний тул бригад, хэсгийн эмч аль улирал, сард ямар айл, суурь хаана ихэвчлэн нутагладаг, түүнд хүрэх зам, унааны боломжийг харгалзан явуул эргүүлийн маршрут, графикийг гарган мөрдөх хэрэгтэй.

Сумаас алслагдсан, зам харилцаа муутай, хүн ам олонтой томоохон бригад, хэсэгт бага эмчийн ортой салбар ажиллах боловч хэвтүүдэн эмчлэх тусламжийг аль болохоор суманд төвлөрүүлэх, ороо гол төлөв хүнд болон халдварт өвчтэй хүмүүсийг сумын эмнэлэгт хүргэх хүртэлх хугацаанд түр хэвтүүлэх чиглэлээр ашиглах нь зүйтэй. Тусламжийн чанарын шаардлагаас эх барих бага эмчийн салбарт төрөхийн ор ажиллуулахгүй байх чиглэл баримтална. Аймгийн нүүдлийн амбулатори, сумын эмнэлгийн их эмч нар бригад, хэсэгт ажиллах үед үзүүлэх, эмчлүүлэх хү-

мүүсээ бэлтгэх ажлыг бага эмч сайтар зохион байгуулбал зохино. Острын ба мал төллүүлэх бус нутаг, хадлан, тариа хураалтын үед бригад, хэсгийн бага эмч явуулын түр салбар байгуулж ажиллах, сумын эмнэлгийн сродцоотойгоор малчдыг газар дээр нь эмчлэх өдрийн эрчимт эмчилгээний ортой цэг ажиллуулах нь малчдыг ажил үйлдвэрлэлээс хөндийрүүлэхгүй эмчлэх, зардал чирэгдлийг багасгах зохистой хэлбэр юм.

Бригад, хэсгийн эмч нарын ажилд үзүүлэх туслацдаа, тавих хяналтыг сайжруулахын зэрэгцээ тэдний мэргэжил, мэдлэгийг системтэй дээшлүүлэхэд орон нутгийн нам, улс, хоршоолол, эрүүлийг хамгаалах байгууллага онцгой анхаарч бригад, хэсэгт тогтвор суурьшлалтай, үр бүтээлтэй ажиллаж байгаа бага эмч нарыг Анагаах ухааны дээд сургуульд шууд элсүүлэх, түүнчлэн бригад, хэсгийн эмчнйг нэгдэл, сангийн аж ахуйн ажилтан, ажилчдын цалин хөлс, урамшууллын системд хамааруулж, тэдний нийгмийн асуудлыг сайжруулахад анхаарах нь чухал байна.

Хүн ам сийрэг, отор нүүдэл ихтэй, хөдөө аж ахуйн үйлдвэрлэлийн төрөл олон манай нөхцөлд бригад, хэсгийн бага эмч цаашид ч чухал үүрэгтэйг харгалзан бага эмчийн салбарын зэрэглэл тогтоож, материаллаг баазыг нь бэхжүүлэх, байгалийн хүчин зүйл болон эмийн бус эмчилгээний цэг салбар байгуулах шаардлагатай. Диспансерийн хяналтын хүмүүсийг сумын эмнэлэгт төлөвлөгөөтэй хэвтүүлэх, их эмчид үзүүлэхээр тухай бүр явуулах, эмэгтэйчүүдэд сарын тэмдгийн мөчлөгийг хөтлүүлж, жирэмсэн эхчүүдийг төрөхийн өм-

нөх амрах байранд бүрэн ирүүлэх ажлыг бригад, хэсгийн эмч шууд хариуцна.

Хүн амын эмнэлэг, ариун цэврийн анхны тусламжийн чанарыг дээшлүүлэхэд бүх нийтийн оролцоог сайжруулж, нэгдэл, сангийн аж ахуй, хөдөлмөрчдийн туслацдаанд тулгуурлан ойрын таван жилийн дотор бригад, хэсгийн бага эмчийн амбулаторийн зөөврийн байртай болгоход онцгой анхаарах хэрэгтэй.

Бага эмч үйлчлэх хүрээнийхээ хүн амд анхдагч үзлэг хийж өвчтэй, эрүүл гэж тогтоох, улмаар өвчтэй хүмүүсээ хоёрдогч буюу сумын эмч нарын үзлэгт оруулах, өрх бүрд «эрүүл мэндийн дэвтэр» хөтлөх, сум аймгаас ирсэн явуулын үйлчилгээнд хүмүүсээ урьдчилан бэлтгэж үзүүлж, эмчлүүлэхэд идэвхтэй оролцох шаардлагатай. Цаг агаар хүндэрсэн үед отор нүүдэл дагаж бага насны хүүхэд, жирэмсэн эхчүүд явж байгаа нь өвчлөл эндэгдэл гарах, өвчин нь хүндрэхэд нөлөөлж байгаа учраас бригад хэсэгт түр ясли, цэцэрлэг байгуулж, бага хүүхдийг нүүдлээс үлдээн, сууриуд очиж тохижсоны дараа тэднийг унаагаар хүргэх, нүүдлийн замд эмнэлгийн үйлчилгээний цэг ажиллуулах арга хэмжээг орон нутгийн эмнэлгийн байгууллага зохион байгуулбал зохино.

Одоогийн нөхцөлд тохиромжтой, малчдад хамгийн ойр эмнэлэг, үйлчилгээний цэг, бригад, хэсгийн эмнэлгийн ажлыг нам, засгаас тавьж байгаа зорилт, хөдөөгийн хөдөлмөрчдийн өсөн нэмэгдэж буй хэрэгцээний шаардлагад хүртэл сайжруулах явдал срон нутгийн нам, улс хөдөө аж ахуй, эрүүлийг хамгаалах байгууллагын хойшлуулушгүй зорилт мөн.

АУХ-ийн эрдэм шинжилгээний ажилтан П. Янсан, ЭХЯ-ны ажилтан Л. Санжаа

Өөрчлөлт шинэчлэл: санал бодол

ЭМ ХАНГАМЖИЙН ЗОХИОН БАЙГУУЛАЛТЫН ТУЛГАМДСАН ЗАРИМ АСУУДАЛ

Манай оронд эхэлж байгаа шинэчлэлийн бодлого нь удирдлагын захиргааны аргаас эдийн засгийн аргад шилжиж, аж ахуйн механизм, төлөвлөлтийг боловсронгуй болгох эдийн засгийн аргаар урамшуулах талаар хөдөлмөрчдийн идэвхи санаачлагыг өрнүүлэн улмаар ажил үйлчилгээний чанар, үр ашгийг дээшлүүлэхэд чиглэж байгаа билээ.

Эдийн засгийн аргаар урамшуулах системд дулдуйдсан түншийн харилцааг бие биеэ үйлчилдэг алба, салбарын хооронд бий болгож нийгэм, хөдөлмөрийн хамт олон, хувь хүний сонирхлын нэгдлийг хангах хэрэгтэй байгаа юм. Ийм замаар бас хүн амын амин чухал ашиг сонирхолыг хамгаалах эрхзүйн акт, шинжлэх ухааны үндэслэлтэй, нийтээр сахивал зохих дэг журам, ёс суртахууны хэм хэмжээ, өмчийн харилцааг хүртэл боловсронгуй болгох асуудлыг дорвитой шийдвэрлэж болох ч тал бий.

Энэ санааны үүднээс тус улсын эм хангамжийн зохион байгуулалтын тулгамдсан зарим асуудлыг хөндөж ярихыг зорив.

Нэгдүгээрт Эмийн зарцуулалтыг журамлах асуудлыг авч үзье. Эмийн хүрээнд багтдаг биологийн идэвхт бодисыг зүй зохистой хэрэглэх асуудал бол нэг талаас эмэн засал, фармакокинетик, фармакодинамика, фармакогенетик, хронофармакологийн онолоор баттай нотлогдож, клиникийн практикаар шалгагдсан шинжлэх ухааны үндэслэл, нөгөө талаас түүнд тулгуурлан гаргасан хууль эрхийн актаар зохицуулагддагийг бид мэднэ. Энэ нь ашгийг онцгой анхаарч байгаа орчин үед эмийн үр бүр ч хурц асуудал болж байна.

Эмэн заслын үр ашгийг дээд хэмжээгээр авахын тулд эмнэлгийн практикт нэгэн хэрэглэж байгаа эмийг шинжлэх ухааны онолоор батлагдсан шаардлагын дагуу зөв хэрэглэхийн зэрэгцээ эмийн бодисын биометаллын нийлмэл бүрдэл бий болгох, эмийн бодисын янз бүрийн нүүрсустөрөгчийн стереоизомертэй нэгтгэн гликозжуулах, янз бүрийн лигандом бүтээх зэрэг олон аргаар эмийн бодисын эсийн мембранд нэвчих явцыг түргэсгэх, эмийн үйлчлэл нөлөөний идэвхийг нэмэгдүүлэх, хоруу чанарыг эрс багасгах, эмийн бодисыг эс, эдэд зөөвөрлөх агентийг идэвхжүүлэх зэргээр эмэн заслын үр ашгийг дээшлүүлэх судалгааг өргөн явуулж байна. Одоо үед аль ч улс гүрэн эмийн бодлогодоо ийм зарчим баримталж байна.

Манай оронд эмийн бодлогыг зохицуулдаг эрхийн акт ч бий, эм хэрэглэх шинжлэх ухааны үндэслэл ч бий. Гэтэл эмийг зүй зохистой хэрэглэж эмэн заслын үр ашгийг дээшлүүлэх мэргэжлийн үйлчилгээнд их зөрчил гарч байна. Антибиотикийн мэдрэг чанарыг шалгаж, бодит үндэслэлтэй хэрэглэх, гормоныг хэрэглэх зааврыг нягт баримтлах, антибиотикийг нистатинтай хослон хэрэглэх, эмийн үл нийцэх чанарыг анхаарах, эмийн бие биесийн үйлчилгээг дэмжих, дарангуйлах нөлөө, бие махбодод хуримтлах илрэлээс сэргийлэх, биемахбодын урвалж чанар тэсвэрлэг байдал, дархлалын түвшин зэргийг бодгаль хүний биемахбодын өвөрмөц онцлогт тохируулах, эмийн нөлөөнд цагийн хэмнэлийн үзүүлэх хронестезийг харгалзах, эмийн канцероген болон үр хөврөлд гаж нөлөөлөхөөс болгоомжлох зэрэг эмэн заслын цэвэр мэргэжлийн асуудал ихэнхдээ манай эмч, эмзүйчдийн анхаарлын гадна байсаар байна. Жор бичлэгийн соёл дорой, эм зарцуулах журам зөрчиж ямар ч эмийг өргөн хэрэгцээний бараа мэт жоргүй худалдаалах явдал багагүй газар авчээ.

Эмч нар хэвшмэл найрлагатай хэдхэн төрлийн жоронд гаршсан учир эмчилгээнд хэрэглэх эмийн нэр төрөл цөөрч, эмийн сангийн үйлдвэрлэлийн ажиллагаа зөвхөн дотоод бэлдмэл хийхэд үндсэндээ шилжжээ.

Ийнхүү эмэн заслын нарийн асуудлыг мэргэжлийн байгууллага, хүмүүс анхаарлаасаа холдуулахад хүрсэн явдал хүн амын дотор өөрийгөө эмчлэх нэн осолтой зуршил дэлгэрэхэд хүргэжээ. Энэ байдлаас ойрын үед гарах арга замыг сүвэгчлэн хэрэгжүүлэх нь эм хангамжийн зохион байгуулалтын тулгамдсан асуудал юм.

Эмийн зарцуулалтын журмын тухай эрүүлийг хамгаалах хуулийн заалт, Эрүүлийг хамгаалах яамнаас гаргасан эрхийн актыг биелүүлэх асуудлыг захиргааны аргаар шийдэж болохгүйг олон жилийн туршлага харууллаа. Ийм учраас эмийн зарцуулалтын журмыг хэрэгжүүлэх эдийн засгийн арга нэвтрүүлэх нь зүйтэй юм. Тухайлбал, эмийг зүй зохистой хэрэглэдэг эмч, эмзүйч, эмнэлэг, эмийн санд өгдөг эдийн засгийн урамшууллын систем тогтоох нь зүйтэй санагдана. Энэ системийг ч улам нарийвчлан боловсруулж болох юм. Юуны өмнө энэ системийн бүрэлдэхүүнд олон түмний санаа сэтгэлийг ариун цэвэр гэгээрлийн сурталчилгаагаар эзэмдэж өөрийгөө эмчлэх зуршлаас хүн амыг ангижруулж,

эмийг болгоомжтой хэрэглэдэг, эмчийн заалтыг хүндэтгэдэг болгох, жор бичлэгийн соёлыг ажлын чанарын гол үзүүлэлтийн нэг болгох, эмийн сангаас жороор олгох ёстой эмийг журмын дагуу олгох, буруу бичсэн жороор эм олгохыг зогсоох, эмч нарыг клиникийн эм зүйгээр атгес-татчилах зэрэг бусад асуудал орж болох юм.

Ямар боловч эм хангамжийн байгууллагын үйл ажиллагаанд нэвтрүүлэх аж ахуйн механизмын нэг хөшүүрэг энэ системд идэвхтэй үйлчлэх зохион байгуулалтын хэлбэр боловсруулах нь зүйтэй.

Хоёрдугаарт 1970-аад оны эхээр бүх сумыг их эмчийн салбартай болгох бодлого хэрэгжиж дуусах үед хөдөөгийн хөдөлмөрчдөд эмийн тусламжийг ойртуулах ажлыг идэвхжүүлэх зорилгоор эмийн гүйлгээний үзүүлэлтээр шагналт цалингийн систем тогтоосон нь тухайн үедээ зохих ач тусаа өгсөн боловч одоо эмийн гүйлгээг өөгшүүлэх нь эмийг замбараагүй борлуулан нөөцийн норм алдагдуулах, хүмүүс өөрийгөө эмчлэх зуршлыг лавшруулах зэрэг олон бэрхшээл учруулах болжээ. Тийм учраас эм хангамжийн байгууллагад олон жил мөрдөж байгаа шагналт цалингийн системийг эмийн тусламжийн чанарын үзүүлэлтийг эдийн засгийн аргаар урамшуулахад ашигладаг болох нь зүйтэй юм. Эм хангамжийн системд нэвтрүүлэх аж ахуйн механизмын нөгөө нэг хөшүүргийг энэ системийг хэрэгжүүлэхэд ашиглах хэрэгтэй.

Ер нь эмийн тусламжийн чанарын үзүүлэлтийг сонгон авч урамшуулах систем боловсруулах шаардлагатай байгаа юм. Саяхан ЗХУ-д эрүүлийг хамгаалахын бүх дэд салбар, түүний дотор эм хангамжийн байгууллагын үндсэн үзүүлэлтийн жагсаалт гаргав. Түүний жишээгээр манай эм хангамжийн байгууллагын үйл ажиллагааны чанарын үндсэн үзүүлэлтэд:

- эмийн зарцуулалтын журмыг сахих;
- технологийн зөрчилгүй ажиллах;
- эмийн чанарын хяналтыг сайн хийх;
- эмийн сангийн дотоод дэглэм, асептик, антисептикийг зөв сахих;
- эмчийн хамгаалалтын зөрчилгүй ажиллах;
- үйлчилгээг соёлч боловсон шуурхай болгох;
- бүртгэл тооцооны мадаг гаргахгүй ажиллах;
- эмийн сурталчилгаа мэдээллийг сайн зохиох;
- эмийн хэрэгцээг судалж захиалга, хангамжийг үндэслэлтэй хийх.

— ШУТО, тэргүүн туршлага нэвтрүүлэх гэх мэтийн үзүүлэлтээс сонгон авч оруулаад урамшууллын системд хамааруулж болох юм.

Эм хангамжийн зохион байгуулалтын дээр дурдсан тулгамдсан хоёр асуудлыг удирдлагын эдийн засгийн аргаар шийдвэрлэх аж ахуйн механизм нэвтрүүлэх нь нэг талаас тус орны эм хангамжийн албанд удирдлагын эдийн засгийн арга нэвтрүүлэх зохион байгуулалтыг улам боловсронгуй болгох; нөгөө талаас эмийн хангамжинд тохиролдож байгаа субъектив бэрхшээлүүдийг арилгах, эмийн эмчилгээний үр ашгийг дээшлүүлэхэд мэдэгдэхүйц түлхэц болно гэж бодож байна.

Анагаах ухааны хүрээлэнгийн эм зүйн секторын эрхлэгч, дэд эрдэмтэн тэн Д. Ням-Осор

редакция ирсэн 1988. 12. 15

БИДНИЙ МЭДЭХ АСУУДАЛД АНХААРАЛ ХАНДУУЛАХАД

МАХН-ын XIX их хурлаас хүний төлөө тавих халамжийг дээшлүүлэхийг зааж, МАХН-ын Төв Хорооны V бүгд хурал дээр энэ талаар тодорхой ярьж, чухал шийдвэр гаргасан нь хүний төлөө асуудал, үүний дотор эрүүл мэнд, түүнд нөлөөлдөг хүчин зүйлүүдтэй холбоотой асуудлыг шийдвэрлэхэд тулагарч байгаа бэрхшээл, оршиж байгаа дутагдлыг зөвөөр ойлгож арилгахад ач холбогдолтой боллоо.

Хүний нийгмийн асуудлыг олон жилийн турш хоёрдугаар байранд тавьж, төлөвлөлт, санхүүжилтыг ажлын эцсийн зорилготой уялдуулаагүй байснаас (ийм механизм байсангүй) төлөвлөгөөт зорилтууд биелсээр байхад хүний нийгмийн асуудлуудыг гүйцэтгэж шийдвэрлэхгүй хуримтлуулсаар ирсэн нь хүн амын соёл, боловсрол, эрүүл мэндийн түвшинг дээшлүүлэх, бие хүний үв тэгш хөгжил, идэвхтэй урт наслалтыг хангахад муугаар нөлөөлж, эрүүл мэндийн хувьд гэхэд л хүн амын өвчлөл, ялангуяа бага насны хүүхдийн өвчлөл эндэгдэл тууштай буурахгүй байгаагаар илэрч байна.

Өнөөдөр үйлдвэрийн төлөвлөгөөт даалгаврыг биелүүлэхийг урьдал болгож хөдөлмөрдийн нийгэм, хөдөлмөр, ахуйн нөхцлийг дээшлүүлэх, эрүүл мэндийг бэхжүүлэх, ажиллах чадварыг сайжруулах биеийн тамирын хөдөлгөөн өрнүүлэх зэрэг хүмүүсийг эрүүлжүүлэх асуудлуудыг анхаарлын гадна орхигдуулсан нөхцөлд аливаа ажлын эдийн засгийн үр ашгийг тогтвортой дээшлүүлэх боломжгүй гэдэг нь хэн бүхэнд ойлгомжтой.

Хөдөлмөрийн нөөц, ажиллах хүчийг арвижуулан, хөдөлмөрийн бүтээмжийг дээшлүүлэхэд чухал үүрэг гүйцэтгэн үйлдвэрлэл, нөхөн үйлдвэрлэлийг үр ашигтай явуулах, үндэсний орлогыг бүтээж арвижуулахад зохих нөхцөл бүрдүүлж байдагт эрүүл мэндийн нийгэм, эдийн засгийн ач холбогдол оршино. Ийм ч учраас «Социалист эрүүдийг хамгаалахын хөгжлийн үндсэн чиглэл, хэтийн төлөв» баримт бичигт (Москва, 1987) «хүн амын эрүүл мэндийн байдал бол нийгмийн дэвшлийн чухал үзүүлэлт, түүний нэг утгвар нөхцөл» мөн гэж тодорхойлсныг дурдах нь зүйтэй юм.

ЗХУ-д эрүүдийг хамгаалах талаар авсан арга хэмжээний үр дүнд хүн амын дундаж нас 97 сая хүн — жилээр уртассан, зарцуулсан 1 рублийн зардалд үндэсний орлогын 2,2 рублийн өсөлтийг хангасан зарим өвчний улмаас гарч болох хохирол, хөдөлмөрийн чадварын түр алдалтыг багасгасныг харуулсан тооцоо, тоо баримт өлбөг бий. Хорт хавдартай тэмцэх арга хэмжээний эдийн засгийн үр ашиг нь өнгөрсөн жилүүдэд зарцуулсан 1 рубль тутамд 1,8 рубль, урьдчилан сэргийлэх тарилгын хувьд 30 копейк тутамд 2 рубль байжээ.

Сүүлийн үед дэлхийн ихэнх орнуудад, үүний дотор манайд ч эрүүдийг хамгаалахын зардал өсч иржээ. Үүний гол шалтгаан нь эрүүдийг хамгаалах нь шинжлэх ухааны багтаамж ихтэй салбарын нэг, эмнэлгийн тусламжийн чанарын талаар хүн амын эрэлт хүсэлт, шаардлага хэрэгцээ байнга өсч байгаа тул эрүүдийг хамгаалахын үйл ажиллагаанд шинжлэх ухаан, техникийн хамгийн сүүлийн үеийн ололт, технологи, түүнд тулгуурлан бүтээсэн нарийн ажиллагаатай техник төхөөрөмж, сайн үйлчилгээтэй эм биобэлдмэлүүд өргөнөөр ашиглах болж, эмнэлгийн тусламж улам төрөлжин, нарийн мэргэжлийн шинжтэй болж, эмнэлгийн том нэгдсэн төвүүд бэртөлжин, нарийн холбоотой юм. Нөгөө талаар хүн амын дундаж наслалт уртсаж өвчин эмгэг илүүтэй өртдөг өндөр настан хүмүүсийн эзлэх хувийн жин өссөн явдал эрүүдийг хамгаалах, нийгэм, хангамжийн зардал нэмэгдэхэд хүргэжээ.

Одоогоор ихэнх оронд эрүүдийг хамгаалахын төсвийн ойролцоогоор 50 хувийг эмчлэн сэргийлэх, архаг өвчний үе дэх урт хугацааны асаргаа сувилгаа, нөхөн сэргээх эмчилгээнд зарцуулж байна. Үүний зэрэгцээгээр хөгжиж буй орнуудад тархмал тохиолддог халдвар өвчнөөс хамгаалах зорилгоор хүн амыг вакцинжуулахад үлэмж их хөрөнгө зарцуулж байна.

Шинжлэх ухаан, техникийн дэвшлийн сөрөг нөлөөлөл, тухайлбал хүрээлэн буй орчны бохирдол, хотжилт, химижилтийн үйл явцын хүний эрүүл мэндийг хохироож болзошгүй нөлөөлөл ихсэх хандлагатай болж, зарим өвчин эмгэг устах буюу цөөрөхийн хамт шинэ маягийн өвчин, эрүүл мэндийг хохироосон нийгэмд харш үзэгдлүүд гарч байгаа нь зүү тариураас авахуулаад орчин үеийн эмнэлэгт хэрэглэгдэх бүх зүйлийг гадаадаас авдаг манай орны эрүүдийг хамгаалах ажилд давхар бэрхшээл учруулж байна.

Манай улс сүүлийн жилүүдэд жил бүрийнхээ төсвийн 9—11 хувийг эрүүдийг хамгаалахад зарцуулж, 1986—1988 онд хэдийгээр үндэсний орлогын өсөлт төлөвлөснөөс доогуур байсан боловч 1989 онд эрүүдийг хамгаалахад 40 сая төгрөг нэмж, нийтдээ эрүүдийг хамгаалах, биеийн тамир, спортыг хөгжүүлэхэд улсаас 597,5 сая төгрөг зарцуулахаар төлөвлөсөн нь нам засгаас хүн амын эрүүл мэндийг хамгаалахад их анхаарал тавьж байгааг гэрчилж байна.

Манай улс хэдэн зуун мянгаас олон сая валютаар гадаадаас худалдааны буюу олон улсын байгууллагын шугамаар авч ашиглаж байгаа компьютерт томограф, хэт авианы төхөөрөмжүүд, лабораторийн багаж хэрэгсэл, эм оношлуурууд зэрэг онош эмчилгээг үйлчлүүлэгчдэд чирэгдэл, зовуурь багатайгаар, богино хугацаанд гүйцэтгэх боломж олгож байгаагаар үр ашгаа өгч байна. Гэвч эмнэлгийн нэг оронд ногдож буй эмнэлгийн тоног төхөөрөмжийн зардал БНМАУ-д БНАГУ-ынхаас ойролцоогоор 20 дахин. ЗХУ-ынхаас 10 дахин бага байна. Ийм байхад гадаадаас валютаар авсан үлэмж хэмжээний эмийн бүтээгдэхүүн, тоног төхөөрөмжийг ашиглахгүй байгааг анхаарах хэрэгтэй юм.

Эмнэлгийн байгууллагыг аж ахуйн тооцоонд шилжүүлэн, бие даасан байдлыг хангах, эмнэлгийн тусламжийн чанарын түвшинг бууруулахгүйгээр төсвийг арвиулан хэмнэж, ариг гамтай зарцуулах, түүний үр ашгийг дээшлүүлэх, эрүүдийг хамгаалахын санхүүжилтийн нэмэлт эх үүсвэрийг илрүүлэн ашиглах үүднээс эрүүдийг хамгаалах салбарын нийт ажилтан, ялангуяа удирдах ажилтан нарын эдийн зас-

гийн боловсролыг дээшлүүлэх нь чухал байна. Ийм ч учраас Эрүүлийг хамгаалахын эдийн засгийн асуудлаар үндэсний семинар явуулахаар төлөвлөж байна.

Нийгмийн болон эдийн засгийн ухааны хөгжил, онолын сэтгэлгээ манай оронд зарим социалист орны адил олон жил зогсонго байдалд байсан нь эрүүлийг хамгаалахын эдийн засгийн асуудлыг судлах, түүний практикийн өгөөжийг дээшлүүлэхэд муугаар нөлөөснийг энэ асуудлаар социалист орнуудын мэргэжилтний анхны томоохон зөвлөлгөөнийг ЗХУ-ын Эрүүлийг хамгаалах яам санаачилж ДЭХБ, ЭЗХТЗ-ийн дэмжлэгтэйгээр дөнгөж 1987 онд Москва хотноо зохион явуулсан явдал харуулж байна.

Манай эрүүлийг хамгаалахад шинэчлэл өөрчлөлтийг амжилттай явуулахад социалист болон гадаадын бусад орон. ДЭХБ, НУБ-ын төрөлжсөн олон улсын байгууллагуудтай тогтоосон хамтын ажиллагааны үр өгөөжийг цаашид дээшлүүлэх, гадаад харилцааг салбарын тулгамдсан асуудлыг шийдвэрлэхэд чиглэсэн үйл ажиллагаатай улам нягт уялдуулах шаардлагатай байна.

Гадаад харилцаанд тунхаглах, зөвхөн ололт амжилтыг тоочин хий хоосон бахархах, өвчний гаралт, хүн амын өвчлөлийн тоог нуун дарагдуулах, эрүүлийг хамгаалах ажилд ямар ч дутагдал бэрхшээл байхгүй мэт байдлаар өөрийн улс орны байдлыг сурталчилдаг байсан нь тусламжийг нэмэгдүүлэхэд муугаар нөлөөлж, тэр ч байтугай манай улсын тусламж авахыг битгий хэл хөгжлөөр буурай орнуудад өөрөө тусламж үзүүлэх орон гэж үзэх явдал гарч байсан удаатай юм.

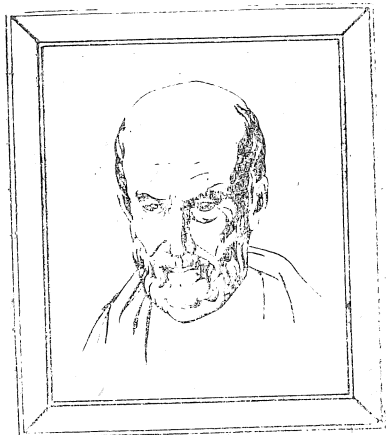
Түүнчлэн ах дүү орнуудтай харилцан сонирхсон үр ашигтай асуудлаар хамтын ажиллагааг гүнзгийрүүлж, тэдний шинэчлэл, өөрчлөн байгуулалтын туршлагыг судалж ашиглахад бид их анхаарал тавьж ажиллуштай байна. Ялангуяа эрүүлийг хамгаалах ажлыг бүх нийтийн үйл хэрэг болгох, Анагаах ухааны дээд, дунд сургуулийн элсэгчдийн сонголт, шалгаруулалтыг төгөлдөржүүлэн, сургалтыг практикт ойртуулан эмнэлгийн боловсон хүчнийг бэлтгэх ажлын чанарыг дээшлүүлэх, урьдчилан сэргийлэх, эх нялхсын эрүүл мэндийг хамгаалах чиглэлийг давамгайлсан хөгжүүлэх, эмнэлгийн тусламж, диспансерчлалын хүрээ чанарыг сайжруулах, эрүүлийг хамгаалахын төсвийг хэмнэлттэй, үр ашигтай зарцуулах, тухайлбал ЗХУ-д поликлинк, амбулаторийн бие даасан байдал, ролийг өндөржүүлэх, оношлогын төв байгуулах, эмнэлгийн байгууллагуудыг аж ахуйн тооцоонд шилжүүлэн зарим эмнэлгийн үйлчилгээг үнэ төлбөргүй болгох талаар хийж байгаа туршилтууд анхаарал татаж байна. Одоо ЗХУ-д аж ахуйн тооцотой биеэ даасан 600 орчим эмнэлгийн байгууллага, 10 мянга гаруй тасаг, кабинет ажиллаж, 1986 онд 274,6 сая рублийн үнэ төлбөртэй эмнэлгийн тусламжийг хүн амд үзүүлжээ. Энэ хэлбэр нь одоогоор нийт эмнэлгийн тусламжийн дотор дөнгөж нэг хувийг эзэлж байгаа боловч хүн амын эмнэлгийн тусламжийн ийнхүү хэлбэрийн есөн нэмэгдэж буй хэрэгцээг бүрэн хангахын зэрэгцээгээр цаашид улам өргөжих төлөвтэй байна. Түүнчлэн эмнэлгийн тусламжийг нийгэм хангамж, нийгмийн даатгалд хамруулах, эрүүлийг хамгаалах, нийгэм хангамжийн ажлын зохион байгуулалтын нэгдлийг хангах талаар хийж байгаа ажлыг судлан өөрийн орны нөхцөлд бүтээлчээр хэрэгжүүлж болох юм.

Эрүүл байх нь өчүүхэнээс эхлэх тул бага зардлаар ихийг бүтээх үүднээс манайд нийгмийн болон бие хүний эрүүл мэндийн түвшинг дээшлүүлэхэд хамт олон, айл өрх, бие хүний оролцоо, үүрэг хариуцлагыг өндөржүүлэх, хүн бүр өөрийн болон бусдын эрүүл мэндийг сахин хамгаалах, элдэв өвчнөөс урьдчилан сэргийлэх, эрүүл аж төрх ёсыг эзэмшихийн ач холбогдлыг ойлгон ухамсарласны үндсэн дээр энэ талаар өөрөөсөө шалтгаалах бүхийг юуны түрүүнд идэвхийлэн хийж заншсан байх нь эрүүл тунх явахын эх сурвалж бөгөөд бие хүнд ч, нийгэмд ч ашигтай юм.

Манай иргэд эрүүлийг хамгаалахын ажилд оршиж буй дутагдлыг арилгах, давтан гаргуулахгүй байх үүднээс шүүмжлэлтэй ханддаг нь зүй ёсны хэрэг боловч хүн бүхний эрүүл саруул аж төрөхтэй холбогдсон нийгмийн олон асуудлуудыг (орон сууд, чөлөөт цаг, хоол хүнс, ундны ус, материалын болон соёлын талын хэрэгцээг хангах гэх мэт) шийдвэрлэх, эмч эмнэлгийн тоо өсөх хэрээр одоогоор элбэг гарч буй янз бүрийн цочмог, архаг өвчин эмгэгээс ангижран, хүн бүхэн өвчингүй эрүүл болох нь аяндаа бүтэх зүйл мэт ойлгох, эрүүл энх явахыг зөвхөн эмч, эмнэлгийн ажилтны хэрэг гэж үзэх арчаагүй гэхээр үзэл бодол хүн амын нилээд хэсгийн дунд амь бөхтэй байна. Иймд бид эрүүл мэндийг хамгаалах ажилд шинэчлэл өөрчлөлт хийхийн тулд юуны өмнө эрүүл аж төрөх ёсыг төлөвшүүлэхээс эхлэх ёстой бөгөөд үүнд эмнэлэг, соёл, боловсрол, олон нийтийн байгууллагууд идэвхтэй хамтран ажиллах хэрэгтэй юм.

Анагаах ухааны дэд эрдэмтэн Р. Арслан
1989-01-24.

ГИППОКРАТЫН ТАНГАРАГ



ГИППОКРАТ (МОТӨ 470—377, Зарим нь 356 он ч гэсэн буй) Эртний герегийн аугаа их эмч, эртний анагаах ухааныг шинэчлэгч олон үе дамжсан эмч бөгөөд түүний анхны багш, эцэг Гераклид нь эмч, эх Фенарет нь эх баригч байжээ. Төрбөөр анагаах ухааны олон шилдэг бүтээл туурвиж үлдээсний нэг нь «Эмчийн тангараг» юм. Гиппократ энэхүү тангарагтаа эмчийн ёсзүй, хариуцлага, үйл ажиллагааны дагаж мөрдөх үндсэн зарчмуудыг анх нэгтгэн цэгцэлжээ. Үүнийг анх удаа монгол хэлээр хэвлэж байна. Тус редакци цаашид эртний болон дундат зууны монголын эмч нарын тангараг, Женев, Токио, Хелсиньскийн тунхаглалыг хэвлэхээр бэлтгэж байна. Энэ нь манай эмч нарын ёсзүйн хүмүүжил, мэдлэг мэргэжил, хариуцлагад зохих нөлөө үзүүлнэ гэдэгт итгэж байна. Эл буланг доцент Ш. Жигжидсүрэн, дэд эрдэмтэн И. Санжаадорж нар хөтлөнө.

Доор өргөх тангараг, өчих өчил бичиг юүгээ өөрийн хүчин сачий, ухахуй, билгийн чинээгээр чин үнэнчээр гүйцэтгэсүү гэмээн оточ Апполлон*, Асклепий**, Гигиеня***, Панакея***, ялгуусан охид дагнис хийгээд тэнгэр нар юугаан урин залж тэдний тольдогч түмэн мэлмийн өмнө андгайлсугай. Үүнд намайг эмнэхүй урлагийн эрдэмд сургагч юугаан эцэг эх лүгээ сацууд үзэж өөрт олдсон хүртснээ түүнтэй хуваалцан, хэрэг тохиолдвоос гачигдахуйн цагт нь туслаж байсугай! Түүний орыг залгамжлагсдыг ахан дүүсээ гэмээн үзэж, анагахуй эрдэм юүгээн тэднийг судалъя гэмээн хүсвэл ямар ч харамж шан үгсэл гэрээ гэлгүйгээр заасу. Сургаал заамж, аман хичээл, сургах бусад бүхнийг өөр хэнд ч бус, өөрийн болон багшийн хөвгүүд хийгээд гагцхүү анагаахуй ухааны жам дагуу ам өчил андгай тангаргийн барилдлагат шавь нартаа соносгож байсуу. Би-бээр өвчтөний ахуй дэглэмийг тэдэнд аливаа хор хөнөөл, шударга бусын гэм хүргэхээс татгалзан, өөрийн хүчин чадал, ухахуй билгийн чинээнд нийцүүлэн ямагт тэдний тус буянд чиглүүлсүгэй.

Амь бүрэлгэх аливаа хэрэглүүрийг би надаас гуйх хэнээ-бээр хэрхэвч үл өгсүү. Тэр мэт санаа бодлыг хэрэгжүүлэх зам мөрийг хэнд ч үл заасу би. Түүнчлэн ямар ч бүсгүй

хүнд үр хөврөл хөндөх хэрэглэл (ерөндөг) үл гардуулсуу.

Би-бээр аж төрөл, ажил эрдэм юугаан насан туршид, гэм зэмгүй, ариухнаа хөтлөн залсуу

Цулст нь чулуу тогтохуй өвчнөөр энэлэгчдийг ямар ч тохиолд боловч эс хэрчин хагалж, үүнийг эл ажлаар оролдогч бусад хүнд хүртээж байсуу.

Ямар ч айлд орвол, аливаа санаатай, шударга бус, хөнөөлтэй бүхэн, нэн ялангуяа эм, эр, иргэн, боол, хэний ч хайр сэтгэлийн хэрэг бүхнээс үсэд хол байж, гагцхүү өвчтөний тусын тулд орж байсуу.

Би-бээр эмнэх, түүнчлэн эс эмнэх цагтаа хүмүүсийн аж төрлийн зарлан задалж үл зохилдох бүхнийг огоот үл үзэн, үл сонсон, тэр мэтсийг хүний нууц гэмээн таг дуугүй өнгөрч байя. Андгай тангараг юугаан эс эвдэн гүйцэлдүүлэгч миний аж амьдрал, ажил эрдэмд минь аз жаргал хүртэж, хүн тоотноос цаглашгүй мөнхийн яруу алдар олдох болтугай! Тангаргаас няцаж, худал хуурмаг андгайлагчдад үүний эсэрэг нь хүртэх болтугай.

Эрдэмтний тайлбар

Анагаах ухааны эцэг гэж алдаршсан эртний Герегийн аугаа их оточ Гиппократын алдарт тангарагт орчин үеийн эмчийн ёсзүйн үндсэн

зарчим тусгагдсаныг эргэн санахад тэр аугаа хүний суу билэг ямар их хязгааргүйг арга буюу биширнэ.

Тангарагт «Би-бээр аж төрөл, ажил эрдэм юугаан насан туршид, гэм зэмгүй ариухнаа хөтлөн заасуу» хэмээн андгайлсан нь эмч хүн сонгосон мэргэжлээ насан туршдаа хүндэтгэн хайрлаж элдэв хир бүртгээс хамгаалан түүндээ үнэнч байж, үүрэгт ажлаа ёс төдий бус өдөр тутмын мэдрэмж хэрэгцээ болгон зүрх сэтгэлээрээ мэдэрч гүйцэтгэхийг заасан нь энэ болой

Цааш нь «цулст нь чулуу тогтохуй өвчнөөр энэлэгчдийг ямарч тохиолдолд боловч эс хэрчин хагалж үүнийг эл ажлаар оролдогч бусад хүнд хүртээж байсуу» хэмээсэн нь оношлогоо эмчилгээний ажил хамтын хүч хөдөлмөрөөр бүтдэг, өвчтөний сонирхол бүхнээс илүү гэдэг эмчийн ёс зүйн үндсэн зарчмыг тусгасан, бүхнийг мэдэгчийн дүртэй хоосон мэдэмхийрдэг зарим эмчид хандсан сургамжийн ач холбогдолтой болжээ.

Эмчийн нууц хадгалах Гиппократын андгайлал нь хүнлэг энэрэнгүй ёсны нэг илрэл болж бусдын сонирхолд нийцүүлэн нууцлах зүйлийг чанд сахих ёс, хууль эрх, мэргэжлийн үүрэг болон уламжлагдаж ирсэн нь өнөө үед улам ч илүү үнэлэгдэх болж байна.

Тангарагт сурсан мэдсэнээ хүний эрүүл энх, аз жаргал сайн сайхны төлөө зориулж мэргэжил нэг нөхдөдөө ямар нэг үгсэл хэлэлцээ, шан харамгүйгээр хэлж өгөх, хүний жаргалаар амьдарч ажиллахын чухлыг дурдсан нь хүн нийгмээрээ амьдардаг, өөрийн хувь нэмрийг нийгэмдээ оруулах нь тухайн тэр хүний ариун үүрэг мөн гэсэн орчин үеийн ёс суртахууны ойлголттой явцав тохирч байна.

Тангарагт өвчтөний ахуй, дэглэм сахиулахын чухлыг тусгасан нь орчин үеийн эмнэлгийн шинжлэх ухааны хөгжил дэвшлийн гол чиглэл урьдчилан сэргийлэх ажлын ирээдүйг хэдэн мянган жилийн тэртээгээс урьдчилан харсан нь энэ буюу.

Эмчийн мэргэжлийн онцлогийг тусгасан тэр аугаа их эмч эрдэмтний андгайлал үнэ цэнээ алдалгүйгээр үеийн үед уламжлагдан ирж эмч эрдэмтдийн сэтгэлийг эзэмдсээр байгаа нь тангаргийн утга агуулгын яндашигүйг гэрчилнэ.

Гиппократын тангаргийг дахин дахин уншиж болгоохыг залуу эмч, оюутнууддаа зөвлөө.

И. Санжаадорж

* Аполлон—Эртний герегийн домогт Зевс, летогийн дундаас төрсөн хүү, Артимедийн ихэр ах, олимпийн тэнгэр гэж өгүүлдэг. Түүнийг дайтаж сүйтгэдэг дайнч гэхээс гадна анагаах үйлстэн, эмч гэж өгүүлдгийг Гиппократ энэ утгаар нь авчээ.

** Асклепий—эртний герегийн домогт Аполлон, Коронидын дундаас төрсөн хүү, анагаахуйн тэнгэр гэж өгүүлдэг. Бас түүнийг золиосонд гарсан ариусгах чадалтай могой ч гэж үздэг байжээ. Тэрбээр хүү Махаон, Подалирий болон гурван охин нь цөм эмч байжээ хэмээн өгүүлдэг.

*** Гигиеня—Эртний герегийн домогт, эрүүл мэндийн амилсан тэнгэр, Асклепийн охин гэж өгүүлдэг.

**** Панакея (панацея)-эртний герегийн домогт анагаан эдгэрүүлэгч амилсан тэнгэр, Асклепийн охин эрүүлжүүлэгч Гигиеня, анагаагч Иасо нарын дүү хэмээн өгүүлсэн буй.

***** Энэхүү тангаргийг зохиогч, эмч В. Версаевын орчуулсан Гиппократын хоёр боть эмхтгэлийг 1936 онд Москвад хэвлэгдсэн хэвлэлийг тулгуур болгон доцент Ш. Гаадамба орчуулж, профессор Г. Жамба хянан тохиолдуулав.

ЭМЧ НАРЫН САНАЛ БОДОЛД ХИИСЭН ЗАРИМ ДҮГНЭЛТ

Хүний их эмч нарын дунд асуулга судалгаа явуулж тэдний нас, хүйсний бүтэц, шилжих хөдөлгөөн, ажлын нөхцөл байдал, анагаах ухааны дээд сургуульд олгосон мэдлэг, мэргэжил, амьдралд хэрхэн тохирч байгаад үнэлгээ өгүүлж, их эмч нарын арга хэмжээ авагдсан шалтгаанд нь дүгнэлт хийлгэв.

Судалгаанаас үзэхэд 25—29 настай 22,1 хувь, 30—39 настай хүмүүс 39,6 хувь, 40—49 настай 25,3 хувь болж, нийт их эмч нарын 87 хувийг эзэлж байгаа юм.

