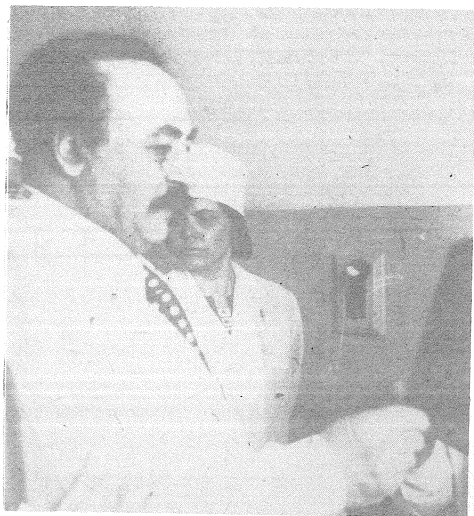


**АНГАГАХ  
УХААН**

**89.5**

## Эрүүл энхийн мөнхийн найрамдал



ЗХУ-ын социалист хөдөлмөрийн баатар, Лениний шагналт, доктор профессор, зөвлөлтийн дээд зөвлөлийн депутат Курганы нэрт эмч Г. А. Илизаров, түүний шавь нар гэмтэл согогийн эмчилгээний шинэ арга барилаа монгол эмч нарт эзэмшүүлэх, дадлагажуулах, сургахад олон жилийнхээ хөдөлмөрийг зориулсан билээ.

Курганы гэмтэл согог заслын хүрээлэн, Улаанбаатар хотын гэмтэл согогийн эмнэлэг олон жилийн турш хамтран ажиллаж, арвин туршлага хуримтлуулжээ.



Зураг дээр: 1—Гэмтэл согог заслын шинэ аргаараа дэлхийд алдаршсан Г. А. Илизаров; 2—түүний шавь анагаах ухааны доктор С. И. Швед; их эмч Ц. Дэмбэрэл; 3—Баруун гар талаас нэгдэх нь доктор В. И. Шевцов манай гэмтлийн эмч нартай мэс засал хийж байгаа нь;



Гэрэл зургуудыг М. ЛХАВГАСҮРЭН

# АНАГААХ УХААН

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

20 дахь жилдээ

№ 3 (71)

1989 он

## АГУУЛГА

Д. Мөнхөө — Эх, хүүхдийн эрүүл мэнд

3

## СУДАЛГАА ШИНЖИЛГЭЭ

Мо. Шагдарсүрэн, Ш. Содномпил, Д. Даариймаа, Н. Удвал, Ц. Дашдаваа, Д. Жанчивдорж — Эмэгтэйчүүд хүүхдийн диспансерчлал, өвчлөлийн түвшин, бүтэц, эрүүл мэндийн бүлгийн асуудал

7

Г. Оросоо — Нэг хүртэлх насны эрүүл хүүхдийн бие бялдрын үзүүлэлтүүд

11

Б. Басбиш, Э. Лувсандагва — Хүүхдийн бөөр, шээсний замын өвчний тархалтын байдал

15

Д. Батсүх, Д. Дарьсүрэн, С. Өлзийсайхан — Бага насны хүүхдийн суулгат өвчний эмнэлзүй, хүндрэл

16

Ц. Норовпил — Сурагчдын шүд цоорсон байдал, эрүүлжүүлсэн дүн

18

Ж. Хайрулла, Х. Хусаян — Хүүхдийн мэдрэлийн мэс заслын эмгэгүүд

22

И. Пүрэвдорж, Б. Жав, Ц. Эрдэнэбулаг — Төрөлхийн хөгжлийн гажигтай хүүхэд төрөх боломжийг урьдчилан тооцох арга

24

Д. Даариймаа — Үр аяндаа зулбах үед хоногийн шээсэн дэх 17-кетостерондыг судалсан байдал

28

З. Норсмаа — Умайн хүзүүний өмөнг туяагаар эмчлэх үед үүссэн арьсны доорхи эдийн гэмтлийг дүгнэх нь

30

Ж. Дэмбэрэлсүрэн — Эхийн эндэгдлийг судлах асуудал

33

Д. Одонтуяа, Н. Гэндэнжамц — Нейтрофил гэмтэх урвал, түүний эмнэл зүйн ач холбогдол

36

## ЛЕКЦ, ТОЙМ, ЗӨВЛӨГӨӨ

Д. Малчинхүү, Т. Оюунбилэг — Хүүхдийн чихрийн шижин өвчний шалтгаан, эмгэг жам, онош, эмчилгээ

42

М. Сүхбаатар — Төвөнх-мөгөөрс-гуурсан хоолойн цочмог нарийсал

45

Ж. Идэр — Хүүхдийн цээжний хөндийн хурц эмпиемийн онош, эмчилгээ

47

## СОДЕРЖАНИЕ

Д. Мөнхөө — Здоровье матери и детей

## ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

Мо. Шагдарсүрэн, Ш. Содномпил, Д. Даариймаа, Н. Удвал, Ц. Дашдаваа, Д. Жанчивдорж — К вопросу изучения диспансеризации, заболеваемости, и группы здоровья женщин и детей

Г. Оросоо — Показатели физического развития детей первого года жизни

Б. Басбиш, Э. Лувсандагва — Частота и распространенность заболеваний органов мочевыделительной системы у детей

Д. Батсүх, Д. Дарьсүрэн, С. Өлзийсайхан — Клиника и осложнения диарея у детей раннего возраста

Ц. Норовпил — Состояние кариес у школьников и результаты его лечения

Ж. Хайрулла, Х. Хусаян — Нейрохирургические патологии детского

И. Пүрэвдорж, Б. Жав, Ц. Эрдэнэбулаг — Предварительная оценка риска рождения ребенка с аномалиями развития

Д. Даариймаа — Определение 17-кетостероидов в суточной моче при произвольных выкидишах

З. Норсмаа — Оценка повреждения подкожных тканей при лучевой терапии рака шейки матки

Ж. Дэмбэрэлсүрэн — Материнской смертности по материалам за 1984—1986 гг

Д. Одонтуяа, Н. Гэндэнжамц — Реакция повреждения нейтрофилов, её клинические значение

## ОБЗОРЫ, ЛЕКЦИИ, КОНСУЛЬТАЦИИ

Д. Малчинхүү, Т. Оюунбилэг — Этиология, патогенез, диагностика и лечение сахарного диабета у детей.

М. Сүхбаатар — Острый стеноз ларинго-трахео-бронха

Ж. Идэр — Лечение и диагностика острого эмпиема плевры детей

- Д. Бямбадорж, Д. Лунтан — Хүүхдийн гуурсан хоолой, уушгины үрэвслийн үед хийх физик эмчилгээ 49
- Б. Жав—Тулгарсан зулбалтыг эмчлэх зарчим 53

### ЭРҮҮЛИЙГ ХАМГААЛАХЫН ЗОХИОН БАЙГУУЛАЛТ

- Ш. Жигжидсүрэн, Г. Буян-Өлзий — Эмчилгээний чанар, эдийн засгийн үр ашгийг дээшлүүлэх асуудалд 56
- С. Махвал — Эрүүлийг хамгаалахын төсөвт аж ахуйн тооцоо 57
- Б. Содномсүрэн, Ж. Идэр, Г. Батчимэг, О. Оюун — Хүүхдийн эмнэлгийн эрчимт эмчилгээний тусламж 60
- С. Цэрэндорж — Гэмтэл согогийн үед үзүүлэх тусламжийг сайжруулъя 61
- Ч. Чулуунбаатар — Зөвлөлтийн эмч нарын алдрыг дурсах нь 63

### ӨӨРЧЛӨЛТ ШИНЭЧЛЭЛ САНАЛ, БОДОЛ

- Г. Зуунай — Эрүүлийг хамгаалах салбар дахь өөрчлөлт, шинэчлэлийн асуудалд 66
- Уншигч, үйлчлүүлэгчийн санал бодол 70