Ажиллаж байгаа 24 хүртэлх насны эмэгтэй эмч нар мөн насны эрэгтэйчүүдээс 9 дахин илүү байгаа

1-р хүснэгт

Их эмч нарын насны бүлэг
(хуваарь)

№	Насны бүлэг	эрэгтэй	эмэгтэй	Бүгд
1.	24 хүртэл	0,32	2,81	2,1
2.	25—29 хүртэл	11,5	27,1	22,1
3.	30—39 рүртэл	33,0	42,3	39,6
4.	40—49 хүртэл	32,0	22,1	25,3
5.	50—59 хүртэл	21,2	3,5	9,2
6.	60 ба түүнээс дээш	1,5	0,3	0,7
7.	Заагаагүй	0,5	1,2	1,0
	БҮГД	100,0	100,0	100,0

2-р хүснэгт

Их эмч нарын шилжих хөдөлгөөн
ажилласан жилийн хамаарал

Ажилласан жил	Улаанбаатарт			Аймгийн төв			Суманд			бусад		
	эр	эм	бүгд	эр	эм	бүгд	эр	эм	бүгд	эр	эм	бүгд
3 хүртэл	25,6	38,4	36,2	14,0	23,2	21,7	48,8	28,0	37,9	11,6	10,4	14,7
3—5 жил	21,7	50,7	44,7	33,3	17,5	20,8	33,3	17,9	21,1	11,7	13,9	13,4
6—10 жил	39,6	55,5	51,3	30,8	22,8	25,5	20,9	9,5	12,5	8,8	11,5	10,7
11—15 жил	36,9	61,0	54,7	44,7	23,1	29,0	11,7	7,6	8,7	6,8	17,9	7,6
16—20 жил	42,2	67,5	58,7	41,4	18,6	27,4	12,1	5,7	8,1	4,3	6,9	5,8
21—25 жил	51,8	77,1	63,9	30,5	10,6	21,1	6,3	4,7	6,1	11,6	5,9	8,9
26 ба дээш	62,5	78,0	69,1	16,3	4,4	6,0	6,7	4,4	2,0	14,4	6,6	17,9
БҮГД	42,9	56,9	52,7	31,6	20,1	23,9	16,0	12,7	13,8	9,5	9,6	9,5

боловч 40—45 наснаас хойш эмэгтэйчүүдийн эзлэх хувь эрс багасч байна. Энэ нь эмэгтэйчүүд эрт тэтгэвэрт гарч байгаатай холбоотой юм.

1980—1984 онд их эмч нарын 37,9 хувь нь сумдад 3 хүртэл жил ажиллаад хот, суурин газар руу шилжиж, 21,1 хувь нь 3—5 жил, 12,5 хувь нь 6—10 жил; 8,7 хувь нь 11—15 жил ажиллаж, ажилласан хугацаа ахихын хэрээр орон нутагт цөөрөх хандлагатай байна.

Гэтэл Анагаах ухааны дээд сургууль төгсөөд Улаанбаатар хотод үлдэж 3 хүртэл жил ажиллаж байгаа

их эмчийн эзлэх хувь харьцангуй их (36,2 хувь) байгаа боловч ажилласан хугацаа ахих тутам хотод шилжих нь өссөөр 26-гаас дээш жил ажилласан нийт эмч нарын 69,1 хувь болж байна. Аймгийн төвд ажиллаж байгаа их эмч нарын 56,4 хувь нь 11—20 жил ажиллаж байгааг дараах хүснэгтээс харж болно.

Их эмч нарын 54,4 хувь ямар нэг бэрхшээлтэй нөхцөлд ажиллаж байна гэж хариулжээ.

Эдгээр бэрхшээлийг шалтгаанаар нь ангилан дараах хүснэгтээс харж болно.

3-р хүснэгт

Ажилд бэрхшээл учруулж байгаа шалтгаан (хувийн жин)

№	Шалтгаан	хувийн жин
1.	Мэдлэг, мэргэжил дутах	15,7
2.	Багаж, эм дутах	43,4
3.	Хамт олон нийцгүй	0,6
4.	Удирдлагын арга барил тохирохгүй	5,6
5.	Эрүүл мэндийн байдал муу	22,1
6.	Амьдрал ахуйн нөхцөл тааруу	10,0
	ДҮН	100,0

Ажилд бэрхшээл учруулдаг шалтгааны 43,4 хувь нь эмнэлгийн багаж, эм, урвалж бодис дутдагтай холбоотой гэсэн нь анхаарал татаж байна. Эмч нарын нэлээд хэсэг нь биеийн эрүүл мэндийн байдал сайнгүй, мэдлэг мэргэжил дутах явдал үр бүтээлтэй ажиллахад саад болдог гэдэг дүгнэлт хийжээ.

Нийт их эмч нарын 5,6 хувь нь удирдлагын ажлын арга барил муугаас болж ажилд зохих бэрхшээл учруулж байна гэж үзсэнийг анхаарахгүй байж болохгүй. Мөн эмч нарын орон байрны хангамж, ахуй амьдралын нөхцөлийг сайжруулах талаар үр дүнтэй ажил зохиохын

4-р хүснэгт

Эмч нарын арга хэмжээ авагдсан шалтгааны бүтэц

№	Шалтгаан	эр.	эм	бүгд
1.	Үндсэн мэргэжил дутсанаас	7,0	2,7	5
2.	Хуулийн мэдлэг дутсанаас	7,0	5,4	6,3
3.	Ажлын хариуцлага алдсанаас	34,9	59,4	46,3
4.	Ёс суртахууны алдаа (харьцаа)	14,0	8,1	11,3
5.	Удирдлага, зохион байгуулалтын буруугаас	23,3	13,5	18,8
6.	Бусдын нөлөө хоморгоноос	11,6	8,1	1,0
7.	Бусад шалтгаан	2,3	2,7	2,5
	ДҮН	100	100	100

5-р хүснэгт

Алдаа дутагдлаас сэргийлэхэд нөлөөлөө гэж үзэж байгаа арга хэмжээ (хувийн жин)

№	Асуулт	эрэгтэй	эмэгтэй	бүгд
1.	Удирдлагаас эмч нарт тавих хяналтыг хүчтэй болгох	19,0	18,3	18,5
2.	Удирдлага, төлөвлөлт, эмнэлгийн зохион байгуулалтыг боловсронгуй болгох	15,1	15,4	15,3
3.	Эмч нарын хуулийн мэдлэгийг сайжруулах	12,6	17,9	16,3
4.	Анагаах ухааны дээд сургуульд ёс зүй, эмчлэх урлагт сайн сургах	15,2	15,0	15,1
5.	Анагаах ухааны дээд сургуульд хүмүүсийг зөв сонгож элсүүлэх	25,5	22,7	23,6
6.	Ард олны хяналтыг сайжруулах	11,0	7,2	8,4
7.	Бусад	1,5	3,2	2,7
	БҮГД	100,0	100,0	100,0

чухлыг асуулга судалгааны дүн харуулж байна.

Судалгаанд хамрагдсан их эмч нарын 4,7 хувь нь арга хэмжээ авагдсан хүмүүс байна. Эдгээрийн 70,3 хувь нь захиргааны арга хэмжээ; 14,3 хувь нь намын; 11,0 хувь нь хуулийн; 0,7 хувь нь олон нийтийн арга хэмжээ авагдсанаас үзэхэд эмнэлгийн ажилчид, эмч нарын алдаа дутагдлыг засч, хүмүүжүүлэхэд олон нийтийн байгууллагын хүчийг ашиглах, хамт олны хүмүүжүүлэх үүргийг дээшлүүлэх явдал илт дутаж байгаа нь тодорхой.

Дөрөвдүгээр хүснэгтээс үзэхэд арга хэмжээ авагдсан шалтгааны 46,3 хувийг ажлын хариуцлага алдсан явдал эзэлж, энэ нь эмэгтэйчүүдэд бүр ч илүү (59,4 хувь), бай-

хад, харьцааны алдаа, ёс суртахууны доголдол эрэгтэй эмч нар дээр илүүтэй (14 хувь) байна. Мөн эрэгтэй эмч нар бусдын нөлөө хоморгонд илүүтэй өртөж (11,6 хувь), удирдлага зохион байгуулалтын буруугаас арга хэмжээнд илүү орж байна (23,3 хувь) гэж хариулжээ.

Их эмч нарын 23,6 хувь нь Анагаах ухааны дээд сургуульд элсэгчдийг зөв сонгосноор, 18,5 хувь нь удирдлагаас эмч нарт тавих хяналтыг сайжруулснаар, 16,3 хувь нь эмч нарын хуулийн мэдлэгийг сайжруулснаар, 15,3 хувь нь эмнэлгийн удирдлага, төлөвлөлт, зохион байгуулалтыг боловсронгуй болгосноор эмч нарын хариуцлага, сахилга сайжирч, алдаа гарахаас сэргийлэхэд ач холбогдолтой гэж үзсэн байна.

6-р хүснэгт

Анагаах ухааны дээд сургуульд заагдсан хичээлийн чанарт өгсөн эмч нарын үнэлгээ

№	Мэргэжил	хангалттай	хангалтгүй	үнэлгээ өгөөгүй	бүгд
1.	Үндсэн мэргэжил	93,1	0,8	6,1	100,0
2.	Эмчлэх урлаг, эмчийн ёс зүй	79,1	2,4	18,5	100,0
3.	Удирдлага, зохион байгуулалт, эрүүлийг хамгаалахын эдийн засгийн мэдлэг	61,6	13,7	24,8	100,0
4.	Эрүүлийг хамгаалахын статистик	67,2	10,2	22,6	100,0

Зургадугаар хүснэгтээс үзэхэд Анагаах ухааны дээд сургуульд олгож байгаа үндсэн мэргэжилдээ эмч нарын 93,0 хувь нь хангалттай гэсэн үнэлгээ өгсөн байхад удирдлага, зохион байгуулалт, эрүүлийг хамгаалахын эдийн засаг (13,7 хувь) статистик тайлан бүртгэлийн мэдлэг (10,2 хувь), эмчлэх урлаг, ёсзүйг

зааж сургах (2,4 хувь) явдал хангалтгүй гэсэн дүрнэлт нэлээд гарчээ.

Энэ нь дурдсан сэдвүүдээр заах хичээлийн цагийг нэмэх, чанарыг сайжруулах, өнөөгийн тавьж байгаа амьдралын шаардлагатай уялдуулахын чухлыг харуулж байна.

Г. Зуунай, Б. Лхагважав

редакцид ирсэн 1988. 12. 15

ХАЙРЛАХ ЁСТОЙ НЭР

Хэн бүхний эзэмшсэн мэргэжил бол тэр хүний насан туршдаа найдигнан хайрлаж явах ёстой хоёр

дахь нэр нь байдаг билээ. Тэгэх тусмаа эмч гэсэн хүндтэй нэр бол зөвхөн уг мэргэжлийг эзэмшсэн тухайн

хүний нэр төдийгүй, тэр мэргэжлийн бүх хүмүүсийг төлөөлж байдаг учир эмч бүр алхам тутамдаа хайрлан хамгаалж явах нь зүйтэй. Эмч гэсэн энэ хүндтэй сайхан нэрийг зөвхөн эзэмшсэн хүн хайрлах төдийгүй ард түмэн бас хайрлан хүндэтгэдэг. Өөрөөр хэлбэл ард түмэн эмч бидэнд их найдвар тавьдаг төдийгүй хариуцлага хүлээлгэж байгаа хэрэг. Ард түмний энэ хүч их итгэл найдварыг биелүүлэхийн тулд эмч бүрт ямагт санаж явах хэд хэдэн зүйл байдаг. Үүнд:

1. Мэргэжлээ сайн эзэмших;
2. Хүний төлөө, бүхнээ зориулах;
3. Өндөр соёлтой, зарчимч, шудрага ажиллах;
4. Нийгмийн ухамсар, улс төрийн өндөр мэдлэгтэй байх;
5. Эмчийн эрх мэдлийг зохистой зөв эдлэх;

Мэргэжлээ сайн эзэмшинэ гэдэг бол их уншиж, уйгагүй хөдөлмөрсний дүнд онолын мэдлэг, мэргэжлийн ур дүй жигдэртэй гэсэн үг. Жинхэнэ эмч болоход нэлээд хугацаа хэрэгтэй. Зөвхөн багш нарын заасан хичээл, сурах бичиг, диплом зэргээр эмч болчихгүй нь мэдээж. Манай нэрт зохиолч Л. Түдэв «Болор мөс биш» гэдэг туужид «Чиний үнэмлэхнээс будагны үнэр ханхалж байна, хэзээ хөлсний үнэр ханхлах цагт чи өөрийгөө уулын инженер гэж хэлэх хэрэгтэй» гэсэн үг бол мэргэжилтэн болоход хугацаа, хүч хөдөлмөр хоёр шаардагдана гэснийг онож хэлсэн зүйрлэл юм.

Би 35 жил мөс заслын эмчээр ажиллаж байна. Оюутан байхдаа мөс заслын мэргэжлийг сонгож, бие дааж хагалгаа хийж эхлэсэн болохоор төгссөний дараа ажил хялбар ч юм шиг, ер нь онош зөв тавиад хагалгаа хийгээд байвал болох юм байна гэсэн өнгөц бодож байсан үе бий. Гэтэл тэр үе бол зөвхөн мэргэжилдээ дадах гэж оролдож байсан үе байжээ. Ийм үедээ зарим хүн биеэ тоох төдийгүй нөхөдтэйгээ зөвлөхгүй, юм уншихгүй, өвчтөний зовуурь шаналгааг бие сэтгэлээрээ мэдэрч чадахгүй чирэгдүүлэх явдал гардаг. Ер нь сайн эмч, хамт ажилладаг нөхдөөсөө төдийгүй хөдөл-

мөрчдөөс, өвчтөнөөсөө хүртэл сурах хэрэг гардаг. Жишээлэхэд, мөс заслын эмч гэхэд алдаагүй зөв оношлож, мөс заслын техник сайн эзэмшиж, хагалгааг уран нямбай хийж, хагалгааны дараах гарч болзошгүй хүндрэлийг сувилж, эрүүлжүүлж чаддаг болсон цагт л мэргэжилтэн болно. Энэ гурвын аль нэг нь доголдож байвал мөс засалч болж чадаагүй л байгаа хэрэг. Саяхан Заамар сумын их эмч, нэг өвчтөнийг эмчлүүлэхээр хот руу явуулахдаа «Хөлийн хоёр эрхий хуруунд нь шинжилгээ хийлгэе» гэж бичжээ. Явуулсан өвчтөний хумс нь мах руугаа шигдэн ургасан учир хумсыг нь авч өгөөд буцаасан...

Өвчтөн хүний төлөө сэтгэл гаргаж ажиллах. Энэ асуудал бол эмч хүн өвчтөний төлөө бүхнийг зориулна гэсэн үг. Үнэндээ өвчтөн хүнийг хүлээж авуут оношийг шууд зөв тавьж эмчилнэ гэдэг бол тийм ч санааны зоргоор болохгүй нь мэдээж. Юуны өмнө өвчтөний зовуурийг анхааралтай сонсож асууж судлах, өвчний явц, өвчтөний онцлог, лаборатори болон бусад шинжилгээг зөв дүгнэх, өвчтэй хүний амьдрал мэдэж байж сая дүгнэлт гаргах боломжтой болно. Заримдаа энэ бүхний дараа ч өвчний учир олдохгүй ч явдал байдаг.

Тийм үед өвчтөнийг биеэсээ зайлуулчихгүйгээр нөхөдтэйгээ зөвлөж, хамтарч үзэх үнэн санаагаар хүч дайчлах асуудал чухал. Зарим эмч өвчтөнийг анхаарахын оронд хэн нэг мэргэжлийн эмчид үзүүл гэж гаргах, мэргэжлийн нөхөд буюу зөвлөх эмчид үзүүлэхдээ зөвхөн хариуцлага хуваалцах буюу онош тогтооход ярвигтай өвчтөнийг биеэсээ зайлуулах хандлага гаргадаг. Тийм бодолтой эмч хэзээ ч сайн мэргэжилтэн болж чадахгүй. Зарим эмч эмчилж байгаа өвчтөндөө чин санаа тавихгүй, ёс төдий хандаж, оновчтой эмчлэхийн оронд таамгаар эм өгч, үр ашиггүй шинжилгээ хийж амиа хоохойлсон байдал гаргадаг. Жишээ нь, Улсын ардын хянан шалгах хороонд ирсэн хөдөлмөрчдийн мэдээллийн мөрөөр шалгаж үзэхэд С. гэдэг хүн сүрьеэ өвчнийг эмчлэх эмнэлэгт 145 хоног хэвтэхэд түүнийг удаан хугацаанд гардан эм-

чилж байсан эмч Я. Энхцэцэг болон үзэж байсан бусад эмч нар нэг ч удаа өвчний оношийг зөв таних талаар санаа тавьж хамтарсан үзлэг хийж зөвлөлдөн яриагүй, рентген зураг аваагүй бусад оновчтой шинжилгээ хийгээгүй, зөвлөх эмчдээ ч үзүүлээгүй, зөвхөн шээсний шинжилгээ 25 удаа авсан боловч түүнд нь сүрьеэгийн савханцар нэг ч удаа илрээгүй байв. Эцэст нь ар гэрийн хүмүүсийн шаардлагаар эмч нарын зөвлөгөөн хийгэхэд сүрьеэ биш болох нь нотлогджээ. Дээрх С. гэдэг өвчтөний түүхээс үзэхэд найман эмч дамжуулан үзсэн нь өвчтөнийг биеэсээ зайлуулдаг хандлага байна гэсэн сэтгэл төрүүлж байв. Энэ талаар эмнэлгийн захиргаа, нам, олон нийтийн байгууллагын хяналтыг сайжруулуштай байна.

Эмчийн ёс суртахуун гэдэг бүхэл бүтэн шинжлэх ухаан юм. Энэ ч учраас «Өвчтэй хүний сэтгэлийг эмчлэхгүйгээр биеийг нь эмчилж чадахгүй» гэж Грекийн эрдэмтэн зохиолч Сократ хэлсэн байдаг. Өвчтэй хүн сэтгэлзүйн хувьд их эмзэг байдаг учир эмчийн хэлсэн, ярьсан бүхнийг нэг нэггүй ажиж, дүгнэж эмчийн нүдний харцыг хүртэл ширтэж байдаг. Хэрэв эмч өвчтөнд ямар нэг байдлаар итгэхгүй харагдвал тэр эмчийг өвчтөн итгэхгүйд хүрнэ. Үүний зэрэгцээ өвчтөн эмчийг үнэн сэтгэлээсээ итгэж найдаад эмчийн юу хэлснийг бишрэн хүлээж авч биелүүлдэг. Гэтэл өвчтэй хүний хэлж ярьж байгааг анхааралтай сонсохгүй буюу хайнга хийсвэр хандвал өвчтөний сэтгэл дундуур үлддэг. «Нэг үхрийн эвэр дэлсэхэд мянган үхрийн эвэр доргино» гэсэн ардын цэцэн үг бий. Нэг эмч нэр хүндээ алдвал нийт эмнэлгийн нэр хүндийг гутааж байгаа хэрэг гэдгийг санах хэрэгтэй. Гэхдээ нэр хүндээ алдчих байх гэж «бөмбөг шиг» байж болохгүй. Бүхнийг өвчтөний төлөө зориулахад алдаж онох юм гардаг. Ийм алдааг ард түмэн ойлгож уучилдаг. Төрчлэн ямар нэгэн эмчийн ёс суртахууны алдааг ашиглаж зарим нэг хүн эмнэлгийн үйл ажиллагааг хувийн эрх ашигт захируулах гэж даврах явдлын шижим болох тал ч байдаг. Иймээс эмч на-

рыг ёс суртахууны өндөр соёлтой зарчимч, шудрага ажиллахыг шаарддаг.

Эмч нийгмийн ухамсар сайтай, улс төрийн өндөр мэдлэгтэй, эх орон ч үзэл санаагаар хүмүүжсэн байх нь зүйн хэрэг. Хэрэв эмч ирсэн өвчтөний оношийг хугацаанд зөв тогтоож, оносон эмийг нь өгч эмчлэхийн оронд, толгойдоо юу болдогдоноор онош тавьж, шаардлагатай, шаардлагагүй олон эм сэлгэх буюу эмчилгээ дууссан хүнийг гаргахгүй хэд хонуулах, эсвэл хэвтэх шаардлагагүй хүнийг хэвтүүлж орхоног эзлүүлвэл зүй бус хэрэг. Гэтэл тэр хариуцлагагүй явдлын цаана хүний амь, эрүүл мэнд хохирч улсын төсөв, үр ашиггүй үрэгдэж, нэгэнт эдгэсэн хүн бүрийн хийх бүтээх ажил хий дэмий үрэгдэх зэрэг нийгэм эдийн засгийн олон салбар хохирч болно.

Эмчийн эрх мэдэл. Мэргэжлийн боловсон хүчин хэн боловч мэргэжлийн хувьд мэдэж шийдэх эрх хэмжээ гэж байдаг. Өөрөөр хэлбэл эрх гэдэг нь мэргэжлийн хувьд нь улсаас ногдуулсан албан ёсны үүрэг хариуцлага юм. Тэр тусмаа эмчийн эрх гэдэг бол хүний амь нас хариуцдаг учраас тамга гарт нь бариулж баталгаа олгосон онцлогтой байдаг.

Хөдөөнөөс тухайн нэг өвчтөнийг төвд эмчлүүлэх зайлшгүй шаардлагатай эсэхийг нарийн үзэж шалгалгүй явуулвал тэр эмч эрхээ буруу эдэлж гэж үзэх ёстой. Яагаад гэвэл тэр өвчтөний ажлыг нь зогсоож, эмчилгээнд явуул гэсэн бичиг бол тэр эмчийн эрхийн бичиг билээ.

Саяхан Дорноговь аймгийн нэгдсэн эмнэлгийн эмч нарын зөвлөгөөний шийдвэрээр О. гэдэг өвчтөнийг Улаанбаатарт «Архаг мухар олгойтой учраас шинжилгээ хийлгэхээр» явуулсан байна. Үнэндээ аймагт архаг олгойг шийдэж болохгүй шалтгаан юу байгаа билээ. Түүний цаана тэр хүний хийх ажил эзгүйдэж, 15 дугаар маягтаар ирсэн учир эмнэлгийн хуудас авч, түүгээр нийгмийн даатгалаас мөнгө авах боломж олгосон зэрэг асуудлыг тооцох юм бол эмчийн эрх гажуудаж байгаа хэрэг юм. Гэтэл тухай хүн хо-

тод ирээд зөвхөн нэг удаа үзүү-
лээд эргэж ирээгүй байдлаас үзвэл
тэр хүн хот орох хувийн сонирхол
байсан учраас эмчийн зөвлөлгөөний
бичиг хэрэг болж гэж үзэх үндэс-
тэй юм. Шалгалтын материалыг үн-
дэслэж эмч нарын хүрээнд уншдаг,
хэвлэлээр дамжуулан мэргэжил нэгт
нөхөддөө бидний ажил төрлийн яв-

цад гарч байгаа учир дутагдалтай
зарим зүйлийн талаар ил тод, нэ-
лээд илэн далангүй бичиж анхаа-
руулах юмсан гэж ахмад эмчийн ху-
вд ийнхүү бичсэнийг ажил төрөл-
дөө анхаарах биз.

Ж. Базардаръяа

Редакцид ирсэн 1988. 08. 01.

СЕМИНАР БОЛОВ

1989 оны 2 дугаар сарын 21—23-ны
өдрүүдэд Улаанбаатар хотноо «Вируст ге-
патиттай тэмцэх, эх, хүүхдийн эрүүл мөн-
дийг хамгаалах 2000 он хүртэлх зорилтот
программуудыг хэрэгжүүлэх нь» сэдэвт
семинарыг Эрүүлийг хамгаалах яам, Дэл-
хийн эрүүлийг хамгаалах байгууллагын
оролцоотойгоор зохион байгуулав.

Семинарт зорилтот программуудын гүй-
цэтгэгч байгууллагууд болох яам, тусгай
газруудын төлөөлөгчид, аймаг, хотуудын
АДХ-ын гүйцэтгэх захиргааны нэгдүгээр
орлогч дарга, хариуцлагатай нарийн бич-
гийн дарга, Ариун цэвэр, халдвар судла-
лын станцын ерөнхий эмч нарын далаад
хүн оролдож, Төлөвлөгөө, эдийн засгийн
улсын хороо, Эрүүлийг хамгаалах яамны
орлогч дарга, сайд нар, Эрүүлийг хам-
гаалах яамны зарим газар, хэлтсийн ажил-
тан, ерөнхий мэргэжилтнүүд, зорилтот прог-

раммуудыг хэрэгжүүлэх тулгамдсан асууд-
лууд: хот суурины төлөвлөлт, усан хангамж,
хүн амын ахуйн үйлчилгээ, хүн хүнсний хан-
гамж, хүүхдийн байгууллагад тавигдах эрүүл
ахуй, ариун цэврийн шаардлага зэрэг сэд-
вээр хичээл зааж, Халдварт өвчнийг ана-
гаах клиникийн эмнэлэг, Эх, хүүхдийн
эрүүл мэндийг хамгаалах эрдэм шинжил-
гээний улсын нэгдсэн төв Толгойт дахь
бохир ус цэвэрлэх байгууламж, Сүхбаата-
рын район дахь бассейнтай халуун ус зэр-
гийг үзүүлж, эцэст нь МАХН-ын Төв
Хороо, Сайд нарын Зөвлөл, Төлөвлөгөө,
эдийн засгийн улсын хорооны хариуцлагатай
ажилтнууд, Эрүүлийг хамгаалах яамны кол-
легийн гишүүдийг оролцуулсан ярилцлага
хийж, зорилтот программуудыг хэрэгжүүлж
эхлэх явцад гарч буй тулгамдсан асууд-
луудаар санал солилцлоо.

А. Бузмаа

Б. Дагвацэрэн

ТАРХИ ДОРГИЛТЫГ БАРИА ЗАСЛААР ЭМЧЛЭХ АСУУДАЛД

Ардын эмнэлгийн хүрээлэн

Эмчилгээ оношлогоонд шийдвэрлүүштэй асуудлын нэг нь гавал тархины битүү гэмтлийг зөв оношлож, эмчилгээний үр дүнтэй арга боловсруулах явдал юм. (10). Тиймээс ч тархи доргилтыг барьж засах уламжлалт аргыг шинжлэх ухааны үүднээс судалж, эмчилгээний мөн чанар, Үр нөлөөний нь орчин үеийн биологийн ухааны үндэслэлтэйгээр олж тогтоох асуудал ихээхэн сонирхол татаж байна.

Уламжлан ирсэн зарим баримт материал (1,2), аман яриа болон ажиглалтаас үзэхэд монголчууд бариа заслын аргын арав шахам хувилбарыг (өвчтөний толгойг барьж сэгсрэх, толгойноос хөвчилж татсан утсыг цохиж доргиох, хөлийн улнаас нь цохилт өгөх, хавтгай мод дэрлүүлж доргиох г. м.) хэрэглэж байжээ. Бариа заслын эдгээр хувилбаруудыг харьцуулан үзвэл тэдгээрийн аль нь ч өвчтөний толгой тархинд тодорхой давтамжтай механик доргион (вибраци) болон бариагийн гар хурууны дарах, илэх хүч үйлчлэхэд чиглэсэн байдаг билээ.

Бид бариа заслын аргыг шинжлэх ухааны үндэстэй судлахын тулд толгой тархинд нөлөөлөх гаднын механик хүчний зарим физик утга, физиологийн үр нөлөөг туршилтын журмаар тодорхойлох зорилготавьсан юм.

Толгойг барьж сэгсрэх, хөвчилж татсан утсыг доргиох, эсвэл банз мод дэрлүүлэн доргиох, доргионы давтамжийг виброметрийн тусламжтайгаар хэмжиж үзэхэд гол төлөв бага давтамжтай (2—25 Гц) механик доржилтоор түр хугацаанд үйлчилдэг байна. Хүчтэй биш боловч, харьцангуй бага хугацаанд үйлчлэх гаднын ийм хүчийг физиологийн чанартай механик цочруулга гэж үзэхээс өөр аргагүй юм.

Нөгөө талаас бариа заслын аргын мөн чанар, үндэслэл, үр нөлөөг судлахад туршлагын тохиромжтой загвар, ажлын аргыг зөв сонгон боловсруулахыг онцлон анхаарсан билээ. Үнэндээ гавал-тархины битүү гэмтлийн эмгэгийг туршлагын харх, туулай, муур, нохой, сармагчин зэрэг олон зүйл амьтанд загварчлан судалсны дүнд л түүний эмгэгжам явцыг физиологи, биохимийн үндэслэлтэй тайлбарлах боломж олсон билээ (9, 12, 15, 18, 20, 26).

Тархи доргилтын үед мэдрэлийн системийн төвийн анализаторуудын үйл ажиллагаа хямарч харилцан шүтэлцээ нь алдагддаг шинжүүд байнга илэрдэг (28) учраас эдгээрийг гаднын аливаа нөлөөний үр дүнг үнэлэх боломжтой чухал үзүүлэлт гэж үзэж болно. Бид гавал-тархины битүү гэмтлийн загвар үүсгэн, туршлагын амьтны дээд мэдрэлийн үйл ажил-

лагаанд гарах эмгэг өөрчлөлтийг нөхцөлт рефлексийн аргаар тодорхойлж, түүнд гаднын механик доргионы үзүүлэх нөлөөг судлах туршилатыг 40 харханд явуулав. Өөрсдийн хийсэн чавх маягийн пуржинт бууг ашиглан хархны толгойд 1,97 кг. м/сек. орчим хүчний импульстай тэнцэх цохилтыг өгч үйлчилэхэд гавал-тархины хөнгөн, хүндэвтэр хэлбэрийн гэмтэл үүсэж байлаа. Ийм хүчээр үйлчлэхэд туршлагын харх муужран унаж, тодорхой хугацааны турш хөдөлгөөн нь удаахрах юмуу эсвэл хэт цочролд орж, зүрхний цохилт, амьсгалын тоо нь түргэсэх зэрэг шинж илэрч байв.

Амьтны дээд мэдрэлийн үйл ажиллагааны илрэл нь удамшлаар нөхцөлдсөн зан авирын онцлогоос хамаардгийг харгалзан, эхлээд туршлагын хархны сэтгэл хөөрлийн хариу урвалын илрэлтийг «задгай талбайн» аргаар (8) тодорхойлж бүлэглэлээ.

Туршилтын дүнгээс үзэхэд гавал-тархины гэмтлийн загвар үүсгэсэн хархны дээд мэдрэлийн үйл ажиллагаанд ихээхэн хямрал гардаг нь идэвхтэй, идэвхгүй зугтаах нөхцөлт рефлексийн тогтворжилт, хадгалалт, батжилт буурч байгаагаар илэрч байлаа. Гаднын механик доргион нь тухайн амьтны сэтгэл хөөрлийн онцлогоос хамаарч харилцан адилгүй нөлөө үзүүлж болох талтай нь ч туршилтын явцад харгагдсан. Жишээлбэл: сэтгэл мэдрэлийн хөөрлийн хариу урвал ихтэй бүлэг харханд гаднын механик доргионы (20—25 Гц давтамжтай) нөлөөгөөр идэвхтэй зугтаах нөхцөлд рефлекс үүсэлт саарах, идэвхгүй зугтаах нөхцөлт рефлексийн ул мөрийн хадгалалт батжилт нэмэгдэж (хяналтын бүлэгтэй харьцуулахад 50%-иар) байв.

Сэтгэл хөөрлийн хариу урвал сул илэрсэн бүлэг харханд доргионы нөлөөгөөр идэвхтэй зугтаах нөхцөлт рефлекс үүсэх явц идэвхжиж байгаа нь харгагдсан. Гавал-тархины гэмтэл үүсгэсний дараа энэ бүлгийн харханд идэвхтэй зугтаах нөхцөлт рефлекс үүсэх явц болзолт, болзолт бус дохионы 100 удаагийн хослолд $14,71 \pm 5,42$ байсан бол доргионоор үйлчилсний дараа $34,6 \pm 7,69$ болж нэмэгдсэн, тэдгээрийн хоорондын ялгаа статистикийн хувьд магдаалтай байв ($P < 0,05$).

Эдгээр туршилтын дүнгээс үзэхэд богино хугацаатай үйлчлэх механик доргион нь амьтны тархийг бүхэлд нь цочроох нөлөөтэй бөгөөд түүний гадаад илрэл нь тухайн амьтны зан авирын онцлогоос хамаарах боловч дээд мэдрэлийн үйл ажиллагааг гол төлөв идэвхжүүлэх үйлчлэлтэй болох нь харгагдсан юм.

Бариа заслын үед өвчтөний толгой тархинд үйлчлэх механик доргион маш богино хугацаанд үйлчилж уураг тархийг системээр нь цочроодог гэж үзвэл түүний үйлдэлд маш мэдрэмтгийгээр хариу урвалд орж чадах ямар нэгэн бүтэц уураг тархинд байж таарна гэж үзэх үндэс байгаа юм.

Ухрийн уураг тархинаас ялгаж авсан актомиозины молекулд гаднын механик доргионы (10—20 Гц давтамжтай) үзүүлэх нөлөөг түүний АТФ-аз ферментийн идэвхийн өөрчлөлтөөр судалсан туршилтын дүнгээс үзэхэд бариа заслын үеийн механик доргион нь тархины эд эсийн доторхи агшимтгай уургийн молекул, тэдгээрээс тогтсон бичил бүтцээр дамжин хэрэгжих боломжтой гэсэн дүгнэлтэд хүргэсэн юм (3).

Актомиозины молекул 5; 10 секундын хугацаагаар богино давтамжтай механик доргионоор үйлчлэхэд түүний АТФ-аз ферментийн идэвх 1,6: 1,3 дахин тус тус нэмэгдэж байв.

Тархи доргиалтыг доргион засахад ердөө 2—5 секундын хугацаа хангалттай юм. Гаднын механик доргионы ийм богино хугацааны сулавтар үйлдэлд хариу урвалд орж чадах тархин дахь бүтцийн (доргионы нөлөөг мэдрэмтгийгээр хүлээн авч хариу гүйдэлд орох рецептор) үүргийг агшимтгай чанартай уургийн молекул, түүнээс тогтсон актомиозин, нейрофиламент, микротрубочки гүйцэтгэх боломжтой нь эндээс харагдаж байгаа юм.

Сүүлийн үед тархинд явагдах импульсын бус эс хоорондын үйлчлэлийг нөхцөлдүүлэх, мэдрэлийн аксоток дамжих, синапсаар нейромедиаторууд ялгарах, эсийн хэлбэр дүрсээ хадгалан барих, мембранаар ионы солилцоо явагдах, эсийн доторхи бичил бүтэц ферментийн хооронд орон зайн мэдээлэл дамжих зэрэг физик-химийн олон чухал процессод уураг тархины агшимтгай уургийн молекулууд, тэдгээрээс тогтсон бичил бүтцүүд онцгой ач холбогдолтой болохыг судлагчид их сонирхож байна (11, 7, 16, 25, 27, 29).

Актомиозины молекул нь бүх төрлийн амьд эсэнд байдаг бөгөөд биологийн ач холбогдлоороо түгээмэл зүй тогтолт шинж чанартай юм (19). Актомиозины молекул үйл ажиллагаанд орох үед миозины молекулын толгой мэт сэртэн 5—10 Гц давтамжтайгаар хэлбэлзэж (24) актины молекултай харьцдаг бөгөөд цочролын өвөрмөц байдал-солитонд шилжиж доргионы энергийг хүлээн авч дамжуулах чадвартай бөгөөд энэ үедээ АТФ-ын задралын явцад бий болсон энергийг ашигладаг байна (13). Үүнээс үзэхэд бариа заслын үеийн механик доргионы энерги нь гэмтлийн үеийн цохилтын кавитацаас болж денатурацид орсон актомиозины молекулыг солитон байдалд шилжихэд нөлөөлж болох талтай нь харагдаж байгаа юм.

Гавал-тархины гэмтлийн үед мэдрэлийн эд эсийн хэвийн үйл ажиллагаанд чухал үүрэгтэй уургийн молекулууд тэдгээрээс тогтсон бичил бүтцүүд денатурацид орж (5, 21, 22, 23) цочромтгой эд эсүүд

парабиозын байдалд шилждэг болохыг нэгэнт тогтоосон билээ. Тархи доргиалтын үед өвчтөнд олонтаа ажиглагддаг ухаан балартах, ухаан алдах, ойгүйдэлт (амнези) илрэх, астенийн байдалд орох зэрэг клиникийн шинжүүдийг мэдрэлийн эд эсийн бичил бүтцийн түвшинд явагдах бүтэц үйл ажиллагааны иймэрхүү өөрчдөлттэй холбон тайлбарладаг. Түүнчлэн уураг тархины бүтэц зохион байгуулалтын өвөрмөц онцлогоос хамаарч гол төлөв дунд болон уртавтар тархи гэмтэлд илүүтэй өртөх бөгөөд тэнд байрлах амьдралын чухал эрхтэн системийн үйл ажиллагааг зохицуулах төвүүдийн хямралаас үүдэн өвчтөнд невропатологийн олон шинжүүд гарч ирдэг нь ч тодорхой юм (14, 15).

П. К. Анохины үзсэнээр (6) уртавтар тархи гэмтэлд өртөхөд торлог байгууламжаас тархины бор давхаргыг идэвхжүүлэх нөлөө хямарч, гэмтлийн үед тархинд ихэссэн серотонин (9), ГАМК-ийн задралын бүтээгдэхүүн гомокарнизин, цистатионин (20) зэрэг нь саатлын процессыг улам ихэсгэдэг. Эндээс харахад тархины гэмтлийн дараах эмгэг процессын цаашдын дамжралыг зогсоон хэвийн болгоход төв мэдрэлийн системийг идэвхтэй байдалд оруулах явдал хамгийн чухал асуудал байж болох юм.

Туршлагын амьтанд гавал-тархины битүү гэмтлийн эмгэг загвар үүсгэсний дараа фенамин тарихад гэмтлийн үед өөрчлөгдөх нейрохимийн олон үзүүлэлтүүд депрессант эм хэрэглэснээс харьцангуй богино хугацаанд эргэж хэвийн байдалдаа ордгийг тогтоожээ (20). Судлагч энэхүү дүгнэлтэндээ үндэслэн толгой тархины гэмтлийн үеийн эмчилгээний тактикийг эргэн харж үзэхийг зөвлөж, төв мэдрэлийн системийг идэвхтэй байдалд оруулах зарчмыг баримтлах нь зүйтэйг баталсан юм.

Гавал-тархины гэмтлийг гаднын экстремаль хэт хүчтэй цочролын хариуд биемахбодод явагдах дистрессийн процесс гэж үзэж болох бөгөөд энэ үед стрессийн хамшинж гарч, мэдрэлийн зохицуулалт алдагдан эд эрхтэнд үйл ажиллагааны хэт ачаалал бий болж тодорхой хугацааны дараа уг байдал эмгэг шинж төлөвтэйгээр архаг өвчинд шилжих боломжтой юм.

Гавал-тархины гэмтлийн эмгэг явц, эмчилгээний тактик боловсруулах талаар хийсэн ажлууд, түүнчлэн бариа заслын талаархи материал, өөрсдийн хийсэн зарим туршилтын дүнг үндэслэн уламжлалт бариа заслын үед өвчтөнд нөлөөлөх механик доргион нь гэмтлээс шалтгаалан тархины эд эсийн агшимтгай уургийн молекул, тэдгээрээс тогтсон бичил бүтцийн түвшинд гарах денатурацийн процессын эргэх явцыг түргэсгэж, цочромтгой эд эсийг парабиозын байдлаас ангижрах явцад өдөөгчийн үүрэг гүйцэтгэн, эмгэг процессын цаашдын явцыг саатуулан зогсоодгоороо эмчилгээний нөлөөтэй гэсэн урьдчилсан таамаглыг дэвшүүлж байна.

Бариа заслын үед өвчтөнд үйлчилдэг хоёрдогч хүчин зүйл-хуруу алганы даран барих хүчний хувьд бол гэмтлийн үед гардаг толгой тархины цусан хангамж, шин-

гэний эргэлтийн хямралыг арилган зохицуулах үүрэгтэй гэж үзэх үндэстэй юм. Үүнийг иллэгийн үр нөлөөний талаар судлагчдын хийсэн ажлын дун (17), түүнчлэн бариа заслын дараа РЭГ-ийн бичлэгт илэрч байгаа өөрчлөлт (4) баталж байна.

Энэ бүхнээс үндэслэж тархи доржилтыг бариа заслын аргаар эмчлэхэд өвчтөний толгой тархинд нөлөөлөх дээр дурдсан хоёр төрлийн механик хүч нь тархи доржилтын үеийн эмгэгжамын гол хоёр шатанд үйлчилж эмчилээний нөлөө үзүүлдэг гэж үзэх боломжтой байна.

Одоо тархи доржилтын үед өвчтөнийг хөдөлгөөнгүй тайван хэвтүүлж, депрессант маягийн үйлчилгээтэй эм хэрэглэн эмчлэдэг билээ. Гэтэл бариа заслын арга, эмчилгээний энэ чиглэлээс зөрж байгаа юм.

Тархи доржилтын дараах нейродинамикийн өөрчлөлтийг төв мэдрэлийн системд гарах хамгаалах саатлын процессоор тайлбарладаг бөгөөд уураг тархинд энергийн солилцоо гол төлөв агааргүй исэлдэлтийн (анаэробный гликолиз) замаар хангагддаг. Тархины эд эсэд сүүний хүчил хуримтлахын хэрээр нэгэнт бий болсон саатлын идэвхитүйг хамгаалалтын процессыг дээр нь депрессант эмээр нэрвэснээс болж тархины эд эсэд ацидозын байдал гүнзгийрч улмаар гипоксид орох аюулыг улам ихэсгэж бодисын солилцооны хямрал шатлан үргэлжлэхэд хүргэнэ (20). Гавал-тархины битүү гэмтлийн үед бүтэц-үйл ажиллагааны өөрчлөлтийн голомт уураг тархины аль ч хэсэгт явагдах боломжтой тул тархины хэмжээнд бүхэлд нь цочроогчийн үүргийг ганц нэг эм гүйцэтгэх боломжгүй юм.

Магадгүй манай ард түмний дунд уламжлагдан ирсэн монгол бариа засал дээр авч үзсэн бүх шаардлагыг хангахуйц эмчилгээний нөлөө үзүүлдэг хамгийн тохиромжтой арга байж болох юм. Бариа заслын аргыг судлах хамтлаг байгуулж сүүлийн хэдэн жил доктор Ц. Хайдавын удирдлагаар туршилт-клиникийн чиглэлээр зарим судалгаа хийсний дүнд түүнийг эмнэлгийн нөхцөлд хэрэглэх боломжтойг тогтоож эмчилгээний аргачлал боловсруулсан юм.

Цаашдаа бариа заслын үндэслэлийг нарийвчлан судалж, тархи доржилтыг эмчлэх үндсэн арга болгон, эмчилгээний бусад арга хэмжээтэй шаардлагын дагуу хослуулан хэрэглэх зүй зохистой чиглэлийг анагаах ухааны нарийн судалгаа шинжилгээнд тулгуурлан тодотгол боловсруулах явдал чухал байна.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. Сүмбэ Хамба Ишбалжир, «Рашааны дусал», XVIII зуун.
2. Монголын анагаах ухааны эрдэм шинжилгээний егүүлэлийн түүвэр 1983, Өвөр монголын хэвлэлийн хороо, Хөх хот.
3. Б. Дагвацэрэн, Д. Эрдэнэчимэг «Бариа заслын эмчилгээний механизмыг судлах асуудалд» Социалист орнуудын засгийн газрын эмнэлгийн эрдэм шинжилгээний VIII

хурал (Илтгэлүүдийн хураангуй) номд УБ. 1988. X—68.

4. П. Дондов, Х. Долгормаа бусад, Тархи доржилтын үед «Бариа заслын» үр дүнг клиник болон багажит анализаар үнэлсэн нь мөн бүтээлд, X—70.

5. Александров В. Я. Полянский Ю. М. — Некоторые вопросы современной цитологии». — В Кн.: Вопросы цитологии и общей физиологии 1960. Изд. АН СССР. М. Л., с. 19—32.

6. П. К. Анохин — Об особенностях болевых реакции при травме. В кн.: Проблемы травмы. М., Медгиз. 1960, с. 16.

7. А. С. Батцэв, В. И. Бабмандра — Нейрокинети́ческая гипотеза синаптической активности. Физиологический журн. СССР, 1984, № 8. с. 1149—1155.

8. Н. А. Бондаренко — Зависимости реализации поведения избавления из стрессогенной ситуации от типологической принадлежности животного. М, 1980, Депонированный рукопись. № Дпо. 2038. 80.

9. И. Л. Вейсфельд, Г. Н. Кассиль — Гистамин в биохимии и физиологии. М, «наука». 1981, 277 с.

10. В. Г. Гельфанд, И. Д. Маламуд, В. Г. Истратов — Закрытая черепномозговая травма. Изд-во «Штинца», 1986, 270 с.

11. Р. И. Глебов, Г. Н. Крыжановский — Функциональная биохимия Синапсов., М. Медицина, 1978.

12. А. П. Громов — Биомеханика травмы. — М. Медицина, 1979, 275 с.

13. Иванов—К. А. Мурамский — Нейрофизиология, нейрокибернетика, нейробионика. Киев, Вища шк. Головное из-во, 1985, с. 240.

14. Р. Д. Коллинз — Диагностика нервных болезней. М: «Медицина» 1986, 238 с.

15. А. А. Клумбис — Нейрофизиология острой черепно-мозговой травмы Вильнюс: Мокслас, 1976.

16. Б. И. Курганов — Принципы интеграции клеточного метаболизма. Мол. биология, 1986, Т. 20, вып.—2, С. 369—377.

17. В. Н. Мошков, Белая В. Г. — Руководство по спортивному массажу. М, 1987, с. 278.

18. Ю. С. Москаленко, Г. Б. Вайнштейн и др. — Внутрочерепная гемодинамика (Биофизические аспекты) Л «Наука», 1975, 200 с.

19. Б. Ф. Поглазов, Д. И. Левицкий — Миозин и биологическая подвижность. М. «Наука», 1982, 160 с.

20. М. Ш. Промыслов — Обмен веществ в мозге и его регуляция при черепно-мозговой травме. М. «Медицина» 1984, 88 с.

21. Д. Л. Розенталь, А. С. Трышин — Новые данные о субстанциональных изменениях при повреждении и возбуждении клеток. Цитология. 1963, № 4, с. 365—377.

22. А. П. Ромадонов, В. Ф. Пушевский, О. В. Коньев — Ультратруктурный анализ изменений синапсов в головном мозге кроликов в динамике экспериментального сотрясения мозга. Журн. Вопросы нейрохирургии. № 1, С—16—23.

23. Руководство по нейротравматологии. под ред. Артюнова И. А. М. «Медицина», 1978.

24. И. Рюегт — В кн.: Физиология человека. М. 1985, Том I, Мир, 1985, С—53

25. Г. Г. Скибо, О. А. Березовская — Цитосклет нервных клеток в процессе их дифференцировки. Нейрофизиология, 1987, № 4, с—58.

26. Т. Р. Соколова, Ю. В. Редькин — Способ моделирования дозированной закрытой черепно-мозговой травмы у белых крыс. Журн. Вопросы нейрохирургии 1986, № 1, с—62.

27. В. А. Твердислав, А. Н. Тихондов, Л. В. Яковенко — Физические механизмы функционирования биологических мембран. Изд-во, Московского Ун-та. 1987, с—188.

28. И. М. Фейгенберг — Клинические нарушения взаимодействия анализаторов, М.: Медицина. 1975, 167 с.

29. А. Фультон — Цитоскелеты: Архитектура и хореография клетки. М. «Мир», 1987, 120 с.

К ВОПРОСУ ПРИМЕНЕНИЕ «БАРИА ЗАСАЛ» ПРИ СОТЯСЕНИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Б. Дагвацэрэн

Экспериментально установлено, что при исполнении традиционного метода «бариа засал» при сотрясении головного мозга на голову больного действует механическая вибрация с частотой 2—25 Гц и ладонно-пальцевая-прессура.

Выдвигается гипотеза о механизме лечебного эффекта «бариа засал», также исходя из этого, высказывается мнение по пересмотру тактики лечения сотрясения головного мозга.

Редакцид ирсэн 1989. 03. 16

Д. Дандий, Г. Ган-Эрдэнэ, Б. Доржпагам, О. Батмөнх

ЭЭДЭМЦРЭЭС ҮЙЛДВЭРЛЭСЭН ПЕПТОНЫ ЧАНАРЫН ҮЗҮҮЛЭЛТ

Биобэлдмэл цусны үйлдвэр шинжилгээний институт
Шинжлэх ухааны академийн Химийн хүрээлэн

Биотехнологийн эрчимтэй хөгжил нь нянгийн өсөлт үржилтийг хангах чанарлаг тэжээлт орчин, нэн ялангуяа хуурай суурь тэжээллэг бодисыг их хэмжээгээр шаардах болов. Тийм суурь тэжээлийн нэг нь нунтаг пептон юм.

Бактерийн тэжээлт орчны пептоныг гарган авах гол түүхий эд нь сүүний уураг, мах, шар буурцаг юм. Энэ байдлыг үндэслэж техникийн ээдэмцэр ашиглаж нунтаг пептон гаргаж авах туршилт судалгаа хийв.

Судалгааны арга, материал

Лабораторийн болон үйлдвэрийн туршилтанд УСТ-479-61 ээдэмцэр, УСТ—799—78 үхрийн нойр булчирхай, чда, х. ч ангиллын цэвэршилтэй химийн бодис ашиглав.

Пептон гарган авсан технологи: Үхрийн нойр булчирхайг цэвэрлэж тэнцүү жинтэй 0,02 м хлорт кальцийн уусмал нэмж хутгаад дулаанд тавихад өөрөө идэвхжиж, уураг задлах ферментүүдийн идэвх 2—3 дахин нэмэгдэв.

Цахилгаан хутгуурт давхар ханатай ган тогоонд 15 кг ээдэмцрийг усанд дэвтээж хөөлгөөд дараа нь нэрмэл ус нэмж 70°C хүртэл халаан натрийн шүлтийн уусмалыг бага багаар нэмж рН=8,0—8,5 орчимд бүрэн уусгаад 10 минут буцалган ариутгав. Дараа нь уусмалыг хөргөж 5 кг идэвхжүүлсэн нойрны булчирхай нэмэв.

Уураг задлагч ферментийн нөлөөгөөр чөлөөт амин хүчлүүд үүсэхэд рН 8,0—8,5-д тогтмол барьж байв. Нянгийн бохирдлоос хамгаалах зорилгоор зохих хэмжээний хлорформ нэмж, уураг задлах урвалыг 20—22 цаг үргэлжлүүлэв. Амины азот, хуурай бодисын хэмжээг 2—3 цаг тутам хянаж гидролизын урвалыг зогсоож, ээдэмцрийн изоцахилгаан цэгт тундасжуулав. Саармаг орчинтой пептоны уусмалыг Ангидро маркийн ууршуулан өнгөрүүлэх төхөөрөмжөөр 80°C-т 40% хуурай бодистой болгож дараа нь нироатомайзер маркийн тоосруулан хатаагч машинаар хатаав. Орох температур 180—185°C, гарах температур 85—95°C-д хатааж савлав. Хуурай нун-

таг пептоны гарц 10—11кг орчим буюу түүхий эдийн жингийн 70%-тай тэнцүү байв.

Химийн шинжилгээ Лабораторийн туршилтаар гарган авсан пептонд чийг, эрдэс, нийт ба амины азот, хлор чөлөөт амин хүчил пептидүүдийн молекулын масс, уусалт гэх мэт чанар, найрлагын үзүүлэлтийг ЗХУ, БНУАУ ба Оксид, Мерк Дифко пүүст үйлдвэрлэсэн пептонтой харьцуулан тодорхойлов. Чийгийн хэмжээг 105°C-д шатаан жингийн хорогдлоор тус тус тооцоолов. Нийт азотыг микрокьелдалийн, амины азотыг формал титрлэх, хлорыг Морын, триптофаныг п-димиламинобензолальдегид өгөх урвалын аргуудаар тус тус тодорхойлов. Пептидүүдийн молекулын масс ба тэдгээрийн харьцангуй хэмжээг сефадекс Г—25-ын баганат хроматографын аргаар тодорхойлов. Фракцуудын гэрлийн шингээлт (А₂₈₀)-ийг спектрометрээр хэмжиж, чөлөөт амин хүчлийн хэмжээг НД-1200 Е автомат шинжлэгчээр тодорхойлов.

Биологийн шинжилгээ Туршилтын пептоноор нягт, шингэн тэжээлт орчнууд бэлтгэж, чанарын үзүүлэлтийг Эрүүлийг хамгаалах яамны Салмонеллёзын үндэсний лав-

лах лаборатори, Биобэлдмэл цусны үйлдвэр шинжилгээний институтийн чанарын хяналтын лаборатори, Хөдөө аж ахуйн яамны Биокомбинатын вакцины цехэд гүйцэтгэв. Мах пептоны шөл (МПШ) мах пептон элэгний шөл (МПЭШ), мах пептоны агар (МПА) бэлтгэхэд тундасгүй, автоклавт ариутгахад булингар үүсэхгүй байв.

Нянгийн цэвэр өсгөврүүдийн өсөлтийн эрчийг гэрлийн нягтаар, мөн титрацийн аргаар тоолж харьцуулан гаргав.

2. Судалгааны дүн, шүүмж

2.1. Эдэмцрийг нойр булчирхайн уураг задлагч фермент ашиглан амин хүчлүүд, бага масстай пептидүүд хүртэл задалж пептон гарган авах зохистой горим, нөхцөлийг 10 удаагийн туршилтаар тогтоов. 45°C дулаанд фермент, субстратын харьцаа 1:3 байх нөхцөлд байнгын хутгалттай 20—22 цаг задлах урвал явуулахад бүтээгдэхүүний гарц нь түүхий эдийн 70%-тай тэнцэж хамгийн зохистой горим болж байгааг тогтоов.

2.2. Туршилтын пептоны химийн найрлага нь стандарт пептоныхтой төсөөтэй байна.

Г-р хүснэгт

Эдэмцрийн пептоны химийн харьцуулсан үзүүлэлт

Хими, физикийн үзүүлэлт	стандарт пептон			Бидний туршилтын пептон
	Оксидын (Англи)	Меркийн (ХБНГУ)	БНУАУ-ын "Хуман"	
Чийг %	5,8	4,5	6,5	6,0
Эрдэс %	9,6	6,1	5,8	11,0
Нийт азот %	12,0	13,4	15,0	14,0
Амины азот %	4,4	0,70	4,0	2,5—3,0
Хлор %	1,2	—	2,3	1,8—2,0
Триптофан %	—	—	0,45	0,8—1,0
Уусалт г/л	—	200,0	—	250,0
2% усан уусмалын рН	7,0	6,8	6,5	6,5—7,0

Туршилтын пептоны найрлаганд эрдсийн хэмжээ харьцангуй их байгаа нь саармагжуулах нь шатанд цууны хүчил хэрэглэсэнтэй холбоотой. Бидний боловсруулсан технологор гарган авсан пептон нь уусалт сайтай бөгөөд булингар, тундасгүй,

автоклавт ариутгасны дараа шүүх шаардлагагүй байв. Энэ нь тухайн бүтээгдэхүүнд их молекулт пептидүүд байхгүй, уургийн задралын зэрэг өндөр байгааг гэрчилж байна.

Бидний туршилтын пептоны фракцуудын харьцаа, найрлага нь Хоттингерийн гидролизат, БНАГУ, ЗХУ-д үйлдвэрлэсэн ээдэмцрийн пептоныхтой төсөөтэй байгаа нь ЗХУ-д хийгдсэн шинжилгээнээс (1) харагдаж байна. Гель-хроматографар бүлэглэн салгасан фракцуудын эзлэх хувийн жин нь стандарт пептоныхтой төсөөтэй байгааг хүснэгт 2-оос үзэж болно.

2-р хүснэгт
Ээдэмцрийн пептоны фракцуудын харьцаа

Пептоны төрлүүд	Фракцын харьцаа, гэрлийн шинжилгээний %-р		
	I	II	III
Туршилтын	2,3	55,1	24,5
Меркийн	—	82,9	17,1
Оксиодын	—	73,4	26,0
Дифкогийн	26,2	45,6	28,2
БНУАУ-ын	10,3	63,0	20,7
ЗХУ-ын	3,8	62,5	33,7

Дифко пүүсийн үрэлжүүлсэн пептонд I фракцын пептидүүдийн хэмжээ харьцангуй өндөр байгаа нь агрегацалтын үзэгдэлтэй ч холбоотой байж болох юм. Харьцуулан судалсан пептонд ойролцоогоор 3000—4000 Д масстай пептидүүдийн эзлэх хэмжээ (II фракц) харьцангуй их, нийт бүтээгдэхүүний 50%-иас дээш байна.

Харин I, II фракцуудын хэмжээ нь нийт пептидийн 1/4—1/3-ийг эзэлжээ. Энэ нь үүссэн бүтээгдэхүүн дэх ароматик аминхүчлийн хэмжээтэй уялдаатай байх нь тодорхой боловч нөгөө талаар нойр булчирхайн уураг задлагч ферментүүдийн хам үйлчлэлийн онцлогийг харуулах үзүүлэлт болж чадах учраас пептоны найрлага, задралын зэргийг тогтооход гель-хроматограммыг ашиглан шаардлагатай дүгнэлтийг хийж болно гэж үзэв.

Чөлөөт амин хүчлийн нийт хэмжээ нь юуны өмнө пептоны задралын зэргийг илтгэх гол үзүүлэлт юм. Пептон гарган авахад ашигласан түүхий эд, фермент, гидролизын горим ба хугацаанаас хамаарч төрөл

3-р хүснэгт
Ээдэмцрийн пептоны аминхүчлийн бүрдэл, хэмжээ

Амин хүчлийн (%)	Ээдэмцрийн пептон			
	Оксиодын	БНУАУ-ын	Меркийн	туршигтын (Монголын)
Лизин	3,98	1,14	3,02	4,43
Гистидин	0,79	0,47	0,89	1,18
Аргинин	2,43	0,32	1,98	1,44
Асп. хүчил	0,50	2,2	0,25	0,43
Треонин	0,99	0,46	0,34	0,59
Серин	0,91	0,98	0,46	—
Глу. хүчил	1,67	1,86	0,92	2,55
Пролин	—	—	—	—
Глицин	0,26	0,72	0,26	0,47
Аланин	0,66	1,78	0,43	1,44
Цистейн	—	—	—	2,04
Валин	1,63	1,06	1,46	2,71
Метеонин	0,97	0,52	0,79	1,19
Изолейцин	0,94	0,34	0,77	1,39
Лейцин	4,93	1,72	3,56	4,02
Тирозна	2,81	1,08	0,88	0,97
Фенилаланин	3,40	1,29	2,0	2,05
Нийлбэр	26,86	15,94	18,01	25,50

бүрийн пептонд агуулагдах амин хүчлүүдийн хэмжээ нэлээд хэлбэлзэлтэй байгаа боловч нийлбэр нь ерөнхийдөө 16—26% хооронд байна. Ийм учраас сүүний уургаас гарган авсан дээрх бүх пептон нь бичил-организмын өсөлтөнд зайлшгүй шаардагдах ихэнх амин хүчлийг хангалттай хэмжээгээр агуулсан байна.

2.3. Бид туршлагын пептоны тэжээлт орчны чанарын үзүүлэлтийг шалгахын тулд гурван төрлийн тэжээлт орчинд 5 омгийн нянг ургуулж, өсөлтийн эрчмийг 24 цагийн дараа харьцуулан гаргав. (Хүснэгт 4).

Тэжээлт орчны төрлөөс хамааран нянгуудын өсөлтийн эрчим харилцан адилгүй, гэрлийн нягтаар нь харьцуулан үзвэл мах пептоны агарт ургалт илүү байгаа нь харагдав. Тэжээлт орчныг бэлтгэхэд хэрэглэсэн туршилтын пептон нь нянгийн ургалтанд адилхан байгаа нь дээрх туршилтын дүнгээр батлагдаж байна. Туршилтын журмаар гарган авсан нунтаг пептоны хими, биологи, бактериологийн шинжилгээний үзүү-

Төрөл бүрийн тэжээлт орчинд нянгийн ургалт

Тэжээлийн орчин	Хувилбар	нянгийн өсгөврүүд									
		Bac. anthracis		Bac. Coli		Bac. Salmonella		P. Multicid—216		P. multacid—4519	
		Д	Т	Д	Т	Д	Т	Д	Т	Д	Т
МПШ	А	0,21	4—7 10 ⁷	0,21	2·10 ⁸	0,39	1·10 ⁸	0,10	—	0,11	—
	Б	0,16	2·10 ⁸	0,19	4,1·10 ⁸	0,16	7,10 ⁷	0,13	—	0,15	—
МПЭШ	А	0,09	—	0,55	—	0,10	—	0,20	—	—	1·10 ⁷
	Б	0,13	—	0,40	—	0,09	—	0,21	—	0,14	1,1·10 ⁷
МПА	А	1,70	—	1,55	—	2,00	—	1,33	—	0,90	—
	Б	2,00	—	0,91	—	1,44	—	1,41	—	0,98	—

Тайлбар:

МПШ—мах пептоны шөл

МПЭШ—мах пептон элэгний шөл

МПА—мах пептоны агар

Д—гэрлийн нягт

Т—титрацийн аргаар тоолсон нийт нянгийн тоо/мл

Г—Горяевын тороор тоолсон нийт нянгийн тоо/мл

А—туршилтын пептон

Б—Унгарт үйлдвэрлэсэн пептон

лэлт нь БНАГУ, ЗХУ, БНБАУ, БНСЧСУ-д манай пептоны дээжинд хийсэн шинжилгээгээр давхар нотлогдож байна.

Эх орны шинэ нэр төрлийн бүтээгдэхүүн нунтаг пептоныг 1985—1987 онд авч хэрэглэсэн төв, хөдөөгийн 10 гаруй бактериологийн лабораториуд эерэг санал өглөө.

Дүгнэлт 1. Шингэн сүүний техникийн зориулалт бүхий ээдэмцрийн уургийг ферментийн аргаар задалж тоосруулан хатаах аппаратын тусламжтайгаар нунтаг пептон гарган авах технологийг боловсруулав.

2. Хагас үйлдвэрлэлийн туршилтаар гарган авсан ээдэмцрийн пептон нь химийн найрлага, биологийн чанараар гадаад орнуудад үйлдвэрлэсэн ижил нэрийн бүтээгдэхүүний үзүүлэлттэй ойролцоо байна.

3. Нунтаг пептоноор юуны өмнө дотоодын хэрэгцээг хангахын тулд одоогийн боловсруулаад байгаа технологийг үйлдвэрлэлд нэвтрүүлэх асуудлыг нэн даруй шийдвэрлэх шаардлагатай.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. Г. А. Смирнова, Б. М. Раскин, В. А. Мельникова, Е. А. Целигорова — Микробиол. Эпидемиол. Иммунобиол. 1985, 12, 22

2. Разработка и стандартизация бактериальных питательных сред. М. 1980.

3. Методические указания по применению физико-химических методов контроля питательных сред. М., 1977.

4. Методические рекомендации к контролю питательных сред по биологическим показателям. М., 1980.

КАЧЕСТВЕННЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ
КАЗЕИНОВОГО ПЕПТОНА
ОТЕЧЕСТВЕННОГО ПРОИЗВОДСТВА

Д. Дандий, Г. Ган-Эрдэнэ, Б. Доржпалам,
О. Батмөнх

Разработана технология получения пептона-основного компонента питательных сред методом ферментативного гидролиза казеина используемых в области биотехнологии, медицинской, сельскохозяйственной и промышленной микробиологии. Полученный пептон по своим химическим показателям и биологическим свойствам соответствует импортным образцам. В связи с этим, выдвигается вопрос об освоении данной технологии и ее внедрение в производство для снабжения внутренних потребностей.

Редакция прочла 1987. 09. 03

ШАРХЫГ ЛИМФОКИНЭЭР ЭМЧЛЭХ НЬ

Москва хотын анагаах ухааны дээд сургууль

Шарх эмчлэх асуудал нь орчин үеийн анагаах ухаанд анхаарал татсан хэвээр байна. Шархны эдгэрэлт удааширч, идээлж хүндрэх нь дархлаалын хоёрдогч дутмагшилд хүргэх боловч нөгөө талаар ийнхүү удаан эдгэрэх нь дархлаалын системийн бүрэн бус байдлын үр дагавар байдаг. Иймд шархны эмчилгээнд дархлаалын системийг засан сэргээх аргыг хэрэглэх нь их ач холбогдолтой.

Эд эрхтэний нөхөн төлжилтөд лимфоцит эс гол үүрэгтэйг туршилтаар нотолсоныг (1) зэрэгцээ сүүлийн жилүүдэд арьсны хучуур эсийн болон холбогч эдийг бүрдүүлэгч фибробласт эсийн үйл ажиллагааг зохицуулах лимфоцит эсийн ялгаруулдаг уургийн бодис болох лимфокинуудын интерлейкин—2, интерфероны үүргийг ихэд шохоорхон судлаж байна (2, 3).

Лимфокиний ялгаралт, түүний хямрал нь нөхөн төлжилт удаашрах, хүнд явцтай үрэвсэл үүсэх үндсэн шалтгаан болж болох юм (3, 4, 5) гэж үздэг болов.

Амьд организмын эд эсийн нөхөн төлжих үйл явцад лимфокиний нөлөөг судлах явдлыг онцгой сонирхож байгаа бөгөөд бидний энэхүү ажлын зорилго ч болсон билээ.

Материал, арга зүй. Туулайн цуснаас Воуит — аргаар лимфоцит эсийг ялган авч, фитогемаглютинин-аар (Difco) 3 цагийн турш идэвхжүүлсний эцэст эсээ түүнээс 3—4 удаа угааж, антибиотик бүхий тэжээлт орчинд (среда—199) 20 цагийн турш 37°C-ын температурт өсгөвөрлөв. Дараа нь эсийг тунгааж лимфоцитийн ялгаруулсан лимфокин бүхий өсгөврийн шингэнийг тусгаарлан авав. Уг өсгөврийн шингэнээс гельфилтрацийн аргаар хоёр төрлийн уургийн идэвхитэй фракцийг ялгав. Үүнд: 20—30 кД молекул жинтэй М—фракц, 60—70 кД молекул жинтэй фракц болно (6).

Ийнхүү ялган авсан лимфоцитийн өсгөврийг шингэн, уургийн фракцуудыг мембрантай шүүгчээр (нүхний

диаметр 0,22 μ Millipore — G 5 США) шүүн ариутгаж эмчилгээнд хэрэглэв. Эдгээрийн биологийн идэвхийг тодорхойлохдоо макрофаг эсийн нүүн шилжилтийн саатах урвал (7), нейтрофил эсийн залгих урвалын (8) идэвхижлээр үнэлэв.

Шархны загвар болгон туулайн нурууны тус газарт хэсгийн мэдээгүйжүүлэг хийсний дараа 400 мм² талбай бүхий арьс булчингийн давхрааг хамарсан дугариг хэлбэртэй шарх үүсгэж 8 хоногийн турш тун нь 70x10⁶/мл тухайн туулайн лимфоцит эсээр, уургийн концентраци нь 50 мкг/мл лимфоцитын өсгөврийн шингэнээр 100 мкг/мл хэмжээтэй Л,

1-р хүснэгт

Лимфокиний эмчилгээний үр дүн

Эмчилгээний бүлэг	Шарх эдгэрсэн хурд	Шарх эдгэрсэн хугацаа	шархны тоо
Идэвхжүүлсэн лимфоцитын өсгөврийн шингэн	13,4±4,5	17,6±4,6	8
Идэвхжүүлээгүй лимфоцитын өсгөврийн шингэн	6,7±4,1	26,6±2,6	6
Идэвхжүүлээгүй лимфоцит	5,9±3,7	27,6±0,6	4
Идэвхжүүлсэн лимфоцит	4,8±2,1	31,4±1,8	4
Тэжээлт орчин—199	6,0±2,5	32,5±2,5	10
Лоренден С	6,5±3,0	36,6±0,4	4
М—фракц	12,5±3,0	18,5±3,6	12
Л—фракц	13,6±4,7	17,4±3,7	10

М лимфокины фракцаар тус тус эмчлэв.

Үр дүн. Туршилтын амьтныг дараах хэдэн бүлэг болгон эмчлэв.

Үүнд:

I бүлгийн амьтныг туулайн өөрийнх нь идэвхижүүлсэн лимфоцитийн өсгөврийн шингэнээр;

II бүлгийнхийг тухайн туулайн идэвхижүүлээгүй лимфоцит эсийн өсгөврийн шингэнээр;

III бүлгийнхийг туулайн идэвхижүүлсэн лимфоцит эсээр;

IV бүлгийнхийг туулайн идэвхижүүлээгүй лимфоцит эсээр;

V, VI бүлгийнхийг (хяналтын бүлэг) эсийг өсгөвөрлөж буй тэжээлт орчноор (среда—199) мөн нөхөн төлжилтөд сайн үйлчилдэг эмийн бодис болох Лоренден С-ээр тус тус эмчлэв. (Хүснэгт—1)

Хүснэгтээс үзвэл, шархыг туулайн өөрийнх нь идэвхижүүлсэн лимфоцитийн өсгөврийн шингэнээр эмчлэхэд эдгэрэх хугацаа нь $32,5 \pm 2,5$ -аас $17,6 \pm 4,8$ хоногоор богиносч эмчилгээний өс дэх хоногт нийт шархны $80—90\%$ нь багасч байхад, хяналтын бүлгийн амьтанд шархны талбайн дөнгөж $30—40\%$ нь багасчээ. (нэгдүгээр зураг) Идэвхижүүлээгүй лимфоцитийн өсгөврийн шингэн, лимфоцит эсээр эмчлэхэд ийм үр дүн ажиглагдсангүй.

Хэвлэлд бичсэнээр идэвхижүүлсэн лимфоцитийн өсгөврийн шингэн нь олон хэлбэрийн лимфокиныг агуулдаг байна. (9).

Лимфоцитийн өсгөврийн шингэний биологийн идэвхийг тодорхойлоход макрофаг эсийн шилжилтийг дарангуйлж (шилжилтийн индекс $= 38,9 \pm 4,2$) нейтрофилийн залгих үйл ажиллагааг идэвхижүүлэв (залгилтын тоо $20—30\%$ -иар өсөв).

Бид шарх эдгэрэхэд лимфокин чухал нөлөөтэй байна гэдгийг нотлохын тулд дараах туршилтууд хийв. Үүнд: идэвхижүүлсэн лимфоцитийн өсгөврийн шингэнээс гельфильтрацийн аргаар ялган авсан М-фракц (макрофаг, моноцитын үйл ажиллагааг идэвхижүүлэгч), Л-фракц (лейкоцитын үйл ажиллагааг идэвхижүүлэгч) эмчилгээнд хэрэглэхэд шарх эдгэрсэн хугацаа $18,5 \pm 3,6$; $17,4 \pm 3,7$ хоног байсан бөгөөд эдгэрэх хурд нь харилцан адилгүй байлаа (Зур. 2). Шархыг

Л-фракцийн лимфокинээр эмчлэх үед эдгэрэх хурд нь эхний өсөн хоногт их байсан бол, М-фракцаар эмчлэхэд өс дэх хоногоос хойш хурд нь нэмэгдэж байв.

Морфологийн судалгаанаас үзвэл эмчилгээний зургаа дахь хоногт идэвхижүүлсэн лимфоцитийн өсгөврийн шингэн болон Л, М фракцийн лимфокинээр эмчилсэн туулайн шарханд моноклеар эсийн (макрофаг, моноцит) тоо бусад бүлгийн амьтныхтай харьцуулбал 2—3 дахин олон болж өссөн байв (3-р зураг). Ийнхүү моноклеар эсийн тоо эрт үед олшрох нь шарх хурдан цэвэршиж, эдгэрэх хугацааг богиносгодог байна (10).

Нөхөн төлжилтөд лимфокин нөлөөлсний өөр нэг баталгаа бол идэвхижүүлсэн лимфоцитыг циклоспорин А-тай өсгөвөрлөн түүний идэвхийг туршсан туршилт юм. Циклоспорин А нь антибиотик бөгөөд дархлалын системийг дарангуйлдаг, тэр тусмаа бүх төрлийн лимфокиний ялгаралтыг саатуулдаг гэдэг нь одоо үед нэгэнт тодорхой болсон юм (11,12).

Бид идэвхижүүлсэн лимфоцитийг 15 цагийн турш 1 мкг/мл тун бүхий циклоспорин А-тай хамт өсгөвөрлөсний дараа гельфильтрацийн аргаар лимфокинийг гарган авахад уургийн концентраци маш бага байсан, үүгээр шарх эмчлэхэд $29,8 \pm 3,4$ хоног болсон нь хяналтын бүлгээс ялгаагүй байлаа.

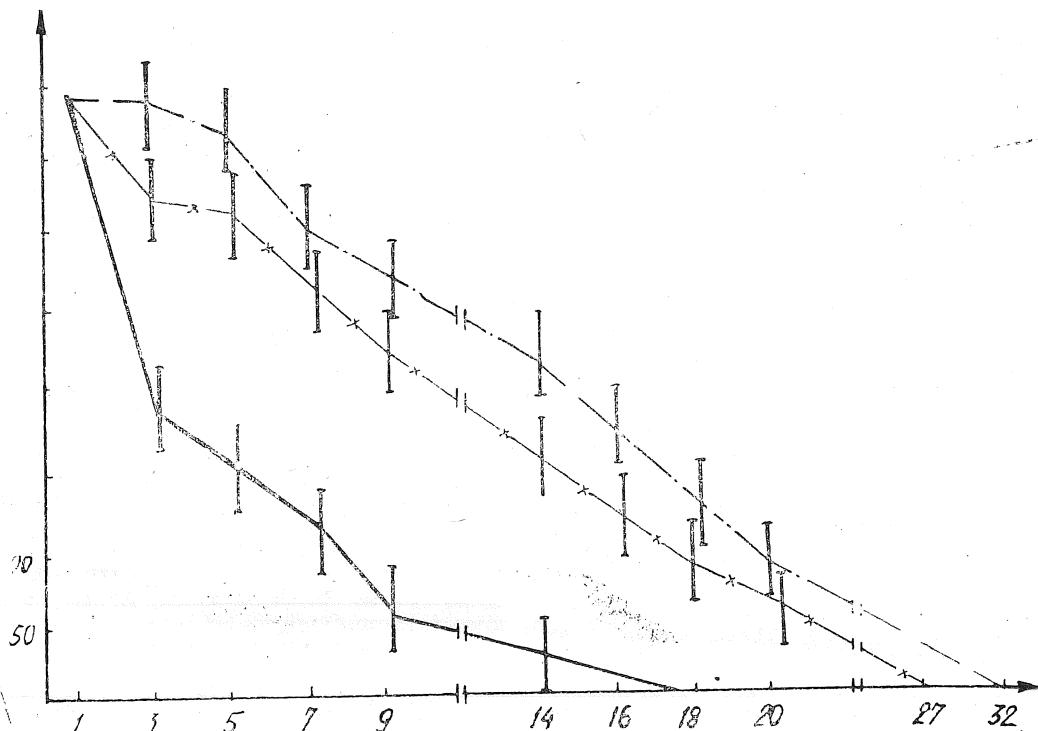
Ийнхүү нөхөн төлжих үйл явцад лимфокин чухал үүрэгтэй гэдгийг бидний туршилт нотлов.

Лимфокин эд эрхтэний нөхөн төлжилтөд ямар замаар нөлөөлж байгаад дүн шинжилгээ хийхдээ түүний фибробласт эст шууд болон макрофагаар дамжин нөлөөлдөг гэдгийг тооцон үзэх хэрэгтэй билээ.

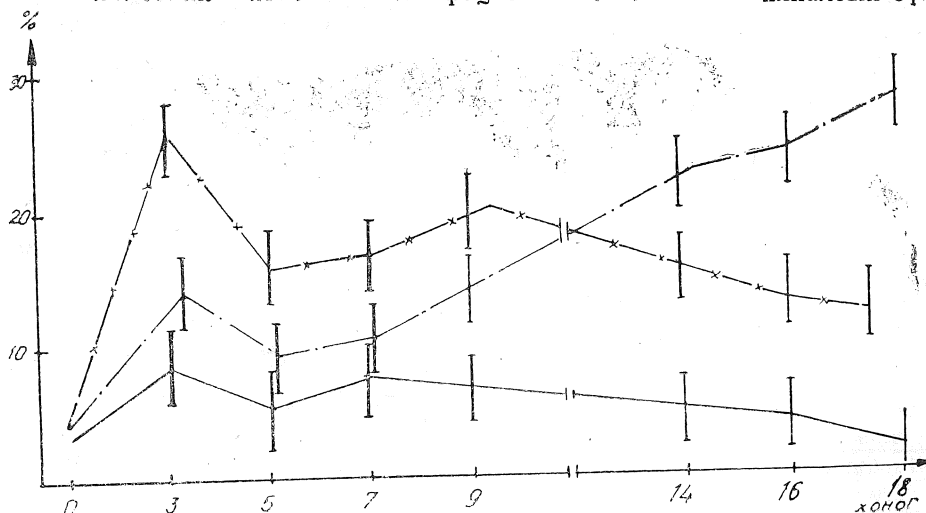
Туршилтад хэрэглэсэн Л-фракц нь фибробласт болон макрофаг эсийн үйл ажиллагааг идэвхижүүлэгч олон хүчин зүйлүүдийг агуулдаг бөгөөд М-фракц болон идэвхижүүлсэн лимфоцитийн өсгөврийн шингэний үйлчилгээ нь макрофаг, болон фибробласт эсүүдийн хөдөлгөөн, үйл ажиллагааг идэвхижүүлэгч лимфокины үйлчилгээтэй холбоотой юм.

Ийнхүү идэвхижсэн лимфоцитийн өсгөврийн шингэнээр амьтны шар-

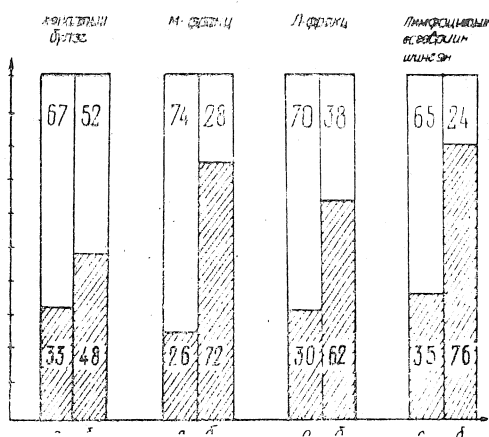
хыг эмчлэхэд үр дүн өгч байгаа нь удаан эдгэрдэггүй шархтай өвчтөнд хэрэглэвэл клиникийн үр дүн өгөх боломжтой аутоиммун эмчилгээний нэг хэлбэр болох юм.



1-р зураг. Шархны талбай ба гассан үзүүлэлт. Хэвтээ тэнхлэгт эмчилгээний хоногийн тоо, босоо тэнхлэгт шархны талбай мм². —x— лимфоцит идэвхижүүлсэн рийн шингэн — — — хяналтын бүлэг



2-р зураг. Шархны эдгэрэлтийн хурдны үзүүлэлт. Хэвтээ тэнхлэгт эмчилгээний хоног, босоо тэнхлэгт шарх эдгэрэлтийн хурд. —x— Л — фракцийн лимфокин — — — М — фракцийн лимфокин — хяналтын бүлэг



3-р зураг. Шархны шуурлийн морфологийн бүтэц.
 а — эмчилгээний өмнө, б — эмчилгээний дараа
 — мононуклеар эс
 — гранулоцит эс

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. А. Г. Бабаева Регенерация и система иммуногенеза. — 1985 — С. 254.
2. А. Г. Бабаева Иммунология процессов адаптивного роста, пролиферации и их нарушений. — 1987 — С. 206.
3. Stossal T. R. J. Reticuloendothel. Soc. 1976. Vol. — 19—N4—p 237—245
4. Warren M. K., Ralph P. J. Immunol. — 1986. — Vol. 137 — p 2281—2285
5. Roop, J. N Cell. Immunol. — 1986 — Vol 63 N2 — p*)%—384
6. Л. В. Ганковская, Н. А. Воздева и др. Лаб. дело. — 1986. 10, 612—619.
7. Л. В. Ганковская, А. Э. Цховребова и др. — 1986. Бюлл. экспер биол. — 8. 210—213.

Д. Балдандорж

АЛТАН ГАГНУУРЫН БЭЛДМЭЛИЙН ЯС БОРООЛОХЫГ ИДЭВХ-ЖҮҮЛЭХ ҮЙЛЧЛЭЛ

Анагаах ухааны дээд сургууль

Алтан гагнуурыг 1801 онд Де Кандел нээн илрүүлж, олон наст толстянк гэдэг (Grassulaceae) овогт багтаажээ.

Энэ ургамлын талаар 1891 онд Шонланд Энглер, Прантля, 1907 онд Делла Торра, Харма нарын бичсэн номуудыг үндэслэн Ш. М. Агабабян (1937) 16 төрөлд багтдаг 600 дүрс байдга тухай бичжээ.

Алтан гагнуурын энэ дүрс (Sedum Ajzoon) очиток живучий-могойн

8. А. Н. Чердесев, А. Э. Цховребова и др. Иммунология. — 1981. 4, 76—80.
9. Frenndlich B. Botolasti T. end so Jmm Today—1986—vol 7 no N10. — p. 303—307
10. В. Н. Фенчин—Заживление ран. — 1985, 256.
11. Tompson A. W., Woon D. R., Nelson D.-S Clin. exp. Immunol. — 1983—Vol 52. p. 599—606
12. Morris P. J., Mason D. W. Transplant Proc. 1983. —Vol. 15 N1—p. 2287—2292

ЛЕЧЕНИЕ РАНЕВОГО ДЕФЕКТА ЛИМФОКИНОМ

Б. Баярт, А. В. Ковальчук, А. В. Ганковская

Изучено влияние эфферентных лимфокинов на процесс регенерации в системе in vivo. Раны у кроликов лечили лимфокин-содержащими ауто супернатантами культур, стимулированных фитогеммаглоутином, лимфоцитами и отдельными активными фракциями лимфокинов, полученных путем гельфильтрации на сефадексе С—100. Получено что, фракции лимфокинов с молекулярной массой 20—30 кД и 60—70 кД, аутологичные супернатантам культур стимулированных лимфоцитов содержащих их, сократили срок полной эпителизации раны почти 2 раза чем контрольной группы. Ранозаживающий эффект лимфокинов подтвердили с помощью экспериментов: подавления выработки лимфокинов путем инкубации лимфоцитов с циклоспорином А, и морфологическими исследованиями раневого экссудата.

Показано что, применение ауто супернатантов культур стимулированных лимфоцитов периферической крови как средства проведения аутоиммунотерапии, может оказать положительный клинический эффект у больных с длительно незаживающим раневым дефектом.

редакция ирсэн 1988. 09. 18

идээ нь (Sedoide)-ын овогт багтдаг Sedum L-ын төрөл юм.

Эрдэмтдийн нарийвчилсан судалгааны үндсэн дээр хийсэн 1895—1966 оны ургамлын календарчилсан толь бичигт зөвхөн (Sedum L) гэдэг нь 841 зүйл байна гэжээ.

Алтан гагнуур нь уулархаг, хадтай газар 25—50 см өндөр ургадаг, иш нь үсгүй, голдуу 4—5 салаа навчтай, салаалаагүй шулуун ургасан, бо-

гйно бүүдүүн үндэстэй, олон наст ургамал болно.

В. И. Грубовын (1955) тодорхойлсоноор манай оронд хоёр овгийн дөрвөн төрөлд багтдаг 15 зүйлийн (Sedum L) байна.

Алтан гагнуур Хэнтий, Хангай, Алтайн уулархаг нутаг, Өмнөговийн Гурвансайхан, Хэнтийн Бичигт богд Дорнод монголын тал зэрэгт элбэг тохиолдоно.

Энэ овогт багтдаг ургамлуудын дотроос том идэмхий могойн идээ, мөн ягаан мөгцийн химийн бүтцийг судлаж эдгээрт алим, нимбэг, изолимоны хүчил, түүний давсууд болон алколойд (Sedinon, Sedamin, Sedigidin), флавонойд, гликозид, таннид, витамин зэрэг байдаг гэж олон эрдэмтэн нотолжээ. (8, 16, 17, 24, 26, 27, 31)

Монгол оронд ургадаг 15 зүйлийн алтан гагнуурт химийн судалгааг явуулсан баримт одоогоор олдсонгүй.

Алтан гагнуурын навчинд алколойд 0,2%, аскорбины хүчил байгааг олжээ (15, 24, 28, 36). Энэ ургамлын цэцэг, навчнаас М. И. Багянова, С. Д. Опарин (1956) нарын олон судлаачид флавонойд олж, алколойд үл мэдэг байгааг илрүүлжээ. Н. К. Фруентов (1927) могойн идээний навчнаас аргаах бодис антрогликозит, лактан, арбутин, Sedosterin, оленийн хүчил зэргийг олжээ. Харин док. Калентей болон бидний судалгаагаар (1968) алтан гагнуурын үндэснээс гемодитик идэмхий сапонин, полифенолт пирогалын танидууд, өөхний хүчлээс гадна магни, кальцийн давс их хэмжээгээр байдгийг илрүүлсэн билээ.

Ясыг нөхөн төлжүүлэх, түүний бороолохыг ямар нэгэн бодисоор сэргээн сайжруулах явдал сүүлийн үед гэмтэл согогийн мэргэжилтнүүдийн шийдвэрлэх асуудлын нэг боллоо.

Орчин үед яс нөхөн төлжилтийг сайжруулж, бороололтыг хурдасгадаг эм хайх, түүний үйлчлэх механизмыг тогтоох ажлыг нэлээд хийж байна.

Эрдэмтэд, төрөл бүрийн витамин, гэрлийн туяа, гормоны бэлдмэл, химийн бодис, эдийн эмчилгээ, биологийн идэвх бодисын бэлдмэлүүдээр яс бороололтыг түргэсгэх зорилгоор туршилт явуулж клиникийн ажиглалт

хийж иржээ. (7, 9, 14, 15, 20, 25, 33, 34, 35, 39).

Алтан гагнуурын үндсийг эрт дээр үед төвд монголын уламжлалт эмнэлэгт уушгины сүрьеэ, халуун намжаах зорилготой хэрэглэж байжээ.

Алтан гагнуурын нэг зүйл могойн идээг яс бороолохыг түргэтгэдэг талаар судалсан ажил олдсонгүй. Харин манай оронд эрт дээр үеэс хүн, малын яс хугарахад хэрэглэж ирсэн баримт байгаа, одоо ч хэрэглэсээр байна. Иймээс бид уул ургамлын үндэс яс бороолоход хэрхэн нөлөөлөх байдлыг тогтоох зорилт тавилаа.

Шинжилгээний материал, аргазүй. Бид 2,5—3,5 кг жинтэй шиншила үүлдрийн эр, эм 100 туулай авч, туршилтад алтан гагнуурын 10, 20%-ийн идээшмэл, 10%-ийн спиртийн ханд хэрэглэсэн. Уг бэлдмэлийг цэцэглэж буй үед нь түүсэн, алтан гагнуурын нэг дүрс (Sedum Aizoon) могойн идээний үндсээр бэлтгэв.

Эдгээр бэлдмэлийг туршилтын амьтадын жинд тохируулан янз бүрийн тунгаар уулгах, венийн судсанд, хэвлийн хөндийд тарьж, шинжилгээнд дараах аргуудыг хэрэглэв. Үүнд: Н. М. Шаматовын (1959) аргаар бүх туулайн урд шилбэний яснаас 3 мм хэмжээтэй хөрөөдөн авч, уг хэсгийн нөхөн төлжих, бороолохыг ажиглалаа.

Туршилт эхэлснээс хойш 5, 10, 15, 20, 25, 30, 40, 50, 60 хоногуудад ясны эдийн рентген зураг авч, хэлбэр судлал, гистохимийн шинжилгээ хийж, цусны ийлдсийн кальц болон шүлтийн фосфатазын идэвхижлийг тодорхойллоо. Мөн хяналтын бүлэг туулайнаас дээрх хугацаанд сорил авч шинжилгээ хийсэн болно.

Нийт 100 туулайнаас 25-ийг нь ямар нэг эм хэрэглэхгүй хяналтанд авлаа. Харин үлдсэн 75 туулайг дөрвөн бүлэг болгон эм туршлаа.