### ТУРШЛАГА СОЛИЛЦОЕ

- Л. Дашцэрэн — Эмнэлэг ариун цэврийн үйлчилгээ 71
- А. Бумцэнд — Гүйлсэн булчирхайн үрэвслийг уламжлалт аргаар эмчлэх нь 72

### ГАДААД ОРНУУДАД

- Эрүүлийг хамгаалах ажлын шинэ чиглэл 74

### СЭРЭМЖЛҮҮЛЭХ ӨГҮҮЛЭЛ

- Г. Цэвэгмэд — Соног сорог хандья 75
- Ц. Чулуунбаатар 75
- Г. Цэрэнжигмэд — Болзошгүй аюул, осолын үед бэлэн байхсан 78
- Ю. Андреев, В. Городецкий, П. Максимов нар — Удаан дарагдсаны хамшинж 80

### МЭДЭЭ

- Б. Лхагважав — Дутагдлаа арилгавал амжилт арвижна. 85

- Д. Бямбадорж, Д. Лунтан — Физиотерапия при бронхо-легочных воспалениях

- Б. Жав — Принцип лечения угрожающего выкидыша

### ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

- Ш. Жигжидсүрэн, Г. Буян-Өлзий — К вопросу улучшения качества и экономической эффективности лечебного мероприятия
- С. Махвал — Бюджетно-хозяйственный расчёт в здравоохранении
- Б. Содномсүрэн, Ж. Идэр, Г. Батчимэг, О. Оюун — Интенсивная терапия в детской больнице
- С. Цэрэндорж — Улучшение качества первичной помощи при травмах
- Ч. Чулуунбаатар — Вспомним славу советских врачей

### ПЕРЕСТРОЙКА И ОБНОВЛЕНИЕ МЫСЛИ И РАЗДУМЬЯ

- Г. Зуунай — К вопросу обновления в отрасли здравоохранения

— Мнение читателей

### ОБМЕН ОПЫТОВ

- Л. Дашцэрэн — Подвижный бригад медико-санитарного облуживания
- А. Бумцэнд — Традиционный метод лечения тонзиллита

### ЗАРУБЕЖОМ

— Новое направление здравоохранения

### ПРЕДУПРЕДИТЕЛЬНАЯ СТАТЬЯ

- Г. Цэвэгмэд, Ц. Чулуунбаатар — Зоркими глазами
- Г. Цэрэнжигмэд — Готовность к возможной беде и аварии
- Ю. Андреев, В. Городецкий, П. Максимов и др. — Краш синдром или о некоторых уроках трагедии в Армении

### ХРОНИКА СОБЫТИЯ

- Б. Лхагважав — Устранение недостатки источник успеха

### СЭТГҮҮЛИЙН РЕДАКЦИЙН ЗӨВЛӨЛ

Ш. Жигжидсүрэн (эрхлэгч), Ч. Энхдалай (хариуцлагатай нарийн бичгийн дарга), Б. Гоош, Г. Дашзэвэг, Б. Дэмбэрэл, Б. Жав, Л. Лхагва, Э. Лувсандагва, Д. Ням-Осор, П. Нямдаваа, Д. Самбуурэв, Г. Цагаанхүү, Б. Цэрэндаш

Техник редактор Г. Хишигдэлгэр Хянагч Д. Чимгээ Д. Ундармаа

Өрөлтөнд 1989 оны 7 сарын 4-нд орж 2850 хэвлэв.  
Цаасны хэмжээ 70X108 1/16 Хэвлэлийн хуудас 5 Зах № С—106,

Д. Сүхбаатарын нэрэмжит улсын хэвлэлийн комбинатад хэвлэв.  
Д. Сүхбаатарын талбай.

## ЭХ, ХҮҮХДИЙН ЭРҮҮЛ МЭНД

Өөрчлөлт, шинэчлэлтийн үед эх, хүүхдийн өвчлөл, эндэгдэл зэрэг улс үндэсний эрх ашгийг хөндсөн нийгмийн хурц асуудлыг ил тод тавьж, шийдвэрлэх арга замыг эрж олоход аятай нөхцөл бүрдэж байна. Нялхсын эндэгдэл, эхийн нас баралтын тоо баримтуудыг нууцлахаа больж эх, хүүхдийн эндэгдэлд нөлөөлж байгаа хүн амзүйн зохистой бодлогын асуудал, хүмүүсийн амьдралын түвшин, хүнс тэжээлийн хангамж, эрүүл аж төрөх ёсны хэвшил зэрэг нийгэм ахуйн хүчин зүйлсийг хөндөж, БНМАУ-д эх, хүүхдийн эрүүл мэндийг хамгаалах арга хэмжээний 2000 он хүртэлх хугацааны зорилтот программыг хэрэгжүүлэхэд улс, олон нийт, аж ахуйн байгууллагын анхаарал чиглэж байна.

Ийм үед эрүүлийг хамгаалах системийн дотоод нөөц бололцоог эх, хүүхдийн эрүүл мэндийг хамгаалах асуудалд бүрэн чиглүүлж, тус салбарын тэргүүн зорилтын хэмжээнд тавьж чадаж байна уу гэдэг асуулт зүй ёсоор гарч байна.

1989 онд улсын хэмжээнд зохион явуулсан тооллогын дүнгээс үзэхэд манай хүн амын 44,2 хувь нь 16 хүртэлх насны хүүхэд, 21 орчим хувь нь хүүхэд төрүүлэх насны эмэгтэйчүүд байна.

1987 онд нийт нас барсан хүний 50 хувь, 1988 онд 42 хувь нь 16 нас хүртэлх насны хүүхэд байлаа. Жил тутам 100 орчим эх жирэмсэн, төрөх болон төрсний дараа үед архаг өмчин нь дахисны улмаас нас баржээ.

Сүүлийн дөрвөн жил нялхсын эндэгдэл буурсан боловч бусад социалист орнуудтай харьцуулан үзэхэд сэтгэл зовохгүй байхын аргагүй.

Амьд төрсөн мянган хүүхдээс ойндоо хүрэлгүй эндэж байгаа тоог 1987 оны байдлаар авч үзвэл Лаост 111, Вьетнамд 65, Албанид 40, Хятадад 33, Солонгост 26, ЗХУ-д 25, Румынд 22, Югославт 25, Болгарт 15, Польшид 18, Кубад 15, Унгарт 17, Чехословакт 13, БНАГУ-д 9, Монголд 64 байна. Энэ үзүүлэлт төрөлтийн хувьд манай оронтой төстэй ЗХУ-ын дундаг азийн бүгд найрамдах улс Тажикт 48,9, Туркменд 56,4, Узбекикт 45,9 байна. 1987 оны байдлаар төрөлт 1000 хүн тутамд Лаост 42, Вьетнамд 32, Албанид 24, Солонгост 0,4, Зөвлөлтөд 0,47, Унгар, Югославт 15, Болгарт 13, Польшид 17, Кубад 16, Унгарт 12, Чехословакт 14, Монголд 36 байна.

Амаржиж байгаа 1000 эх тутмаас Африкт 7, Зүүн өмнөд асид 5, хөгжиж байгаа орнуудад 0,1 эх нас барж байгааг зарим улсаар үзвэл Вьетнамд 1,1; Хятад, Солонгост 0,4; Зөвлөлтөд 0,47; Унгар, Югославт, Болгарт 0,2; БНАГУ, Чехословакт 0,1; Монголд 1,4 байна.