Бүлгүүд	Туулай	Бэлдмэлийн тун
1-р бүлэг	17	0,25 г/кг
2-р " "	22	0,5 г/кг
3-р " "	18	1,0 г/кг
4-р " "	18	1,5 г/кг

Туршилтын туулайд ясыг гэмтээснээс хойш 60 хоногийн турш уг бэлд-

мэлийг идээшмэл байдлаар дээр өгүүлсэн тунгаар уулгаж урьд шилбэний ясыг хөрөөдөж гэмтээмэгц РУМ—4 аппаратаар зураг авч, цаашид ажиглалтын (60 хоног) турш 10 хоног тутам зураг авсан болно. Гистологийн шинжилгээ хийхийн тулд туршлагын амьтдыг нядалж мөчийг нь салган, хугархай хэсгийг нь хөрөөдөн авч, эхлээд 10%-ийн формалины уусмалд, бас Каркуа буюу Жандрогийн уусмалд бэхжүүлсэний дараа 5 %-ийн гурван хлорт цууны хүчилд калцийг нь уусган авах аргыг хэрэглэв.

Эд эсийг шинжлэхийн тулд эл бэлдмэлийг гистологийн аргаар (гематоксилин-эозинаар болон Ван-гизоны аргаар) будаж байв.

Мукополисахаридыг гистохимийн аргаар ялгахын тулд бид В. В. Виноградов, Б. В. Фукс нарын (1961) боловсруулсан схем, Э. Пирс (1962), Д. Кисели (1962) нарын зөвлөмжийг ашигласан юм.

Бид хүчиллэг мукополисахаридыг илрүүлэхдээ хамгийн түгээмэл, шалгарсан арга болох Сидмений (1950) аргаар метахромазиныг толундондын хөх будагтай урвалд оруулж байв.

Цусны биохимийн шинжилгээг туршилт эхэлснээс хойш 10, 20, 30, 40, 50, 60 хоногт хийж цусанд дахь кальцийг Де Ваардын аргаар, цусны ийлдсийн шүлтлэг фосфатазийн идэвхжлийг Боданский Гавриловын аргаар тус тус тодорхойллоо. Дүнг стандарт муруй шугамын нэгжээр тооцоолж, нэгтгэн боловсруулав.

Судалгааны үр дүн, ясыг нь бэртээсэн туулайнуудыг урьд шилбэний цуврал зургийг судалсанаар алтан гагнуурын 20%-ийн идээшмэлийн 0,5 г/кг тунгаар хэрэглэсэн туршилтын бүлэг дээр хамгийн сайн үр дүн гаргасныг тогтоов.

Туршилтын амьтдын ясны гэмтлийн төвд эмчилгээ эхэлсэнээс хойш долоо хоногийн дараа яс бороолж эхэлсэний ул мөр мэдэгдэж байв. Яс бороолж хэлбэржих явц эмчилгээний 20 дахь хоног дээр дуусаж байсан бол, туршилтын бусад бүлэг дээр 7—8 хоногоор хожуу байлаа. Туршилтын амьтдын ясны төлжилт 30 дахь хоног дээр гүйцэж, бүтэц

нь ясны эдтэй ойролцоо шинжтэй болсон байлаа.

Алтан гагнуурын бэлдмэл хэрэглээгүй хяналтын амьтдад ясны эд төлжих нь туршлагын бүлгийнхээс удаан байв. Тухайлбал 20 дахь хоног дээр яс бороолж эхлэн 30 дахь хоног дээр яс жигд бороолж, 50—55 хоногт бороолж гүйцэж байв.

Ийнхүү алтан гагнуурын 20%-ийн идээшмэлийг 0,5 г/кг тунгаар тохируулан уулгахад ясны эдийн нөхөн төлжилт хяналтын амьтдынхаас 16—20 хоногийн өмнө явагддаг нь үечилсэн гэрлийн (рентген) шинжилгээний дүнгээр нотлогдлоо.

Морфологийн шинжилгээгээр алтан гагнуур хэрэглэсний үр дүнд нь ясны бороо үүсэх үед харагддагийг нотлов.

Алтан гагнуурын үйлчилгээгээр ясны хугархай үзүүр хооронд анхны дамнуур үүсч, судсаар торлогдмогц яс төлжих явц түргэсч, хугархайн гадаргуу, гаверсийн өргөссөн суваг, ясны хальсанд яс үүсгэгч бодис хуралдаж эхэлнэ.

Яс бэхжих явцын төгсгөлд алтан гагнуурын үйлчилгээ бүр тод гарч, ясны бороо хэлбэрээ олж байхад хяналтын бүлэг дээр яс задгай сэвсгэр байв.

Морфологийн шинжилгээ нь клиникт-рентгенологийн ажиглалтын дүнг давхар нотлож, алтан гагнуурын бэлдмэл нь яс бороолох явцыг бараг 2—3 долоо хоногоор түргэтгэж, яс төлжих, ясны шинэ эд үүсэхэд шууд нөлөөллийг баталж байна.

Мөгөөрс үүсэх шатыг алгасан яс биежин хатуурах явцыг түргэтгэж байгаагаараа хяналтын бүлгийн амьтдынхаас эрс өөр байна.

Ясны эд төлжихөд кальцийн давсны оролцоо, шүлтлэг фосфатазийн идэвхжил их үүрэгтэй гэж олон шинжээчид үздэг (13, 33, 34).

Бидний туршлагын явцдаа хийсэн биохимийн шинжилгээний дүн нь алтан гагнуурын бэлдмэл туршлагын болон хяналтын амьтдын аль алинд мэс заслын дараа 10 дахь хоногоос бүх үзүүлэлт тогтвортой нэмэгдэгийг нотолсон юм. Энэ үед хяналтын туулайн цусны ийлдсийн кальц 20 дахь хоног дээр хамгийн их болж, дунджаар 14,1 мг% хүрч байв. Гэтэл

алтан гагнуурын бэлдмэлийг 0,5 г/кг тунгаар хэрэглэсэн туулайд бол 10 дахь хоног дээр цусны ийлдсийн кальц хамгийн их болж, дундажаар 15,5 мг% хүрч байлаа.

Ийнхүү алтан гагнуурын үндэсний бэлдмэл нь шүлтлэг фосфатазийн идэвхжил, цусан дахь кальцийн хэмжээг эрт нэмэгдүүлдгийг нь нотлов.

Дүгнэлт. 1. Алтан гагнуур цусны элементүүдийн үйл ажиллагааг сайжруулан ялангуяа туршилтын туулайн улаан, цагаан эсийн тоог хяналтын туулайнхаас даруй 10—20 хоногийн өмнө анхны хэмжээнд хүртэл нэмэгдүүлж чаджээ.

2. Гэрлийн болон гистологийн үечилсэн шинжилгээгээр алтан гагнуурын идээшмэл ясны нөхөн төлжих ажиллагааг эрс хурдасгаж байна. Ялангуяа 0,5 г/кг-ын хэмжээний тунгаар эмчлэсэн туулайн яс бороолж эхлэх хугацаа 13 хоногоор богиносож, ясны эдгэрэлт 12—15 хоногоор хяналтын туулайнаас эрт байна.

3. Алтан гагнуурын идээшмэл хэрэглэсний дараа цусанд кальцийн болон шүлтийн фосфатазын идэвхжил сайжирч ялангуяа эхний хоногуудад энэ байдал бүр ч тодорхой харагдаж байна.

4. Алтан гагнуурын нэг дүрс могойн идээний идээшмэл нь биеийн чалхыг сайжруулж, яс бороолоход онцгой нөлөөлөн, эрт бэхжүүлж эдгэрүүлж байгаа нь манай ард түмэн уг ургамлыг дээр үеэс яс гэмтэхэд хэрэглэсээр ирсэн туршлага зөв болохыг баталлаа.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. Ш. М. Агабабян, Толстянковые — В кн. Кормовые растения сенокосов и пастбищ СССР. Под редакцией И. В. Лирика. 1952, т. 2.

2. М. И. Баглянова, С. В. Опарин — Некоторые алкалоидоносные растения Красноярского края. Учен. зап. Красноярского пед. ин-та, 1956, т. 5.

3. Д. Балдандорж — Могойн идээний (алтан гагнуур) хурц хордлогыг судалсан байдал. Монголын анагаах ухаан. 1963 1,9—14

4. Д. Балдандорж — Могойн идээний фармакологийн зарим шинж чанар (Sedum Aizoop) Монголын анагаах ухаан. Улаанбаатар, 1970 1, 85—91.

5. Д. Балдандорж — Фармакологические свойства очитка живучего и его стимулирующее действие на регенерацию при переломах костей. Док. дисс. 1982. М.

6. Д. Балдандорж — Особенности репаративной регенерации трубчатых костей после экспериментального перелома с применением настоя из растений очитка живучего. Сб. Вопросы травматологии и ортопедии. Ташкент, 1976, т. 16, с. 136

7. К. Баккасов — Влияние мумие-асиль на антитоксическую функцию печени Андижон—1972

8. Н. С. Бейрман, Ю. Мюллер Рекусил — Жур. Химия, 1955

9. Н. А. Воробьева, А. И. Волоховская — Оперативная регенерация костной ткани при заживлений поврежденного диафиза ж. Орт. травм и протез. 1972. Киев, с. 102—107

10. В. В. Винаградов Б. В. Фукс — Очерки морфологии и гистохимии соединит. ткани М, 1961

11. Г. В. Головин — Ясны хугарлын бороожилтыг хурдасгах асуудалд Ж. орт. травм и протез. М. 1955, 3

12. В. И. Грубов — Конспект флоры Монгольской народной республики. Изд. АН СССР, М, 1955

13. Г. А. Гарибджанян — Уровень кальция в крови при костных травмах Экстр. хирургии 1929

14. Е. М. Динабурги — Влияние витамина С на заживление переломов. Вопросы витаминологии. Военно-морск, медицина сб. 1946, вып—7

15. В. Г. Дроботко, Е. Я. Рашба и др. — Антибиотики сб. Киев, 1958

16. М. И. Зотова, Г. В. Крылов и др. — Алтан үндэс бол сэргээгч шинж бүхий шинэ бодис мөн. СССР 1965

17. Д. Т. Колесников, А. Г. Шварцман, — Алкалоидын тухай. Ж. Общ. химия, 1939, сф. 2156—57

18. М. А. Коряндасов — Регенерация костной ткани. Матер. конференции по проблемам медицина. Киев, 1960, 156—161

19. Д. Кисели — Гистохимич. данные о мукополисахаридах костного матрикса Харьков, 1962

20. С. П. Левченко — Влияние повторных переливаний крови на заживление переломов. Дисс. на соискания ученой степени канд. мед. наук. Алма-Ата, 1961

21. Т. Ф. Марион, Т. И. Пришен К. — фармакологии золотого корня. Изв. сиб. АН СССР, 1964, вып. 4 и 49—52

22. Р. М. Максудав — Влияние некоторых препаратов железа, кобальда и мумие асиль на процессе заживления закрытых переломов в условиях воздействия рентген облучения на организм. Автореферат канд. диссерт Ташкент—1972

23. Г. Мадаус — Биология растений — Лейпциг, 1938

24. В. И. Муравьев, А. И. Баньковский — Исследование растений, применяемых народной медицине на содержание аскорбиновой кислоты. Тр. ВИЛАР, 1947, вып. 9, 39—118

25. Р. Ю. Омиров — Стимулирующее действие мумие на фоне хронического отравления гексахлораном. Самарканд, 1969

26. А. Нордаль — Монография о фармацевтич. свойства растения Крассуляци Осло, 1946,

27. Х. И. Руфф — Монография, Ганбург, 1959

28. А. К. Панкова — Ясны төлжилтөнд пентоксилын нөлөөллийг ашигласан клиникийн туршилт. Ростов на Дону, 1961

29. Э. Пирса — Гистохимия М, 1962

30. А. С. Саратыков — Золотой корень. Томск 1975

31. С. Д. Соколов, Р. А. Надрияду и др. о фармакологических свойствах очитка едного Труды Крымского мед института, 1936 Т—2. 79—86

32. Ф. Х. Сейфулин — Шарлага хийлгэсэн туулайн ясны хугаралтанд коамидын нөлөөлөхүй нь. Медицинская радиобиология, 1962, № 10

33. Н. М. Шаматов — Влияние некоторых биологических стимуляторов на сроки заживления переломов в эксперименте и клинике. Док. диссерт М. 1959

34. А. Ш. Шариков — Мумие в комплексной лечении переломов костей. Док. дисс. Ташкент, 1967

35. С. П. Шиловцов — Поливитаминная терапия замедленных сращениях и псевдоартрозов. Травмат и Ортопед, Куйбышев, 1956

36. В. Франк Седум Акре ба тууний алкалоидын тухай. Химия Верикт—1958

37. Н. К. Фруентов — Лекарственные растения Дальнего востока Хабаровск, 1972

38. А. И. Эльяшев — Регенерация костной ткани и способ ее стимуляции Л. 1939

39. Д. К. Языков — Стимулирование костной регенерации в комплексе лечения переломов. М. 1952

ФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА ОЧИТКИ ЖИВУЧЕГО НА СТИМУЛИРУЮЩЕЕ ДЕЙСТВИЕ РЕГЕНЕРАЦИИ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ

Д. Балдандорж

Проведенные экспериментальные данные, дают возможность сделать следующие выводы:

1. Очиток живучей является неядовитым.
2. Регенерация костной ткани ускоряется после применения очитка живучего в дозе 0,5 г/к веса животного. Появления типичных признаков костной мозоли ускоряется на 13 дней, а полное восстановление архитектоники кости наступает на 15—20 дней раньше, чем у контрольных животных.

3. Гистофизиологические исследования позволили установить, что под влиянием очитка живучего значительно ускоряются (на 8—15 дней) сроки начала образования костной мозоли и окончательного формирования ее по сравнению с аналогичными сроками у животных контрольной группы.

4. Применение очитка живучего при переломе костей приводит к повышению уровня кальция и активности щелочной фосфатазы в крови, преимущественно в начальный период регенерации костей.

5. На основании проведенных исследований нам представляется возможным рекомендовать применение очитка живучего для использования в клинике в качестве неспецифического стимулятора при регенерации костей.

Редакция ирсэн 1988. 08. 10.

Д. Дунгэрдорж

ЗАРИМ ОРТУУЗЫН ФИТОХИМИЙН УРЬДЧИЛСАН СУДАЛГАА

Анагаах ухааны дээд сургууль

Манай орны ургамлын сан хөмрөгт зүйлийн бүрэлдэхүүн, тархалтаараа буурцагтны (Legumosae) язгуурын ортуузын (Oxytropis) омгийн ургамлууд дээгүүр байр эзэлдэг юм (12, 13, 14, 15).

Ардын эмнэлэгт бяцхан навчит, үмхий зэрэг олон зүйлийн ортуузыг сахуу, боом, яр, шарх, идээт буглаа, ханиад томуу эмчлэх, халуун намдаахад өргөн хэрэглэж байжээ (2, 9, 11, 12, 13).

Манай нутагт өргөн дэлгэр тархсан, ардын эмнэлэгт хэрэглэж байсан, фитохимийн бүрэлдэхүүнийг нь судлаагүй зэргээс шалтгаалан энэ ортуузын омгийн зарим зүйл ургамалд фитохимийн судалгаа явууллаа.

Судалгаанд боргоцой (Oxytropis sffrobilaceae), булчирхайт (O. Glandulosa), бяцхан навчит (O. Microphulla), том цэцэгт (O. Grandiflora), түмэн навчит (O. Myriophulla) хорон (O. Glabra), улаан (O. Aciphulla), үмхий (O. Trichophysa), үсхий (O. Lanata), шигүү (O. Caespitosa) ортуузын 1984—1986 онд цуглуулсан өвс болон үндсийг тус тусад нь авч флавоноид, алкалоид, зүрхний гликозид, сапонин, кумарин зэрэг биологийн идэвхт бодисууд байгаа эсэхийг тодорхойлох зорилт тавив.

Флавоноидыг тодорхойлохын тулд ортуузын судалж буй зүйл бүрийн өвс, үндсийг тус бүрд нь жижиглэн 10 номерийн шигшүүрээр шигшээд,

жижиглэсэн өвс болон үндсийг тус тусад нь шүүлтийн цаасаар ороон потрон бэлтгэн сакслетийн аппаратад хийж, 70%-ийн этанолын уусмалаар экстракцлан 2—3 өдөр тавьсан. Дараа нь этанолао вакуум нэрэх багажийн тусламжтайгаар дэгдээн ууршуулж, үлдэгдлийг нь усанд уусган хуваагч юүлүүрт хийн хлороформоор тунгалаг өнгөтэй болтол цэвэрлээд, уг усан уусмалдаа флавоноидын таних урвал (2, 4, 6, 10) хийв. Тухайлбал: цианидины сорил, 5%-ийн төмрийн хлорид, 10%-ийн хар тугалганы ацетат, 5%-ийн хөнгөн цагааны сульфат зэрэг (4, 6, 10) урвалжтай урвал хийв.

Түүхий эдээс алкалоидыг ялган авахад хэд, хэдэн аргыг туршин, Стасс-Отогийн аргыг онцлон сонгон авч Драгендорф, Шейблер, Зонненштейний урвалжуудтай таних урвал (1, 4, 6) хийж судалж буй дээж тус бүрт алкалоид тодорхойллоо.

Судалсан арван зүйлийн ортуузад зүрхний гликозидыг Г. Л. Генкина, Н. К. Абубакиров, Т. Т. Шакиров нарын (3, 6), кумариныг Ю. К. Мельник, Н. В. Афоины (4, 7, 8), сапониныг Г. К. Никоновын (5, 8) аргаар тус, тус тодорхойлов. Фитохимийн урьдчилсан судалгааны дүнг нэгдүгээр хүснэгтээр харууллаа.

Фитохимийн урьдчилсан судалгаатаар боргоцой, бяцхан навчит ортууз

Фитохимийн урьдчилсан судалгааны дүн

Ортуузын зүйл	Ургалын ямар хэлбэр	Флавоноид	Алкалоид	Зүрхний гликозид	Сапонин	Кумарин
1. Боргоцой	өвс үндэс	++ —	+ —	— —	— —	— —
2. Булчирхайт	өвс үндэс	++ +	++ ++	— —	— —	— +
3. Бяцхан навчит	өвс үндэс	+ +	+ +	— —	— —	— —
4. Том цэцэгт	өвс үндэс	— —	+ +	— —	— —	+ —
5. Түмэн навчит	өвс үндэс	— —	++ ++	— —	— +	++ —
6. Хорон	өвс үндэс	— —	+ —	— —	+ —	— +
7. Улаан	өвс үндэс	+ —	— —	— —	— —	— —
8. Үхий	өвс үндэс	+ +	— —	— —	+ —	— —
9. Үмхий	өвс үндэс	— —	+ +	— —	— —	— —
10. Шигүү ортууз	өвс үндэс	— —	— —	— —	++ —	++ —

Тэмдэглэлт: + — идэвхт бодис илэрсэн
++ — идэвхт бодис их хэмжээгээр илэрсэн
— — идэвхт бодис илрээгүй

2-р хүснэгт

Судалсан зургаан зүйл ортуузад байгаа флавоноидын тоо, хэмжигдэхүүн

Ортуузын зүйл	Уусгагч систем	Rf флавоноидын тоо							
		1	2	3	4	5	6	7	8
1. Боргоцой	A	0,53							
	B	0,54							
2. Булчирхайт	A	0,95	0,70	0,51	0,45	0,37			
	B	0,60	0,40	0,53	0,45	0,59			
3. Бяцхан навчит	A	0,80	0,70	0,69	0,52	0,2			
	B	0,53	0,23	0,29	0,63	0,87			
4. Улаан	A	0,76	0,68	0,63	0,51	0,40			
	B	0,21	0,48	0,44	0,74	0,59			
5. Хорон	A	0,76	0,71	0,65	0,54	0,50	0,45	0,44	0,38
	B	0,38	0,19	0,33	0,49	0,39	0,24	0,64	0,52
6. Үмхий ортууз	A	0,86	0,74	0,74	0,58	0,58	0,45	0,45	0,45
	A	0,48	0,39	0,17	0,48	0,63	0,48	0,74	0,63

флавоноид, алкалоидтой; булчирхайт ортууз флавоноид, алкалоид, кумаринтай; том цэцэгт ба түмэн навчит ортууз алкалоид, кумаринтай; хорон ортууз флавоноид, алкалоид, сапонинтай; улаан ортууз флавоноид, кумаринтай; үмхий ортууз флавоноид, сапонинтай; үсхий ортууз зөвхөн алкалоидтой, шигүү ортууз сапонин, кумаринтай болохыг батлав.

Судалсан арван зүйл ортуузын наймд нь флавоноид байсан тул флавоноидын бүрэлдэхүүнийг судалсан юм.

Флавоноидыг хроматограмм дээр ялгахад тохирох уусгагч системийг сонгож авахын тулд 15 уусгагч систем туршихад 15%-ийн цууны хүчил, н-бутанол—15%-ийн цууны хүчил ус (4:1:5), изопропанол — шоргоолжны хүчил — ус (2:5:5) гэсэн гурван систем хамгийн тохиромжтой байв.

Хоёр чиглэлт хроматограмм тавихад 15%-ийн цууны хүчил (А систем), н-бутанол—15%-ийн цууны хүчил — ус (4:1:5) (В систем) хэрэглэж хроматограммыг 10%-ийн хөнгөн цагааны сульфатын уусмалаар тодруулан флавоноидын тоог хоёрдугаар хүснэгтээр харуулав.

Дээрх хүснэгтээс боргоцой ортууз нэг флавоноидтой, бусад таван зүйл ортууз 6—8 флавоноидтой болох нь харагдаж байна.

ДҮГНЭЛТ

1. Фитохимийн урьдчилсан шинжилгээгээр флавоноид боргоцой, булчирхайт, бяцхан навчит, хорон, улаан, үмхий зэрэг зургаан зүйл ортуузад, алкалоид боргоцой, булчирхайт, бяцхан навчит, том цэцэгт, хорон үмхий гэсэн зургаан зүйл ортуузад, сапонин хорон, үмхий, шигүү ортуузад кумарин булчирхайт, том цэцэгт, улаан, шигүү ортуузад илэрсэн ба зүрхний гликозид судалсан арван зүйл ортуузад байсангүй.

2. Янз бүрийн уусгагч системд хоёр чиглэлт хроматограмм тавьж боргоцой ортууз, 1, булчирхайт, бяцхан навчит, улаан ортуузууд тус бүр 5, хорон ба үмхий ортууз тус бүр 8 флавоноидтой болохыг тодорхойлов.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. А. И. Баньковский, М. И. Зарубина, П. А. Сергеева — Исследование растений, применяемые в народной медицине на содержание алкалоидов. Труды ВИЛАР, вып. IX, М., 1947, 119.

2. К. Ф. Блинова, Е. И. Саканян — Виды остролодочника, применяемые в тибетской медицине и их флавоноидный состав. Растительные ресурсы, Т. XXII, вып. 2. Л., 1986, 266—272.

3. Г. А. Генкина, Н. К. Абубакиров, Т. Т. Шакиров. — Методы определения сердечных гликозидов. Ташкент, «ФАН». 1985, 159.

4. В. П. Георгиевский. — Методы определения биологически активных соединений растительного происхождения. Тбилиси. 1976, 222.

5. Государственная фармакопея СССР. XI изд., вып. 1, М., 1987, 286.

6. Е. Я. Ладыгина, А. Н. Софронич, Н. И. Гринкевич и др. — Химический анализ лекарственных растений. М., 1983, 82—162.

7. Ю. К. Мельник, Н. В. Афонин — Природные кумарины — высокоактивные соединения. Проблемы освоения лекарственных ресурсов Сибири и Дальнего Востока. Новосибирск, 1983, 131—132.

8. Г. К. Никонов и др. — Материалы к изучению средств китайской народной медицины, используемых для лечения гипертонии, нефрита, диабета и рака. Аптечное дело, 1961, 2, 71.

9. Растительные лекарственные средства. Киев, «Здоровья», 1985, 240—249.

10. К. А. Соболевская, В. Г. Минаева. — К изучению флоры Алтая как источника флавоновых веществ СССР. «Изв. Сиб. отд. АН СССР», № 4, 1961, 68.

11. В. В. Телятьев. — Лекарственные растения Дальнего Востока. Хабаровск, 1972, 333.

12. Ц. Хайдав. — Улсын нэр томъёоны комиссын мэдээ, № 61, УБ., 1965, 65.

13. Ц. Хайдав, Т. А. Меньшикова. — Лекарственные растения в Монгольской медицине. УБ., 1978, 245.

14. Ц. Хайдав, Д. Чойжамц. — Монголын анагаах ухаанд хэрэглэдэг эмийн зарим ургамлын нэр томъёо. УБ., 1965, 80—105.

15. А. А. Юнагов. — Кормовые растения пастбищ и сенокосов МНР., Изд. АН СССР, М.—Л., 1961, 56—160.

ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЕ ФИТОХИМИЧЕСКОЕ ИЗУЧЕНИЕ НЕКОТОРЫХ ВИДОВ ОСТРОЛОДОЧНИКА

Д. Дүнгэрдорж

В качестве сырья для исследования использовали надземную и подземную части остролодочников шишковидного, тысячелистного, шерстистого, железистого, крупноцветкового, дерновинного, мелколистного, колючего пушисто-пузырчатого, голого, собранных в фазе массового цветения.

Предварительными фитохимическими исследованиями обнаружены следующие группы природных соединений: алкалоиды в остролодочниках шишковидном, тысячелистном, шерстистом, железистом, мелколистном, крупноцветковом, голом; флавоноиды в остролодочниках шишковидном, железистом, мелколистном, колючем, пушистопузырчатом, голом; сапонины в остролодочниках дерновинном, пушисто-пузырчатом, голом, кумарины в остролодочниках тысячелистном, железистом, крупноцветковом, дерновинном,

колючем; а сердечные гликозиды отсутствовали во всех изучаемых видах остролодочника.

Методами хроматографии изучен качественный состав флавоноидов и установлено наличие 1-го вещества флавоноидной природы в остролодочнике шишковидном, 5—железистом, мелколистном и колючем, 8 — пушисто-пузырчатом и голом.

Редакция ирсэн 1988. 06. 14.

Ж. Цогнэмэх, Г. Чойжамц, Д. Намжилдорж

ЭЭРЭМ ШАРИЛЖИЙН ЕРӨНХИЙ НӨЛӨӨ, ХОРОН ЧАНАРЫГ СУДАЛСАН ДҮН

Анагаах ухааны дээд сургууль
Нийгмийг аюулаас хамгаалах яамны эмнэлэг

Ээрэм шарилж (*Artemisia macrocephala jacquelt*) буюу царван нь манай орны Хэнтий, Хангай, Монгол Алтай, Дундад халх, Дорнод монгол, Их нууруудын хотгор, Говь-Алтай, Алтайн цаад говь, Алша говь зэрэг байгаль цаг уурын бүсэд (4) түгээмэл тархсан ургамал юм.

Энэ ургамлын нэг зүйл эгэл шарилжийг европын ардын болон шинжлэх ухааны эмнэлэгт хоолны дур муудах эмгэгийг эмчлэх (8), төв мэдрэлийн системийг тайвшруулах, болон гөлгөр булчингийн агчил тавиулахад (7,1) хэрэглэж иржээ. Хэвлэлд эгэл шарилжийн бэлдмэлийг халуун бууруулах, хордлого намдаах (6), цус тогтоох (3) нөлөөтэй болохыг тэмдэглэжээ.

Ээрэм шарилж манай орны эмийн үйлдвэрт царван» гэдэг нэрийн дор эмийн цуглуулга хэлбэрээр хоолойн бах өвчний үед идээшмэл (1:10) бэлтгэн хоолой зайлах зориулалтаар савлан гаргаж байна. Гэтэл дорно дахины ардын эмнэлгийн уламжлалт аргад тулгуурлан идээшмэл бэлтгэн ходоодны хүчил багасах, суулгах зэрэг хоол боловсруулах замын эмгэгийн үед зарим хүн ууж хэрэглэж байна.

Энэ баримт бол царвангийн бэлдмэлийн фармакологийн ерөнхий үйлчилгээ түүний хорон чанарыг судлах шаардлагатайг харуулж байна. Чухам энэ зорилтын үүднээс бид 1988 оны VII сард Улаанбаатар хотын орчмоос ээрэм шарилж цэцэглэх үед дээж

цуглуулан авч 1:5-ийн идээшмэл бэлтгэн лабораторийн амьтдад туршилт судалгааг хийсэн юм.

Судалгааны аргачлал. Бэлдмэлийн фармакологийн ерөнхий үйлчлэлийг судлахын тулд туршлагын амьтдын 20 г жинд 0,2—0,3 бэлдмэл ногдохоор бодож тус бүр найман амьтан бүхий бүлэг хулганы арьсан дор тарьж, тарьснаас 30—45 минутын дараа F. A. King (1958)-ийн аргаар рефлект үйлчлэлийн хариу урвалын хүчийг тодорхойллоо.

Шинжилж байгаа бэлдмэлийн хорон чанарыг түргэвчилсэн аргаар тодорхойлохын тулд тус бүр 19—42 г жинтэй зургаан амьтан бүхий 6 бүлэг хулгана авч амьдын жингийн нь 20 гр тутамд дээрхи тунгаар бодож уул амьтдын хэвлийн хөндийд тарьж туршилт явууллаа. Эм тарьсны дараах эхний 4 цагт туршилтын болон хяналтын амьтдыг байнга ажиглаж, 24 цагийн дараа биед нь гарсан өөрчлөлтийг тооцоолж, I. Karber (5)-ийн аргаар боловсруулалт хийлээ.

Хяналтын амьтанд идээшмэл бэлтгэсэн уусгагч болох натрийн хлоридын 0,85%-ийн уусмалыг туршлагынхтай адил хэмжээгээр тарьж мөн 24 цагийн дараа үр дүнг тооцлоо.

Судалгааны үр дүн. Ээрэм шарилжийн (1:5) идээшмэлийг тарьсны дараа амьтан бөгсөө чирэх, гуйвж явах, гол төлөв баруун тийш эргэх зэрэг эмгэг шинж илэрч байснаа 30 минут буюу арай хожуу хөдөлгөөн нь

1-р хүснэгт

Ээрэм шарилжийн идээшмэл амьтны рефлекс т урвалын хүчинд нөлөөлсөн нь (A.King-ийн аргаар)

Рефлекс т хариу урвалын шалгуур	Хариу урвалын хүч (баллаар)		
	Хяналт	Ээрэм шарилжийн идээшмэл 0,2 г/20 гр	Ээрэм шарилжийн идээшмэл 0,3(20 гр)
Туршилтын амьтны хамрыг сэргэх	0	0	0
Нурууны үс сэргэх	3	0	1
Гараар барьж авах	5	2	1
Гараас мултрах оролдлого	5	4	3
Орилох хүч	4	3	2
Хэвлийд тарилга хийхэд мэдрэх хүч	3	2	1
Рефлекс т урвалын өөрчлөлт	3,3±1,9	1,53±1,6	1,33±1,2
M± %	—	46,0	43,0

багасч хэсэг хугацааны дараа тайвширч байв.

Бараг бүх туршилтын бэлдмэлийг хэвлийн хөндийд тарих үед өтгөн шингэний ялгаралт эрс ихэссэнийг уг бэлдмэлийн цочроох үйлдэлтэй нь холбон ойлгож болох юм.

Уул бэлдмэлийг туршилтын амьтдын арьсан дор тарьж, 30—45 минутын дараа тэдгээр амьтны биемахбодод гарч байгаа өөрчлөлтийг бодитой үнэлэхийн үүднээс бид F. A. King (1958)-ийн аргаар рефлекс т үйлчлэлийн хариу урвалын өөрчлөлтийг хяналтынхантай харьцуулан судаллаа.

Ээрэм шарилжийн идээшмэл (1:5) цагаан хулганы рефлекс т урвалд нөлөөлж байгаа хүч нь юуны өмнө эмийн тунгаас хамаарч байна.

Ээрэм шарилжийн 1:5 идээшмэлийг 20 г жинд 0,2—0,3 тунгаар арьсан дор тарихад рефлекс т урвалын хариу үйлдэл 43—46%-иар буурч байна.

Ээрэм шарилжийн 1:5 идээшмэлийн хорон чанарыг хурц аргаар тодорхойлох судалгааг 20 гр жинд 50 мг ногдох тунгаас эхлэн аажим нэмэгдүүлэн 350 мг тунд нэг амьтан үхсэн учир урьдах туршилтаас дүгнэлт хийж, 20 г жинд 50 мг тунгаар нэмж,

2-р хүснэгт

Ээрэм шарилжийн идээшмэлийн хор чанарыг судалсан дүн

Тун мг/20 г	300	350	400	450	500	550	600
Амьд үхсэн	6	5	4	3	2	1	0
Z	0	1	2	3	4	5	6
D	0,5	1,5	2,5	3,5	4,5	5,5	
ZD	50	50	50	50	50	50	
	2,5	7,5	12,5	17,5	22,5	27,5	

$$m=6 \quad \Sigma ZD \quad 2,5+7,5+12,5+17,5+22,5+27,5=90 \quad \text{мг/20 г}$$

$$LD_{100}=600 \quad \text{мг/20 г}$$

тунгийн хэлбэлзлээр цаашид туршилт явуулж үр дүнг (2-р хүснэгт) харуулав.

Энэ хүснэгтэд хорон чанар судалсан туршилтын амьтдыг үхүүлэхийн өмнө үеэс 100% үхэлд хүргэсэн тунг харууллаа.

LD₅₀-ийг олохын тулд Г. Керберийн томъёог ашиглав.

$$LD_{50} = LD_{100} \frac{\Sigma(ZD)}{m} = 600 - \frac{90}{6}$$

$$600 - 15 = 585 \text{ мг/20 г}$$

LD₅₀—туршилтын амьтдын 50%-ийг үхүүлэх тун

LD₁₀₀—100% үхэлд хүргэх тун

z—зэрэгцээ 2 тун тус бүрийн нөлөөний дор судлаж байгаа урвалын үр дүнгийн тонн илэрлийн арифметик дундаж.
 D—зэрэгцээ 2 тунгийн хоорондын зай (мг)
 m—бүлэг тус бүрдэх амьтны тоо. Гэддамынхаар ED-ийн стандарт алдааг тооцохын тулд:

$$SED_{50} = \sqrt{\frac{KSD}{n}}$$

Энэ томъёог ашигладаг.

S—тархалтын стандарт, D—туршиж байгаа тунгийн хоорондын зөрүү n—бүлэг тус бүрийн амьтны тоо K—Керберийн тогтмол $K = 0,564$

$$S = \frac{LD_{54} - LD_{16}}{2}; S = \frac{550 - 350}{2} = \frac{200}{2} = 100 \text{ мг/20 гр.}$$

$$SED_{50} = \sqrt{\frac{KSD}{n}} \sqrt{\frac{0,564 \cdot 100 \cdot 50}{6}} = \sqrt{\frac{2820}{6}} \sqrt{470} = 21,5 \text{ мг/20 гр}$$

$$LD_{50} = 0,585 \text{ гр/20 гр. } SED_{50} = 0,215/20 \text{ гр}$$

Өөрөөр хэлбэл $LD_{50} = 2,9 \text{ г/кг}$ -тай тэнцүү

гэсэн дэгнэлтэд хүрч байгаа нь ээрэм шарилжийн 1:5 идээшмэл хор багатай болохыг харуулж байна.

Зөвлөмж: Царвангийн цэцэгний нунтгаас хагас литр буцалж байгаа ханд нэг хоолны халбагыг хийж хандлаж хөргөсний нь дараа насанд хүрсэн хүнд аяганы хагасаар өдөрт гурван удаа уух нь хоргүй гэж үзнэ.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. И.Э.Акопов—Важнейшие лекарственные растения и их применения. М. Медицина Уз.ССР, 1986. с.95—96

2. М.Л.Беленький—Элементы количественной оценки фармакологического эффекта. Ленинград, 1963, с.50—53.

3. М.Н.Варлаков—Лекарственные средства, Бюлл. НИХСРИ.

5. В.И.Грубов—Определитель сосудистых растений Монголии, Москва 1982. с.2467

Г. Кербер—Архив экспериментальной патологии и фармакологии 1931, 162, 480.

6. Г. Н. Ковалева—Лечение растениями, М. Медицина 1971.

7. В. П. Махлаук—Лекарственные растения в народной медицине. 2—е изд. Саратов, 1967. с. 306

8. Д.А.Харкевич—Фармакология. М. Медицина, 1987. С.277.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ОБЩЕГО ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ И ОСТРОЙ ТОКСИЧНОСТИ ПОЛЫНИ КРУПНОЦВЕТКОВОЙ

Ж. Цогнэмэх, Г. Чойжамц, Д. Намжилдорж

За последние годы отечественным фармацевтическим заводом выпускается препарат под названием «Царван» в виде сбора для наружного употребления как средство для полоскания горла.

Изучение и использование различных видов полыни началось с давних времён. Во многих литературных источниках восточной народной медицины указывается, что отдельные виды полыни использовались при гипоацидном гастрите, диарреях и других заболеваниях желудочно-кишечного тракта в форме настоя концентрации 1:10, принимаемых внутрь несколькими столовыми ложками или половиной стакана.

На основании вышеизложенного и учитывая, что полынь крупноцветковая в отношении токсических свойств является еще мало изученным растением мы задались целью исследовать токсические свойства и некоторые фармакологические особенности его действия при эксперименте на животных. На белых мышах был проведен опыт внутрибрюшинного введения его в виде инфузов (1:10). В результате проведенных нами работ оказалось, что полынь крупноцветковая является мало токсичным растением. LD_{50} его 2,9 г/кг сухой травы.

Редакция ирсэн 1988. 06. 13

Л. Мягмар

ТӨЛӨГЧ ӨВСНИЙ ФАРМАКОЛОГИЙН ЗАРИМ ҮЙЛДЭЛ

Анагаах ухааны дээд сургууль

Төлөгч өвс Achillea нь нийлмэл цэцэгтний овогт багтдаг, дэлхийд 200 гаруй, манайд 6 зүйл ургадгийн дотроос Азийн төлөгч өвс ойг хээр, хээр талын бүсэд түгээмэл тархаж ургана. Тагийн төлөгч өвс

Хангай, Хэнтийн нурууны гол горкийн хөндийд ашиглаж болохуйц нөөцтэй ургана. (1, 3, 6)

Монгол, төвд эмнэлэгт төлөгч өвсний газрын дээд хэсгийг зүрхний хэм алдах,

хаван зэрэгт уул ургамлын навч, цэцгийн идээшмэлийг үе мөчөөр өвдөх, битүү бэртэх, шарх, түлэнхийд, элэг, ходоод гэдэсний архаг өвчний үед хэрэглэх олон эмийн жорын найрлагад оруулж байжээ (5, 7, 8).

Бид Азийн болон тагийн төлөгч өвсний бэлдмэлийн хоруу чанарыг тодорхойлох, зүрхний биондэвхэд хэрхэн нөлөөлөхийг судлах зорилт тавилаа.

Туршлагын арга. Төлөгч өвсний хоруу чанарыг 1:10, 1:20, 1:40, 1:80-ийн идээшмэл, 1:5, 1:10 экстрактийг ЗХУ-ын Х Фармокофейн аргаар бэлтгэж, эмийн тун тус бүрийг туршлагын 6 цагаан хулганы хэвлийн хөндий, арьсан дор тарьж, дотуур өгч, бүгд 186 хулганад, туулайн зүрхэнд хэрхэн нөлөөлөх үйлчлэлийг эм тарихын өмнө, эмийг 1 кг жинд 0,1 0,2 мл ногдохоор тооцон туулайн чихний венийн судсанд тарьж, эм тарьсны дараах 1, 5, 10, 20, 30, 60, 90, 120 минутад ЭКГ-ын НЕК аппаратаар I, II, III байрлалаар 2 цагийн хугацаагаар бичлэг хийж туршлаа.

Туршилтын дүн. Судлаж байгаа хоёр зүйлийн төлөгч өвсний 1:80-ийн идээшмэлийг биенийн 1 кг жинд 50 мл ногдохоор тооцож хулганы хэвлийн хөндийд тарихад хордлогын шинж илрээгүй. 1:40-ийн идээшмэлийг дээрх тунгаар тарихад хулганы амьсгал түргэсч 2—3 минут цочромтгой байдалтай болоод хордлогын шинж арилж хяналтын хулганахаас ялгарахгүй болсон. Азийн төлөгч венийн 1:10-ийн идээшмэлийг 50 мл/кг-д ногдох тунгаар тарихад эм тарьсан даруй хулгана сүүлээ өргөж чичирч, хойд хоёр хөлөө хойш нь жийх байдлаар татагдсан. Таталт 20—30 минут үргэлжлээд но-

мой байдалд шилжин, дайвазан явж, заримдаа хажуу талаараа хэвтэж байлаа.

Туршлагын хулганы хордлогыг шинж аажим буурсаар, эм тарьснаас хойш 10—12 цагийн дараа хулганы биений ерөнхий байдал хяналтынхаас ялгарахгүй болсон. Тагийн төлөгч өвсний 1:5 идээшмэлийг 50 мл/кг-д бодож хэвлийн хөндийд тарьснаас хойш 2—3 минутын дараа хулгана хүчтэй амьсгаадан, чичирч, чих, сүүл нь цайж үе үе татаж байсан, зарим хулгана эм тарьснаас хойш 20 минутын дараа хажуугаараа хэвтэн 40 минут татагдсан. Цаашид нийт хулгана хөдөлгөөн муутай болсон, 2 цаг өнгөрөхөд хордлогын шинж аажим багассаар 4—6 цагийн дараа хөдөлгөөн орж биений ерөнхий байдал хэвийн болов.

Азийн болон тагийн төлөгч өвсний 1:20-ийн идээшмэлийг 25 мл/кг ногдохоор тооцон хулганы арьсан дор тарихад хордлогын ямар ч шинж тэмдэг илрээгүй, энэ тунгаар уул бэлдмэлийг дотуур өгч туршилт явуулахад хордлогын шинж илрээгүй болно. 50 мл/кг-д ногдохоор тооцон хулганы арьсан дор тарихад хордлогын анхны шинж илэрсэн.

Азийн болон тагийн төлөгч өвсний экстрактын хоруу чанарыг хулганы арьсан дор, хэвлийн хөндийд тарьж туршихад туршилтын нийт хулгана дээр амьсгал түргэсэх, номой байдалтай болох, шээлгэх зэрэг хордлогын шинж илэрч байснаас гадна эмийн тунг ихэсгэхэд тетани шинжтэй таталт өгч байлаа. Төлөгч өвсний хоруу чанарын туршилтын дүнг хүснэгтээр үзүүлэв. LD 50-ийг Г. Н. Першиний аргаар тодорхойлов.

Төлөгч өвсний хоруу чанарыг хулганад туршсан дүн

Бэлдмэл Асуулт	Төлөгч өвсний бэлдмэл			Азийн төлөгчийн экстракт		Тагийн төлөгчийн экстракт	
	Дотуур	Арьсан дор	Х в ийн хөндийд	Арьсан дор	Хэвлийн хөндийд	Арьсан дор	Хэвлийн хөндийд
Эм хэрэглэсэн зам							
Эмчилгээний дээд тун г/кг	1,25	1,25	0,7	1,3	0,6	0,8	0,5
Хордуулах бага тун г/кг	—	1,8	1,2	1,5	0,7	1,2	0,6
Хордуулах дээд тун г/кг	—	10,0	5,0	10,0	5,0	8,2	3,5
Үхэлд хүргэх бага тун г/кг	—	—	—	—	6,1	—	3,8
LD 50 г/кг	—	—	—	—	10,0	—	8,5

Хүснэгтээс үзэхэд азийн болон тагийн төлөгч өвсний идээшмэл хор багатай тул хулганад үхлийн, тун тодорхойлогдоогүй. Мөн экстрактыг арьсан дор тарихад үхэлд хүргэх хордлого илрээгүй. Энэ ургамлын бэлдмэл хор багатай, эмчилгээний хүрээ өргөнтэй. Азийн төлөгчийн бэлдмэл, тагийн төлөгчийн бэлдмэлээс хоруу чанар багатай.

Азийн төлөгч өвсний идээшмэлийг 1 кг жинд 0,2 мл-аар тарьсан тун туулайн зүрхний цахилгаан бичлэгт R—R-ийн хоорондох зайг эхний 10 минутад 10%-иар, PQ-ийн зайг 30—60 дах минутад 20%-иар, QRST-ийн бүрдэлийг туршилтын хугацаанд 7—14%-иар, PT-ийн зайг 5,6%-иар тус тус уртасгасан, P—шүдийг 50%-иар, R—шүдийг 33,6—66,6%-иар, S—шүдийг 12,5—25%-иар тус тус өндөр болгосон байна.

Тагийн төлөгч өвсний идээшмэлийн 0,2 мл/кг тун туулайн зүрхний цахилгаан бичлэгт R—R-ийн хоорондох зайг туршилтын бүх хугацаанд 5,3%-иар, PQ-ийн зайг 25%-иар QRST-ийн бүрдэл 8,3—16,6%-иар тус тус уртасгасан. P—шүдийг 33,3%, R—шүд туршлагын эхний 60 минутанд 66%, S—шүд 1—20 минутанд 39%-иар тус тус өндөр болсон байна. Энэ судалгаанаас үзэхэд төлөгч өвсний бэлдмэл зүрхний хэмнэлийг удаашруулж, ховдлын агшилтыг идэвхжүүлж байгаа нөлөөг илрээ.

ДҮГНЭЛТ. 1. Азийн болон тагийн төлөгч өвсний бэлдмэл хор багатай, эмчилгээний хүрээ өргөнтэй бөгөөд, ялангуяа бэлдмэлийг арьсан дор тарих буюу уухад хоруу чанар нэн багатай юм.

2. Азийн төлөгчийн экстрактыг хэвлийн хөндийд тарихад LD₅₀—10,0 (кг), тагийн төлөгч өвсний экстракт 8,5/кг болохыг тогтоов.

3. Азийн болон тагийн төлөгч өвсний 1:20-ийн идээшмэл (0,2 мл/кг) зүрхний хэмнэлийг уртасгаж, тэнгэч мэдрүүлийг сэргээдэг байж болох юм.

4. Төлөгчийн бэлдмэл зүрхний P, R, S шүдийг өндөрсгөж, зүрхний агшилтыг идэвхжүүлж байна гэж үзэх үндэслэл байна.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. К. С. Афанасьев — Род тысячелистник Флора СССР, XXVI. Изд-во АНСССР. М—Л. 1961.

2. М. А. Беленький — Элементы количественной оценки фармакологического эффекта. Изд-во медицина. Ленинград 1963, с. 50—53

3. В. И. Грубов — Определитель сосудистых растений Монголии, Ленинград 1982, С. 252

4. Государственная фармакопея СССР Медицина, Москва. 1969, 259 с.

5. Ц. Ламжав, Д. Доржжанцан, Д. Цэрэнбалжид. — Монгол орны эмийн ургамал. Улаанбаатар, 1971, х. 50—54.

6. А. Л. Тахтаджян — Систематика и филогения цветковых растений, Изд-во Наука. М—Л. 1966.

7. Ц. Хайдав. — Лекарственные растения, применяемые в монгольской народной медицине. В КН.: Тез. докл. 41-й итог. Науч. конф. Черновиц, мед. инс-та. Черновцы, 1965. с. 41—44.

8. Ц. Хайдав, Т. А. Меньшикова — Лекарственные растения в монгольской медицине. Уланбаатор, 1978. 191 с.

НЕКОТОРЫЕ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЕ ДЕЙСТВИЯ ТЫСЯЧИЛЕТНИКА»

А. Мянмар

В нашей стране произрастает 6 видов тысячелистника. Из них тысячелистник азиатской самое распространённое на территории МНР растение, а альпина в достаточном количестве встречается на Хэнтийских, Хангайских хребтах.

Наибольшая переносимая доза настоя тысячелистника на мышцах при перероральном и подкожном введении составляет 1,25 г/кг, а внутривенном 0,7 г/кг. Наибольшей токсической при подкожном введении дозой составляет 10г/кг, а внутривенном 5 г/кг.

Наибольшая переносимая доза экстракта тысячелистника альпина-при внутривенном введении составляет 0,5 г/кг. Наибольшая токсическая доза 3,5 г/кг, LD 50 по Г. Н. Першину—8,5 г/кг Наибольшей переносимой дозой экстракта тысячелистника азиатского при внутривенном введении является 0,6 г/кг, наибольшей токсической —5 г/кг, LD 50 по Г. Н. Першину—10 г/кг. Препараты тысячелистника мало токсичны и имеют большую терапевтическую широту.

Настой тысячелистника в дозе 0,2 мл/кг усиливает систол, замедляет ритм сердца подопытных животных 5,3 по-сравнению с контрольными животными, возможно вследствие возбуждения блуждающих нерв.

Редакция ирсэн 1988. 02. 10

О. Тогооч, Т. Гомбосүрэн, Ч. Цэндээхүү

НАЛАЙХЫН РАЙОНД ГАРСАН БАЛНАДЫН ДЭГДЭЛТЭД ХИИ- СЭН ХАЛДВАР СУДЛАЛЫН АНАЛИЗ



Улаанбаатар хотын ариун цэвэр халдвар судлалын станц
Анагаах ухааны дээд сургууль

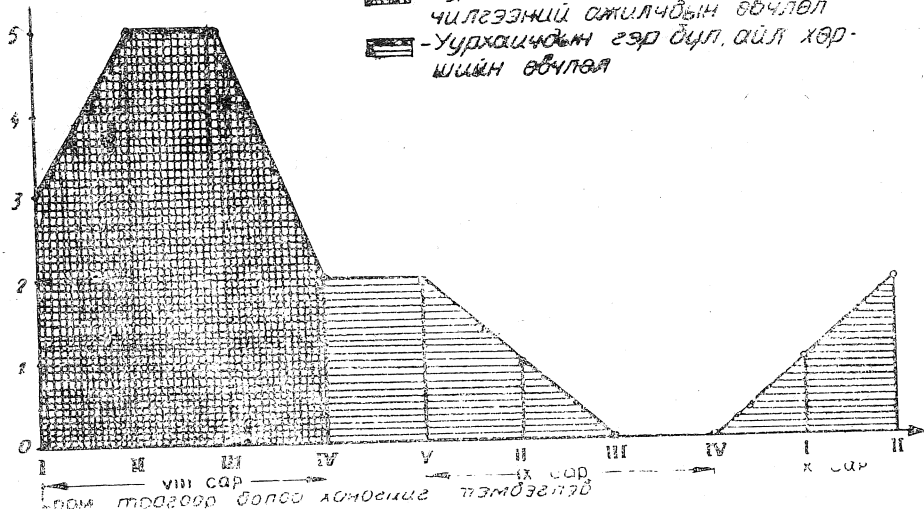
Хот суурин газрын хүн амын ахуйн соёлын түвшин дээшлэхийн хэрээр ходоод гэдэсний халдварт өвчнүүд буурч байгаа

боловч, ус, хүнсний бүтээгдэхүүнээр тархсан балнадын дэгдэлт цөөнгүй гарч байгааг хэвлэлд бичиж байна (1).

Дэгдэлтийн хөдлөл зүй /сар 7 хоногээр/

Өвчлөлийн тээ

-  - Уурхайчид, уурхайн туслах үйлчилгээний ажилчдын өвчлөл
-  - Уурхайчдын гэр бүл, айл хөршийн өвчлөл



Бид энэ өгүүлэлд Улаанбаатар хотын Налайхын районд 1987 оны VIII сард гарсан балнадын дэгдэлтийн шалтгаанд халдвар судлалын анализ хийж, цаашдаа уг өвчнөөс сэргийлэх, өвчин гарсан үед тэмцэх арга хэмжээг боловсронгуй болгоход тус болох зорилт тавьсан юм.

Судалгааны материал, аргазүй: Налайхын районд 1987 оны намар балнадаар өвчилсөн 21 хүний өвчний түүх, халдвар судалгааны карт, районы Ариун цэвэр халдвар судлалын станцын сар, улирлын мэдээ, уг өвчний голомтод ажилласан мэргэжилтнүүдийн ажиглалт, өвчтөнтэй хавьтал болсон 1870 хүнд хийсэн нян судлалын шинжилгээ, ахуйн эд юмсын 135 арчсанд хийсэн ариун

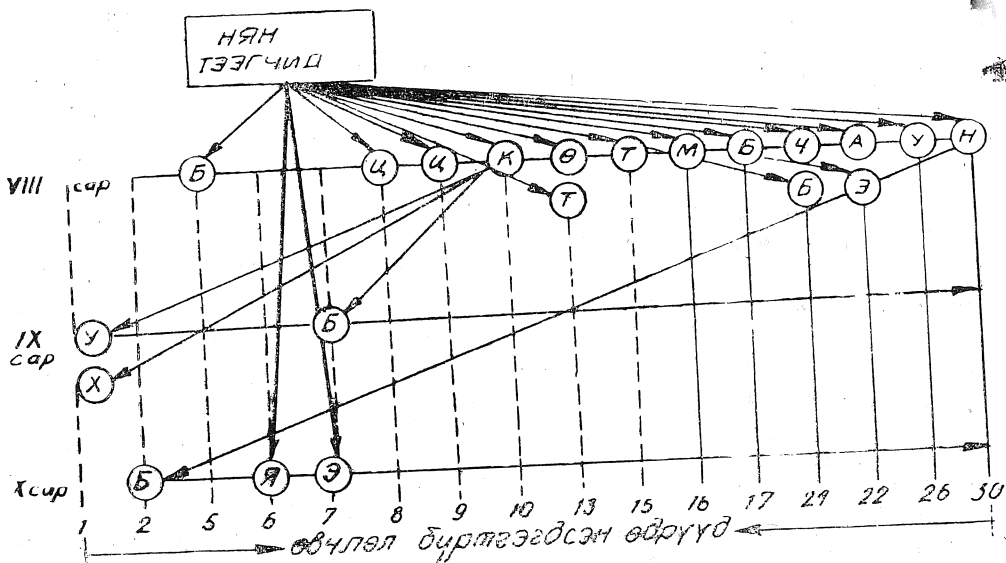
цэврийн үзүүлэлт, ундны усны арван цэгийн сорьцын материалыг судалгааны эх тулгуур болгож авлаа.

Өвчтөний болон хавьтагсадын цусыг 40%-ийн цэстэй шөлөнд, өтгөн ялгадсыг Сильнитийн орчинд ургуулан Видалийн болон бактериоскопийн аргаар шинжилсэн.

Ариун цэврийн үзүүлэлт (шинжилгээ)-ийг нийтээр мөрдөж буй аргаар хийж, улсын стандарттай дүйлгэж тодорхойлов. Өвчин гарсан дэвсгэр-уурхайн ил болон гүний хэсэг, үйлчилгээний газруудын ариун цэврийн байдалд байцаагч, мэргэжилтэн нар үзлэг хийж, дүгнэлт өгсөн.

Ажиглалт судалгаанд халдвар судлалын нэхэн судалгааны (ретроспективний) ба түр-

Лаллобарын хэлхээний зурвигнал /саргаар/



гэвчилсэн (оператив анализ) аргыг ашиглан, материалд статистикийн боловсруулалт хийв.

Судалгааны дүн, харьцуулалт: 1983 онд явуулын хоёр хүн балнадаар өвчилсөнийг эс тооцвол сүүлийн арваад жилд Налайхын районы үндсэн хүн амын дунд уг өвчний илрэлийг бүртгээгүй болно.

1987 оны VIII сард Налайхын нүүрсний уурхайн ажилчин, тус уурхайн үйлчилгээний байгууллагын 4 ажилчин, нийт 13 хүн 20 хүрэхгүй хоног дотор (балнадын нэг нууц үеийн хугацаанд) өвчилжээ.

Балнадаар өвчилсөн нийт 21 хүний 15 (71,4%) нь VIII сард, 6 (28,4%) нь X сард гарсан, өвчлөлийг 1000 хүн ам тутамд авч үзэхэд уурхайчин, туслах ажилчдаас 6,5 хүн, районы оршин суугч 0,3 хүн $t=3,6$ тус тус өвчилсөн байна. (1 дүгээр зураг).

Нэгдүгээр зургаас үзэхэд: Балнадын дэгдэлт нь эхлээд ус, хүнсний зүйлийн аль нэгээр, дараа нь хавьтал ахуйн замаар тархсан гэж халдвар судлалын үүднээс үзэхэд хүргэж байгаа юм.

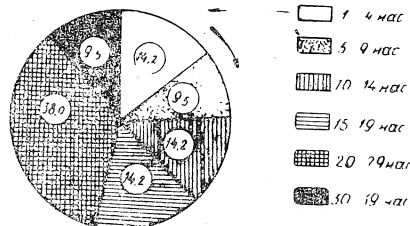
Уурхайчдыг сүүгээр хангадаг үнээний ферм, уурхайн гуанз хоол, сүү түгээх цэгийн үйлчлэгчдээс балнадын нян тээгч илрээгүй, өвчний эмнэлзүйн явц хөнгөвтөр, өвчтөнөөс ялгасан балнад үүсгэгчийн хэвшинж тогтворгүй, насанд хүрэгсэд өвчилсөн зэрэг нь уг өвчин хүнс, сүүн бүтээгдэхүүнээр халдварлаагүй болохыг харуулж байна.

Балнадын нэг нууц үеийн хугацаанд өвчилсөн 13 хүнээс хожуу өвчилсөн 8 өвчтөний халдварын эх уурхайг тодорхойлж

үзэхэд: 5(62,5%) нь балнадаар өвчлөгсөд, нян тээгчдийн гэр бүл, айл хөршийнх нь хүүхдүүд, 2(25,0%) нь өвчлөгсөдийн найз нөхөд, 1(12,0%) нь өвчтөнтэй хамт эмчлүүлж байсан хүн байлаа (2 дугаар зураг).

Өвчилсөн нийт хүмүүсийн 66,4% нь насанд хүрэгсэд, үүнээс 38,0% нь 20—29 насны залуучууд байв (3 дугаар зураг).

Өвчилсөн хүмүүсийн насны бүтэцлэл (хувийн)



Балнад өвчний халдварын эх уурхай илрүүлэх шинжилгээ хийлгэсэн 1870 хүнээс 3 хүнд *Salmonell typhi* илэрсэн.

Бидний шинжилгээгэр илэрсэн нян тээгчид нь 26—54 насны эмэгтэйчүүд байсан нь «Балнад, иж балнад өвчний нян тээгчид нь насанд хүрсэн хүмүүс ялангуяа 40—49-өөс дээш насны эмэгтэйчүүд байх нь олонтой байдаг» (2) гэсэн хэвлэлийн баримттай тохирч байна. Эдгээр нян тээгчид нь уг өвчний дэгдэлтэд нөлөөлсөн гэж үзэх үндэстэй. Учир нь дээрхи нян тээгчид нь уурхайд болон туслах үйлчилгээнд ажиллагсад байв.

1-р хүснэгт

Нян тээгч, өвчтөнөөс ялгасан балнад үүсгэгчийн биохимийн шинж

Нян тээгч, өвчтөн	Үүсгэгчийн биохимийн шинж										
	глюкоз	хий	хүхэр устөрөгч	лактоз	лизин	хөдөлгөөн	индол	мочевин	маланат	кислос	арабинос
1. нян тээгч Р.	+	—	±	—	+	+	—	—	—	+	—
2. — Д.	+	—	+	—	+	+	—	—	—	+	—
3. — Дэ.	+	—	+	—	+	+	—	—	—	+	—
4. Өвчтөн Б.	+	—	+	+	+	+	—	—	—	+	—
5. — Ө.	+	—	+	—	+	+	—	—	—	+	—
6. — Ц.	+	—	+	—	+	+	—	—	—	+	—
7. — Цэ.	+	—	+	—	+	+	—	—	—	+	—
8. — К.	+	—	+	—	+	+	—	—	—	+	—
9. — Т.	+	—	+	—	+	+	—	—	—	+	—
10. — М.	+	—	—	—	+	+	—	—	—	+	—
11. — Б.	+	—	±	—	+	+	—	—	—	+	—
12. — Ч.	+	—	—	—	+	+	—	—	—	+	—
13. — А.	+	—	±	—	+	+	—	—	—	+	—
14. — Б.	+	—	±	—	+	+	—	—	—	+	—
15. — Э.	+	—	+	—	+	+	—	—	—	+	—
16. — Н.	+	—	±	—	+	+	—	—	—	+	—
17. — Б.	+	—	±	—	+	+	—	—	—	+	—
18. — У.	+	—	—	—	+	+	—	—	—	+	—
19. — Х.	+	—	—	—	+	+	—	—	—	+	—
20. — Я.	+	—	—	—	+	+	—	—	—	+	—

2-р хүснэгт
Балнадыг оношлосон хугацаа

Оношлосон хугацаа (хоногоор)	Тохиолдол		Тайлбар
	бодит тоо	эзлэх хувь	
5-9	12	57,2	нийт өвчтөний дундаж орхоног 65 байв.
10-14	2	9,5	
15-19	4	19,0	
20-иос дээш	3	14,3	—Нэг өвчтөний 3 хүү хэд балнадаар өвчилсөн —Нэг нь нас барсан
Бүгд	21	100,0	

Нян тээгчид болон өвчлөгсөдөөс илрүүлсэн балнадын үүсгэгчийн биохимийн шинжүүд ихэнхдээ адил байгаа юм.

Нийт ялгасан нянгийн залгиур хүрээний хэвшинжийн 41,6% нь «Н», 58,4% ийнх нь хэвшинж тодорхойгүй байлаа. Энэ нь халдварын эх уурхай болсон нян тээгчдийг бүрэн илрүүлээгүйг, нөгөө талаар дэгдэлт болоход нөлөөлсөн хүчин зүйл нь хэд хэдэн нян тээгч байсныг харуулж байна. Ийм ч байдаг гэдгийг хэвлэлд тэмдэглэжээ. (3, 4).

Дашрамд тэмдэглэхэд нийт өвчлөгсөдийн 33,0% нь ходоод гэдэсний үрэвсэл, хоолны хордлого, мухар олгойн хурц үрэвсэл, 42,8% нь уушгины болон гуурсан хоолойн үрэвсэл, 4,2% нь бөөрний үрэвсэл гэсэн оноштой Налайхын районы нэгдсэн эмнэлгийн дотор, мөс засал, хүүхдийн тасагт 8-30 хоног эмчлүүлсний дараа «балнад» гэж оношлож тусгаарлан, голомтын арга хэмжээ авч эхэлжээ.

Балнадыг эрт оношлоогүйгээс дахин голомтлон тархах, өвчин нь хүндэрч өвчтөн эндэх явдал гарчээ.

Өвчтөний 95,5 хувийн цуснаас 4,5 хувийн өтгөнөөс нь балнадын үүсгэгч ялган нян судлаагчид аргаар эцсийн онош тавьсан.

Уурхайчдын ундны усны сан, түүний сүлжээ болох уурхайчдын гуанз, халуун ус, сүү, хоол түгээх өрөөний ундны усны цор-3-р хүснэгт

Ундны усны эрүүл зүй, нян судлалын шинжилгээний үзүүлэлт

Усны дээж авсан газар	Шинжилгээ авсан сар өдөр	Шинжилгээний үзүүлэлт			Ундны усны шаардлага
		колиндекс	колититр	илэрсэн эмгэг төрөгч	
1. Уурхайчдын сүү, хоол түгээх өрөөний ус	22/VIII	7	143	—	хангаагүй
	24/VIII	11	250	—	хангаагүй
2. Уурхайн гүн дахь; хөрсний ус	23/VIII	1100	0,9	—	хангаагүй
	23/VIII	8	150	—	хангаагүй
3. Эрэгтэйчүүдийн шүршүүрийн ус	25/VIII	12	83	—	—
4. Эмэгтэйчүүдийн шүршүүрийн ус	25/VIII	22	45	—	—
5. Уурхайн ундны I усан сангийн ус	25/VIII	16	64	0,26	хангаагүй
6. II усан сангийн ус	25/VIII	7	143	—	хангаагүй
7. Уурхайн гуанзны ус	2/IX	6	155	—	хангаагүй
8. Уурхайн барилга трестийн ахуйн өрөөний ус	2/IX	26	39	—	хангаагүй
9. Тосгоны VI худгийн ус	2/IX	3	333	—	(унданд хэрэглэж болно)
10. Тосгоны XII худгийн ус	2/IX	4	250	—	(унданд хэрэглэж болно)

Эрүүлзүй-нян судлалын
шинжилгээний үзүүлэлт

Шинжилгээнд хамрагдсан газрууд	Шинжилгээнд авсан арчдасын			Шинжилгээ хий- сэн сар, өдөр
	тоо	эрэг гэр- сан	эрэгийн эзлэх хувь	
Уурхайчдын сүү, хоол түгээх цэг	40	16	40,0	22/VIII
Ахуй үйлчилгээ- ний зарим өрөө	40	6	15,0	23/VIII
Гуанз	40	20	50,0	23/VIII
Саалийн ферм	15	8	53,3	29/VIII
БҮГД	135	50	37,3	

гоноос найман сорьд, дээрхи усан сантай холбоогүй Тосгоны хоёр худгийн усны сорьдын үзүүлэлтүүдийг ундны усны улсын стандарт (УСТ-900-79)-тай дүйж үзэхэд, уурхайчдын усан сан, түүний сүлжээний найман сорьдын үзүүлэлт шаардлага хангаагүйгээр барахгүй нэгдүгээр усан санд эмгэг төрөгч *Escherichia coli* O₂₆ илэрсэн байхад Тосгоны хоёр худгийн усны сорьдын үзүүлэлт эрүүл ахуйн шаардлага хангаж байна.

Дээрхи үзүүлэлт нь уг өвчин уурхайчдын ундны усаар эхлэн тархсан гэж үзэх үндэслэл болж байна.

Уурхайн усан санг хэвийн ажиллагаатай болгож, хлоржуулж, ариун цэвэр халдвар судлалын бусад арга хэмжээ авч явуулсны дүнд балнадын дэгдэлт зогссон нь дээрхи үндэслэлийг нотолж байгаа юм. Уурхайчдын гуанз, саалийн ферм, сүү болон хоол түгээх цэгийн сав суулаа, үйлчлэгчдийн гараас авсан 135 арчдсанд хийсэн шинжилгээний 15—53,3%-д нь гэдэсний савханцар илэрсэн нь тус уурхайд эрүүл ахуйн шаардлага ноцтой зөрчиж байсныг харуулж байна.

Дүгнэлт: 1. Налайхын уурхайчдын ажлын байранд ундны усны эрүүл ахуйн шаардлага зөрчиж байсан нь балнадын дэгдэлт болоход нөлөөлжээ.

2. Уурхайчдын дунд эл өвчин эхлээд усаар, дараа нь хавьтал ахуйн замаар таржээ.

3. Балнад өвчин гараагүй удсан газрын эмч нар уг өвчний эмнэлзүйн шинж тэмдгийг мартсанаас өвчнийг оройтуулан оношлож, голомтын арга хэмжээг хожимдуулж байна.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. Е. П. Ковалева, А. Я. Лейсенко, Д. П. Никитин — Урбанизация и проблемы эпидемиологии Москва, 1982, стр. 35

2. К. Г. Васильев, П. И. Яровой — Очерки частной эпидемиологии. Кишинев 1974, 19—20

3. под. ред. В. И. Покровского — Руководство по инфекционным болезням Москва, 1986.

4. Т. Сайнжаргал — Некоторые вопросы эпидемиологии и профилактики брюшного тифа в МНР. Диссертация на соискание учёной степени К. М. Н. 1975.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ
ВСПЫШКИ БРЮШНОГО ТИФА В
НАЛАЙХСКОМ РАЙОНЕ г. Уланбатора

Л. Тогооч, Т. Гомбосүрэн, Ч. Цэндээхүү

В августе-сентябре 1987 г. в поселке было зарегистрировано 21 случаев брюшного тифа, из которых первые 13 были выявлены среди шахтеров.

Заболевание было связано с водным фактором о чем свидетельствуют регистрация их среди шахтеров разных смен с одинаковыми условиями питания, паразитологичность, низкий коли-титр и выделение возбудителя из питьевой воды (*E. coli*:026).

Последующие 8 случаев были выявлены в семьях больных шахтеров в результате действия контактно-бытового пути передачи.

Продолжительность вспышки была обусловлена поздней диагностикой и несвоевременным проведением противоэпидемических мероприятий.

редакция црсэн 1988. 06. 13.

Б. Гомбосүрэн, Б. Батсэрээдэнэ

ГУУРСАН ХООЛОЙН ТЭЛЭХ ӨВЧНИЙ ЭМЧИЛГЭЭ

Сүрьеэ, уушигны эмгэг судлалын нэгдсэн төв
Анагаах ухааны дээд сургууль

Гуурсан хоолой тэлэх өвчин нь уушгины өвөрмөц биш архаг өвчнүүдийн дотор ЭДУ-д 1,2—3,1%-ийг эзэлж байгаа бол манай оронд 16,2% буюу гуурсан хоолойн архаг үрэвслийн дараа орж байгаагийн зэрэгцээ ихэвчлэн 25 хүртэлх насны залуу хүмүүс өвчилж байгаа нь судалгаанаас харагдаж байна. Иймээс эмч, эмнэлгийн ажилтнуудын өмнө тулгарч буй хойшлуушгүй асуудлын нэг нь гуурсан хоолой тэлэх өвчнийг эрт илрүүлэн төгс оношлож, эмчилгээний оновчтой аргыг боловсруулж, практикт нэвтрүүлэх явдал юм.

Гуурсан хоолой тэлэх өвчний эмгэг жамын гол цөм нь амьсгалын замын өөрөө цэвэрших хэвийн ажиллагаа алдагдах явдал юм. Иймд энэ өвчний үеийн эмчилгээний нэн чухал хэсэг бол гуурсан хоолойд хуралдсан идээ, цэр, салстыг гадагшлуулан цэвэрлэх, үрэвслийг багасгах улмаар зогсоох үндсэн дээр амьсгалын замын өөрөө цэвэрших үйл ажиллагааг сэргээхэд оршино.

Сүүлийн жилүүдэд гуурсан хоолойг цэвэрлэх (санац) эмчилгээг олон оронд өргөн хэрэглэж тэр ч байтугай зарим оронд тухайлбал Франц улс гуурсан хоолой тэлэх өвчний эмчилгээний цорын ганц арга болгож байна.

Гуурсан хоолой тэлэх өвчний үед үрэвслийн улмаас жижиг судас бөглөрч уушгины эдийн цусан хангамж хямарч гуурсан хоолойн хана хатуурч (фиброз) өөрчлөгддөг учраас уулгаж буюу тариагаар хэрэглэж байгаа эмүүд үрэвслийн голомтод очихдоо «саатаж» эмчилгээний үр дүн муу болдог (В. А. Герасин, 1978; А. И. Струков 1967; И. С. Колесников, Б. С. Вихриев, 1973, И. А. Новохотняя, 1985).

Гуурсан хоолойгоор эм хийж эмчлэх нь үрэвслийн голомтод шууд үйлчлэхийн дээр удаан хугацаагаар өндөр концентрацтай байдаг сайн талтай. Гуурсан хоолойд хийсэн эмийн концентрацыг 24 цагийн дараа тодорхойлоход мөн эмийг булчинд тариад 3 цагийн дараа байх хэмжээтэй тохирч байдаг (В. Н. Молотков, О. М. Иванюта, 1985).

Эрдэмтдийн дүгнэлт болон практик ажиглалтаас үзэхэд гуурсан хоолойг цэвэрлэх нь эмчилгээний үр нөлөөг дээшлүүлээд зогсохгүй эдийн засгийн чухал ач холбогдолтой. Иймд аймаг, хотын болон хөдөө орон нутгийн эмнэлэг урьдчилан сэргийлэх байгууллагуудад гуурсан хоолойг цэвэрлэх-эмчилгээний аргыг өргөн нэвтрүүлэх нь нэн чухал. Орон нутгийн эмнэлгүүдэд, гуурсан хоолой тэлэх өвчтэй төдийгүй гуурсан хоолойн архаг өвчтэй хүмүүст их үнэтэй антибиотیکیг тарих, уулгахыг голчилж байгаа нь эмчилгээний оновчтой бус арга болж байна.

Ер нь гуурсан хоолойг цэвэрлэх-эмчилгээний аргуудыг идэвхтэй, идэвхгүй гэж хоёр ангилж үздэг.

Энэ удаа бид гуурсан хоолойг цэвэрлэх идэвхтэй эмчилгээний талаар товч танилцуулъя. Эмчилгээний идэвхгүй арга нь цэрийг механикаар гадагшлуулах буюу өвчтөний цэр, салст хамгийн сайн гарах байрлалыг зөв сонгох явдал юм. Мөн утлага эмчилгээний аргууд ордог. Эмчилгээний эдгээр аргуудын талаар «Монголын анагаах ухаан» сэтгүүлийн 1986 оны дөрөвдүгээрт тодорхой бичсэн болно.

Гуурсан хоолойг цэвэрлэх эмчилгээний идэвхтэй аргуудын мөн чанар нь үжил эсэргүүцэх болон ердийн физиологийн уусмалаар гуурсан хоолойг угааж антибиотик, бусад эмийн бодис хийх явдал юм. Учир нь гуурсан хоолой тэлэх өвчний үед гуурсан хоолойн өөрөө цэвэрших рефлексийн ажиллагаа илт буурсан байдаг. Гуурсан хоолойг цэвэрлэх хэд хэдэн арга байх боловч нэлээд үр дүнтэй нь дурангийн тусламжтайгаар угаах эмчилгээ юм. Манайд Японы «ОЛИМПАС ВЕ—2Т» маркийн фибробронхоскопийг хэрэглэж байна. Өвчтөнийг хэвтээ буюу суугаа аль ч байрлалд эмчилж болно. Хэрэв өвчтөн дикаинд хэт мэдэрэг биш бол хэсгийн мэдээгүйжүүлэг хийнэ. Өвчтөн анх удаа эмчлүүлж л байгаа бол сэтгэл зүйн бэлтгэл сайн хийх хэрэгтэй. Хэсгийн мэдээгүйжүүлэгийн өмнө 0,1%-ийн 0,5—1 мл атропин, 1%-ийн 1 мл промедолийг арьсан дор тарина. Амьсгалын дээд зам, төвөнхийн мэдээргүйжүүлэхдээ 1%—3—4 мл дикаиныг тусгай шүршигчээр цагна. Хэрэв дуранг хамраар оруулах бол хамрын хөндийг 1%-ийн дикайнаар арчих буюу уг уусмалаа цацаж мэдээгүйжүүлнэ. Амьсгалын дээд замыг мэдээгүйжүүлсний дараа дурангийн үзүүрийг цагаан мөгөөрсөн хоолойд оруулж, цашид гуурсан хоолойн мэдээгүйжүүлэхэд дикайнаас гадна 5—10%-ийн новокаиныг хэрэглэж болно.

Дурангийн нэг онцлог нь эмгэг хаана байгааг шууд харж болдог. Дуранг оруулсны дараа биеийн температуртай ижил халаасан үжлийн эсрэг буюу физиологийн 10—15 мл уусмалыг хийж буцаан соруулж авах маягаар угаана. Цэрний хэмжээнээс шалтгаалан нэг удаагийн угаалга эмчилгээнд 50—100 мл шингэн хэрэглэнэ. Угаалга хийж дууссаны дараа антибиотикийн уусмал хийнэ. Эмчилгээг долоо хоногт 2—3 удаа, нийтдээ 3—8 удаа хийнэ.

Дурангаас дутахгүй, харин ч өргөн хүрээтэй хэрэглэж болох энгийн, хүндрэл тэр бүр гардаггүй арга бол хамраар резин гуурс оруулан гуурсан хоолойг угаах явдал юм. Энэ аргаар угаалга эмчилгээг хийхэд амьсгалын дээд замд хэсгийн мэдээгүйжүүлгийг дээр дурдсан ёсоор хийж, резин гуурсыг цагаан мөгөөрсөн хоолойд оруулан гадна үзүүрийг нааж бэхлэнэ. Резин гуурсны үзүүр нь улаан хоолой руу орж болзошгүй тул суугаа байдалд өвчтөний толгойг гэдгийлгэн хэлцгийг өөрөөр нь татуулж, амьсгаагаа гүнзгий авах үед нь оруулбал цагаан мөгөөрсөн хоолойд хялбар орно. Резинэн гуурсны гадна үзүүрийг дуслын системтэй залгаж угаах уусмалыг дуслаар хийнэ. Өвчтөнг өвчтэй талаар нь хэвтүүлнэ. Хэрэв эмгэг хоёр талдаа байгаа бол баруун, зүүн талаар нь ээлжилж хэвтүүлнэ. Нэг талд нь 20—50 мл уусмалыг 1 минутанд 30 дусахаар бодож хийнэ.

Өвчтөний цэр, салст гарах хэмжээнээс шалтгаалан эмчилгээг өдөр бүр хийж болох бөгөөд нийтдээ 10—15 удаа хийнэ. Шингэрсэн цэр салст ханиахад цэвэрлэгддэг. Угааж дууссаны дараа антибиотикийн уусмалыг резинэн гуурсаар хийнэ. Гуурсан хоолойд зөвхөн антибиотик буюу уураг задлах ферментийн уусмал хийх бол төвөнхийн толины тусламжтайгаар зориулалтын шприцээр эмийг цагаан мөгөөрсөн хоолойд хийнэ.

Уул өвчний хүндэрсэн хэлбэрийн үед хэрэглэх эмчилгээний арга бол микротрахеоцентез юм. Микротрахеоцентез тавихад өвчтөнийг хэвтүүлж толгойг нь гэдгийлгэн гүрээний сэтэрхийгээс дээш спирт, йодоор хоёр удаа арчиж ариутган 0,5%-ийн новокайнаар мэдээгүйжүүлнэ. Гүрээний сэхэрхийнээс дээш 1,5—2 см орчим мөгөөрсний хоорондуур гол шугамаар 2—2,5 мм диаметртэй зүүг хатгаж, зүүнийхээ дотуур 1,5—2 мм диаметртэй гуурс явуулж рентген гэрлийн тусламжтайгаар аль хэрэгцээт газраа тавиад зүүгээ сугалан авч гуурсны гадна үзүүрийг гоюугаар бэхлэнэ. Микротрахеоцентезийг 10—15 хоногийн хугацаатай тавьж өдөрт 3—4 удаа эмийн бодис хийж болно.

Гуурсан хоолойг энэ аргаар цэвэрлэж эмчлэхэд өргөн хэрэглэх эмийн бодисуудад антибиотик, уураг задлах фермент, үжлийн эсрэг болон физиологийн уусмалууд, гуурсан хоолойг тэлэх бэлдмэлүүд шаардлагатай.

Эмгэг төрөгч нянгийн эсрэг голдуу ердийн антибиотикүүдийг 3—5 мл физиологийн уусмал юмуу 0,25%-ийн новокайнаар найруулж хэрэглэнэ. Үүнд: Пенициллин 500000—1000000 ед, стрептомицин 0,5, неомицин 200000—400000 ед. Нэг антибиотикийг 10 хоногоос илүү хугацаагаар хэрэглэхгүй байх хэрэгтэй. Гуурсан хоолойг угаахад 0,1%-ийн фурагин К; 0,02%-ийн фурацилин; 0,5%-ийн устөрөгчийн хэт исэл; 0,9%-ийн хлорт натри зэргийг хэрэглэнэ.

Гуурсан-хоолойн доторхи идээ, цэр, салстыг шингэрүүлэх зорилгоор трипсин, химотрипсин, эх орны бэлдмэл панкипсинийг хлорт натриар найруулж хэрэглэнэ. Эдгээр элементүүдийг цусаар ханиаж байгаа үед хэрэглэж болохгүй.

Гуурсан хоолойн багтрааны шинж тэмдэг илэрвэл, 5%-ийн мл эфедрин, 2,4%-ийн 5 мл эуфиллин, 0,1%-ийн мл адреналин зэргийг хэрэглэж болохын зэрэгцээ гистамины эсрэг бэлдмэл тухайлбал 1%-ийн 1—2 мл димедролыг хийж болно.

Гуурсан хоолойг цэвэрлэх идэвхтэй эмчилгээний дээрхи аргуудыг өвчтөнд хослуулан хэрэглэхийн зэрэгцээ идэвхгүй аргуудтай хамтатган хэрэглэвэл эмчилгээний үр дүн илүү сайн байдаг нь эрдэмтдийн судалгаа, практик ажиглалтаар нотлогдож байгаа юм.

редакция ирсэн 1988. 09. 20

УУШГИНЫ ЭЗЛЭХҮҮН, АГААРЖИЛТЫН ҮЗҮҮЛЭЛТИЙН НЭР ТОМЬЕО

Анагаах ухаанд гадаад үг нэр томьёо нэлээд хэрэглэж хэвшил болсоноос анагаах ухаанд эхлэн суралцаж байгаа оюутан сурагч, төдийгүй эмч нар монгол үгийг хольж хутгах явдал нэлээд газар авчээ.

Дэлхийн олон улсууд анагаах ухааны салбарт улам бүр хамтран ажиллах болж, эмчилгээ, оношлолын зориултай гадаадын шинэ, шинэ багаж төхөөрөмжүүдийг манай эмнэлэг урьдчилан сэргийлэх байгууллагууд өргөнөөр хэрэглэх болсон өнөө үед гадаад нэр томьёо бүр ч ихээр нэвтрэх боллоо.

Манай анагаах ухааны өнөөгийн түвшин цаашдаа шинэ, шинэ, агуулга, хэлбэрээр баяжиж хөгжих нь дамжиггүй бөгөөд тэгэх ч диалектик жамтай. Тэгэхээр манай салбарын мэргэжилтнүүд анагаах ухааны үндэсний нэр томьёог ихээхэн анхаарахгүй бол хойч үеийнхнээсээ зэмлэл хүлээж мэдэх юм.

Энэ удаа уушгины эзлэхүүн, агааржилтын үзүүлэлтүүдийг илтгэсэн хэдэн нэр томьёог эх хэлэнд орчуулж, тодорхойлолтыг бичлээ. Эдгээр нэр томьёог оновчтой болгох үүднээс мэргэжлийн хүмүүс саналаа ирүүлнэ гэдэгт итгэж байна. Бид харилцан саналаа солилцож байж нэр томьёо боловсронгуй болох ёстой.

Уушгины эзлэхүүн, агааржилтын үзүүлэлтүүдийг илтгэх нэр томъёо

(Олон улсын, орос, монгол)

Томъёолсон тэмдэг			Тодорхойлолт
олон улсын	орос	монгол	
V C	ЖЕЛ	УАБ-Уушгины амьдралын багтаамж	- Амьсгалаа дээд хэмжээгээр авах, гаргах үеийн хийн багтаамж
IC	ЕВ	ААБ-Амьсгал авах багтаамж	- Амьсгалаа тайван гаргасны дараа огцом дээд хэмжээгээр авах үеийн хийн багтаамж
IRV	Ровид	ААН-Амьсгал авах нөөц	- Амьсгалаа тайван авсны дараа үргэлжлүүлэн дээд хэмжээгээр авах үеийн нэмэгдэл хийн багтаамж
ERV	Ровд	АГН-Амьсгал гаргах нөөц	- Амьсгалаа тайван гаргасны дараа үргэлжлүүлэн дээд хэмжээгээр гаргах үеийн нэмэгдэл хийн багтаамж
ERC	ФОЕ	АҮБ - Ажиллагааны үлдэх багтаамж	- Амьсгалаа тайван гаргасны дараа уушгинд үлдэх хийн багтаамж
RV	ООЛ	УҮБ - Уушгины үлдэх багтаамж	- Амьсгалаа дээд хэмжээгээр гаргасны дараа уушгинд үлдэх хийн багтаамж
TLC	ОЕЛ	УНБ - Уушгины нийт багтаамж	- Амьсгалаа дээд хэмжээгээр авсаны дараа уушгинд байх хийн багтаамж
Vd anat.	ОМПанат	ИЗБЭ - Идэвхгүй зайн бүтцийн эзлэхүүн	- Гуурсан хоолойд байх агаарын хэмжээ
Vd phys.	ОМПфункц	ИЗАЭ - Идэвхгүй зайн ажиллах эзлэхүүн	- Хийн солилцоонд оролцдоггүй агаарын хэмжээ
f	ЧД	МАТ - Минутанд амьсгалах тоо	- Тоолж тодорхойлно.
V T	ДО	АБ - Амьсгалын багтаамж	- Амьсгал авах, гаргах гүнийг хэмжиж тодорхойлно.
V	МОД	АМБ - Амьсгалын минутын багтаамж	- Амьсгалын багтаамжийг минутанд амьсгалах тоогоор үржүүлнэ. АМБ = АБ · МАТ
V a	МАВ	ЦМА - Цулцангийн минутын агааржилт	- Амьсгалын багтаамжаас идэвхгүй зайн ажиллагааны эзлэхүүнийг хасаж ялгаврыг минутын амьсгалын тоогоор үржинэ. ЦМА = (АБ - ИЗБЭ) · МАТ
MBC	МВЛ	УТА - Уушгины туйлын агааржилт	- Бололцооны дээд хэмжээгээр түргэн, гүн амьсгалах үеийн уушгины агааржилт
BR	РД	АН - Амьсгалын нөөц	- Уушгины туйлын агааржилтаас амьсгалын минутын багтаамжийг хассан ялгавар АН = УТА - АМБ
EV C	ФЕЛ	УХБ - Уушгины хүчилсэн багтаамж	- Амьсгалаа дээд хэмжээгээр авсаны дараа хүчтэй гаргах үеийн багтаамж
R	К	АИ - Амьсгалын итгэлцүүр	- Амьсгалаар гарч байгаа CO ₂ -ын хэмжээг O ₂ -ын шингээх хэмжээнд харьцуулсан харьцаа

ГАДААД АМЬСГАЛЫН ХИЙН ҮЗҮҮЛЭЛТ ТОДОРХОЙЛОХ ҮНДЭС

Сүрьеэ, уушгины эмгэг судлалын нэгдсэн төв

Орчин үеийн анагаах ухааны чухал ололтуудын нэг нь гадаад амьсгалын үйл ажиллагааг цахилгаан аппаратын тусламжтайгаар шинжлэн судлах болсон явдал юм.

Спирографийн аппаратын тусламжтайгаар уушгины эзлэхүүн, багтаамж, агааржилт, гуурсан хоолойн агаар дамжуулалт, хийн солилцоо зэргийг миллиметрийн цаасан дээр дүрслэн буулгаж, математикийн аргаар боловсруулалт хийн, гадаад амьсгалын үйл ажиллагаанд дүгнэлт өгснөөр эмчилгээний ямар хэлбэрийг сонгон авах, тэр эмчилгээний үр дүн ямар болсон, хөдөлмөрийн чадварын байдал зэргийг тодорхойлоход өргөн хэрэглэхийн дээр уушгины мэс заслын заалт гаргахад шийдвэрлэх ач холбогдолтой болно.

Гадаад амьсгалын үйл ажиллагааг судлах спирографийн янз бүрийн аппаратаар Улаанбаатар хотын клиникийн эмнэлэгүүд, бүрэн хангагдсаны дээр зарим аймаг, хотын нэгдсэн эмнэлгүүд ийм аппараттай боллоо. Гэвч заоим эмнэлгийн удирдах хүмүүс, эл аппаратаа хариуцсан эмчийн хариуцлага сул, мэдлэг мэргэжил доройгоос эдгээр аппарат бараг ажиллахгүй шахам байна. Мөн нийслэлийн клиникийн эмнэлэгүүд дээр ч спирограммд дүгнэлт өгөхөд өөр өөр байна. Иймд бид нэг үндсэн ухагдахууныг баримтлах нь зүйтэй мэт санагдана. Юуны өмнө хийн эзлэхүүний үзүүлэлтүүдийг стандарт нөхцөлд шилжүүлэх, өөрөөр хэлбэл шинжлүүлэгч бүрийн антропологиин үндсэн үзүүлэлт, тухайн орчин нөхцөлийг маш зөв тусгах нь үнэнд ойртсон дүгнэлт гарах нэг нөхцөл болно.