Сүүлийн арван жилд Халдварт өвчнийг анагаах клиникийн эмнэлэгт эмчлүүлэгсдийн 80,8 хувь, гурван жилд сүрьеэгээр шинээр өвчлөгсдийн 28 хувь нь 16 хүртэлх насны хүүхэд байв. Манай эрдэм шинжилгээний байгууллагуудын судалгаа, эмнэлгийн тайлан мэдээнээс үзэхэд

1000 эмэгтэйн 218,9 нь эмэгтэйчүүдийн өвчтэй, 100 эх тутмын 25,7 нь хүүхэд төрүүлэх болон төрсний дараах үедээ хүндэрч, амаржиж байгаа эхчүүдийн 14 орчим хувьд нь хүүхэд олох зай ойртож байна. Бага насны 1000 хүүхдэд амьсгалын замын өвчин 3981,0; хоол боловсруулах эрхтний өвчин 571 тусаж, хүүхэд эндэхийн зонхилох шалтгаан болж байна. 1988 онд Хөвсгөл, Дундговь, Дорнод аймаг, Улаанбаатар хотын ерөнхий боловсролын сургуулийн 10000 сурагчид эрүүл мэндийн түвшин тогтооход нийслэлийн сурагчдын 3,2 хувь, хөдөөгийн сурагчдын 39,4 хувь нь эрүүл гэсэн дүгнэлт гарлаа.

Бага насны хүүхдийн дунд суурь өвчин нэлээд байна. Тухайлбал, 1988, 1989 онд нялхсын эндэгдлээр хамгийн эндөр байгаа Дорнод аймагт сульдаа 55,9; тэжээлийн доройтол 49,7; цус багадалт 33,4 хувь байна. Перинаталь үеийн эндэгдэл 24,4% эзэлж байна.

Байдал ийм байхад бид учир шалтгаанд нь бодитой зөв дүгнэлт хийж зохистой шийдвэрлэх, хамгийн үнэн зөв оновчтой аргыг олох ёстой. Олон жилийн турш эх, хүүхдийн өвчлөл, эндэгдлийг ихэнхдээ эрүүлийг хамгаалах байгууллагын ажилтай холбож нийгмийн өргөн байр сууринаас авч үзвэл зохих энэ асуудалд өрөөсгөл хандаж ирэв.

Түүнчлэн хүн амзүйн зохистой бодлого боловсруулан хэрэгжүүлэхэд хэт алгуурлаж, эмэгтэйчүүдийг эрүүлжүүлэх, тэдний хөдөлмөр ахуйн нөхцөлийг сайжруулахад тавих анхаарал илт дутснаас байгаа боломжоо бүрэн дайчлахгүй байна.

Хүүхэд, эхийг чанар сайтай хүнс тэжээлээр бүрэн хүрэлцээтэй хангаж чадаагүй байна. Байгалиа хамгаалж, орчны бохирдлыг багасгах, хүн амыг эрүүл ахуйн дадал заншилд сургах ажил амьдралын хэмнэлээс хол хоцорсон нь эх нялхсын өвчлөл, эндэгдэлд сөрөг нөлөө үзүүлж байна.

Эх, хүүхдийн эмнэлгийн тусламжийн хөгжил, эзлэх байр суурь, материаллаг бааз, боловсон хүчний хангамж нь эрүүлийг хамгаалахын тэргүүлэх салбарын хэмжээнд хараахан тавигдаагүй байна.

Хүүхдийн нарийн мэргэжлийн тусламж хол хоцорч байна. Тархины цусан хангамжийн өөрчлөлт, чих, хамар хоолойн архаг өвчин, нүд, түүний орчмын эдийн үрэвсэл, уушги идээлэх хүндрэл, оюун ухааны хомсдол, сүрьеэгийн хордлоготой хэлбэр нэлээд байгаа боловч аймаг, хотод хүүхдийн шүд, чих, хамар хоолой, мэс засал, мэдрэл, сүрьеэгийн нарийн мэргэжлийн эмч чамлалттай цөөн ажиллаж, боловсон хүчний нөөцийг зонхилж байгаа өвчлөл, эндэгдэлд чиглүүлэх ажил тун удаашралтай байна.

Хүүхэд нас гэдэг биемахбодын бүтэц, үйл ажиллагаа, өсөлт, хөгжилт, өвчлөх эмгэгийн хувьд өвөрмөц онцлогтой, түүндээ тохирсон нийгэм, ахуй, ёс суртахуун, анагаах ухаан, эрүүлийг хамгаалахын хандлага, арга хэмжээг шаарддаг үе юм. Үү-

нийг хүүхэд гэдэг чинь «жижиг хүн» гэж тоймлон ойлгож, ерөнхийлөн хандахыг оролдвол гэнэн хэрэг болно. Рентген, лаборатори, эмгэг анатом, сэтгэл мэдрэл, нөхөн сэргээх, хавдар судлалын, булчирхай, бөөрний эмгэгийн гэх мэт аймаг, хотод ганц нэгээрээ ажилладаг нарийн мэргэжлийн эмч нарт тухайн мэргэжлээр хүүхдэд тохиолдох өвчнийг оношлох, эмчлэх, урьдчилан сэргийлэх мэдлэг, чадвар эзэмшүүлэх нь амьдралын нэн тэргүүний шаардлага болж байна.

Нөгөө талаар мал аж ахуй, газар тариалангийн бригад хэсэгт байгаа эх, хүүхдийн дийлэнхэд нь дунд мэргэжилтэн тусламж үзүүлж байна. Өмнөговь аймгийн 1988 оны амбулатори-поликлиникийн үзлэгийн 70 орчим хувийг дунд мэргэжилтэн хийжээ? Эмнэлгийн тусламжийн чанарын түвшний талаас нь харвал энэ баримт төдий л дэвшилттэй зүйл биш ээ.

Эрдэмтдийн тодорхойлсноор насанд хүрэгчдийн архаг өвчний дал шахам хувь хүүхэд насанд эхэлсэн байдаг үнэнийг хүлээн зөвшөөрвөл ДЭХБ-аас дэвшүүлсэн 2000 онд бүх нийтээр эрүүл байх уриаг хэрэгжүүлэх нэг чухал арга бол эх, хүүхдэд тавих анхаарлыг эрс дээшлүүлж, тэдний өвчлөл, эндэгдлийг бууруулахад байгаа хүч бололцоог зайлшгүй чиглүүлэх ёстойг ухаарах хэрэгтэй болно.

Хүүхэд, эх барих эмэгтэйчүүд, мэс засал, гэмтэл, сэхээн амьдруулах зэрэг бол тэнд ажиллагсаас оюуны болон биемахбодын асар их чадавхи шаарддаг эмнэлгийн байгууллагын хамгийн хүнд хүчир ачаалал ихтэй цэгүүд юм. Энэхүү ярвигтай мэргэжлийн хөдөлмөрийг бодитой авч үзэж тэнд ажиллагсдын хөдөлмөрийн нөхцөлийг сайжруулах, эрүүл мэндийг хамгаалахад чиглэсэн ямар нэг хөнгөлөлт эдлүүлэх тухай асуудлыг тавих цаг болжээ. Ингэж ярих нь ижил мэргэжлийн хүмүүсийг ялгаж, гадуурхсан хэрэг гэж үздэг санаа амьдралд хэр нийцэж байна вэ? Хэсгийн эмчид ногдох төрөх насны эмэгтэй, хүүхдийн тоог манайхаас төрөлт, өвчлөл бага, нийгэм ахуйн нөхцөлөөр сайн оронтой зэрэгцүүлэн үзэж байгаа бидний баримжаа төдий л амьдралд тохирохгүй байна. Өнөөдөр хүүхдийн хэсгийн эмч халдварт өвчнөөс урьдчилан сэргийлэх таван төрлийн тарилга хийж, түргэн тусламжийн дуудлагад явж, 7 хоног бүр жижүүрт гарч, гэрээр өвчтөн эмчилж, ажлын цагийнхаа нэлээд хувьд бичиг баримт хөтөлж, өвчтэй хүн эмчлэх ажлаар голчлон хөөцөлдөж яваа үнэнийг нуух хэрэггүй. Эмэгтэйчүүдэд зөвлөлтөө өгөх хэсгийн нэг эмч 150—250 жирэмсэн эхийг хянаж, эмнэлгийн аль ч үзлэгийн кабинетад байдаггүй ажлын ачаалалтай сууна.

Хүүхдийн өвчлөл, эндэгдэлд халдварт өвчний эзлэх хувь их байгаа боловч хүүхдийн халдвартын асуудал тодорхой хариуцсан эзэнгүй, халдварт өвчнөөс сэргийлэх тарилгыг хэсгийн эмч гардан хийж, тарилга захиалах, төлөвлөх, хяналт тавих үүргийг Архун цэвэр, халдвар судлалын байгууллага хүлээж, халдварт өвчтэй хүүхдийг эмчилдэг газар нь насанд хүрэгчдийн эмнэлгийн тусламжинд харъяалагдаж, уул

өвчнөөр хүүхэд эндвэл эх нялхсын байгууллагын ажлын үр дүнд хамаарагдаж байна.

Энэ бол хүүхдийн халдвартын албыг эмхлэн, мэргэжлийн боловсон хүчнээр хангаж, удирдлагыг боловсронгуй болгохыг шаардаж байгаа баримт мөн.

1970-аад оны эхээр аймгийн хүүхдийн больницуудыг нэгдсэн больницын тасаг болгосон нь удирдлагыг төвлөрүүлэх арга хэмжээ боловч одоо хүүхдийн тасгийг мэргэжил, зохион байгуулалтын удирдлагаар оновчтой хангаж байгаа ерөнхий эмч, эмнэлэг эрхэлсэн орлогч хуруу дарам цөөн, хүүхдийн дунд томуу, томуу төст өвчин, гэдэсний халдвар тархих үед шуурхай арга хэмжээ авах асуудал олон шат дамжлагатай, хүүхдийн сүүний газар, хэсгийн эмнэлгүүд тодорхой удирдлагаар дутагтаж байгаа нь харагдаж байна. Сүүлийн 20 жилд манай улсын хүн ам 815 000-аар, төрөлт 62,5 хувь нэмэгдсэн байхад аймаг, хотын төрөх орны тоо 49,8 хувиар өсөж, ихэнх аймгийн төрөх тасаг архаг, хурц халдварт өвчтэй жирэмсэн эхэд зориулсан төрөх өрөө, тусгаарласан тасаг, палатгүй, энэ талаар Эрүүлийг хамгаалах яамны сайдын удаа дараа гарсан тушаал хэрэгжихгүй байгааг юугаар ч зөвтгөх аргагүй. Элэгний халдварт В гепатит, сүрьеэ, ДХХ өвчин гээд олон тулгамдсан асуудалд бид төдий л бэлэн бус байна. Энэ бүхэн эрүүлийг хамгаалахын буй болсон чадавхыг зөв зохион байгуулж, амьдралаас урган гарч байгаа хурц асуудлыг ухаалаг чиглүүлэхэд шинэ сэтгэлгээгээр хандах хэрэгтэй боллоо.

Эрүүлийг хамгаалахын хамт олны сэтгэлзүй, материаллаг бааз боловсон хүчний нөөц бололцоог урьдчилан сэргийлэх, эмнэлэг ариун цэврийн анхны тусламж, эх нялхсын асуудалд бүрэн чиглүүлэх хэрэгтэй байна. Үүний тулд 1996 он гэхэд АУДС-ийн сургалтыг дотор, мэс засал, хүүхэд, эх барих, эмэгтэйчүүдийн өвчин судлалын онол, дадлагыг зохих түвшинд эзэмшсэн ерөнхий мэргэжлийн эмч бэлтгэхэд шилжүүлж, сургах хугацааг 5 жил болгож, нарийн мэргэжил олгох ажлыг зохион байгуулах нь зүйтэй. Сумын ба хэсгийн эмч, мэс засал, эх барих эмэгтэйчүүд, хүүхэд, сэхээн амьдруулагч эмч нарын цалингийн хэмжээнд ялгавартай хандах асуудлыг одоо ажилласан жилээр тэгшитгэн цалин нэмэгдүүлж байгаа системийг боловсронгуй болгон шийдэж, тэдний хөдөлмөрийн нөхцөл, нийгмийн асуудлыг ч авч үзүүштэй юм.

БНМАУ-д эх, хүүхдийн эрүүл мэндийг хамгаалах арга хэмжээний 2000 он хүртэлх хугацааны зорилгот програмд заасны дагуу хүүхэд, эх барих, эмэгтэйчүүдийн нэг хэсэгт ногдох төрөх насны эмэгтэй, 0—15 насны хүүхдийн тоог ойрын жилд бууруулах хэрэгтэй байна.

Эх, хүүхдийн эрүүл мэндийг хамгаалах эрдэм шинжилгээний улсын нэгдсэн төвийг хамгийн сүүлийн үеийн оношлол, эмчилгээний аппарат, багаж хэрэгслээр тоноглоход олон улсын байгууллагаас авч байгаа тусламжийн нэлээд хэсгийг чиглүүлж, цаашдаа аймаг, дундын оношлол,

эмчилгээний төв байгуулах асуудлыг хурдавчлах шаардлагатай байна. Ийм төвийг манай хүн амын дөрөвний нэг орчим нь амьдардаг эх, хүүхдийн өвчлөл эндэгдлийн нэлээд хувийг эзэлдэг баруун бүсийн аймагт эхний ээлжинд буй болгох нь зүйтэй юм.

Хүн амзүйн бодлого боловсруулж, гэр бүл төлөвлөлтөд шилжих нь эх үрсийн эрүүл мэндийг хамгаалах ажлын эрх ашигт нийцнэ. Хүн амзүйн бодлого гэдэг бол хүн амын хамгийн зохистой тоонд хүрэхэд чиглэсэн нийгэм, эдийн засгийн өргөн арга хэмжээний бүрдэл юм. Энэ нь хүн амын нийгэм хөдөлмөр эрхлэлт, насны бүлгийн хамгийн тохиромжтой бүтэц, хүмүүсийн эрүүл мэндийг хамгаалах, идэвхтэй хөдөлмөрлөх нөхцөлийг дээд зэргээр хангах зорилгод тулгуурласан байх ёстой. Харин салбарын өрөөсгөл бодлого байж таарахгүй.