Хийн шинж төлөвийг тодорхойлохдоо түүний нийт молекулд холбогдох эзлэхүүн (Y), даралт (P), температур (T) зэрэг цөөн тооны физик хэмжигдхүүнийг хэрэглэж болно. Эзлэхүүн, даралт нь хийн төлөвийг тодорхойлогч механик хэмжигдхүүн, харин температур бол биеийн дотоод төлөвийг илэрхийлдэг механик бус хэмжигдэхүүн юм.

Орчны температур, агаарын даралтаас хамзааран хийн эзлэхүүн өөрчлөгдөнө. Гей-Люссакийн хуулиар тогтмол даралтанд байгаа тухайн масстай хийн эзлэхүүн абсолют температурт пропорциональ байдаг.

Тухайлбал 0°C (273 K)-д байгаа Y_0 эзлэхүүнтэй хийн температурыг 1K -ээр нэмэгдүүлэхэд эзлэхүүн $\frac{1}{273}$ хувиар нэмэгдэнэ.

Үүний тоон холбогдол нь $Y = Y_0 \alpha T$; Y_0 —эхний эзлэхүүн, T —температур

α —хийн эзлэхүүний тэлэлтийн температурын коэффициент. Тоон холбогдол нь $\alpha = \frac{1}{T_0} = \frac{1\text{ K}-1}{273}$

Хэрэв даралт тогтмол биш бол түүнд харгалзах изобарууд мөн өөр өөр байна. Бойль-Мариотын хуулиар температур тогтмол үед даралт өсвөл эзлэхүүн буурдаг. Иймд гадаад амьсгалын бичлэгийн тоон үзүүлэлтүүдийг тооны энгийн нэг харьцангуй үзүүлэлт гэж ойлгон, ерөнхий дундаж хэмжээ, бусад энгийн номограммуудтай харьцуулж хялбарчилан үзэж болохгүй.

Антропологиин үндсэн хэмжигдэхүүнийг нас (жилээр), өндөр (см-ээр), жин (кг-аар) ашиглан өдөр цагаар өөрчлөгдөх орчин нөхцөлүүдийг (шинжилгээ хийсэн тасалгааны температур, атмосферийн даралт)

бүрэн зөв тусгаж, ВТРС, СТРС-ийн засамжлах коэффициентүүдийг шинжлүүлэгч бүрт олж улмаар байвал зохих үзүүлэлтийг нь уул өвчтөнд байгаа бодит үзүүлэлтүүдтэй нь харьцуулан бодож эцсийн дүгнэлтийг гаргана.

Өвчтөнийг шинжлэх үед амьсгалаар гарч байгаа агаар, хэмжигч аппаратад ороод түүний температур уушгинд байснаасаа буурдаг. Энэ нь Гей-Люссакийн хуулиар шинжилгээний дүнд гаргаж авсан уушгины эзлэхүүн заасан (УАБ, УУБ, АМБ, УТА г.м) үзүүлэлтүүдийн хэмжээ бодит хэмжээнээс бага гардаг.

Үнэн зөв үзүүдэлт гаргах гол хүчин зүйлийн нэг нь дээрх үзүүлэлтүүдийг ВТРС-ийн орчинд нь шилжүүлж бодох буюу ВТРС-ийн засамжлах коэффициентийг олж ашиглана.

ВТРС (В—Body, Т—Temperature, Р—Pressure, S—Soft) биеийн 37°C-д орчны даралттай усан уураар бүрэн ханасан нөхцөл.

ВТРС-ийн засамжлах коэффициентийг олохдоо дараах томъёог хэрэглэнэ.

$$\text{ВТРС} = \text{АТРС} = \frac{273+37}{273+T} \times \frac{P_B - P_{H_2O} \cdot t^\circ}{P_B - 47(6,3)} \text{ хураангуйлбал}$$

$$\text{ВТРС} = \text{АТРС} \cdot \frac{273+37}{273+T} \times \frac{P_B - e}{P_B - 47} \text{ Үүнд:}$$

Т—орчны тасалгааны температур

P_B—орчны атмосферийн даралт

e—орчны тасалгааны температур дахь усны уурын даралт (таблиц ашиглаж олно.)

37°C-д дахь усны ханасан даралт 47 Муб=6, 3кПа (таблиц ашиглаж олно).

Уушгинд орж байгаа хий буюу O₂, CO₂-ын хэмжээг тодорхойлоход ТРС-ийн засамжлах коэффициентийг олж ашиглана.

СТРС (S—Standart, T—Temperature, P—Pressure, D—Dry —0°C-д 760 мм МУБ (101, 3кПа) даралттай усны уургүй хуурай нөхцөл

СТРС-ийн засамжлах коэффициентийг олохдоо дараах томъёог хэрэглэнэ.

$$\text{СТРС} = \text{АТРС} \cdot \frac{P_B - P_{H_2O}}{760} \times \frac{273}{273+t^\circ} \text{ хураангуйлбал}$$

$$\text{СТРС} = \text{АТРС} \cdot \frac{P_B - e}{101,3} \times \frac{273}{273+t^\circ}$$

Дээрх томъёонуудаар ВТРС, СТРС-ийн засамжлах коэффициентүүдийг олохын зэрэгцээ тусгай таблицыг ашиглан шууд олж болно. (Хүс. 1,2). Томъёо ашиглан ВТРС, СТРС-ийн засамжлах коэффициентүүдийг олохыг жишээгээр авч үзье.

Өвчтөн Д. эрэгтэй, 1952 онд төрсөн, 36 настай, өндөр 172 см, жин 74 кг, шинжилгээ хийсэн тасалгааны дулаан 20°C, атмосферийн даралт нь 750 мм м.у.б.

Өвчтөн Д-д ВТРС-ийн засамжлах коэффициент нь

$$\text{ВТРС} = \text{АТРС} \cdot \frac{273+37}{273+T} \times \frac{P_B - e}{P_B - 6,3} = \frac{273+37}{273+20} \times \frac{750-17,41}{750-47} = 1,102$$

СТРС-ийн засамжлах коэффициент нь:

$$\text{СТРС} = \text{АТРС} \cdot \frac{P_B - e}{101,3} \times \frac{273}{273+t^\circ} = \frac{750-17,41}{760} \times \frac{273}{273+20} = 0,896$$

Усны уурын даралтыг тусгай таблиц ашиглан олдгийг дээр дурдсан. Бидний жишээн дээр тасалгааны дулаан 20°C тул түүнд тохирох усны уурын даралт 17,41 мм 4МУБ байна. Уушигны эзлэхүүн,

багтаамж заасан бүх үзүүлтэд (УАБ, УХБ, АМБ, УТА, АБ г.м) ВТРС-ийн засамжлах коэффициентийг хэрэглэнэ. Харин олсон буюу ВТРС-ийн засамжлах коэффициентийг хэрэглэсэн үзүүлэлтүүдийн дундаас гаргаж байгаа үзүүлэлтэд дахин хэрэглэхгүйг мартаж үл болно.

Минутанд шингээх хүчилтөрөгчийн (O_2 -ын) хэмжээг гаргахад ТРДС-ийн засамжлах коэффициентийг хэрэглэнэ.

Гадаад амьсгалын хийн үзүүлэлтүүд, үндсэн солилцоог үнэн зөв тодорхойлоход нөлөөлөх өөр нэгэн хүчин зүйл бол шинжлүүлэгчдэд шинжилгээний мөн чанарыг тайлбарлан таниулж, бэлтгэлийг сайн хангах, шинжилгээ хийж байгаа тасалгаа нь дулаан, гэрэлтэй, чимээгүй, тохилог байх явдал юм.

1-р хүснэгт

ВТРС-ийн системд хийн үзүүлэлтүүдийг шилжүүлэх коэффициент

Температур	Агаарын даралт				Температур	Агаарын даралт			
	720	740	760	780		720	740	760	780
15	1,131	1,129	1,128	1,127	23	1,088	1,087	1,086	1,085
16	1,126	1,124	1,123	1,122	24	1,082	1,081	1,080	1,079
17	1,121	1,119	1,118	1,116	25	1,077	1,076	1,075	1,072
18	1,115	1,114	1,112	1,111	26	1,070	1,069	1,069	1,068
19	1,111	1,108	1,107	1,106	27	1,065	1,064	1,063	1,062
20	1,104	1,103	1,102	1,101	28	1,059	1,058	1,057	1,056
21	1,099	1,098	1,097	1,095	29	1,052	1,052	1,051	1,050
22	1,093	1,092	1,092	1,090	30	1,047	1,046	1,045	1,045

2-р хүснэгт

СТРД-ийн системд хийн үзүүлэлтүүдийг шилжүүлэх коэффициент

Температур C°	Агаарын даралт кПа (мм. м. у. б.)								
	98,4 (740)	99,1 (745)	100 (750)	100,6 (755)	101,3 (760)	102 (765)	102,6 (770)	103,3 (775)	104 (780)
11	0,924	,930	,936	,948	,949	,955	,961	,968	,974
12	,919	,926	,932	,938	,945	,951	,957	,964	,970
13	,915	,922	,928	,934	,940	,947	,953	,959	,965
14	,911	,917	,924	,930	,936	,943	,949	,955	,961
15	,907	,913	,920	,926	,932	,938	,945	,951	,957
16	,903	,909	,915	,922	,928	,934	,940	,946	,953
17	,899	,905	,911	,917	,923	,930	,936	,942	,948
18	,894	,901	,907	,913	,919	,925	,931	,938	,944
19	,890	,896	,902	,909	,915	,921	,927	,933	,939
20	,886	,892	,898	,904	,910	,917	,923	,929	,935
21	,882	,888	,895	,900	,906	,912	,918	,924	,930
22	,877	,883	,889	,895	,901	,908	,914	,920	,926
23	,873	,879	,885	,891	,897	,903	,909	,915	,921
24	,868	,874	,880	,886	,892	,898	,904	,910	,917
25	,864	,870	,876	,882	,888	,894	,900	,906	,912

редакцад ирсэн 1988. 12. 16

Сүрьеэ өвчний үүсэн хөгжих зам, онош, эмчилгээ, эл өвчнийг устгах боломж, устгах хугацааг түргэтгэх аргуудыг эрж хайж, 1950-над оны сүүлчээс уул өвчинтэй тэмцэх эмнэлэг, эдийн засгийн өгөөжтэй аргууд байгааг мэдээлж эхлээд 30 гаруй жил болж байна.

Эдгээр аргаас аль дэвшилтэйтэй нь сонгон авч нэгтгэн дүгнэж, сүрьеэтэй тэмцэх ажлын гарын авлага болгосон ДЭХБ, Олон Улсын Сүрьеэ уушгины өвчинтэй тэмцэх холбоо (ОУСУӨТХ)-ны эрдэм шинжилгээний нэгдсэн илтгэл, удирдамжийг 1964 оноос нилээд хэвлэжээ. (1, 2, 3, 4, 5, 6).

Эдгээр баримт бичгээс үзэхэд уушгины халдвартай түрхэц эерэг сүрьеэгээр шинээр өвчлөгсдийг оновчтой олж, тууштай эмчлэн бүрэн эдгээх нь хүн амын сүрьеэгийн тархалтын хурдацыг бууруулдаг аргуудаас хамгийн давуутай нь ажээ.

Эл хэлбэрийн сүрьеэгээр өвчлөгсөдийн ихэнх нь ханиалган, цэр гардаг мэт зовиур хэлж ирж үзүүлдэг учраас эдгээр өвчтөнийг олж илрүүлэх ажлын эмнэлэг, техник, эдийн засгийн нөхцөл бүрдэх нь хялбар, илэрсэн өвчинг оношлох боломжтой, мөн өвчтөний тооны хувьд 6 дахин цөөн байдаг. Эдгээр өвчтөнийг оновчтой олж тууштай эмчлэн эдгээх аргыг эзэмшсэн нөхцөлд өвчлөлийн хувьд түүнтэй ойролцоо байдаг (6). Халдваргүй ба бусад эрхтэний сүрьеэтэй өвчтөнийг оношлох үр чадвар дээшлэж, өвчний хүндрэл, эндэгдэл нь багасдаг жамтай ажээ.

Орчиндоо халдвар хялбар тарааж, өвдөгсөд нь нэлээд энддэг бараг цорын ганц хэлбэр болох уушгины халдвартай түрхэц эерэг сүрьеэтэй өвчтөнөөс халдвар тархах аюулыг 3 сарын дотор арилгаж эдгээр өвчтөнийг 8 сард багтаан бүрэн эдгээж, эндэгдлийг эрс багасгаж, өвчинг эргэлт-дахилтгүй шахам болгодог эмчилгээний арга нэгэнт батлагдаж, түүнийг эзэмшин нэвтрүүлэх ажлын цар, хүрээ өсч байна.

Сүрьеэтэй өвчтөнийг хэвтүүлэх болон амбулаториор дагнан эмчлэхэд хэрэглэх эм бэлдмэл, тэдгээрийг хэрэглэх горим өөрчлөгддөггүй, үр дүн нь бараг ижил учраас эмнэлгийн орны хангамж сайтай улс орнууд уушгины халдвартай сүрьеэтэй өвчтөнийг 3 сар хүртэл хэвтүүлэн, цаашид амбулаториар эмчлэх, орны хангамж муутай нь амбулаториар дагнан эмчлэх, харин халдваргүй хэлбэрийн сүрьеэтэй өвчтөнийг орны хангамж, техникийн хөгжлийн түвшинг харгалзахгүйгээр үндсэнд нь амбулаториар эмчлэх бодлого баримтлах нь ашигтай.

Амбулаторийн эмчилгээ нь өвчтөний ахуй амьдрал дордох, гэр бүл сарних зэргээр өвчтөн хүн ганцаардмал байдал, сэтгэл санааны дарамтанд орохоос сэргийлэх давуу талтай (15).

Уушгины халдварт сүрьеэтэй өвчтөнийг оновчтой олж, тууштай эмчлэх аргын да-

раа эл хэлбэрийн, сүрьеэтэй өвчтөнтэй хамт амьдрагсадыг бүртгэн, судалж, тэдний дотроос халдвар аваагчид нь сэргийлэх тарилга тарьж, уул өвчний халдвар авсныг нь сүрьеэгийн эсрэг химийн эм (изонизид)-ээр сэргийлэх эмчилгээ хийх, хүүхэд залуусын дотроос сүрьеэгээр өвчлөлтгүй насныхныг сонгон тогтоож сэргийлэх тарилга тарих явдлыг эмнэлэг, эдийн засгийн өгөөж сайтай арга гэж үзэж байна.

Сүрьеэгээр өвчлөлтгүй насны бүлэгт тарьсан сэргийлэх тарилга нь ердөө ланхдагч өвчлөлөөс сэргийлэх арга болох нь ч тодорхой.

Нийт хүн амыг нас, хүйсээр төлөөлж чадахуйц цөөн тооны хүмүүсийн (БЦЖ тарилга тариулаагүй) сүрьеэгийн халдвар авсан байдлыг давтан судлаж сүрьеэгийн халдвар жилд шинээр авах түвшин, хөдлөл зүйг тогтоох нь сүрьеэгийн тархалт бууралтын хурдцыг үнэлэх хамгийн үнэтэй толь болохыг орчин үеийн судалгаа нотлосон байна.

Сүрьеэгийн халдвар шинээр авах түвшин нь уг өвчинтэй тэмцэх арга хэмжээний өгөөжөөс үл хамааран уушгины халдварт сүрьеэгийн өвчлөлтэй тогтмол тооны харьцаатай байдгыг нотлон, сүрьеэгийн тархалтын хоёр ч шалгуур боловсруулжээ (13, 14).

Эдгээр шалгуураар сүрьеэгийн өвчлөл, тархалт, нас баралт, халдварлалтын 10 гаруй үзүүлэлт хоорондоо тогтмол харьцаатай, түүний хоёроос бусдын хоорондын харьцаа сүрьеэтэй тэмцэх арга хэмжээний өгөөжөөс шалтгаалдаг. Жишээ нь: Сүрьеэгийн эмчилгээ нэвтрээгүй үед шинээр өвдсөн уушгины халдварт сүрьеэтэй өвчтөний 50%, эмчилгээ нэвтэрсэн үед 20%, тууштай эмчилгээ нэвтэрсэн үед 2%-иас илүүгүй шахам нь эндэх жамтай ажээ.

Тогтмол харьцаатай байдаг эл үзүүлэлтийг дор сийрүүлвэл:

— Уушгины халдвартай түрхэц эерэг сүрьеэгийн нас баралт, өвчлөл, тархалтын түвшин 1:2:4;

— 7 настай хүүхдийн сүрьеэгийн халдварын түвшин 14 настайхтай; 15 настай хүүхдийнх 30 настайхтайгаа 1:2;

— 5 хүртэл насны хүүхдийн сүрьеэгийн мөнөнгийн өвчлөлийн түвшин, нийт хүн амын өвчлөлтэй 1:6;

— Уушгины халдвартай түрхэц эерэг сүрьеэгийн өвчлөлийн түвшин нь уушгины халдваргүй (зонхилон хүүхдийн сүрьеэ) хэлбэр дээр бусад эрхтэний сүрьеэгийн өвчлөлийн түвшинг нэмсэнтэй 1:1;

— Сүрьеэгийн нийт өвчлөлийн түвшин нь тархалтынхтай 1:3 (13,14) харьцаатай байдаг байна.

ДЭХБ сүрьеэгийн халдвар авсан байдал уушгины халдварт сүрьеэгийн тархалтыг тодорхой хугацаанд давтан судлаж, тухайн өвчний тархалтын түвшин, түүний хөдлөлзүй, тэмцэх ажлын өгөөж, үр дүн, эр хэрэгцээг зөв тодорхойлон түүндээ

тохирсон өвөрмөц эмнэлэг, эдийн засгийн арга хэмжээ авах нь хамгийн оновчтой арга гэж зөвлөдөг.

Хүн амын сүрьеэгийн халдвар авсан байдлыг судлахад уг өвчнөөс сэргийлэх тарилга тарсан улс орнуудад нэлээд бэрхшээл учирдаг бөгөөд ийм нөхцөлд БЦЖ тариулаагүй тодорхой насны хүүхдийн халдвар авсан байдлыг давтан судлах нь сүрьеэгийн тархалтын хэмжээг үнэн тогтоох давуутай арга болохыг нь батлав.

ОУСУӨТХ-ноос улс орнуудад хүртээл болгож байгаа сүрьеэ өвчинтэй тэмцэх эмнэлэг, эдийн засгийн өгөөж ихтэй хямд хялбар арга гэвэл:

— Уушгины халдвартай түрхэц эерэг сүрьеэгээр өвчлөгсөдийг оновчтой олж, тууштай хяналт тавин ялангуяа амбулаторийн эмчилгээнд бүрэн хамруулж өвчин илааршиж байгаа эсэхийг нь нян судлалын аргаар үнэлэн, эмчилгээний горимыг зөв сонгох;

— Уушгины халдварт сүрьеэтэй өвчтөнг олохын тулд ханиаж, цэр гаргах зөвширцтой эмнэлэгт ирсэн хүмүүст нян судлалын шинжилгээ хурдан, чанартай хийх техникийг зөв эзэмшиж;

Дээрхи өвчтөнтэй хавтагсдыг найдвартай хяналтад авч, өвдөхөөс сэргийлэх тарилга, эмчилгээг оновчтой хийж, үр дүнг судлан тооцох;

— сүрьеэгийн халдвар олноор авч болохгүй насны хүүхдийг сонгон олж сэргийлэх тарилга тарьж үр ашиг багатай давтан тарихыг аль болох цөөрүүлэх;

— сүрьеэгийн халдвар тархалтын түвшин, хөдлөлийг тодорхой хугацаанд судлаж тогтоож, сүрьеэгийн тархалтын хурдцыг бууруулах, сүрьеэтэй тэмцэх ажлын өгөөж, эрэлт хэрэгцээг шинжлэх ухааны үндэстэй дээшлүүлэх;

— сүрьеэтэй өвчтөний нийгмийн асуудлыг тэргүүн эгнээнд тавьж, өвчтөн ганцаардмал байдалд орох, ирээдүйдээ итгэлгүй болох хандлагаас сэргийлэх;

— сүрьеэтэй тэмцэх дээрх хямд хялбар шинэ аргууд сүрьеэ өвчний мөн чанарыг эмнэлгийн төдийгүй, засаг захиргаа, үйлдвэр, аж ахуй, олон нийтийн байгууллага, хувь хүнд эзэмшүүлэн ойлгуулах замаар авах арга хэмжээний цар хүрээ, хүртээмжийг дээшлүүлэх байнгын хөтөлбөр гаргаж хэрэгжүүлэх зорилт тус тус тавьж байна.

Эдгээр хямд, хялбар үр дүн сайтай шинэ аргыг эзэмшин амжилт олж байгаа баримтаас цөөн жишээ дурдвал:

— ЗХУ-д цэр гардаг гэсэн зовууртай хүний 2,5% нь уушгины халдвартай сүрьеэгээр өвдөж байгааг 1978 онд нотлоод (16) уушгины сүрьеэг баттай оношлон, эмнэлэг урьдчилан сэргийлэх арга хэмжээний чанарын хэмжүүр болох үзүүлэлтийг 1979 онд мэдээлжээ (26).

ЗХУ-д хийсэн өөр нэг туршилтаар сүрьеэтэй өвчтөнийг эмнэлэгт 3 сараас илүү хэвтүүлэн эмчилснээр эцсийн үр дүн дээшлэхгүй байна гэж дүгнэжээ (7).

— БНКАУ сүрьеэгийн нян хайх шинжилгээ, амбулаториар хяналттай эмчлэж гурван жилийн турш судлаад сүрьеэ эсэр-

гүүцэх диспансерынхаа тоог 89,9%, хэвтүүлэн эмчлэх орныхоо тоог 74% цөөлжээ (8).

— БНСВУ ханиалгаж, цэр гардаг гэсэн зовууртай хүмүүсийг сонгон шинжлээд, өвчтэй хүмүүсийн амбулаториар хянаж, уушгины халдварт сүрьеэтэй өвчтөний 93,7% эдгэрсэнийг нян судлалын шинжилгээгээр нотлоод, сар хүртэл ханиасаны дараа үзүүлэгсдийн тоог 14% нэмэгдүүлж, зургаан сар хүртэл ханиаж явагсдын тоог 14% бууруулжээ (9).

Дэлхийн 182 улс сүрьеэгээс сэргийлэх тарилга хэрэглэж, анхан ба давтан тарих шууд аргыг ердийн арга болгон давтан вакцинжуулаатад сургуулийн ахлах ангийнхныг нэг удаа хамрах журамд шилжсээр байна (10).

— БНСЧУ сүрьеэгийн идэвхт эмчилгээ, сүрьеэг илрүүлэх идэвхтэй үзлэг, сүрьеэгээс сэргийлэх тарилгын өгөөжийг харьцуулан үнэлж, эмчилгээ нь үлдэх хоёрдоо хавьгүй их өгөөжтэйг нотлож хэтийн төлөв зохиож ажиллаж байна (17).

БНСЧУ-ын хүн амын дунд сүрьеэ тархалтын хурд буурсаныг 1949 оноос хойш 50 жилээр тодорхойлсон энэ хэтийн төлөв, сүрьеэгийн өвчлөлийг багасгахад нийгмийн арга хэмжээ хэрхэн нөлөөлдгийг харуулснаараа онцгой ач холбогдолтой.

— БНХАУ хүн амынхаа 0,1%-ийг судалгаанд хамруулан 100000 хүний уушгины халдварт сүрьеэгийн тархалт 187 (өвчлөл нь 93,5 болно). Өвөр монголын өөртөө засах улсынх нь 60 (өвчлөл нь 30 болно) байгааг 1979 онд тогтоожээ. (11). БНХАУ-д хийсэн судалгааны энэхүү дүгнэлтүүд Ази тивийн 100000 хүн амын уушгины халдвартай түрхэц эерэг сүрьеэгийн 1977 оны түвшинг 110 гэж тогтоосон (12) судалгаа бодит үнэнтэйг харуулж байна.

Дэлхий даяар өргөн хэрэгжүүлж амжилт олж байгаа сүрьеэтэй тэмцэх эмнэлэг, эдийн засгийн өгөөжтэй хямд, хялбар шинэ аргуудын зэрэгцээ үр ашигтай нь батлагдсан боловч хэрэгжүүлэхэд зохимжгүй хоцорсон хэвшмэл, эмнэлэг, эдийн засаг, техникийн ихээхэн нөөц шаарддаг өгөөж бага аргууд байгааг ДЭХБ, ОУСУӨТ-ны нэлтгэл удирдамжид 1964 оноос хойш тусгасаар өдий хүрлээ (1, 2, 3, 4, 5, 6).

Эрүүл хүмүүс өвдөхөөс сэргийлэхэд изоннацидын ашигтайг баталсан судалгаа байгаагийн гадна уг бэлдмэлийн сэргийлэх эмчилгээ өвчлөлийг тал хувь бууруулахыг баталсан судалгаа ч (20) байна.

Энэ аргыг хэрэгжүүлэхийн тулд сорил хэвтгэйруулан тарьж, сорилын дараа гарах урвалын хэмжээг үнэлэхэд алдаа гарган бага юмуу өндөр урвалтай өгснийг нь өвдөх цөөн хүнээс ялгалгүй өвдөх нь байтугай сүрьеэгийн эсрэг дархлаа аяндаа үүсч болох хүнийг эмчилж, өвдөхөөс чь өмнө олон хүнийг эмээр хордуулах төдийгүй өвдсөн үед нь хэрэглэдэг хамгийн хүчтэй бэлдмэл болох изоннацидын нөлөө суларсан байх зэрэг хөгжиж буй төдийгүй хөгжингүй улсад тохиолдох бэрхшээл гардаг учраас изоннацидын сэргийлэх эмчилгээг уушгины халдвартай түрхэц эерэг сүрьеэтэй өвчтөний гэрийнхэн ялангу-

на хүүхдэд хийх нь зохимжтой гэж зөвлөж байна.

Уушгины бага хэлбэрийн сүрьеэгээр өвчдөгсөд болон хялбар өвдөж болох хүмүүсийг илрүүлэхэд гэрлийн шинжилгээний ач холбогдол их юм.

Нэг удаагийн гэрлийн шинжилгээгээр тогтоосон бага хэлбэрийн сүрьеэ гэсэн оношоор болон илэрсэн сүүдрийн байдлаар цаашид эмчлүүлэх шаардлагатай эсэх тухай асуудлаар эмч нарын хоорондын зөрөө 60%-д хүрч, хөндийт сүрьеэ гэсэн оношийн зөрөө 28% байсныг баталсан тулгуур судалгаа ч байна (15).

Ийм судалгаанууд гэрлийн шинжилгээгээр уушгины ямар нэг эмгэг сүүдэргүй байсан хүмүүсээс 2 жилийн дотор уушгины халдвартай түрхэц эерэг сүрьеэгээр өвдсөн хүмүүс бүх өвчлөгсдийн 60%, 2—3 жил тутам гэрэлд харж 10 гаруй жил хяналтад байсан хүн амаас илрэх дээрх хэлбэрийн сүрьеэгээр өвчлөгсдийн тоо буурдаггүй төдийгүй олныг хамарсан флюорографийн шинжилгээгээр уушгины халдвартай түрхэц эерэг сүрьеэгээр өвчлөгсөдийн дөнгөж 12—19% илрүүлж чадаагүйг нотолжээ.

Судалгааны эдгээр дүнг харгалзан бусдад өвчин тараах, өөрөө эндэж мэдэх уушгины халдвартай түрхэц эерэг сүрьеэгээр өвдөгсдийг илрүүлэх нь холбогдолоор бага мөртөө мэргэжилтний ур чадвар, техникийн өндөр түвшин шаардахаас гадна онц шаардлагагүй үед олон хүнийг гэрлийн туяагаар хордуулдаг учир хөгжиж буй төдийгүй өндөр хөгжилтэй улс оронд хүн амаа 2 жил тутам сүрьеэ илрүүлэх идэвхтэй үзлэгт оруулах (рентген шинжилгээгээр бүх нийтийг диспансерчлах) аргыг сүрьеэтэй тэмцэх аргаас хасах зөвлөмжийг дээр дурьдсан илтгэл, удирдамжид дохон заасан юм.

Нийтийн гэрлийн шинжилгээгээр уушгины халдвартай түрхэц эерэг сүрьеэгээр өвчлөгсөдийг олж илрүүлэх нь ач холбогдол багатай, ийм хэлбэрийн сүрьеэгээр өвчдөгсөд нь гэрлийн хоёр шинжилгээний хооронд өвчин олж ханиалгаж, цэр гарах зовуурь хэлж эмнэлэг дамжин явдаг учраас идэвхтэй үзлэгт хамрагдаагүй байна. Гэрлийн шинжилгээгээр илэрсэн сүүдрийн өөрчлөлтийг үнэлэх эмч нарын үнэлгээний зөрөө өндөр байгааг ЗХУ-д олонтаа судлан тогтоож байгаагийн дотор өмнөх гэрлийн шинжилгээгээр уушгиндаа эмгэг өөрчлөлтгүй байсан хүмүүсээс уушгины халдвартай түрхэц эерэг сүрьеэгээр өвчлөгсөдийн 50% нь 5 сарын дотор, 20 гаруй хувь нь 6—9 сарын дотоо өвдсөнийг нотолсон судалгаа байна (22).

Энэхүү судалгааны дүнгээс харахад лийтийн рентген шинжилгээ уушгины халдварт сүрьеэгээр өвчлөгсөдийн 20% орчмыг илрүүлдэг ажээ.

Хөгжиж буй улсуудын мэдээлсэн уушгины халдвартай түрхэц эерэг сүрьеэгийн нас баралт, 5 хүртэлх насны хүүхдийн сүрьеэгийн мөнөнгийн өвчлөлийн түвшин нийт сүрьеэгийн тархалтын түвшинг харуулж чадахгүйг, эмчилагээ, урьдчилан сэргийлэх арга хэмжээний өгөөжийг илэрхийлэх ач холбогдол нь илүү байгаа ажээ.

Илтгэл удирдамжаас үзэхэд изониазид болон сэргийлэх тарилгаар сүрьеэгээс сэргийлэх, нийтийн рентген шинжилгээг хавтгайруулах, бүртгэл тайлангийн буруу ташаа байж болох мэдээгээр ажлаа төлөвлөх, орны тоог хэрэгцээгүй өсгөх аргуудыг хоцорсон, хэвшмэл, эмнэлэг, эдийн засгийн өгөөж багатай аргууд гэж тодорхойсон байна (24, 25).

Хөгжингүй улс орнууд эмнэлэг эдийн засгийнхаа нөөц хүчинд дульдуйдан, эмчилгээг оновчтой зохион байгуулж буй ажлынхаа явцад сүрьеэтэй өвчтөнийг шаардлагагүй удаан хэвтүүлэх, сүрьеэгээс сэргийлэх тарилгыг хавтгайруулан (өвчлөмтгий насныханыг олж) тарих алдаагаа засаар байгаа тул сүүлийн гучаад жил хүн амынхаа дунд сүрьеэгийн тархалтын хурдацыг мэдэгдэхүйц бууруулж чаджээ. (3).

Хөгжингүй улсуудын хэрэглэж байсан сүрьеэтэй тэмцэх эмнэлэг, эдийн засгийн өгөөж багатай хоцорсон, хэвшмэл аргыг даган дууриасан хөгжиж буй зарим улс орон орчиндоо сүрьеэ тараагаад, өөрөө өндөх цорын ганц хэлбэр уушгины халдвартай түрхэц эерэг сүрьеэгээр өвдсэн харьцангуй цөөн өвчтөнийг оновчтой илрүүлэн тууштай эмчлэх, тэдгээртэй нэг дор амьдрагсадын тусгайлан бүртгэж хянах наад захын арга хэмжээ авч чадалгүй, энэ арга хэмжээг хэрэгжүүлж Үр дүнд хүрэх эмнэлэг, эдийн засгийн нөөцөө алддаг гэж бидний иш татаж байгаа баримт бичгүүдэд өгүүлсэн байгааг сүрьеэтэй тэмцэх ажлыг зохион байгуулах нарийн төвөгтэй ажилдаа тусгууштай юм.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. WHO Technical Report Series No 290, 1964.
2. WHO Technical Report Series No 552, 1974.
3. WHO Technical Report Series No 671, 1982.
4. Heinrich Jenfgens, Magdalene Oberheffer, Annik Rouillon, Kakei styblo: Tuberculosis Guide for High Prevalence Countries, Misereor federal Republic of Germany, 1986.
5. Tuberculosis Control a manual on Methodos and Procedures for Infegrated Programmes, Pan American Health Organization USA 1976.
6. Tuberculosis control as an infegral part of the Primary Health care WHO Geneva, 1988
7. N. A. Shmelev at all Collective Studies from the whcle of the Soviet Union on Controlled Chemotherapy of Pulmonary tuberculosis, XXI International Tuberculosis Conference Moscow, July 12—16, 1971. p 22—29.
8. Tuberculosis Control: A Review of recent programmes in Cuba WHO chronicle, 30: 501—505, 1976.
9. Pham Khac Quang: Case-finding: Identification of Sources of Infection and Treatment in the Socialist Republic of Vtetnam, Bulletin UAT Volq 54, No, 3—4 1:7J.p 286—288.

- Bulletin of the IUAT, Vol, 54, No 3—4 p 286 1979.
- Vaccination BCG WHO Technical Report Geneva Series 652. 1982.
 - H.T lin the tuberculosis problem and its control in East Asia and South Pacific area, Bulletin IUAT, vol: 61 1—2 March June 1986 p 28—39.
 - K Styblo and Rouillon Estimated Global Incidence of Smear-Positive Pulmonary Tuberculosis Unreliability of officially reported figures on tuberculosis, Bulletin of the IUAT, vol: 56, No 3—4, September-December 1981 p 118—126.
 - Критери Распространенности Туберкулеза. В. кн: М.С.Двойрин Туберкулез в эру антибиотиков. Киев.стр: 243.
 - Показатель заболеваемость туберкулез в странах малым и большим распространением туберкулеза. В. кн: Г.А. Хоменко Руководство туберкулез органов дыхания. Москва-1981. стр: 44
 - K Toman Tuberculosis case finding and Chemotherapy Questions and Answers WHO 1979.
 - Н. Чулуун. ЗХУ-д сүрьеэгийн өвчлэлийг эрс бууруулах туршилтын түшиц газрын судалгааны дүн (хэвлэлийн тойм). Дорнод. 1980.
 - I. Trefory of all. A model of the Epidemiology of tuberculosis in the Czech Socialist Republico Bulletin of the IUAT vol, 67. No 3—4 Septembert December 1982 p 206—210.
 - A Rouillon Bulletin of the IUAT and LD vol 61 No 1—2 1986.
 - The Epidemiology Tuberculosis: is prevention better than care Netherland Bulletin of the IUAT, vol: 66, No 3—4 p 127—134.
 - Ferebee S. An long term effects of isomniiazid Prophlaxis (Bull un Inf Tuberc, 1976: vol 51, p 1961—1966
 - R. Tomon WHO Chronicle vol: 30 No 2 1976.
 - Е. Б. Мебе. проб туберкулеза. 1984. № 3, стр. 3—4.
 - A Rouillon 75 th year Aniversary Norwegian Health Association Bulletin of the IUAT and LD vol 61, No 1—2, 1986.
 - A Bulla, Туберкулезные больные сколько их в мире сегодня? Хроник ВОЗ. Женев. 1977, Т—31, №11, Стр: 583—591.
 - A Bulla, Туберкулезные коики не слишком ли их много. Хроник, ВОЗ Женев, 1977. Т—31, № 11, Стр:592—598.
- Их эмч Н. Чулуун
Редакцид ирсэн 1989.03.01

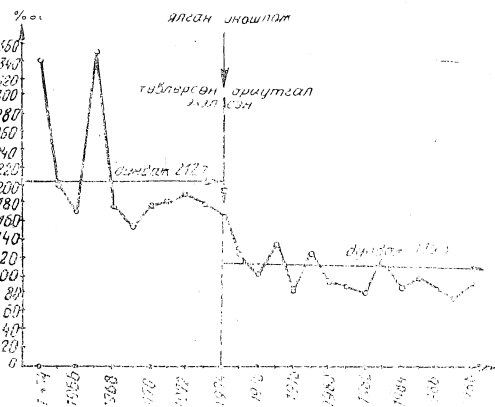
ЭМНЭЛГИЙН ДОТООД ХАЛДВАРЫН ЗАРИМ ШАЛТГААН

Манай улсад 1950 оноос эхлэн Боткины өвчнийг халдварт өвчнийг тоонд оруулж халдварт гепатит гэж нэрлэн бүртгэж, 1953 оноос эмнэлгийн тусгай тасагт хэвтүүлж эмчлэх болсон бөгөөд 1974 оноос уг өвчнийг тархалзүй, эмнэлзүйн байдлыг үндэслэн халдварт гепатит буюу А гепатит, ийдэст гепатит буюу В гепатит гэж ялган оношлож, 1978 оноос А вирусийн гепатит, В вирусийн гепатит гэж тодруулан А, В вирусийн гэж ялгах үндэслэл тодорхойгүй бол вирус гепатит гэж оношлож. тусгаарлан хэвтүүлж эмчилж, халдвар эсэргүүцэх бусад арга хэмжээг авч иржээ (1,3).

Ингэж ялган оношлох болсноор уг өвчнүүдтэй тэмцэх, сэргийлэх арга хэмжээг оновчтой, боловсронгуй болгож өвчлөл, эндэгдэл тодорхой хэмжээгээр буурчээ (1-р зураг)

Зургаас харахад: Ялган оношлохоос өмнөх жилүүдэд (1964—1973 онуудад) гепатитаар жилд дунджаар 10000 хүн тутмаас 212,7 хүн өвдөж байсан бол ялган оношлож, эмнэлгүүдэд төвлөрсөн ариутгал хийж эхэлсний дараах жилүүдэд (1974—1988 онуудад) жилд дунджаар 10000 хүн тутмаас 110,3 хүн өвдөх болсон нь вирус гепатитын өвчлөл ялган оношлохын өмнөх жиүүдийнхээс 1,9 дахин буурчээ.

Гэвч вирус гепатитын өвчлөл, В гепатитын эзлэх хувийн жин сүүлийн арван жилд Улаанбаатар хотод тууштай буурахгүй байна. (1-р хүснэгт).



Гепатитын ялган оношлохын өмнөх, дараах жилүүдэд Улаанбаатар хотын хүн амын гепатитын өвчлөлийн байдал (1000 хүн амд харьцуулсан үзүүлэлтээр)

Улаанбаатар хотод сүүлийн таван жилд (1984—1988 онуудад) гарсан нийт В гепатитын 60,9% нь эмнэлгийн холбогдолтой, 5% нь гэрээр тариа, эмчилгээ хийсэнээс халдвар авч өвчилсөн, 34,0% нь халдвар авсан шалтгаан тодорхойгүй байв.

Улаанбаатар хот дахь эмнэлгийн холбогдолтой В гепатитын нийт өвчлөлийн 46,2% нь Сүхбаатар, Октябрь, Ажилчин,

А, В Гепатитуудын эзлэх хувийн жин
(сүүлийн 10 жилээр)

Ялгах онош	Онууд										Арван жилийн дундаж (хувиар)
	1979	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	
А гепатит	74,9	58,7	62,0	57,7	67,4	56,8	73,3	76,5	74,7	78,4	68,0 %
В гепатит	25,1	41,3	38,0	42,3	32,6	43,2	26,7	23,5	25,3	21,6	32,0 %

Найрамдын районы хүүхдийн нэгдсэн эмнэлгүүд, Эх нялхсын эрүүл мэндийг хамгаалах эрдэм шинжилгээний нэгдсэн төвийн холбогдолтой, 6,8% нь I, II, III амаржих газруудын холбогдолтой байна.

Энэ нь эмнэлгүүдийн халдвар хамгааллын дэглэм, ялангуяа хүүхдийн эмнэлгүүдийн үйлчилгээний ариун цэвэр, эмнэлгийн дотоод халдвараас сэргийлэх дэглэм, зүү шприцийн угаагаа ариутгалын чанар хангалтгүй байгааг гэрчлэх үзүүлэлт мөн.

Энэ талаар Эх хүүхдийн эрүүл мэндийг хамгаалах эрдэм шинжилгээний нэгдсэн төв, районы хүүхдийн нэгдсэн эмнэлгүүд, II амаржих газрын төвлөрсөн ариутгалын зүү шприц, багаж хэрэгслийн угаагаа, ариутгалын чанарт 1989 оны I, II сард хотын Ариун цэвэр халдвар судлалын станцаас хийсэн шинжилгээгээр сорилд орсон нийт шприцийн 18,9 хувь нь, зүүний 75,7 хувь нь, багажийн 26,6 хувь нь бохирдолтой (цус, ийлдэс бүрэн цэвэрлэгдээгүй) байлаа.

— Мөн ариун багаж хэрэгсэл, зүү шприцийг ариутгалаас хүлээж авсан зарим сувилалч, эмч, ажилтан нар вирусийн халдвараас бүрэн хамгаалж чадах дэглэмийн хэмжээнд хүрч, чадаагүй байгаа нь ариун цэврийн нян судлалын шинжилгээгээр эмнэлгийн багаж хэрэгслээс 1987 онд 10—35 хувьд нь, 1988 онд 22,9 хувьд нь, 1988 онд 22,9 хувьд нь бохирдол тодорхойлогч нян илэрснээр батлагдаж байна.

Гэвч эмнэлэг үйлчилгээний ариун цэвэр, халдвар хамгааллын дэглэм зөрчигдөхөд хүргэж байгаа гол шалтгаан нөлөөлөх хүчин зүйл нь хүйтэн сэрүүний улиралд томуу, томуу төст өвчин, дулааны улиралд ходоод гэдэсний хямрал, суулгат өвчин үе үе ихэсдгээс хүүхдийн эмнэлгүүдийн орны нягтрал аль ч улиралд их, хэвтэн эмчлүүлэгчид, хүүхэд, сахиурын тоо нь үйлчилж байгаа орноосоо хүүхдийн эмнэлэгт гэхэд өвчлөл ихэссэн саруудад дунджаар 70—190-ээр нэмэгддэгээс нэг эмч, сувилалч, ас-

рагчид, ногдох өвчтөн, сахиурын тоо олширч, эмчилгээ үйлчилгээний чанар, халдвар хамгааллын дэглэмд муугаар нөлөөлөөд зогсохгүй, ажиллах хүч, шприц зүүний хүрэлцээ эргэлтэд хүртэл ихээхэн бэрхшээл учруулж байгаа явдал юм.

Тухайлбал: 1988 онд Октябрийн районы хүүхдийн нэгдсэн эмнэлэг 2025, Найрамдалын районы хүүхдийн нэгдсэн эмнэлэг 2000 шприц зүү, хотын нийт эмнэлэг, амаржих газруудын хэмжээгээр 42,400 гаруй шприц зүү байвал зохих тооноосоо дутуу байжээ.

Өнгөрсөн таван жилд В гепатитаар өвчилсөн нийт хүмүүсийн 34,0 хувь халдвар авсан шалтгаан тодорхойгүй гэж судалгаа тайланд бүртгэгдсэн нь бидний дээр өгүүлснээр В гепатитын халдвар параэнтраль биш замаар; гэр ахуйн нөхцөлд гардаг, арьс салстын шарх шалбархай. В вирус хадгалагч эхээс төрсөн хүүхдийн биемахбодын эсэргүүцэл суларсан үедээ өвчилсэн байж болох талтай юм.