Хүн амзүйн зохистой бодлого боловсруулан хэрэгжүүлэхэд идэвхтэй оролцож, хүний эрүүл мэндийн хүчин зүйлийн үүргийг судлан тодруулах, байдлыг задлан шинжилж дүгнэлт хийх эмнэлгийн арга хэмжээг хэрэгжүүлэх нь манай салбарын нэг чухал зорилт юм. Эх үрсийн эрүүл мэндэд харшилж байгаа хэт ойр төрөх, архаг өвчтэй, амьдралын хангамж муутай, гэр бүлийн сэтгэлзүйн таатай нөхцөл бүрдээгүй эмэгтэйчүүдийг жирэмслэхээс сэргийлэх, 20 наснаас өмнө 35-аас дээш насны төрөлтийг багасгах, монгол айл 2—3 жилийн зайтай төрсөн 5 хүртэл хүүхэдтэй байх, улсаас 5 хүүхэд төрүүлж, эрүүл чийрэг өсгөсөн эхэд хамгийн дээд урамшил тэтгэмж олгодог систем тогтоох арга хэмжээ авах нь зүйтэй юм. Эхчүүд хүүхдэд нэг нас хагас хүртэл тэтгэмжтэй асрахад ажлын байрыг нь хадгалдаг болох, хүүхдэд ой хүртэл нь эрүүл бойжуулсан эхчүүдэд мөнгөн тэтгэмж олгох журам нэвтрүүлж болох байна. Ганц бие эх, орлого багатай, бага насны олон хүүхэдтэй өрхийн хүүхдийг 2—3 нас хүртэл үнэгүй эм, хоолоор хангах арга хэмжээг хэрэгжүүлдэл зүйтэй байна. Ой хүртэлх настай хүүхдийн эндэгдлийн хувийн жин их байгаа нь энэ насанд тавих анхаарал халамж, асаргаа сувилгаа, эмнэлгийн тусламжийн чанарыг дээшлүүлэх нь чухал болохыг харуулж байна. Энэ нас цаашид эрүүл чийрэг өсөж бойжиход ч шийдвэрлэх үе юм. Иймээс бид ураг нярайн эндэгдэлтэй (перинатал) тэмцэх албыг хөгжүүлэхэд хойшид ихээхэн анхаарах болно. Жирэмсний 28 долоо хоногтойгоос дээш ураг, 7 хоног хүртэлх настай нярай хүүхэд эндэхэд дутуу төрөх, ураг хэвлийд байхдаа хүчилтөрөгчөөр дутах, халдвар авах, төрөх үедээ бүтэх, төрөхийн гэмтэл, тархины цусан хангамжийн өөрчлөлттэй болох зэрэг голлох шалтгаан нөлөөлдөг нь эрдэмтдийн судалгаагаар батлагджээ.

Ураг хэвийн өсөж хөгжихөд эхийн эрүүл мэнд гол нөлөө үзүүлж байна. Иймд эмэгтэйчүүдийн хөдөлмөрийн нөхцөлийг сайжруулах охид, эмэгтэйчүүдийг эрүүлжүүлэх, цус багадаа болон жирэмсний хордлогыг цаг тухайд нь эмчлэх, төрж байгаа эхэд тавих анхаарал халамжийг сайж-

руулж, бүх их эмч, эх баригч нарыг төрөлтийг зөв удирдах аргад сургах, эмэгтэйчүүдэд зөвлөгөө өгөх хэсэг, төрөх газар, хүүхдийн эмнэлэг, поликлиникийн ажил төрлийн уялдааг сайжруулах нь ураг, нярайн эндэгдэлтэй тэмцэх ажлын нэг үндсэн чиглэл юм.

Ураг, нярайн өвчнийг эрт оношлох, эмчлэхийн тулд өндөр нарийн мэргэжилтэн бэлтгэх, орчин үеийн багаж аппаратаар хангахад чиглэсэн бодлогыг ойрын жилүүдэд идэвхтэй явуулна.

Эх баригч бага эмч нарыг бүрэн дунд боловсролтой хүмүүсээс бэлтгэж, хүндрэлтэй төрдөг болон олон төрсөн эхчүүдийг аймаг, хотын төвд нарийн мэргэжлийн эмчийн хяналтад амаржуулах зохион байгуулалтын арга хэмжээ авч, эх барихын яаралтай дуудлаганд онгоц өргөн ашиглаж эмч нар бригадаар очдог болно.

Ураг, нярайн эндэгдэлд удамшлын эмгэг нэлээд хувь эзэлж байна. Удамшлын эмгэгийн тархалтыг судлах, эрт оношлоход ихээхэн чармайлт тавьж Эх, хүүхдийн эрүүл мэндийг хамгаалах эрдэм шинжилгээний улсын нэгдсэн төвийн удамшилзүйн секторыг орчин үеийн багаж аппарат, боловсон хүчнээр бэхжүүлж, цаашид хөгжүүлэхэд санаа тавих нь чухал юм. Эмнэлэг удамзүйн зөвлөгөө өгөх газрыг байгуулж, ургийн гаж хөгжил, бодисын солилцооны зарим эмгэгийг эрт оношлох арга хэмжээг хойшлуулалгүй нэвтрүүлэх хэрэгтэй. Тархины цусан хангамжийн өөрчлөлт, оюун ухааны хомсдлын шалтгааныг тогтоож, бууруулах арга хэмжээг улам өргөжүүлэх, үр нөлөөтэй урьдчилан сэргийлэх, эмчлэх аргыг нэвтрүүлэх шаардлагатай байна. Нярай хүүхдэд үзүүлэх тусламжийн чанар, мэргэжлийн түвшин, багаж аппарат тоног төхөөрөмжийн хангамжийг сайжруулан, гүйцэт ба дутуу нярайг асрах арга техникийг эрс дээшлүүлэх нь нялхсын эндэгдэл бууруулах нэг чиглэл юм. Хүүхдийн дунд вирусийн үүсэлтэй амьсгалын замын хурц үрэвсэл, гэдэсний халдвар, ялангуяа халдварт гепатит нэлээд гарч байна.

Иймээс хүүхдийн больницын орныг 60—70 хувиас доошгүйг боксжсон өрөөтэй байхаар зураг төсөлд нь өөрчлөлт оруулах, халдварт өвчнөөс урьдчилан сэргийлэх тарилга хадгалах, зөөвөрлөх ажилд найдвартай систем буй болгох, орон даяар сүрьеэ, улаанбурхан, саа, татран сахуугийн давтан тарилга хийдэг тусгай өдрийг буй болгон чанартай зохион байгуулах ажлыг бүх нийтийн хүч, анхаарал төвлөрүүлэн хийдэг болох, хүүхдийн халдвартын эмч бэлтгэх, халдварт өвчнийг эрт оношлох эмчлэх талаар хүүхдийн нийт эмч нарын мэдлэг дээшлүүлэх зорилгын арга хэмжээ авах зэрэг ажлыг тун ойрын үед хийх нь зүйтэй байна.

Больницод олон хүүхэд бээгнэрүүлэх нь ачаалал хэт ихэсгэж, эмчилгээний үр дүнг бууруулж, больницын дотоод халдвар гарахад нөлөөлдөг учир өдрийн ба гэрийн стационар, поликлиникийн идэвхтэй болон нөхөн сэргээх эмчилгээний кабинет ажиллуулах хэлбэрийг өргөжүүлэх нь чухал байна.

ДЭХБ, НУБ-ын хүүхдийн төлөө фондтой хамтран суулгат өвчнийг шингэн уулгаж эмчлэх аргыг бүх шатны эмнэлгийн байгууллагын ажилд нэвтрүүлэхийн гадна гуурсан хоолойн үрэвслийн үед цэр ховхлох, доргнох иллэг хийх, тархины цусан хангамжийн өөрчлөлтийг даралтат иллэгээр нөхөн сэргээх зэрэг эмний бус эмчилгээний аргуудыг өргөн хэрэглэж хүчтэй антибиотик, тариа зонхилдог эмчилгээний хуучин аргаасаа зоригтой салах хэрэгтэй.

Хүүхэд, эхийг өвчлөл эндэгдлээс хамгаалах хамгийн найдвартай арга бол өвчлөмтгий эх, хүүхдэд тавих диспансерийн хяналтын чанар, үр дүнг эрс сайжруулах, хүүхэд чийрэгжүүлэх, эрүүлжүүлэх, хөхүүлэх, жирэмсэн эмэгтэйд сувилах ажилд олон нийтийн хүч, анхаарлыг чиглүүлэн хүүхдийн поликлиник, хэсэг, ясли, цэцэрлэг, пионерийн зуслан, улирлын сувиллуудын ажлыг энэ зүгт бүрэн хандуулж мэргэжлийн удирдлагаар хангах хэрэгтэй.

Эх, хүүхдийн эндэгдэл бууруулахад шийдвэрлэх нөлөөтэй салбар хоорондын шинжтэй том асуудал бол хүнс, тэжээлээр хангах явдал юм. Хоол, хүнс, тэжээлийг судалдаг эрдэм шинжилгээний сектор, ажилтнууд манай салбарын дотор ч, холбогдох бусад салбарын хувьд ч хүч нь тарамдсан, технологи, найрлага, клиникийн судалгааны ажлууд мөр мөрөө хөөсөн шинжтэй байгааг өөрчилж хүн амын хоол хүнсний асуудлыг судлах, зохион байгуулах нэгдсэн эрдэм шинжилгээний байгууллагыг туршилтын баазтай байгуулж ажиллуулах нь зүйтэй. Зургаан сараас ой хүртэлх насны хүүхдийг сүүн хоолоор үйлчилж байгаа хүүхдийн сүүн тэжээлийн үйлдвэрийн бүтээгдэхүүний найрлага нь энэ насны хүүхдэд шаардагдах уургийн 84,3%, анхны тосны 99%, нүүрс усны 35,3%, илчлэгийн 72,5% тус тус хангаж байна. Хоёр хүртэлх насны хүүхдийн 40,7% хувьд сүүн бүтээгдэхүүн дутаж байна. Жирэмсэн эхчүүдийн хоол тэжээлийн байдлыг Улаанбаатар хотод судалсан байдлаас үзэхэд нийт илчлэгийн 69,3%, уургийн 75,3%, нүүрс усны 66,8%, кальцийн 31,3%, магнийн 76,5%, төмрийн 63,7%, С витаминны 24%-ийг авч байна. Иймд

хүүхэд, жирэмсэн, хөхүүл эхийг чанар, хэмжээний хувьд тсхирсон хоол тэжээлээр хангах, хүүхдийн сүүний газруудыг байр, мэргэжлийн хүн, шаардлагатай тоног төхөөрөмжтэй болгох, хүнсний үйлдвэрүүдэд хүүхдэд зориулсан бүтээгдэхүүн үйлдвэрлэх нэр төрлийн улсын захиалга өгөх, импортоор авах хүүхдийн хоолны лимитийг тусад нь тогтоох, дэлхийд нэртэй баруун Германы «Милула» пүүстэй хүнсний үйлдвэр, олон улсын байгууллагын шугамаар холбоо тогтоож, эх орондоо хүүхдийн хоол тэжээл үйлдвэрлэх ажилд дэлхийн тэргүүний технологи нэвтрүүлэх, аймаг, хот, суманд эх хүүхдийг хүнс тэжээлээр хангах арга хэмжээг эхний ээлжинд зохион байгуулж авах явдал нэн чухал байна.

Хүүхэд, эхийн хүнс тэжээлийн захиалга, хангамж, үйлдвэрлэл, хуваарилалтын асуудлыг зохицуулж байх салбар хоорондын комисс ч ажиллуулах хэрэгтэй. Бөөр, элэг, цэсний өвчин хүн амын дунд тархмал байгаа нөхцөлд тэдэнд зориулсан хүнс тэжээлийг зохих хэмжээгээр үйлдвэрлэх, бэлтгэх, төрөлжсөн дэлгүүр, нийтийн хоолны газар, сувилал ч буй болгох хэрэгцээ буй боллоо.

Эцэг, эх, нийт хөдөлмөрчдөд эрүүл аж төрөх ёсны мэдлэг, ариун цэврийн соёл эзэмшүүлэх, хүүхдийг зөв асарч, бойжуулах, хооллох, хувцаслах, өвчнөөс сэргийлэх, чийрэгжүүлэх мэдлэг дадлагатай болгох, эр эмийн ёсны хүмүүжил олгох, гэр бүл бэхжүүлэх асуудлыг хамарсан тодорхой зорилго, чиглэлтэй ажлыг үйлдвэрчин, эмэгтэйчүүд, залуучууд, улаан загалмай, эрдэм дэлгэрүүлэх, биеийн тамир зэрэг олон нийтийн болон ардын боловсрол, соёл, хэвлэл мэдээллийн байгууллагатай хамтран далайцтай зохиох нь хойшлуулшгүй зорилт болж байна.

Улс үндэстнийхээ гал голомтыг бадрааж, эртний түүхт монголын газар шороон дээр шинэ амьдралыг цогцлон байгуулах, XXI зуунд өнөө үеийнхний буухиаг залж аваачих үр хүүхдэдээ эрүүл энхийн жаргал бэлэглэхээ илүү эрхэм нандин үйлс гэж өнөөгийнхөн, түүний дотор эрүүлийг хамгаалахын ажилтан бидэнд үгүй билээ.

Эрүүлийг хамгаалах яамны орлогч сайд Д. МӨНХӨӨ



## СУДАЛГАА ШИНЖИЛГЭЭ

Мо. Шагдарсүрэн, Ш. Содномпил, Д. Дариймаа, Н. Удвал, Ц. Дашдаваа,  
Д. Жанчивдорж,

### ЭМЭГТЭЙЧҮҮД ХҮҮХДИЙН ДИСПАНСЕРЧЛАЛ, ӨВЧЛӨЛИЙН ТҮВШИН, БҮТЭЦ, ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН БҮЛГИЙН АСУУДАЛД

Эх, хүүхдийн эрүүл мэндийг хамгаалах эрдэм шинжилгээний улсын нэгдсэн төв

Намын их хурлын заалтын дагуу хүн амын диспансерчлалын удирдлага зохион байгуулалт, арга ажиллагааг боловсронгуй болгох, түүний хэтийн төлөвийг тодорхойлж хэрэгжүүлэх зорилгоор Эрүүлийг хамгаалах яам 1986 оноос эхлэн манай орны байгаль, газарзүйн янз бүрийн бүсийн хэд хэдэн аймаг, сумын нийт хүн амыг үе шатлан диспансерчлах ажлыг туршин явуулж байна.

Хүн амын диспансерчлал, өвчлөл судлалын дотор манай хүн амын зонхилох хэсэг эмэгтэйчүүд, хүүхдийн өвчлөлийн түвшин, бүтцийг тогтоох, диспансерчлалын цар хүрээг өргөжүүлэн, чанар, үр ашгийг дээшлүүлэх явдал эрүүлийг хамгаалах байгууллагын нэн тэргүүн зорилтын нэг мөн.

Хүн амын диспансерчлалын асуудал ах дүү социалист орнуудын анагаах ухаан, эрүүлийг хамгаалахын удирдлага зохион байгуулалтын нэн тэргүүний шийдвэрлэвэл зохих гол гогцоо тулгамдсан асуудал болж, энэ талаар өргөн хүрээтэй судалгаа шинжилгээ, туршилтын ажил хийж байна.

Хүн амын диспансерчлалын үндсэн асуудал болох урьдчилан сэргийлэх бүрдмэл үзлэг явуулах, өвчлөлийн түвшин, бүтэц, эрүүл мэндийн бүлгийг тодорхойлох, диспансерийн ялгавартай хяналт, байнгын ажиглалт тогтоох зэрэг онол, аргазүйн зангилаа асуудал ЗХУ-ын эрдэмтэд (1, 2, 3, 4, 5, 8, 9, 10); манай эрдэмтдийн (6, 7, 11, 12, 13) бүтээлд туссаар байна.

БНМАУ-д эх, хүүхдийн эрүүл мэндийг хамгаалах арга хэмжээний 2000 он хүртэлх хугацааны зорилтот программын үндсэн чиглэлийн дагуу эмэгтэйчүүд, хүүхдийн диспансерчлах үе шатлалыг тодорхойлов.

Нийт хүн амыг үе шатлан диспансерчлах ажлын бүрэлдэхүүн хэсэг болох төрөх насны эмэгтэйчүүд, хүүхдийн диспансерчлал нь урьдчилан сэргийлэх бүрдмэл үзлэгт хамруулахаас эхлэнэ.