Мөн гэрээр тариа хийснээс авсан халдвар өвчлөл таван жилд өвчилсөн нийт тохиолдлын 5,0 хувийн цаана 300 гаруй хүн байгаа юм. Энэ нь манай хөдөлмөрчдийн дунд гэр орноороо дур мэдэн янз бүрийн тариаг айлаас айл дамжсан зүү шприцийг гөрийн нөхцөлд цөөн минут буцаалгаж, тариа хийж чадах, чадахгүй хүн хийдгээс болж байна.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. Т. Гомбосүрэн — Халдварт гепатитын эпидемиологи, урьдчилан сэргийлэх зарим асуудал Улаанбаатар—1969 он.

2. С. Н. Соринсон — Вирусные гепатиты. Ленинград 1987 г.

3. А. Дамдинсүрэн, — Вирусийн гепатит Г. Жамба, Н. А. Блатов, В. Ф. Попов

Улаанбаатар, 1986 он.

БОЛЗОШГУЙ ХАЛДВАРААС СЭРГИЙЛБЭ

Эрүүл ахуй халдвар нян судлалын улсын институт, Улсын ариун цэвэр гэгээрлийн ордон, хотын Ариун цэвэр халдвар судлалын станц, Эмнэлгийн хэвлэлийн нэгдсэн редакциас хамтран энэ оны хоёрдугаар сарын эхний хагаст нийслэлийн Ажилчин,

Найрамдал, Октябрийн районы хүүхдийн нэгдсэн эмнэлэг, Гэмтэл согогийн эмнэлэг, Стоматологийн төв, БЦХШ-ний институт, ЭХЭМХЭШУНТ зэрэг газруудад ЭХЯ-ны сайдын эмнэлгийн дотоод халдвартай (ЭДХ) тэмцэх арга хэмжээний тухай 1982

оны 162, эмнэлгийн дотоод халдвар (ЭДХ)-тай тэмцэх ажлыг эрчимжүүлэх тухай 1986 оны 101, ДХХ-тэй тэмцэх, сэргийлэх арга хэмжээний тухай 1987 оны А/166 дугаар тушаал, заавруудын заалтын биелэлтийг шалгав.

Үзэлт хамрагдсан эмнэлгүүд ЭДХ-тэй тэмцэх ажлын төлөвлөгөөг гарган мөрдөж, комиссууд халдвар судлагч эмч нарын оролцоотойгоор дотоодын хяналт, шалгалт хийж тушаал, зааврыг хэрхэн хэрэгжүүлэх талаар хичээл зааж, семинар, ярилцлага зохиож, дотоод халдвараас сэргийлэх ажлыг эмч, ажилчдын социалист уралдааны нэг үзүүлэлт болгон тооцдог болсон зэрэг ажил хийж байна.

Гэвч ЭДХ-аас сэргийлэх ажлын Үр дүнг тооцох, энэ ажлыг хариуцдаг эмнэлэг эрхэлсэн орлогч нар байнга идэвхтэй ажиллахгүй, угаалга, ариутгалын чанарт тавих өдөр тутмын хяналтад ашигладаг сорилын бодисууд дутагдалтай, зүү шприц, мөс засал, эх барих эмэгтэйчүүдийн үзлэгийн багаж дутмаг байна. Өвчтөний санал сэтгэгдэл судлах таван асуулт бүхий хуудсыг дөрвөн эмнэлгийн сахиур эцэг, эхэд өгч судлахад 77,1%-д нь эмнэлэг үйлчилгээний ажлын чанарыг хангалттай, үлдэх 22,9%-д хангалтгүй гэж дүнэжээ. Асуултад хариулагсдын 38,6% нь сувилагч нар тариа хийхийн өмнө гараа угаадаг, 63,2% угаадаггүй, 75% нь өвчтөний дэргэд эмээ соруулж тарьдаг, 24,6% нь урьдчилан бэлтгэж ирээд тарьдаг, 3,6% нь зүү солиод тарьдаг, 96,4% нь зохих журмаар тарьдаг, 10,6% нь урьдчилан ямар нэг шинжилгээ хийлгүй эцэг эх, төрөл сөрөгсөдөөс цусыг шууд авч хийдэг гэж хариулт өгсөн нь халдвар хамгааллын дэглэмийг нэлээд зөрчиж байгааг харуулах баримт мөн.

ЭХЭМХЭШУНТ, II амаржих газарт мөс заслын дараах хүндрэл, үжил халдвар цөөн боловч гарсан нь халдвар хамгааллын дэглэмийг зөрчсөн, мөс заслын өөдөл тавих зүү дутагдалтай (10 байхаас 3 байгаа), умайн хүзүү шалгагч, цэвэрлэгээний (куретка) багаж ганц байгаа нь өвчлөл гарч болох нэг шалтгаан юм.

1989 он гарсаар **ЭХЭМХЭШУН** төвд нярайн эмч нар хоёр өвчтөнд «Үжил халдвар» гэсэн онош тавьсан, боловч үүсгэгчийн серогрупп, фаг хүрээг тодорхойлох, антибиотикт мэдрэг чанарын шинжилгээ хийгээгүйгээс эмчилгээ олгогтой үр дүн өгөөгүйн нэг нөхцөл болжээ.

Мэдрэлийн тасаг (эрхлэгч нь Д. Рачаа) сүүний газрын ариутгасан сүүг сахиуруудын аяга, саванд юулж, тэд дуртай үедээ бүлээсгэн хүүхэддээ өгч байхад зохих арга хэмжээ аваагүй байна.

Хамар, хоолойн тасаг (эрхлэгч нь Б. Надмид), мөс заслын тасаг (эрхлэгч нь А. Сосорбарам)-уудад хамрын толь, чихний зүү, хаймсуур, мөс заслын иж бүрдэл багаж, интубацийн хоолой, гуурс дутмаг байгаа нь ЭДХ үүсэх нөхцөл бүрдүүлж болох юм.

Мөн уушгины II тасагт 1988 онд ЭДХ гурван удаа гарсан байхад одоо хүртэл

халдварын эх үүсвэр, дамжсан замын талаар эрхлэгч нь мэдэхгүй байв.

Тус төвд одоогийн байдлаар эхийн даавуу хүрэлцээгүй, угаалга цэвэрлэгээний комбинатад угаасан даавуу эзэндээ нойтон ирдэг, цэвэрлэгээний материал олдохгүй байхад санхүү, аж ахуй эрхэлсэн орлогч (Ш. Мангалжав) анх барилга ашиглалтад хүлээж авахад хүчин чадал хүрэлцээгүй байсан гэж тайлбарлаж байв.

Мөн Стоматологийн төв өдөр бүр хэрэглэдэг 24 иж бүрдэл багаж байх ёстойгоос 18-ыг хэрэглэж, толь, боор машины хошуу хүрэлцээгүй, мөс заслын эмч олон удаа хэрэглэх шприцний зүүг дахин хэрэглэн зүү «хэмнэж» байгаа зэрэг зөрчил нь өрүү нүүрний эмчилгээ, шинжилгээний явцад ЭДХ гарах боломж бүрдүүлэх төдийгүй эмчлүүлж байгаа хүмүүсээс вируст гепатитаар өвчилсөн эсэхийг эмч нар асууж, зүү шприц, багажаа тусгаарладаггүй зөрчлийг арилгах талаар ерөнхий эмч (Ч. Цэрэндулам) ажил зохиогоогүй байна.

Өндөгийн цусны шинжилгээ хэрхэн хийж байгааг үзэхэд лаборант бүр шинжилгээ өгөх хүнд хүрэхүйц хүнхэр шил, УЭТХ-ын дусаагуур, өндөг доологч дутмагаас хагас дутуу угааж ариутган хэрэглэдэг байна. Жишээ нь: Стоматологийн төв, Найрамдал районы хүүхдийн нэгдсэн эмнэлэгт хүнхэр шил тус бүр 2—3 ширхэг байна. Дээрх эмнэлгүүд нян судлалын шинжилгээний оношийн төдийгүй хяналтын ач холбогдлыг дутуу үнэлж байна. Энэ талаар Стоматологийн поликлиник (Ч. Цэрэндулам), ОРХНЭ (Б. Баарай), ЭХЭМХЭШУНТ (Х. Энхжаргал), Д. Баттогтох), БЦУН институт (Ч. Шарав), Гэмтэл сөргөлийн эмнэлэг (Г. Дагва) газрууд арчдас, ариун материал, нян тээгч, агаарын шинжилгээ хийж өгсөн дүгнэлтийн мөрөөр зөрчил арилгах тодорхой арга хэмжээ аваагүй байна. Мөн эмнэлгүүдийн дэргэдэх эмийн сангуудад бэлтгэсэн цус орлох шингэн, БЦУШ институтээс хийсэн цус. сийвэнг 200,0—400,0-аар савлан гаргадгаас өвчтөнд дамжуулан хэрэглэдэг зөрчил давтагдсаар байна.

Үзэлт хамрагдсан эмнэлэг, төрөх газар, цусны станц, стоматологийн төвд эмнэлэг үйлчилгээний багаж, шприц, зүүний хангамж үйлчлүүлж байгаа хүрээний хүн амд хүрэлцээгүй байна. ЭХЯ-ны сайддын 1976 оны «Шприцын норм, хорогдол батлах тухай» 90 дүгээр тушаалын заалтын дагуу тооцож үзэхэд дээрх найман байгууллагад шприцний хангамж дунджаар 25,6% байлаа.

Үзлэгийн явцад эмнэлгүүдийн орны ачаалал хэтрээгүй байсан боловч шприц, багажийн хүрэлцээ муу учир дахин дахин угааж ариутгадагаас ариутгалын тасгууд бүгд хоёр ээлжээр ажиллаж, автоклав, хатаах шүүгээг тасралтгүй ажиллуулж байлаа.

Байгаа зүү, шприц, багажаа өдөрт 1—2 удаа ариутгадагаас чанар нь муудах, харах зэргээр байнга хорогдож цөөрсөөр байна.

Эмнэлгүүдэд нэг өвчтөнд хоногт 4—9,7 буюу дунджаар 7,2 тариа хийж байгаа нь арьс салст гэмтээх тоог олшруулж,

нэгэнт хүрэлдэхгүй байгаа шприц зүүний хэрэгцээг улам нэмэгдүүлэх шалтгаан болж байна.

Эмнэлгүүдийн ариутгалын тасагт ашиглаж байгаа автоклав, хатаах шүүгээг байнга ажиллуулж байгаа нь уг төхөөрөмжүүдийн хэвийн ажиллагаанд муугаар нөлөөлж байна. Үзлэгт хамрагдсан байгууллагуудад автоклав, хатаах шүүгээ бүгд 19 байгаа боловч 52,7 хувь нь эвдэрсэн буюу ямар нэг хэмжээгээр хэвийн ажиллах боломжгүй байна. Эвдэрсэн эд анги нь хатаах шүүгээний хаалганы жийргэвч (резин), термометр, хатаагч шүүгээ, автоклавын халаагч ороомог зэрэг засаж залж болмоор зүйл ч байна. Үүний зэрэгцээ ажиллаж байгаа төхөөрөмж, үйлчилгээнд хэрэглэж байгаа зүү шприц, багажийг бүрэн угааж, ариутгаж хэрэглэх явдал туйлын хангалтгүй, түүнд тавих хяналт ч учир дутагдалтай байна.

Ариутгалын чанарт амидопириний сорил тавихад Октябрийн районы хүүхдийн нэгдсэн эмнэлэгт 28 шприцийн (27) 96,4 хувь, 52 зүүний (22) 42,3 хувь, Ажилчны районы хүүхдийн нэгдсэн эмнэлгийн 12 шприцийн (5) 41,6 хувь, 35 зүү бүгд, Гэмтэл согогийн эмнэлгийн 38 шприцийн (35) 92,1 хувь, 47 зүү (47) 100 хувь; ЭХЭМХЭШУНТ-ийн 80 шприцийн (42) 52,5 хувь, 118 зүү бүгд эерэг үзүүлэлт өглөө. Энэ нь бидний сэтгэлийг түгшээх ноцтой дутагдал мөн.

ББЦУШ-ний институтын доонорын цус авдаг 23 зүүнээс (14) 60,8 хувь, Эх нялхсын төвийн эх барихын зарим багажинд дээрх сорил илэрч байлаа.

Үзлэгийн явцад найман байгууллагад 213 шприц, 367 зүү, 15 багажинд цусны үлдэгдэл байгаа эсэхийг сорил тавьж үзэхэд шприцийн 60 хувь, зүүний 75,7 хувь, багажийн 26,6 хувь эерэг үзүүлэлттэй байв.

Эмнэлгүүдийн төвлөрсөн ариутгалын тасагт ариутгалын мэргэжлийн курст суралцсан хүмүүс ажиллаж байгаа ч тэдний ажлын чанар хангалтгүй байна. Зүү, багажаа бүрэн угаахгүй, автоклав тавьсан сорилын бодис бүрэн хайлаагүй, автоклавын ажлын журнал бүрэн хөтөлдөггүй тасгуудад угаасан болон өөрсдийн угааж ариутгасан зүйлийн чанарыг шалгадаггүй дутагдал түгээмэл байна.

Эх нялхсын төвийн төвлөрсөн ариутгалын тасгаас шприц зүүг 1988 онд дөнгөж 9 удаа, 1989 он гарсаар хоёр удаа шалгаж 275 шприц, 419 зүүнд өөрсдөө сорил тавихад нэг ч эерэг байдал илрээгүй, II амаржих газар, Гэмтэл согогийн эмнэлэг, Октябрийн районы хүүхдийн нэгдсэн эмнэлэгт сорил тавьсан бүртгэл байсангүй.

Эрүүл ахуй халдвар нян судлалын улсын институт, хот, районы АЦХС-ын стандаас 1989 онд дээрх бүх байгууллагад тус бүр нэг удаа хими, нян судлалын лабораторийн шинжилгээтэй хяналт хийж, дээрх дутагдлуудыг илрүүлж зохих заавар өгсөн

боловч уг шаардлагыг хэрэгжүүлэх арга хэмжээг нэгж байгууллага одоо хүртэл аваагүй байна.

ДҮГНЭЛТ: 1. Эмнэлгийн дотоод халдвар хамгааллын дэглэм сахих явдал хангалтгүй байна.

2. Цус сийвэн, шингэн хийх, төрөл бүрийн мэс ажилбарын замаар вирус гепатит В, ДХХ өвчин дамжин тарх бүрэн боломжтой байна.

Эмнэлэг үйлчилгээний ажилд хойшид анхаарууштай зарим зүйлийг санал болгоход: 1. ЭХЯ-ны сайдын 1982 оны 162, 1986 оны 101, 1987 оны А/166 тушаалаар баталсан зааврын дагуу ЭДХ-ын дэглэм хэр сахиж байгаад үе үе аттестатчилга явуулах;

2. Клиникийн лабораторт хэрэглэх хүнхэр шил, өндөг доологчийг хүрэлдэхүйц хэмжээгээр захиалан авах буюу боломж ашиглан хийх;

3. Мэс засал, эх барих эмэгтэйчүүд, чих, хамар хоолой, шүд, эрүү нүүрний зэрэг төрөл бүрийн мэс ажилбарын багаж, боор машины зүүний тооцоог эмнэлэг бүрээр нарийвчлан хийж, хангах арга хэмжээ авах;

4. ЭДХ-ын холбогдолтой нян судлалын шинжилгээний дүнг эмнэлэг үйлчилгээний байгууллага бүр бүтээлчээр ашиглах;

5. Ариутгалын бодис (хлорамин, хлораминыг орлох дихлор, хлордан)-ын захиалах хэмжээг нэмэгдүүлж, тухай бүр илрүүлж байх.

6. Эмнэлэг, урьдчилан сэргийлэх байгууллагуудын зүү, шприцийн хангамжийг нэмэгдүүлэх, сэхээн амьдруулах эрчимт амчлал, мэс заслын практикт нэг удаагийн шприц хэрэглэх бололцоог бүрдүүлэх,

7. Зүү, шприц, багажийн угаалга, ариутгал, түүний чанарт тавих хяналтыг Улсын ариун цэврийн ерөнхий байцаагчийн 1983 оны 04 тоот тушаалын заалтын дагуу хэрэгжүүлэх;

8. Эмнэлгүүдэд ашиглахгүй байгаа автоклав, хатаах шүүгээний засвар, сэлбэгийг захиалах боломжтой засварыг яаравчлан хийх.

9. Аймаг, хот, районы АЦХС-ын станц, комиссоос 7—14 хоног тутам ариутгасан зүү, шприц, багажинд түүвэр аргаар сорил тавьж шалгаж байх; Сорил тавих бодисын захиалгыг нэмэгдүүлэх.

10. Тарих тоог цөөлөх талаар клиникийн эмнэлгүүд анагаах ухааны эрдэм шинжилгээний байгууллагууд хамтран туршилт, судалгааны ажил явуулах;

11. Эрүүлийг хамгаалах яам. Улсын эмлангамж үйлдвэрлэлийн байгууллага хамтран улсын хэмжээний эмнэлгийн багаж, хэрэгслийн үзэсгэлэн худалдаа явуулан худалдаа солилцоо, тэгшитгэлийн ажил ойрын үед хийх шаардлагатай байна.

Манай сурвалжлагч

Д. Батсүх, Н. Мэндбаяр

ХҮҮХДИЙН СУУЛГАХ ӨВЧНИЙ ҮЕД ШИНГЭН УУЛГАЖ ЭМЧИЛСЭН НЬ

Анагаах ухааны дээд сургууль
Сүхбаатарын районы хүүхдийн нэгдсэн эмнэлэг

Бага насны хүүхдийн суулгах өвчний эмчилгээ нэлээд шийдвэрлэгдсэн боловч давс, чихрийн уусмал уулгаж эмчлэх зэрэг шийдээгүй асуудал ч байсаар байна.

Гэдэсний цочмог суулгах өвчнүүдийн үед хүүхдийн бие махбод амин чухал давс, усаа алдах нь үхлийн шууд шалтгаан болдог. Энэ үеийн эмчилгээний чухал хэсэг нь шингэн нөхөх арга юм. Бага насны хүүхдэд шингэн судсаар сэлбэж, ус, эрдэс бодисын тэнцвэрийг харьцангуй тогтвортой болгодог авч заримдаа хүндрэл гардаг. Сүүлийн үед энгийн, хямд төсөр арга болох шингэн уулгаж нөхөх аргыг өргөн хэрэглэх болов. Энэ аргыг гэдэсний цочмог өвчин хөнгөн, дунд зэрэг хүндэрсэн үед хэрэглэх нь илүү үр дүнтэйгээс гадна эмнэлэгт төдийгүй өвчтөнийг эмнэлэгт хүргэх замд болон гэрийн нөхцөлд хэрэглэж болно. ДЭХБ-ын экспертүүдээс 1977 онд уулгах шингэний хамгийн тохиромжтой найрлагыг судалж гаргасан билээ. Үүнд:

Хлорт натри—3,5 г, сод—2,5 г, хлорт кали—1,5 г, глюкоз—20 г, буцалсан ус 1 л тус тус ордог.

ДЭХБ-ын мэдээлснээр суулгах өвчний үед давс, чихрийн уусмалыг уулгахад хэвтэж эмчлүүлэгчдийн тоог 56%, эндэгдлийг 41% бууруулжээ. Энэ арга нь судсаар хэрэглэдэг үнэтэй шингэнийг 10—20 дахин хэмнэж, эмчилгээний үнэ дунджаар 30—70% буурч, судсаар шингэн нөхөх үед гарах халуурах, судас бөглөрөх, венийн судас хагарах зэрэг хүндрэл гардаггүй. Давс, чихрийн уусмалыг уулгахад алдсан шингэнийг нөхөхөөс гадна бодисын солилцоог хэвийн болгож, хоолны дуршлыг сайжруулж, өвчтэй хүүхдийн биеийн жинг хурдан нэмэгдүүлдэг. БНМАУ-ын ЭХЯ, НҮБ-ын хүүхдийн төлөө фондын хамтын ажиллагааны дагуу 1986 оноос Улаанбаатар хотын Сүхбаатарын районы хүүхдийн нэгдсэн эмнэлгийн амбулаторт суулгах өвчтэй хүүхдэд шингэн уулгах өдрийн эмчилгээний төв байгуулан ажиллаж байна. Тэгээд өвчтэй хүүхэд, сахиур эх, эцэг байх тусгай өрөө гарган төхөөрөмжлөв. Уг өрөөнд: хүүхдийн ор 5, хүүхэд өлгийдөх, шингэн уулгах ширээ 2, хуваарт шилэн сав 2, халуун сав 2, хүүхдийн даавуу (жинг хэмжиж тавьсан 80, хүүхдийн жинлүүр 1, цаг, эмийн шүүгээ, шаардлагатай эм, давс, чихрийн хуурай бэлдмэл (хоросол) эсвэл эмийн санд хэрэгцээний хэмжээгээр бэлтгэсэн давс, чихрийн уусмал, цагаан хэрэглэл зэргийн бий болгосон. Эмчилгээний хугацаанд гурваас доошгүй удаа өвчтэй хүүхэд, болон сахиур, эцэг эхийн өтгөнд нян судлалын шинжилгээ хийж байв. Шингэн уулгах эмчилгээг хоёр үе шаттай хийв.

Эхний үед суулгаж эхэлснээс хойш давс, усны алдагдлыг нөхөхийн тулд шингэн уулгана. Алдагдсан шингэнийг 4—6 цагт нөхнө.

Хоёрдугаар үед. Хүүхэд суулгах нь зогсож, ус давсны тэнцвэр тогтвортой болтол шингэн уулгана. Ус, давс суулгах үед, түүнчлэн хүүхдийн биед шингэнийг нөхөхөд чиглэгдэнэ.

Эхний үед өгөх ус, давсны уусмалын хэмжээг хүүхдийн нас, биеийн жин, ус алдсан байдал зэргийг харгалзан тогтооно. Бид суулгах өвчний үед амаар шингэн нөхөхөд чиглэсэн ЗХУ-д хэрэглэж байгаа хүснэгтийг ашиглав.

Эмчлүүлсэн үеийн хүүхдийн жин	Нас	Шингэн алдалтын зэрэг	
		I зэрэг хэрэглэх шингэн мл-ээр	II зэрэг хэрэглэх шингэн мл-ээр
3—4 кг	1—2 сар	120—200	300—400
5—6 кг	3—4 сар	200—300	500—600
7—8 кг	6—9 сар	300—400	700—800
9—10 кг	1—2 нас	400—500	900—1000
11—12 кг	2—3 нас	450—600	1000—1100

Хүүхэд ирмэгц найруулсан бүлээн хоросоо бусад давс, чихрийн бэлдмэл 3—5 минут тутамд цайны халбагаар 2—3 удаа өгнө. Бид Италийн «Шерера» фирмийн үйлдвэрлэсэн давс чихрийн хуурай бэлдмэл глюкоз 20,0, хлорт натри 3,5, цитрат натри 2,9, хлорт кали 1,5-ийг нэг литр буцалсан усанд найруулж дээрх хэмжээгээр өгч байв.

Хүүхдийг эмчилгээний төвд 4—6 цаг байлгаж хэсгийн эмчийн хяналтад шилжүүлнэ. Цэгт эмчлүүлж байгаа хүүхдийн биеийн байдал, авсан арга хэмжээг харуулсан хяналтын хуудас хөтлөж, эмчилгээний цэцэг хүүхэд асарч байгаа хүмүүст давс, чихрийн уусмал бэлтгэх, хэрэглэх арга хойшид зөв хоолох талаар зөвлөж байлаа.

1987 оны зун тус төвд олон арван өвчтөн эмчилснээс 40 хүүхдийг ажиглаж судалсан билээ. Ажиглалтаас үзэхэд эдгээр өвчтөний 40% нь нэг хүртэлх насны, 60% нь 1—3 хүртэлх насны хүүхэд байв. Тус төвд өвчнийхөө эхний хоногт 7,5% нь, 2—7 дахь хоногт 80%, 8-аас дээш хоногт 12,5% нь ирсэн байна. Г.И. Диенко, В.С. Буркин нарын судалгаанд өвчний эхний өдөр өвчтөний 40% нь амаар шингэн нөхөх төвд ирж байжээ. (1988 он) Бидний ажиглалтаар эмчлүүлэгчдийн 92,5% нь гэрээр элдэв эм хэрэглэж байсан бөгөөд тэдний 23% нь үндсэн өвчтэй, 37,5% нь хавсарсан өвчтэй байв. Өвчтөний биеийн байдлыг ДЭХБ-аас гаргасан «Шингэн алдалтын оношлол» хүснэгтээр тогтоов. Ажиглалтад байсан хүүхдийн 7 (17,5%) нь хөнгөн, 29 (72,5%) нь хүндэтэр,» (10%) нь хүнд хэлбэрийн хордлогод орсон байв.

Эцэг эхийн ярианаас хүүхдийн 23 (57,5%) нь өдөрт 4—5 удаа, 17 (42,5%) нь өдөрт 12 удаа хүртэл усархаг, шар өнгөтэй, заримдаа залуугтай суулгаж, 18 (45%) дахин дахин бөөлжиж байв. Ихэнх (68%) хүүхэд өвчний эхний үед халуурч байсан. Шингэн нөхөх цэгт хүүхдийн 9 (22,5%) халуунтай, тэдний 28 (70%) биеийн жингээ 5—6%, 4 (10%) нь 6—10%-иар алджээ.

Эмчилгээний үр дүнд. 17 (42,5%) нь эхний гурван хоногт, 12 (30%) нь дөрвөөс тав хоногт өтгөн нь хэвийн болж, бусад 11 (27,5%) нь хэвтэж эмчлүүлсэн байна.

Уг судалгаанаас үзэхэд ихэнх хүүхэд хэт хожуу (92,5%) ирж, байгаагаас гадна, гэрээр (92,5%) янз бүрийн эм (ялангуяа антибиотик) хэрэглэх, үндсэн болон (23%), хавсарсан өвчтэй (37,5%) байгаа нь эмчилгээний үр дүнд нөлөөлж байв.

Дүгнэлт. Суулгах өвчтэй хүүхдэд шингэн уулгах өдрийн эмчилгээний төв байгуулан ажиллах нь аймаг, хот, хөдөөд боломжтой бөгөөд ялангуяа хөнгөн, хүндэтэр хэлбэрийн үед онцгой ач тустай. Эдгээр хэлбэрийн үед 72,5%-ийн үр дүн өгч байв. (Г.И. Диенко, В.С. Буркин нарын судалгаагаар 83%-ийн үр дүнтэй байв). Өвчин эхэлмэгц цаг тухайд нь давс, чихрийн уусмалыг зөв хэрэглэвэл ус, эрдэс давсны алдалдал даруй засарч, цаашид хүүхдийг хүнд хордлогод орох, эмнэлэгт хэвтэх, судсаар шингэн сэлбэх, хүндрэлээс сэргийлэх боломжтой. Амбу-

латори, гэрийн нөхцөлд суулгах өвчтэй хүүхдэд шингэн уулгах нь эмийн хордлогоос сэргийлэх, зардал хэмнэх, эмнэлэг-эдийн засгийн ач холбогдолтой эмчилгээний оновчтой хэлбэр юм. Өнөөдөр суулгах өвчтэй шингэн алдахын I, II зэрэгтэй өвчтөнг эмнэлэгт эмчлэхэд дунджаар 60—130 төгрөг зарцуулдаг бол шингэн уулгахад дунджаар (хоросол нэг боодол нь 67 мөнгө) нэг өвчтөнд 2—5 төгрөг зарцуулна. Иймээс амбулатори төдийгүй гэрийн нөхцөлд суулгах өвчтэй хүүхдэд шингэн уулгах энэ аргыг дэлгэрүүлэх нь чухал байна.

редакцид ирсэн 1988. 06. 17

ПОЛИКЛИНИКТ МЭС ЗАСАЛ ХИЙЖ БАЙНА

Манай оронд хүн амд үзүүлэх мэс заслын тусламжийн цар хүрээ өргөсөж, хөдөөгийн хүн амд мэргэжлийн тусламж бүрэн үзүүлэх болов.

Харин аймгийн нэгдсэн эмнэлгийн мэс заслын кабинет хагалгаа хийлгэсэн өвчтөнийг боох, хатиг буглааг нээх, төрөл бүрийн шарх эмчлэх, үзлэг хөдөлмөр зохицуулалт, диспансерчлах ажилд голлон анхаарч, кабинетаар үзүүлэх мэс заслын тусламж хоцронгүй байна. Нөгөө талаар Эрүүлийг хамгаалах яамнаас кабинетаар хийх мэс заслын талаар гаргасан шийдвэр, тэр бүр үгүй болохоор мэс заслын кабинетын орон тоо, төсөв, үзүүлж байгаа тусламжийн төрөл хэлбэр 20—30 жилийн өмнөхөөс төдий л өөрчлөгдсөнгүй.

Хэнтий аймгийн нэгдсэн эмнэлгийн мэс заслын эмч нар дээрхи байдлыг өөрчилж, поликлиникийн мэс заслын хүрээг өргөтгөх, мэс заслын тасгийн ачааллыг багасгах, төсөв хөрөнгө хэмнэх зорилгоор поликлиникт бүрэн тоногдсон үзлэг хагалгааны палат бий болгож, ивэрхий, шамбарам, ил байгаа төрөл бүрийн хавдар авах зэрэг мэс ажилбарыг амбулаториор хийж байна.

Хагалгааны дараа өвчтөнийг өдрийн эмчилгээний өрөөнд хэдэн цаг хэвтүүлж байгаад, шаардлагатай бол машинаар гэрт нь хүргэж өгөх, өөрөө ирж боолгож чадахгүй хүнийг гэрээр нь үйлчилж байна.

Эмчилгээ үйлчилгээг гэрийн нөхцөлд хийх тул өвчтөндөө тохиромжтой, гэр орныхонд нь чирэгдэлгүй, эм, хоолны төсөв зарцуулахгүй учир улсад ашигтайгаас гадна шарх эдгэх нь харьцангуй түргэн, хөдөлмөрийн чадвар алдах хугацааг бууруулах боломжтой зэрэг сайн талууд байна.

Иймээс бид 1989 оноос мэс заслын тусламжийн энэ хэлбэрийг боловсронгуй болгох, зарим мэс заслыг ерөнхий мэдээгүйжүүлгээр хийж, үр дүнг тооцох зорилт тавьж байна.

Ч. Аюуш

МАТЕМАТИК ОНОШЛОЛЫН ТУРШЛАГА

Сүүлийн үед анагаах ухаан, эмчлэн сөргийлэх байгууллагын олон төрлийн мэдээллийг цуглуулах, боловсруулах, хадгалах, эрж хайх, онош, эмчилгээний шийдвэр гаргах ажлыг автоматжуулахад тооцоолон бодох цахим машин (ТБЦМ) ашиглах явдал ихэслээ. Гэвч автоматжуулсан оношлолын систем нэвтрүүлэхэд бэрхшээл нэлээд байна. Энэ нь нэг талаас, эмчлэн сөргийлэх ажлыг өмнөх үеийнхээ туршлага дээр үндэслэхийг эрхэмлэдэг хийгээд, эмч нарын математикийн бэлтгэл дутмаг гэх мэт эмнэлгийн байгууллагын онцлогоос болж нөгөө талаас автомат системд онош тавих явцыг хязгааргүй үргэлжлэх юм шиг санаж, хэрэгжүүлэх боломж, хомс, ассоциатив мэдээллийг ашиглах боломж төгс боловсроогүй гэх мэт ТБЦМ-тай холбоотой шалтгаанаар зарим бэрхшээл гардаг.

Үүний зэрэгцээ уламжлалт оношгүйн арга нь эмчийн сэтгэхүйн онцлогтой уялдаан хэд хэдэн доголдолтой байдаг. Тухайлбал, юуны түрүүнд эмчийн санаанд элдэв таамаглал орж ирдэг учир түүнийгээ батлах шинж тэмдэгт илүү анхаарах буюу олон өвчний үеийн нийлэг шинж тэмдгийг дутуу үнэлэх талтай.

Хэрэв ТБЦ системийг нэвтрүүлбэл эмнэлгийн тусламжийн чанар, үр нөлөөг дээшлүүлэх, эмнэлгийн ажилтанд мэдээлэл хүргэх, уг мэдээлэлээ хадгалах, сургалтыг эрчимжүүлэх зэрэг асуудлыг шийдвэрлэх өргөн боломж нээгдэх юм. Туршилтаас үзэхэд эмчийн мэргэжлийн үйл ажиллагааг алгоритмжүүлэх нь түүний хөдөлмөрийн бүтээмжийг дээшлүүлэх ихээхэн боломжийг нээж өгдөг.

Тодорхой асуудал шийдвэрлэх зориулалттай эмнэлгийн автоматчилсан системд хэд хэдэн өвөрмөц шаардлага тавьдаг. Үүнд: тухайн зовуурь шаналгаа, шинж тэмдэг, лабораторийн шинжилгээний өөрчлөлт илэрч болох бүх өвчний жагсаалтыг гаргаж, дагалдах өвчнийг харгалзан шийдвэр гаргах их хэмжээний мэдээллийг хуримтлуулж, анагаах ухааны экспертгийн системийг (АУЭС) сургаж чаддаг байх зэрэг болно.

АУЭС-ийг зохион бүтээх, түүний хэд хэдэн элементийг боловсруулахад бэрхшээл тулгарч байгаа ажээ. Тухайлбал, эмч нарын хуримтлуулсан их туршлагыг тооцооны хэлэнд оруулах арга барил, шинж тэмдэг, өвчтөний биеийн байдалын тухай ассоциатив мэдээллийг тооцох, АУЭС-д суурь мэдлэг үүсгэж, мэдлэгийн хийсвэр бүтцийг давуутай ашиглах, туршлагатай эмчийн үйл хөдлөл, сэтгэх арга барилыг АУЭС-д шилжүүлэх зэрэг асуудалтай холбогдсон бэрхшээл байна.

Өнөөгийн байдлаар «КАСНЕТ», «ЭКСПЕРТ», «СИИК», «МИЗИН6», «ПИП», «ИНТЕРНИСТ», «ТЭЙРЭСИАС», «НЕУРОЛОЖИСТ», «ЭМЭРЖИ», «МЭДИКС», «ЭМИЦИН», «ОНКОЦИН» зэрэг АУЭС бүхий машинууд бүтээгээд байна.

Оношлолын алгоритмыг математикийн янз бүрийн арга дээр үндэслэн зохиодог. Сүүлийн жилүүдэд зохиомол оюун ухааны системийг өргөн ашигладаг боллоо. Тэдгээрийн бүрэлдэхүүнд орж байгаа систем, программууд нь үлэмж нарийсч машины үйлдлийн үр дүнг урьдчилан хэлэх боломжгүй болж ирэв. Эмнэлгийн ажилбарыг гүйцэтгэгч системийг ТБЦ машины дөрөвдүгээр үеийн үндсэн дээр бүтээсэн, өндөр мэргэжлийн эмчийг орлох хэмжээнд хүрсэн байх шаардлагатай юм.

Юмсыг танин мэдэх системийг а) тодорхойлсон, б) логикийн, в) магадлалын, г) бүтцийн гэж үндсэн дөрвөн бүлэгт хуваадаг билээ. Оношлолын систем бүтээхэд гол төлөв магадлалын ба логик бүтцийн систем ашиглаж байна. Зарим судлаачид магадлал статистикийн арга дээр үндэслэсэн алгоритмыг ашиглаж байна.

Нэг шинэ чиглэл бол өвчний явц нь дотооддоо тодорхой бус шинэчлэлтэй учраас шийдвэр гаргахын тулд тодорхойгүй, олонлогийн онолыг ашиглаж байгаа явдал юм.

Сүүлийн жилүүдэд эмнэлгийн тусгай мэргэжлээр хэд хэдэн автомат систем зохион бүтээв. Мэдэрлийн өвчний салбарт «НЕЙРОЛОЖИСТ» систем буй боллоо. Тэр нь 1000 шинж тэмдэг ашиглан мэдрэлийн 120 өвчний ялгах онош тавьж байрлалыг тодорхойлж өгч байна. Ялангуяа тархинд цус харвасны дараах тавиланг тогтоох зориулалттай программ их сонирхол татаж байна. Тархи гавлын хүнд гэмтэлтэй өвчтөнд Байесын магадлал (теором) ашиглан 300 шинж тэмдэг дээр үндэслэн 70 хүртэл хувьд тавилан зөв тогтоож өгдөг машин бүтээжээ. Энэ нь ямар ч туршлагатай мэдрэлийн эмчээс давж байна.

Зүрх судасны салбарт зүрхний шигдээс өвчний хүндрэлийг тогтоодог (ИМ) бүтээжээ. Тэр нь шигдээсний хурц үеийн явц төдийгүй эрчимт эмчилгээний үр дүнд хяналт тавьж байна.

Зүрхний 70 гаруй төрөлхийн гажиг өвчнийг оношлох программ бүхий компьютер буй болно.

Байесын магадлал ашиглан уушгины 21 өвчний оношлолын программ боловсруулж, шигдээсний бус шалтгаанаар хүчтэй өвдөхийн хам шинж бүхий өвчтөнд нарийн мэргэжлийн тусламж үзүүлэх систем бүтээсэн байна.

Ходоод гэдэсний замын эмгэг судлалын салбарт шархлаа өвчний битүүрэх тавиланг тогтоох, хэвлийн хөндийн мэс заслын хурц өвчнүүдийг оношлох, гэдэснээс авсан сорьцын онош тогтоох, бүдүүн гэдэсний 200 орчим өвчнийг оношлох автомат систем зохиогоод байна. Мөн элэг цэсний зам, гепатит өвчний ялгах онош, вируст гепатитыг лабораторийн шинжилгээгээр оношлох машин бүтээжээ. Эдгээр машин элэг цэсний замын өвчнүүдийг 93 хувь хүртэл зөв оношлож байна.

Арьсны өвчин судлах практикт хятадын уламжлалт эмнэлгийн аргыг суурь мэдлэгийн шинжүүдтэй харьцуулац, оношлодог систем бүтээжээ.

Үе мөчний салбарт зохион бүтээсэн зарим машин нийт өвчтөний 94 хүртэл хувьд онош зөв тавьж байна.

Бамбай булчирхайн үйл ажиллагааны хямралыг оношлох, эрүү нүүрний гэмтэл, эмийн бодисын хурц хордлого, дээд эрүүний хорт хавдрын үе шатыг оношлох систем бүтээжээ. Урт наслалтын судалгаанд сэтгэл санааны байдлыг дүгнэхэд микроТБЦМ ашиглах гарын авлага боловсруулсан байна. Энэчилэн ойрын ирээдүйд ана-

гаах ухааны бусад салбарт ТБЭ машин өргөнөөр нэвтрүүлэх төлөвтэй байна.

Анагаах ухааны олон салбарын суурь мэдлэг ашиглах үндсэн дээр ажиллаж чаддаг ерөнхий зориулалттай АУЭС зохион бүтээх талаар сүүлийн үед ихээхэн анхаарч байна. Энэ нь нарийн мэргэжлийн олон эмчийг орлож чадах боломжтой машин болох юм.

Манай улсын эрүүлийг хамгаалахын оношлогооны практикт автомат систем нэвтрүүлэх ажлыг өмчлэн сэргийлэх томоохон төв байгууллагуудад эхлэн турших нь зүйтэй юм.

Н. Мөнхтүвшин, Л. Аня, Д. Одонтуяа

редакцид ирсэн 1987. 12. 10

ИОДИНОЛЫН УУСМАЛ САИН АРИУТГАГЧ

Энэ нь иод, поливинилийн спиртын нэгдлүүдээс тогтоно. Бүдэг хөх өнгөтэй өвөрмөц үнэртэй тунгалаг шингэн юм. Бүтэц нь: 0,1% цэвэр иод, 0,3% кали иод, 0,9% поливинилийн спиртийн усан уусмал юм.

НАЙРУУЛАХ: Шил болон паалантай саванд их бага ямар ч хэмжээгээр найруулж болно. Хар хүрэн шилэнд халгалбал тохиромжтой. 9 литр нэрсэн усанд 90 грамм поливинилийн спирт хийж халааж сайн хутгаж 24 цаг байлгана. 1 литр усанд калийн иод 30 грамм, цэвэр иод 10 грамм хийж халааж хутгаад, поливинилийн спиртийн уусмал дээрээ иодын уусмалаа хийж, сайтар зайлна.

Үйлчилгээ: Иодын молекул нь дээд зэргийн ариутгах (халдвар эсэргүүцэх) чадалтай. Поливинилийн спирт нь өндөр молекултай нэгдэл, иодын эд эрхтэн, биеэс ялгаран гарах хугацааг уртасгаснаар иодын үйлчилгээг удаашруулан, эд эсийг цочроох нөлөөг нь багасгана.

Хэрэглэх шаардлага: 1. Чих хамар хоолойн өвчнүүд тухайлбал гүйлсэн булчир-

хайн архаг үрэвсэл, дунд чихний идээт үрэвсэл,

2. Мэс заслын идээт өвчнүүд, ялангуяа тэжээлийн алдагдлаас үүссэн шарх, мөчний хураах судасны өргөсөлтийн шархлаа, химийн бодис болон бусад шингэнд тулсан шархлааг ариутгахад хэрэглэнэ.

Хэрэглэх арга: 3—4 давхар ариутгасан марли уусмалаараа норгож шархан дээр тавина. Тавьсан марли авалгүй иодиолоор чийглэж байна. Шархнаас бусад эрүүл арьсанд нь цинкийн тос түрхэж, боолтыг хоногт 2 удаа солино. Гүйлсэн булчирхайн архаг үрэвслийг хоёр хоногийн зайтай 4—5 удаа угааж цэвэрлэнэ.

Оёдлын материал ариутгах: а) Капрон утас ариутгахдаа утсаа халуун усанд 10 минут угааж хатаагаад иодиолын уусмалд 12 цаг байлгаад нян судлалын шинжилгээ хийнэ. б) торгон буюу даавуун утас ариутгахдаа утсаа халуун усаар савандаж угаан саванг арилтал нь сайтар зайлж хатаана.

Эфирт 12 цаг байлгаж тосыг аваад иодиолын уусмалд 24 цаг байлгаж нян судлалын шинжилгээнд өгнө.

Д. Нинжээ

Л. Эрдэнэчимэг, Я. Дондог, Д. Сэржээ

ЗҮРХНИЙ ЗҮҮН ТОСГУУРЫН ХАВДАР

Улаанбаатар хотын клиникийн төв эмнэлэг
Анагаах ухааны хүрээлэн

Зүрхэн доторх хавдрын клиникийн шинж олон янз бөгөөд тэр бүр тодорхой мэдэгдэхгүй учраас оношлоход хэцүү гэж (М. И. Бережницкий, Ю. Т. Кошик, С. Я. Орант 1980, О. И. Бокалюк, А. И. Макаров 1981) эрдэмтэд тэмдэглэцгээжээ.

Зүрхний хавдар ховор, зөвхөн задлан шинжилгээний материалаас үзэхэд 0,01—0,06% орчим илэрч байсныг (С. И. Земинская, Б. И. Дубчак 1988) нарын зэрэг шинжээч дурджээ.

Зүрхний доторх хавдар нь эндокард, миокард болон зүрхний холбох эдээс үүсдэг гэж (Л. Г. Ефимова, Ю. Н. Беленков, Г. Б. Нью-Тен-Де 1980) бичжээ.

Бид энд зүрхний зүүн тосгуурын дотор байсан хавдар миксомыг өвчтөнийг сэрүүн тунгалаг ахуйд оношлосон тухай мэдээлж байна. Ер нь зүрхний хөндий дотор үүсдэг хавдар нь их төлөв зүүн тосгуурын хананаас зүүгдсэн байдаг бөгөөд зүүн тосгуур-ховдлын нүхийг хучих байдлаар тохиолддог ажээ. Нэгэнт тосгуурын хананаас бэхлэгдэж хөндийд нь чөлөөтэй хөвөх учраас тосгуурын агших үед зүүн тосгуур ховдлын нүхийг хагас, бүтэн хааж цусны гүйдлийг саатуулан, тосгуур сулрахаар нүхнээс холдоно.