Тус улсын хүн амын зонхилох хэсэг болох төрөх насны эмэгтэйчүүд, 16 хүртэлх насны хүүхдийг диспансерчлах ажлын зохион байгуулалт, арга хэлбэрийг судлаж тогтоох зорилгоор манай орны байгаль, газарзүйн хангай, тал хээр, говийн бүсийн Хөвсгөл, Дорнод, Дундговь аймгийн зарим дэвсгэр нутагт эмэгтэйчүүд, хүүхдийн урьдчилан сэргийлэх бүрдмэл үзлэгийг 1987 оны IV улиралд явуулав. Бүрдмэл үзлэгт Эх, хүүхдийн эрүүл мэндийг хамгаалах эрдэм шинжилгээний улсын нэгдсэн төв, улсын клиникийн төв эмнэлэг, эрүүл ахуй, халдвар нян судлалын улсын институтийн зарим эрдэмтэн, эрдэм шинжилгээний ажилтан, дээрх аймгуудын нэгдсэн эмнэлэг, сумдын эмнэлгийн нарийн мэргэжлийн эмч, эмнэлгийн дунд мэргэжилтэн нар оролцов.

Бүрдмэл үзлэгт Хөвсгөл, Дорнод, Дундговь аймгаас төрөх насны (15—49) 5003 эмэгтэй; 16 хүртэлх насны 7907 хүүхэд буюу тухайн дэвсгэр нутгийн энэ насны эмэгтэйчүүдийн 29,3—43,4%; хүүхдийн 9,8—49,7 хувь нь хамрагджээ.

2000 он хүртэл эмэгтэйчүүд, хүүхдийг диспансерчлах үе шатлал

Үе шат	Эмэгтэйчүүд, эхчүүд	хүүхэд
I үе шат (1986—1990) он	Жирэмсэн болон онцгой хяналтын өвчтэй эмэгтэйчүүд	— Хот, аймгийн төвд сургуулийн өмнөх насны бүх хүүхэд; — Сумдад 0—3 насны хүүхэд;
II үе шат (1991—1995) он	Төрөх насны болон эмэгтэйчүүдийн өвчтэй; эмэгтэйчүүд	— Хот, аймгийн төвд сургуулийн насны хүүхэд — Сумдад сургуулийн өмнөх насны хүүхэд.
III үе шат (1996—2000) он	Нийт эмэгтэй, эх	— Сургуулийн өмнөх ба сургуулийн насны бүх хүүхэд;

**Урьдчилан сэргийлэх бүрдмэл үзлэгт  
хамрагдсан төрөх насны эмэгтэйчүүдийн  
насны бүтэц**

Насны бүтэц	Хөвсгөл		Дорнод		Дундговь		Гурван бүсийн аймгийн дүн	
	тоо	хувь	тоо	хувь	тоо	хувь	тоо	хувь
20 хүртэл	504	34,1	433	20,3	515	37,1	1452	29,0
20—24	192	13,0	362	16,9	201	14,5	775	15,1
25—29	244	16,5	432	20,2	231	16,7	907	18,1
30—34	214	14,5	381	17,8	189	13,6	784	15,7
35—39	158	10,7	265	12,4	125	9,0	548	10,9
40—44	99	6,7	178	8,3	75	5,4	352	7,1
45—49	68	4,6	87	4,2	70	3,6	205	4,1
Судалгаанд хамрагдсан эмэгтэйчүүдийн тоо	1479		2138		1386		5003	100,0

Эмэгтэйчүүд, хүүхдийн урьдчилан сэргийлэх бүрдмэл үзлэгийн материалд хийсэн нарийвчилсан судалгаанаас үзэхэд эмэгтэйчүүдийн насны бүтцийн дотор 20 хүртэлх насны эмэгтэй 1452 (29,0%), 20—24 насны 755 (15,1%), 25—29 насны 907 (18,1%), 30—34 насны 784 (15,7%), 35—39 насны 548 (10,9%), 40—44 насны 352 (7,1%), 45—49 насны 205 (4,1%) хүн байлаа. Бүрдмэл үзлэгт хамрагдсан эмэгтэйчүүдийн дотроос эмэгтэйчүүдийн аль нэг өвчнөөр өвдөөгүй 3549 (71,0%), ерөндөг тавиулсан 180 (3,6%), жирэмсэн 533 (10,6%), өвчтэй 1454 (29,0%) эмэгтэй байлаа.

Эмэгтэйчүүдийн өвчлөлийн дотор бэлэг эрхтний үрэвсэлт өвчин 1167 (80,2%), хоргүй хавдар 71 (4,9%), сарын тэмдгийн хямрал 56 (3,8%), жирэмслэлт, төрөлттэй холбоотой эмгэг 51 (3,5%), үргүйдэл 44 (3,0%), бэлэг эрхтний гажиг хөгжил 17 (1,1%), бусад өвчин 49 (3,4%) байв. Эмэгтэйчүүдийн бэлэг эрхтний өвчлөлд 1000 эмэгтэйд 290,6 байгаагийн дотор Хөвсгөл аймагт 346,2; Дорнод аймагт 273,2; Дундговь аймагт 258,3 байв.

Бүрдмэл үзлэгт хамрагдсан эмэгтэйчүүдийн дунд бусад эрхтэн системийн өвчнөөр өвдөөгүй 1307 (26,1%), өвчтэй 3696 (73,9%) эмэгтэй байсны дотор хоол боловсруулах зам, мэдрэлийн систем, мэдрэх эрхтний болон бөөр, шээсний замын өвчин зонхилж байна. Үзлэгт хамрагдсан 1000 эмэгтэйн 738,7 эрхтэн системийн өвчтэй байснаас Хөвсгөл аймаг 691,7; Дорнод аймагт 718,9; Дундговь аймагт 819,6 байна.

Судалгаанд хамрагдсан Хөвсгөл, Дорнод, Дундговь аймгийн 16 хүртэлх насны хүүхдийн насны бүтцийг үзвэл 0—1 насны хүүхэд 907 (11,5%), 1—3 насны 721 (9,1%), 4—7 насны 1611 (20,7%), 8—16 насны 4668 (59,0%) байв. Бүрдмэл үзлэгт хамрагдсан хүүхдийн өвчлөлийн дотор хоол боловсруулах зам, мэдрэл, мэдрэх эрхтний, бөөр, шээсний зам, дотоод шүүрлийн булчирхай, бодисын солилцоо, тэжээлийн хям-

рал амьсгалын замын өвчин зонхилж байна.

Эрүүлийг хамгаалах яамны сайдын 1986 оны 133 дугаар тушаалаар батлагдсан хүн амыг диспансерчлах зааврын дагуу эрүүл мэндийн ерөнхий бүлгийг тодорхойлохын зэрэгцээ эмэгтэйчүүдийн физиологи, эмгэг байдлаар дараах таван бүлэгт хуваана. Үүнд:

I бүлэг: Эрүүл эмэгтэйчүүд

1. Жирэмслэх боломжтой; 2. Жирэмслэсэн тохиолдолд илүү өртөмтгий бүлэгт хамаарах; 3. Жирэмслэх боломжгүй эмэгтэй гэж бүлэг болгон хяналт тогтооно.

II бүлэг: Харьцангуй эрүүл; эмэгтэйчүүдийн дотроос өвчнөөр өвчилж эдгэрсэн, өвчинд илүү өртөмтгий эмэгтэйчүүд.

1. Эрүүл, хэвийн явцтай жирэмсэн, 2. Илүү өртөмтгий байдал бүхий жирэмсэн. а) эх барихын ужиг дурьдатгалтай; б) тухайн жирэмсний хүндрэлтэй; в) экстрагениталь эмгэгтэй; г) жирэмсний өртөмтгий байдалд хүргэх бусад хүчин зүйлтэй хэмээн ангилна.