Зүрхний хөндийн хавдрыг хэрлэг өвчний гаралтай, зүрхний зүүн тосгуур ховдлын нүх нарийсах, гажиг, эсвэл зүрхний булчингийн тэжээл хомсдох, тэр ч байтугай Абрамова-Фидлерын-миокардит гэж ч оношлох тал бий. (О. И. Бокалюк, В. И. Ловицкий болон бусад (1981).

Клиникийн шинж тэмдэг оношлолд тус болох нь бага, харин багаж хэрэгслийн нарийн шинжилгээг ашиглах нь чухал, тухайлбал хэрэв хавдар шохойжсон байвал гэрэлд харагдаж болно гэж (Б. А. Константинов, Г. Д. Князева нар 1986) бичжээ.

Ангиограф ашиглаж зүрхэн доторх хавдрыг оношлож болох тал байдаг. Гэвч өвчтөний бие ядруу үед энэ аргыг хэрэглэх нь тийм ч хялбар биш юм.

Сүүлийн жилүүдэд эхокардиографийн аргаар зүрхний доторх хавдрыг оношлож байна. Үүнд хамгийн элбэг гэгддэг зүүн тосгуур доторх хавдар миксомыг оношлоход их төлөв хэрэглэж байна. Энэ тухай судлаачид (И. А. Мухин, Б. М. Корнеев, С. В. Моисеев болон бусад 1985) бичжээ.

Эхокардиографийн шинжилгээгээр зүрхний зүүн тосгуур агшихад (систол) түүний хөндийг дүүрсэн олон тооны эхо-сигнал бий болох нь энэ эмгэгийн өвөрмөц шинж юм. Тосгуур суларч (диастол) тосгуур ховдлын нүх онгойход түүгээр хавдар зүүн ховдолд орж байгаа нь илэрдэг. Энэ мэт эхографийн тусламжтай зүрхний доторх хавдар, түүний байрлал хэмжээг тогтоон оношлох боломжтой юм.

Ингээд бид нэг тодорхой жишээ авч үзье.

Өвчтөн О, эмэгтэй, 30 настай.

Зовуурь: Явахад амьсгаадаж, зүрх дэлсч, өвддөг, амархан ядарна.
Амьдралын анамнез: Жилийн өмнөөс өгсүүр газар явахад амьсгааддаг, 1988 оны III сараас эхлэн цээжээр хатгаж өвддөг болсон учир эмчид үзүүлж орон нутагтаа уушгины хатгаа гэсэн оноштой хоёр сар орчим эмчлүүлж, онцын засал авалгүй, зүрхний хэрлэг гэсэн оноштой Улсын клиникийн төв эмнэлэгт ирж, V сарын 31-нээс VI сарын 25 хүртэл

зүрхний тосгуур, ховдлын нүхний хавсарсан гажиг гэсэн оноштой сар гаруй эмчлүүлжээ.

Үзлэгээр: Өвчтөний биеийн байдал дунд, байрлал идэвхтэй. Арьс, салст хэвийн өнгөтэй. Амьсгалын тоо минутад 17 удаа, зүрхний хязгаар өргөсөөгүй. Судасны цохилт минутад 61 удаа, жигд, артерийн даралт 110/70 мм муб. Зүрхний оройд диастолийн бүдэг шуугиантай, 1 авиа тод, уушгины артери дээр II авиа өргөлттэй сонсогдож байсан.

Эхокардиографын шинжилгээгээр гол судасны хавхлага хэвийн нээгддэг зүүн тосгуурын хөндий бага зэрэг өргөсөн (4,2 см) тосгуурт олон тооны эхосигнал очиж байв.

Зүүн ховдол ялимгүй томорсон, агшилтын хэмжээ 3,6 см, эзлэхүүн нь 54 мл, сууралтын хэмжээ 5,1 см, эзлэхүүн нь 116 мл, зүрхний агшилтын эзлэхүүн 62 мл, хавхлага сулрах үедээ эсрэг тийш хөдөлж, маш олон эхосигналаар дүүрсэн байв.

Эдгээр үзүүлэлт нь биднийг зүүн тосгуур дахь хавдар юм уу? эсвэл хананд бэхлэгдсэн том бүлэн (тромбо) байна уу гэсэн дүгнэлт хийхэд хүргэсэн юм.

Гэрэлд харахад: Зүрх хөндлөнгөөрөө ялангуяа баруун тийшээ арай томорсон, ташуу байрлалаар харахад зүүн тосгуур, баруун ховдлын хөндий томорсон байв. Гэрлийн эмч митраль хавхлагын нарийсал, зүүн тосгуурын бүлэн гэж үзсэн.

ЗЦБ-ээр зүүн ховдол томорсон гэжээ. Цус, шээсний биохимийг шинжилгээнд өөрчлөлт гарсангүй.

Дээрх үзүүлэлтийг үндэслэн зүрхний зүүн тосгуурын хавдар гэж үзэж мэс засал хийхэд тосгуур хоорондын таславчаас гаралтай хавдар (миксом) 4,5x2x4 см-ийн хэмжээтэй байлаа. Мэс засал амжилттай болж, өвчтөн VIII сарын 3-нд Оргил рашаан сувилалд нөхөн сэргээх эмчилгээ хийлгээд орон нутагтаа буцсан.

Мэс заслын дараа эхокардиограммын үзүүлэлт сайжирч, зүүн тосгуурын хөндий 3,8 см хүртэл агшиж, митраль хавхлага хэвийн байдалд орж, нэмэгдэл эхо-сигнал бүрэн арилснаас үзэхэд: зүрхний зүүн тосгуурын хавдрыг эхографийн тусламжтай оношлож, мэс заслаар эмчилж болохыг харуулж байна.

«ЭМНЭЛЗҮЙН БИЧИЛ—АМЬ СУДЛАЛ» НОМЫН ТУХАЙ

Профессор Г. Жамба, доцент Г. Санжмятав, дэд эрдэмтэн Т. Тойвого, бактериологч Г. Пүрэв, Г. Үүжээ, С. Хишигт, Ч. Цэндээхүү, гельминтологич Ч. Буд нарын бичсэн «Эмнэлзүйн бичил амь судлал» хэмээх 8,7 хэвлэлийн хуудас гарын авлага 1988 онд номын худалдаанд гарч эхэллээ. Энэ нь профессор Г. Жамба редакторлаж, 1976 онд хэвлүүлсэн «Халдварт өвчний бичил амь судлалын шинжилгээний арга» номын үргэлжлэл бөгөөд зургаан бүлгээс бүрдэж байна.

«Эмнэлзүйн бактер судлалын шинжилгээний арга» гэсэн нэгдүгээр бүлэгт эмнэлзүйн бактер судлалын шинжилгээнд тавих ерөнхий шаардлага, лабораторийн дэглэм, шинжилгээний чанарын шалгалтын зарчмыг товч өгүүлжээ.

«Шинжилгээний ерөнхий журам» гэсэн хоёрдугаар бүлэгт эмнэлзүйн бактер судлалын шинжилгээнд сорьц авах тухай бичжээ. Ингэхдээ эрүүл үед ариун байдаг эд, эрхтэнээс болон эрүүл үед хэвийн бичил биетэн агуулж байдаг эд, эрхтнээс сорьц авах, шинжлэх, гарсан үр дүнг үнэлэх тухай тус бүрд нь дэд бүлэгт нэгтгэн бичсэн нь практикийн эмч нарын ашиглахад тун эвтэйхэн болжээ.

«Нянг ялан дүйх» гэсэн гуравдугаар бүлэгт төрөл бүрийн бактерийг ялгаж, дүйн тодорхойлох аргыг шатчилан бичсэн байна. Олон тохиолдох зарим бүлгийн бактерийг дүйн тодорхойлоход тохиолдох бэрхшээл, түүнийг шийдвэрлэх арга замыг нэлээд дэлгэрэнгүй бичиж, микоплазм, легионелл зэрэг нянг дүйн тодорхойлох арга болон урьдах номонд ороогүй 30 гаруй тэжээлт орчин, сорилын урвалж бэлтгэх ажрыг оруулж өгсөн нь энэ бүлгийн үнэ цэнийг нэмэгдүүлж байна.

«Дархлал судлалын шинжилгээ» гэсэн дөрөвдүгээр бүлэгт бактер судлалын практикт өргөн хэрэглэдэг долоон төрлийн урвал тавих, оношлуур болон урвалж бэлтгэх аргыг товчхон бичжээ.

«Цагаан хорхойн өвчнийг оношлох лабораторийн арга» гэсэн тавдугаар бүлэгт зарим гельминт, тэдгээрийн өндөг, саг илрүүлэх аргуудыг товчхон танилцуулсан байна.

«Эмнэлзүйн халдвар судлал» хэмээх зургадугаар бүлэгт эмнэлгийн дотоод халдварын эх сурвалж, дамжин тархах зам, оношлох, тэмцэх тухайг маш товч тодорхойлон бичжээ.

Манай туршлагатай бактериологчдын бичсэн энэ ном тавьсан зорилгоо хангаж, эх хэлээр хэвлэсэн лавлагаа бүтээл цөөнтэй энэ салбарын номын хөмрөгт хүндтэй байр эзлэх нь маргаангүй боловч уншин ашиглагчдыг төөрөлдөн будлихад хүргэж болзошгүй зарим нэгэн ноцтой дутагдал байгааг хэлэх нь зүйтэй гэж үзэж байна.

1. Номын нэр нь агуулгатайгаа тохирсонгүй. Миний л мэдэхээр бол энэ чиглэлээр зонхилох гадаад хэл дээр гарсан нэр хүндтэй гарын авлагууд «Справочник по микробиологическим и вирусологическим методам исследования», под ред. М. О. Биргера, 3-ое изд. М., 1982 «Bailey and ScoH; S Diagnostic Microbiology 5th Ed., Saint Louis, 1978; S. Wjinkle 2 Mikrobiologische und Serologische Diagnostik», 3. A 3. Autl., Stut Stuttgart, 1979-ад зөвхөн бактер судлалын аргыг бус вирус, риккетси, хламиди, мөөгөнцөрийн оношийг оруулан бичсэн байх юм.

Үүнлүгээ адил бүлгүүдийн нэр ч агуулгатайгаа нийлсэнгүй. «Эмнэлзүйн бактер судлалын шинжилгээний арга» гэсэн нэгдүгээр бүлгийн нэр нь бараг энэ нэр байж болохоор бөгөөд уг бүлгийг «Эмнэлзүйн бактер судлалын шинжилгээнд тавих ерөнхий шаардлага» гэж нэрлэмээр ажээ.

«Шинжилгээний ерөнхий журам» гэсэн хоёрдугаар бүлэг нь үнэн хэрэгтээ судлалын бактер судлалын шинжилгээний сорьцын тухай юм гэдгийг дээр нэгэнт бичсэн.

Ийлдэс судлалын долоохон аргыг бичсэн дөрөвдүгээр бүлэгт «Дархлал судлалын шинжилгээ» гэсэн нэр нь дэндүү ахаджээ. Дархлал судлалын 200 гаруй аргыг тайлбарласан лавлах (В.М. Никитин «Справочник методов иммунологии», Кишинев, 1982) бидний гар дээр бэлхнээ байж байна шүү дээ!

«Эмнэлзүйн халдвар судлал» хэмээх тавдугаар бүлгийн нэр нь оросоор «Клиническая эпидемиология» гэж буух юм гэж бодвол эмнэлгийн дотоод (нозосомиаль) халдварын тухай өнгөцхөн бичсэн агуулга нь гарчгийнхаа хамрах хүрээний дотор тун өчүүхэн хэсэг нь болмоор ажээ.

2. «Бичил амьсудлалын лабораторийн аюулгүй ажиллагаа» гэсэн 1. 5. хэсэг (х. 11—12) хэт товч болжээ. Зүй нь энэ бүлэгт нянг хувь хүн болон нийгэмд хор, аюултайн зэргээр нь 4 бүлэг болгож, лабораторийн өрөө тасалгаанаас эхлээд ажиллах дэг журмыг ялгавартай үзэх тухайг тодорхойлон бичмээр байж. Энэ талаар дэлхийн олон оронд даган бармталж байгаа ДЭХБ-аас гаргасан зөвлөмж (W. H. O. «Laboratory biosafety manual» Geneva, 1983;) ч байгаа.

Нян судалч бус мэргэжилтнүүдийн сайн эзэмшсэн байх ёстой зүйл бол нян судлалын (бичил амьсудлалын) шинжилгээний сорьц авах, хадгалах, тээвэрлэх мэдлэг тул төрөл бүрийн нян (бактер, мөөгөнцөр, риккетси, хламиди, вирус гэх мэт) ялгах, эсрэгтөрөгч болон эсрэгбие илрүүлэхэд ямар үед нийтэд нь нэг сорьц ямар үед нь тус тусад нь сорьц авах, ер нь эмнэлзүйн ямар илрэлийн үед ямар (сорьц) сорьцийг хаанаас, яаж авсан байвал зохихыг, мөн сорьцоо хэрхэн хадгалах, тээвэрлэхийг тодорхойхон оруулсан бол эмнэлзүйн болон эрүүл ахуй, халдвар судлалын мэргэжилтнүүдийн хэрэгцээг хангах гэсэн зохиолчдын зорилт илүү амжилттай биелэх байжээ.

4. Зохиолч, редакторын хайнга ажиллагаанаас болоод зарим газар илт буруу, зөрүү зүйл ч орчихсон байна. Тухайлбал:

— «Бактер судлалын шинжилгээний, ажлын чанарын хяналт» 1. 6. хэсэг (12—22 дахь тал) ДЭХБ-аас бэлтгэн тараасан нэг материал W. H. O. Lab (82,2, 2 Guidelines for quality assurance in microbiology) by J. Vandepitte)-тай тун ойролцоо боловч зарим газар айхавтар алдаж «орчуулжээ», Жишээ нь: энэ хэсгийн туршид долоо хоног (week) гэдэг үгийг гарчиг гэж «орчуулсан» байна. Мөн 16 дахь талд байгаа нэгдүгээр хүснэгтэд хөргүүрийн ердийн байнгын арчилгаа нь англиараа clean and defrost every the months and after power failure) хоёр сар тутамд болон гүйдэл тасрах бүрийн дараа мөсийг гэсгээн авч, цэвэрлэх гэсэн утгатай) гэж байгаа нь «сар бүр мөсийг цэвэрлэх, дотор талыг цууны хүчлээр арчих» болчихсон байх юм.

„Testing should be done:

a) each time a new batch of working solution is prepared.

b) every week (this is critical for the Ziel-Neelson Stajn) гэсэн

англи эхийг:

«Будах уусмал бэлтгэхдээ дараах зүйлд анхаарах нь чухал, Үүнд:

— үндсэн уусмалуудыг тухай бүр бэлтгэж хэрэглэх;

— гариг тутам шинэчилж байх (циль-нильсений будагт хамаарахгүй) гэж (18 дахь тал) буулгасан байх юм.

Зүй нь:

„(Будах уусмалын) чанарын шалгалтыг:

— ажлын уусмалыг шинээр бэлтгэх бүрийдээ;

— долоо хоног бүр (энэ нь Циль-Нильсений будагийн хувьд нэн чухал) хийж байх нь зүйтэй» гэж орчуулмаар санагдах юм.

Энэ дашрамд тэмдэглэхэд зарим зохиолчид ийм хальт хульт «орчуулгаа» хаацайлах үүднээс ч ашигласан ном, хэвлэлийн жагсаалтаас зайлсхийдэг байж болзошгүй юм.

Ко-агглютинацийн урвалын зарчмыг «Стафилококкийн гадаргуугийн А уургийн Fc хэсгийг шингээсэн дархан глобулин биеийн эсрэгбодисын чанарыг олж өвөрмөц эсрэгтөрөгчтэй харилцан үйлчилсний дүнд стафилококк наалдах урвалд орно» (234—235 дахь тал) гэж тайлбарлажээ. Гэтэл үнэн хэрэгтээ бол стафилококкийн А уурагт Fc хэсэг гэж байхгүй, харин стафилококкийн эсийн гадаргууд байх А уураг нь иммуноглобулиныг Fc төгсгөлөөр нь өөртөө наалдуулж, эсрэгтөрөгчтэй урвалд ордог Fab төгсгөлийг нь сул үлдээх тул гадаргад нь өвөрмөц иммуноглобулин бэхлэгдсэн стафилококкууд өвөрмөц эсрэгтөрөгчийн оролцоотойгоор өөр хоорондоо наалдах боломж үүсдэгийг энэ урвалд ашигладаг билээ. Тэгээд ч энэ урвалд хэрэглэх зүйлийн дотор «З. Сийвэн бүлэгнүүлэгч стафилококкийн эсийн бүрхүүлийн А уураг» % (235 дахь тал) гэсэн нь бас л буруу. Чухамдаа бол гадаргадаа А уургаар баялаг стафилококкийн эсийг энэ урвалд хэрэглэдэг.

5. Энэ номын аппарат нь урьдах номынхоос дорджээ. Гарын авлага, лавлах хэлбэртэй ийм номд бүгд нэрийн болон товчилсон үг, хэллэгийн хэлхээс, жагсаалт хийсэнсэн бол ашиглахад тун дөхөмтэй болох байжээ.

Хэл, найруулгын хувьд ч сайн хянан тохиолдуулаагүй, андуу буруу ойлгомоор өгүүлбэр олон байна. Ганц жишээ дурдахад «Цус наалдуулагч өвөрмөц биш бодисоос ангижруулсан дархан ийлдэс буюу иммуноглобулинаара танинжуулсан улаан эсийг мэдрэгжүүлэх» (229 дахь тал) гэсэн өгүүлбэр нь учир мэдэхгүй хүнд бол иммуноглобулинаар танинжуулдаг гэж ойлгогдохоор болчихсон байна.

Мөн «Провизорные серовары» гэхийг «провизорын ийлдэсвар» (273 дахь тал) гэж орчуулсан нь тун эвгүй болжээ. Провизорный гэдэг нь түр зуурын, урьдчилсан гэсэн утгатай хавсрал нэр байхад провизор гэдэг нь эмийн сангийн ажилтан гэсэн үг болохоор «Түр баримтлах серовар» гэсэн ойлголт нь «эм зүйчийн серовар» болж орхижээ.

Манай өндөр нарийн мэргэжлийн, туршлагатай мэргэжилтнүүд өөрсдийнхөө ажиглалт, туршлага, судалгаанаас иш татсан, хэвлэлд бичсэн олон хувилбараас манай нөхцөлд илүү тохиромжтойг нь заасан зүйлийг ихээхэн оруулсан гарын авлага, лавлах бичиг хийж байх шаардлагатай байна.

П. Нямдаваа

УУЛЗАЛТ БОЛОВ

МАХН-ын Төв Хорооны хэлтсийн эрхлэгч Г. Дашзэвэг оны эхээр Уланбаатар хотын болон Сүхбаатарын районы Ариун цэвэр халдвар судлалын станц, Эрүүл ахуй халдвар, нян судлалын улсын институт, Гоц халдварт өвчнийг эсэргүүцэн судлах газрын ажил байдалтай танилцаж, Эрүүлийг хамгаалах яам, хотын эмнэлэг урьдчилан сэргийлэх болон эрдэм шинжилгээ сургалтын байгууллагын дарга, захирал, ерөнхий эмч мэргэжилтэн нартай уулзаж «Ариун цэвэр, халдвар судлалын байгууллагын үйл ажиллагаа цаашдын зориулалтын талаар ил тод ярилцаж санал бодлоо солилцов.

Уулзалт ярилцлага дээр улсын ариун цэвэр, гэгээрлийн орны дарга Б. Галсандорж, Халдварт өвчнийг анагаах клиникийн төв эмнэлгийн поликлинник эрхэлсэн орлогч дарга Н. Дондог, Хортон мэрэгчтэй тэмцэх товчооны дарга Д. Галбадрах, Анагаах ухааны дээд сургуулийн багш доцент А. Дамдинсүрэн, Ч. Дондог, бактериологич Г. Үүжээ нарын арав гаруй хүн үг хэлэв. Ариун цэвэр, халдвар судлалын байгууллагын одоогийн бүтэц, зохион байгуулалтыг боловсронгуй болгох, ажла үйлчилгээний шинэ норм норматив тогтоох, ажлыг чанарын эцсийн үр дүнгээр тооцох шалгуур боловсруулах, хүн амд эрүүл аж төрөх ёсны мэдлэг эзэмшүүлэх, ялангуяа хүүхэд өсвөр үеийг эрүүл аж төрөх ёсны хэм хэмжээнд сургах, ариун цэвэр халдвар судлалын байгууллагын боловсон хүчнийг бэлтгэх, тэдний мэдлэг мэргэжлийг дээшлүүлэх, аймаг хотын ариун цэвэр халдвар судлалын станцад хор судлагч, ариун цэврийн инженертэй болгох энэ салбарын материаллаг баазыг бэхжүүлэх, ариун цэвэр халдвар судлалын станцыг зориулалтын барилгатай болгох, ариугалын төв станц байгуулах, хот суурин ариун цэврийг сайжруулах, хүн амын хөдөлмөрийн чадвар түр алдуулах болон халдварт өвчнийг бууруулах, тэдний хөдөлмөр, ахуйн нөхцлийг сайжруулахад улс, олон нийт албан байгууллагын оролцоог дээшлүүлэх, олон нийтийн ариун цэврийн хяналтын ажилд төрийн захиргааны байгууллагын удирдлагыг сайжруулах, ариун цэвэр халдвар судлалын байгууллагад ажиллагсдын нийгмийн асуудалд онцгой анхаарах, гавьяа шагнал, урамшууллын талаас ч анхаарах зэрэг олон асуудлаар үнэтэй санал шүүмжлэл гаргалаа.

Уулзалт дээр Г. Дашзэвэг дэлгэрэнгүй үг хэлж үүрэг даалгавар өгөв. Тэрээр хэлсэн үгэндээ хүн амын эрүүл мэндийг хамгаалахад ариун цэвэр, халдвар судлалын байгууллагын гүйцэтгэсэн үүрэг асар их юм. Гэвч ариун цэвэр, урьдчилан сэргийлэх ажил манай эрүүлийг хамгаалахад тэргүүлэгч байр сууриа олоогүй байна. Ийм ч учраас өвчин гарсан хойно эмчлэх гэж араас нь хөөцөлдөх өрөөсгөл арга барил эрүүлийг хамгаалах ажлын гол чиглэл болсон байна. Олонхийн ярьдагчлаан энэ салбарт хөрөнгийг үлдэгдлийн аргаар хувиарлаж ирснээс Ариун цэвэр халдвар судлалын байгууллагын материаллаг

бааз ихээхэн хоцорчээ. Эрүүлийг хамгаалахад зарцуулж буй хөрөнгийн хэдэн хувь нь урьдчилан сэргийлэхэд зарцуулж байгаа нь ч тодорхой биш байна. Эрүүл ахуйч эмч нарын хэрэглэж зуршсан шаардлага тавьдаг, торгууль ногдуулаг аргыг эс тооцвол гартаа барих хөдөлмөрийн ямар нэг зэвсэг алга байна. Ялангуяа Улаанбаатар хотын ариун цэвэр, халдвар судлалын станцыг материаллаг баазын хувьд бэхжүүлж чадаагүй байгаа нөхцөлд сумын түвшинд ажиллаж байгаа салбар станц, группийг яаж бэхжүүлэх вэ гэх мэт асуудлыг урьдчилан харан тооцох шаардлагатай байна. Анагаах ухааны дээд сургуулийн эрүүл ахуйн ангид элсүүлэгчдийг зөв сонгох болон тэдэнд заах хичээлийн чанарыг сайжруулах, нэгэнт бэлтгэгдсэн боловсон хүчнийг тогтвор суурьшилтай ажиллуулах талаар ихээхэн анхаарвал зохино. Энэ бүх асуудал эцэстээ тус салбарын удирдлага, ерөнхий мэргэжилтнүүдийн ажил үйлстэй шууд холбоотой. Өөрчлөлт шинэчлэлийг юуны өмнө хүнээсээ өөрсдөөсөө эхлэн, лабораторийг хөгжүүлэхэд хөрөнгө хүчээ чиглүүлэх нь зүйтэй байна. Ариун цэвэр халдвар судлалын хяналтын ажлыг шинэ шатанд гаргахад Эрүүлийг хамгаалах яамны газар хэлтсүүдээс үзэхэд АЦХС-ын станц, хэсгийн эмнэлэг хүртэл нийт эрүүлийг хамгаалах байгууллагуудын өөр хоорондын ажил төрлийн уялдаа холбоог эрс сайжруулах явдал чухал юм. Ариун цэвэр халдвар судлалын байгууллагын нэр хүндийг ч өргөх хэрэгтэй байна. Ариун цэвэр урьдчилан сэргийлэх ажлын талаар дараах арга хэмжээ ойрын үед ач хэрэгжүүлэх нь зүйтэй гэж үзэж байна. Үүнд:

1. Улсын ариун цэвэр халдвар судлалын албаны ажлын үндсэн чиглэлийг дахин хянан боловсруулах, үүнтэй холбогдуулан төв штабаасаа нэгж байгууллага хүртэлх бүтэц, зохион байгуулалтаа эргэн харах;

2. Өөрийн орны нөхцөлд тохирсон ариун цэвэр халдвар судлалын хяналтын болон ажлын норм, нормативыг боловсруулах;

3. Ариун цэвэр халдвар судлалын байгууллагад аж ахуйн тооцоо нэвтрүүлэх өргөн бололцоо байгааг харгалзан зохион байгуулах;

4. Өөрчлөлт шинэчлэлийн нөхцөлд ариун цэвэр халдвар судлалын албаны үүрэг улам өсөх онцлогийг харгалзан ажлын арга барил, шинэлэг сэтгэлгээнд онцгой анхаарах, тухайлбал, 2005 он хүртэлх ШУТ-ийн дэвшлийн цогцолбор программд УААА-н салбарын бүтэц боловсронгуй болох үед ариун цэврийн хяналтыг яаж явуулах тухай тодорхой авч үзэх;

5. Ариун цэвэр халдвар судлалын мэдээллийг ил тод болгон үнэн байдлыг ил хэлж, дутагдал дотоодлолтой хийх тэмцлийг хүчтэй болгохыг онцлон тэмдэглэв.

Уулзалт, ярилцлаганд МАХН-ын Төв Хороо, БНМАУ-ын Сайд нарын Зөвлөлийн зарим харууллагатай ажилтан нар болон Эрүүлийг хамгаалах яамны сайд Ч.Цэрэннадмид тэргүүтэй коллегийн гишүүд оролцов.

Ш. Удэнбор

НАВААНЫ ЛУВСАНБАЛДАН

(1911—1989)



БНМАУ-ын хүний гавьяат эмч Н. Лувсанбалдан хүндээр өвчилж таалал төгсөв.

Н. Лувсанбалдан 1911 онд Төв аймгийн Батсүмбэр сумын нутагт малчин ардын гэр бүлд төржээ. 1924 оноос аж ахуйн яаманд бичээчээр ажиллаж байгаад 1938 онд ЗХУ-д авто замын сургууль, 1948 онд Монгол улсын их сургуулийн хүн эмнэлгийн ангийг төгсөж их эмчийн мэргэжил эзэмшиж, 1948—1950 онд Дорноговь аймагт их эмч, 1950—1955 онд Төв больницын ерөнхий эмч, 1956—1976 онд Шастины нэрэмжит нэгдсэн III эмнэлэгт мэс засалч, урологийн тасгийн эрхлэгчээр, 1976—1982 онуудад Улсын клиникийн төв эмнэлэгт урологийн мэс засалч эмчээр тус тус ажиллаж байгаад гавьяаны чөлөөнд гарчээ.

1939 онд МАХН-д элсчээ.

Н. Лувсанбалдан манай улсад бөөрний мэс заслыг хөгжүүлэх эх суурийг тавилцаж монголын ана-

гаах ухаанд зохих хувь нэмэр оруулсан хүн юм.

Н. Лувсанбалдан МАХН-ын XVI их хурлын төлөөлөгч, хот, районы депутатаар удаа дараа сонгогдож байв.

Ард түмний эрүүл мэндийг хамгаалах үйл хэрэгт оруулсан хөдөлмөр зүтгэлийг үнэлж, БНМАУ-ын «Хүний гавьяат эмч» цол, «Хөдөлмөрийн гавьяаны улаан тугийн одон», «Алтан гадас» одон, ойн медалуудаар шагнажээ.

Н. Лувсанбалдангийн хөдөлмөрч, үнэнч шударга, төлөв даруу зан, хүнийг энэрэн хайрлах эрхэм чанар нь бид бүхний сэтгэлд үүрд орших болно.

*Эрүүлийг хамгаалах яам,
Улсын клиникийн төв эмнэлэг,
Улаанбаатар хотын клиникийн
төв эмнэлэг*

ЦАМБЫН БУНДАН

(1939—1989)



БНМАУ-ын төрийн шагналт, Анагаах ухааны хүрээлэнгийн секторын эрхлэгч, эрдэм шинжилгээний ахлах ажилтан, анагаах ухааны дэд эрдэмтэн, авьяаслаг мэс засалч Цамбын Бундан хүндээр өвчилж байгаад энэ оны гуравдугаар сарын 24-нд нас нөгчив.

Ц. Бундан 1939 онд Говь-Алтай аймгийн Төгрөг суманд малчны гэр бүлд төржээ. Бага, дунд сургууль, хүн эмнэлгийн дунд, дээд сургууль төгсөж хүний эмчийн мэргэжил эзэмшжээ.

Ц. Бундан 1958—1962 онд Говь-Алтай аймгийн Захуй, Бугат сумын бага эмчийн салбарын эрхлэгч, 1967 оноос эхлэн Улаанбаатар хотын клиникийн III эмнэлгийн мэс засалч, Анагаах ухааны хүрээлэнгийн мэс заслын секторын эрдэм шинжилгээний ажилтан, секторын эрхлэгчээр

үр бүтээлтэй ажиллаж тус оронд зүрх судасны мэс заслын албыг бий болгон хөгжүүлэхэд гар, сэтгэл нийлсэн бүтээлч хамт олон-судлагчдын хамт томоохон үүрэг гүйцэтгэсэн юм.

Сүүлийн жилүүдэд түүний удирдлага, идэвхтэй оролцостойгоор зүрхний төрөлхийн гажигтай бага насны хүүхдийн мэс заслын төгс эмчилгээ хийж, зүрхний гажигийн үед гэмтсэн хавхлагыг нөхөн сэргээх, орлуулах мэс заслыг амжилттай шийдвэрлэж, цаашид зүрхний хавхлагыг амьтны гаралтай эдээр орлуулах, зүрхний титмийн судасны цус тасалдах, шигдээс өвчний үеийн мэс заслын эмчилгээний аргуу-

дыг эзэмших иж бүрэн судалгаа хийж байлаа. Мөн 1990 оноос эхлэн тус улсад бөөр шилжүүлэн суулгах төвөгтэй мэс заслыг хийж эхлэх бэлтгэл ажлыг санаачлан хийж байв. Ц. Бундан 70 гаруй эрдэм шинжилгээний бүтээл туурвисны дотор 13 ном бичиж нийтлүүлжээ. Тэрээр сүүлийн хориод жилд мянга шахам хүний зүрхэнд мэс засал хийж амийг нь аварч ард түмэндээ алтан гартай эмч гэж алдаршсан энэрэнгүй үзэлтэн байв.

Ц. Бундангийн эрүүлийг хамгаалах, анагаах ухаанд оруулсан хувь нэмрийг үнэлж 1981 онд БНМАУ-ын төрийн шагнал хүртээж, «Алтан гадас» одонгоор шагнаж, БНМАУ-ын Ардын их хурлын болон Улаанбаатар хотын депутатаар удаа дараа сонгож байжээ.

Авьяаслаг эрдэмтэн Ц. Бундангийн даруу төлөв, уйгагүй хөдөлмөрч, энэрэнгүй, нөхөрсөг тусч чанар нь бид бүхний сэтгэлд үүрд орших болно.

Мэс засалчийн зүрх зогссон боловч түүний амьдруулсан зүрх цохилсоор байх болно.

*Эрүүлийг хамгаалах яам,
Анагаах ухааны хүрээлэн,
Эмч нарын нийгэмлэг
1989. 03. 25.*

СЭТГҮҮЛИЙН РЕДАКЦИЙН ЗӨВЛӨЛ

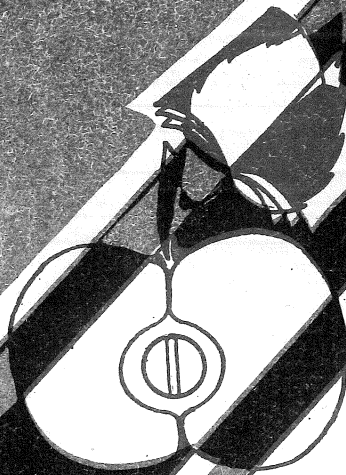
*Ш. Жигжидсүрэн (эрхлэгч), Ч. Энхдалай (хариуцлагатай нарийн бичгийн дарга),
Б. Гоош, Г. Дашзэвэг, Б. Дэмбэрэл, Б. Жав, Л. Лхагва, Э. Лувсандарва, Д. Ням-Осор,
П. Нямдаваа, Д. Самбуунүрөв, Г. Цагаанхүү, Б. Цэрэндаш*

*Техник редактор Н. Саруул
Хянагч Д. Ундармаа*

*Өрөлтөнд 1989 оны 4-р сарын 1-нд орж 3925 ш хэвлэв.
Цаасны хэмжээ 70x108 1/16 хэвлэлийн хуудас 5 зах, № С—105,
Д. Сүхбаатарын нэрэмжит улсын хэвлэлийн комбинатад хэвлэв.
Д. Сүхбаатарын талбай.*

ШИНЭ НОМ

1. Р. Б. Тейлор Оношлоход хэцүү шинж тэмдгүүд, I, II боть. М. Медицина, 1988 он.
Энэхүү хоёр боть лавлахад түгээмэл тохиолддог эмгэг байдлуудыг оношлох асуудлыг орчин үеийн түвшинд тусгаж, эмнэлэйн хамшинжүүдийг оношлох арга замуудыг дэлгэрэнгүй өгүүлжээ.
- Дотрын болон бусад бүх мэргэжлийн эмч нарт зориулжээ.
2. Е. И. Чазов Оношлох чадвар. М. Медицина, 1988 он
Зөвлөлтийн дотрын нарт эмч, академич Е. И. Чазов эмчлэх ажлынхаа 30 гаруй жилийн туршлагад түшиглэн эмчийн сэтгэлгээ, дотрын өвчнийг оношлох үндсэн зарчмуудыг нэгтгэн дүгнэжээ. Тэрчлэн оношлох үед гарч болох алдааны тухай өгүүлжээ. Энэ номыг дотрын болон бусад мэргэжлийн эмч нарт зориулав.
3. Эмнэлзүйн мэс засал. (Эмч нарын лавлах гарын авлага) Е. Медицина, 1988 он.
Энэ номд мэс заслын өвчнүүдийн эмнэлзүй, лаборатори болон багаж хэрэгслийн оношил, эмчилгээний тактик, өвчтөнийг хагалгаанд бэлтгэх, хагалгааны дараа эмчилж сувилах арга замыг өгүүлжээ.
Төрөл бүрийн мэргэжлийн мэс засалчдад зориулжээ.
4. А. И. Грицюк Эмнэлзүйн ангиологи. Киев.: Здоровья, 1988 он.
Судасны гол өвчнүүдийн шалтгаан, эмгэгжам, эмнэлзүй, онош, ялгах онош, эмчилгээ, урьдчилан сэргийлэх орчин үеийн аргыг өгүүлжээ.
Дотор, зүрх судас, мэс засал, хэрлэгсудлал, мэдрэл, эмэгтэйчүүдийн болон бусад эмч нарт зориулсан байна.
5. Зүү-заслын байршил-анатомын үндэс. Алма-Ата. Наука, 1988 он.
Хүний биеийн зүү тавих мэдрэл-цочруулын эрхтний байршлын анатомын үндэс болон рефлекс эмчилгээний физиологийн үндсийг тайлбарлажээ. Гол нь зүү тавих цэгийг баримжаалж олох үндэс, гарч болох хүндрэл зэргийг тайлбарлажээ.
Зүү эмчилгээгээр мэргэжсэн болон мэргэжиж байгаа эмч, Анагаах ухааны дээд сургуулийн оюутан нарт зориулжээ.
6. А. Н. Користов, В. П. Самохвалов нар. Сэтгэл мэдрэлийн өвчний үеийн хэм. нэлзүй, экологийн судалгаа. Киев., Здоровья, 1988 он.
Энэхүү нэг сэдэвт зохиолд шизофрени, сэтгэлээр унах болон архидлын солиорол, ухаан хомсдол, эпилепси өвчний үеийн эмнэлзүйн өөрчлөлтийг тусгажээ.
Сэтгэл мэдрэлийн эмч, эрүүлийг хамгаалахын зохион байгуулагч, эрдэм шинжилгээний ажилтан нарт зориулжээ.
7. Остеохондрозын мэдрэлийн шинж тэмдгүүд. Киев. Здоровья, 1988 он.
Энэхүү гарын авлагад нурууны остеохондрозын мэдрэлийн өөрчлөлтийн шалтгаан, эмгэгжам, оношлох, эмчлэх зарчмыг тусгажээ.
Мэдрэлийн эмч нарт зориулав.
8. А. М. Зарицкий Сальмонеллез. Киев.: Здоровья, 1988 он.
Номд сальмонеллезын үүсгэгчийн тухай нэн шинэхэн мэдээ баримт, эмгэгжам, эмнэлзүй, урьдчилан сэргийлэх асуудлыг хөнджээ.
Эрдэм шинжилгээний ажилтан, халдвар судлагч болон халдвартын эмч, бактериологич нарт зориулжээ.
9. Е. П. Сушко, Л. М. Тупкова, В. А. Селезнева Хүүхдийн өвчин. М.: Выш. шк. 1988 он.
Анагаах ухааны дээд сургуулийн оюутнуудад зориулсан энэхүү сурах бичигт хүүхдийн өвчин судлалын үндсэн асуудлуудыг тусгажээ.
10. В. Г. Артамонова, Н. Н. Шаталова. Мэргэжлийн өвчин. М.: Медицина, 1988 он
Энэхүү сурах бичигт үйлдвэр, хөдөө аж ахуйн ажилчдыг диспансерчлах, тэднийг тогтмол болон урьдчилан сэргийлэх үзлэгт хамрах арга замыг тусгажээ.
11. Д. Авирмэд. Хүүхдийн хэвлийн хөндийн яаралтай мэс засал. УБ.: УХГ, 1988 он
Энэ номд зөвлөлтийн хүүхдийн мэс заслын өндөр, нарийн мэргэжлийн эмч нарын бүтээл болон өөрсдийн ажиглалт материалыг оруулж эмч бүрийн зайлшгүй мэдэж байвал зохих хүүхдийн хэвлийн хөндийн эрхтний яаралтай мэс заслын өвчний үеийн ерөнхий шинж тэмдэг, мэс засал, мэдээгүйжүүлэгт бэлтгэх, эмчилгээ сэхээн амьдруулалт, мухар олгойн цочмог үрэвсэл, түүнээс гарч болох хүндрэл, эмчилгээний арга барил зэргийг хамруулан бичжээ.
Анагаах ухааны дээд сургуулийн оюутан, шинэ залуу болон бусад бүх мэргэжлийн эмч нарт зориулжээ
- С. Самбуу. Хүүхдийн гэмтлийн онош, эмчилгээ УБ. УХГ, 1988 он.
Энэ номд манай орны нөхцөлд бага болон өсвөрийн насны хүүхдүүдийн дунд ихээхэн тохиолдож байгаа гэмтлүүд болон түүний онош эмчилгээний асуудлыг 13 бүлэгт багтааж осол гэмтлээс урьдчилан сэргийлэх, ясны хугарлын хэлбэр, эмчилгээний аргуудыг зургаар—харуулсан нь анагаах ухааны дээд сургуулийн эмчилгээний болон хүүхдийн ангийн оюутнууд гэмтэл мэс засал, ялангуяа хөдөө орон нутаг ажиллаж байгаа эмч нарт гарын авлага болох юм.



ШИНЭ ЭМ

ГЕМОСТИМУЛИНЫ ШАХМАЛ

Гемостимулин ЗХУ-д үйлдвэрлэсэн.

Найрлага: Хуурай гематоген 0,123, Төмрийн лактат 0,246, Зэсийн сульфат 0,005 тус тус агуулсан, саарал өнгөтэй шахмал.

Хэрэглэх заалт. Төмөр дутсанаас үүсэх цус багадалтад хэрэглэнэ.

Хэрэглэх арга тун. Нэг шахмалаар өдөрт-гурван удаа хоол идэх үед уулгана. Эмийг залгисны дараа аяга усанд 10—15 дусал хлорустөрөгчийн хүчил хийж, хойноос нь уулгана. Курс эмчилгээг үр дүнгээс хамаарч 3—5 долоо хоног үргэлжлүүлнэ.

Гаж нөлөө. Зарим үед бөөлжиж болно. Бөөлжих, суулгах зэрэг гаж нөлөө илэрвэл хэрэглэхийг зогсооно.

Эмийн хэлбэр, савлалт: 50 ширхэг шахмалаар шилэн саванд савлана

Хадгалалт: Хуурай орчинд хадгална.

ВОЛЬТАРЕНЫ МӨХЛӨГ (Диклофенак-натри)

Швейцар улсын Сива-Геиги пүүс үйлдвэрлэсэн

Үйлчлэл. Бэлдмэлд байдаг нестероид бүтэц бүхий биологийн идэвхт бодис нь үрэвсэл, өвдөлт намдаах, халуун бууруулах үйлчлэлтэй. Энэ чанараараа ацетилсалицилын хүчил, бутадион, бруфенээс илүү, хэрлэг, Бехтеревийн өвчнийг эмчлэх нөлөөгөөрөө преднизолон, метиндолоос дутуугүй.

Хэрэглэх арга. Цочмог хэрлэг, хэрлэгийн артрит, Бехтеревийн өвчин, артроз, спондилоартроз, үений бус хэрлэг, хүчтэй өвдөлт бүхий хэрлэгийн бус үрэвслүүд, бэртэлтийн дараах үрэвсэл, хаван зэрэгт хэрэглэнэ.

Хэрэглэх арга, тун. Мөхлөгийг хоолны дараа зажлахгүй залгина. Насанд хүрэгсдийн хоногийн тун нь өвчний байдлаас шалтгаалан 75—150 мг (3—6 мөхлөг) зургаагаас дээш насны хүүхдэд биеийн 1 кг жинд өдөрт 2—3 мг ногдохоор болж тунг тогтооно. Хоногийн тунг 2—3 хувааж хэрэглэнэ.

Цээрлэлт. Ходоод дээд гэдэсний шархлаа, гуурсан хоолойн багтраа, цочмог ринит, чонын хөрвөс өвчтэй хүмүүс, жирэмсний эхний гурван сард хэрэглэхийг цээрлэнэ. Мөн ходоод гэдэс, элэг бөөрний өвчтэй хүмүүст болгоомжтой хэрэглэвэл зохино.

Гаж нөлөө. Ерөнхийдөө зохимж сайтай эм боловч зарим өвчтөнд өрцөн дор өвдөх, гулгиж бөөлжих, суулгах, заримдаа толгой өвдөх, эргэх зэрэг гаж нөлөө илэрнэ. Гэвч энэ зовиур аяндаа арилна. Бэлдмэлийг удаан хугацаагаар хэрэглэх үед цусны шинжилгээг хийлгэж байх нь чухал.

Эмийн хэлбэр, савлалт. Мөхлөг 0,025 граммын мөхлөгийг 10,100=ширхэгээр савласан.

Улсын эм хангамж үйлдвэрэлийн газрын мэдээлэл, зохион байгуулалтын тасаг