III бүлэг: Эмэгтэйчүүдийн архаг өвчтэй, өвчний явц нь эзэнгшил алдаагүй үед байгаа хөдөлмөрийн чадвартай эмэгтэйчүүд:

Сарын тэмдгийн хямрал гажуудалтай, бэлэг эрхтний үрэвсэлт өвчтэй, бэлэг эрхтний хоргүй хавдар, хавдрын урьдал өвчтэй, умай, бэлэг эрхтний гаж хөгжилтэй гэж ангилна.

IV бүлэг: Эмэгтэйчүүдийн архаг өвчтэй, өвчний явц нь эзэнгшил хагас алдсан өвчин хурцдах үед хөдөлмөрийн чадвар алддаг эмэгтэйчүүд;

V бүлэг: Эмэгтэйчүүдийн архаг өвчтэй, өвчний явц нь эзэнгшил бүрэн алдсан хөдөлмөрийн чадваргүй тахир дутуу эмэгтэй гэж тус тус ангилж үзнэ.

Эрүүл мэндийн ерөнхий бүлгээс гадна хяналтын өвөрмөц бүлэг тогтооно. Үүнд: 1. Эрүүл; 2. Жирэмсэн; 3. Эмэгтэйчүүдийн өвчтэй; 4. Экстрагениталь өвчтэй.

**Төрөх насны эмэгтэйчүүдийн урьдчилан сэргийлэх  
бүрдмэл үзлэгийн дүн**

Эмэгтэйчүүдийн өвчлөлийн бүтэц, түвшин, эрүүл мэндийн бүлэг	Хөвсгөл		Дорнод		Дундговь		Гурван бүсийн аймгийн дүн		
	тоо	хувь	тоо	хувь	тоо	хувь	тоо	хувь	
1. Эмэгтэйчүүдийн үзлэгээр эрүүл	967	65,4	1554	72,7	1028	74,2	3549	71,0	
Эмэгтэйчүүдийн өвчтэй	512	34,6	584	27,3	358	25,8	1454	29,0	
а) Бэлэг эрхтэний үрэвсэлт өвчин	404	79,0	464	79,0	299	83,6	1167	80,2	
б) хорг хавдар	—	—	—	—	1	0,28	1	0,1	
в) хоргүй хавдар	20	3,9	37	6,3	14	3,9	71	4,9	
г) Жирэмслэлт төрөлттэй холбоотой эмгэг	24	4,7	14	2,4	13	3,6	51	3,5	
д) сарын тэмдгийн хямрал	38	7,4	11	1,9	7	1,9	56	3,8	
е) бэлэг эрхтэний гажиг хөгжил	1	0,2	9	1,5	7	1,9	17	1,1	
ё) Үргүйдэл	17	3,3	20	3,4	5	1,4	44	3,0	
ж) Бусад өвчин	8	1,5	29	5,0	12	3,4	49	3,4	
3. Эмэгтэйчүүдийн өвчлөл (1000 эмэгтэйд)		346,2		273,2		258,3		290,6	
4. Эрүүл мэндийн бүлэг	I	967	65,4	1528	71,5	1028	74,2	3523	70,5
	II	52	3,5	152	7,1	88	6,3	292	5,8
	III	460	31,1	458	21,4	270	19,5	1188	23,7

## 3-р хүснэгт

**Урьдчилан сэргийлэх бүрдмэл үзлэгт хамрагдсан  
хүүхдийн насны бүтэц**

Насны бүтэц	Хөвсгөл		Дорнод		Дундговь		Гурван бүсийн аймгийн дүн	
	тоо	хувь	тоо	хувь	тоо	хувь	тоо	хувь
0—1	337	15,0	342	11,1	228	8,9	907	11,5
1—3	260	11,6	335	10,8	126	4,9	721	9,1
4—7	453	20,2	638	20,7	520	20,2	1611	20,4
8—16	1197	53,2	1771	57,4	1700	66,0	4668	59,0
Судалгаанд хамрагдсан хүүхдийн тоо	2247		3086		2574		7907	100,0

Эмэгтэйчүүдийн эрүүл мэндийн бүлгийг тодорхойлохдоо дараах шалгуурыг ашиглана.

- Эмэгтэйчүүдийн бие бялдрын үв тэгш байдал;
- Эмэгтэйчүүдийн эрхтэн системийн үйл ажиллагааны байдал;
- Эмэгтэйчүүдийн эрхтний төрөлхийн гаж хөгжил, архаг өвчин;
- Жирэмсэн, төрөлтийн үйл ажиллагааны онцлог байдал;
- Хөдөлмөрийн чадварын байдал гэх мэт

Бүрдмэл үзлэгт хамрагдсан эмэгтэйчүүдийн дунд эмэгтэйчүүдийн өвчний байд-

лаар эрүүл мэндийн бүлэг тодорхойлоход гурван бүсийн аймагт I бүлэг 70,5; II бүлэг 5,8; III бүлэг 23,7 хувь байна.

Хүүхдийн онцлог байдалд тохируулан диспансерийн хяналтын өвөрмөц бүлгийг дараах байдлаар тогтооно. Үүнд:

I бүлэг *Эрүүл хүүхэд*: эрхтэн системийн үйл ажиллагааны өөрчлөлтгүй, бие-махбодод илэрсэн төрөлхийн ба архаг өвчингүй, почмог өвчнөөр жилд 4-өөс дээшгүй удаа хөнгөн өвчилж үлдэцгүй эдгэрсэн, бие бялдар, мэдрэл-сэтгэхүйн хэвийн өсөлттэй хүүхэд орно.

II бүлэг *Өвчинд өртөмтгий хүүхэд*: (эрүүл боловч өвчилж болох хүүхэд) энэ

## Хүүхдийн урьдчилан сэргийлэх бүрдмэл үзлэгийн дүн

Хүүхдийн өвчлөлийн бүтэц, түвшин, эрүүл мэндийн бүлэг	Хөвсгөл		Дорнод		Дундговь		Гурван бүсийн аймгийн дүн	
	тоо	хувь	тоо	хувь	тоо	хувь	тоо	хувь
1. Дотоод шүүрлийн булчирхай, бодисын солилцоо, тэжээлийн хямралын өвчин	35	21,4	110	43,0	50	22,9	195	30,6
2. Мэдрэл сэтгэхүйн	23	14,1	20	7,8	16	7,3	59	9,2
3. Мэдрэлийн систем, мэдрэх эрхтний	766	469,4	637	248,8	690	316,2	2093	328,4
4. Амьсгалын замын	34	20,8	51	19,9	147	67,4	232	36,4
5. Хоол боловсруулах замын	644	394,6	1602	625,8	1060	485,8	3306	518,7
6. Бөөр, шээсний замын өвчин	109	66,8	77	30,1	138	63,3	324	50,8
7. Бусад	21	12,1	63	24,6	81	37,1	165	25,9
Хүүхдийн өвчлөл (1000 хүүхдэд)	726,3		829,6		847,7		806,1	
Эрүүл мэндийн I бүлэг	1000	44,5	1084	35,1	918	35,7	3002	38,0
II бүлэг	936	41,7	1537	49,8	997	38,7	3470	43,9
III бүлэг	311	13,8	465	15,1	659	25,6	1435	18,1

бүлэгт нийгэм -эрүүл ахуй, биологи, удам зүйн асуултанд ужиг өгүүлэмжтэй, эрхтэн системд үйл ажиллагааны өөрчлөлттэй, цочмог өвчнөөр олон дахин өвчилдөг, бие бялдар, мэдрэл-сэтгэхүйн хөгжлийн хоцрогдолтой хүүхдүүд орно.

III бүлэг -Архаг болон төрөлхийн өвчтэй хүүхдүүд: Энэ группэд эрхтэн системийн үйл ажиллагаа нь энэгшилтэй (III А) хагас энэгшилтэй (III Б), энэгшлээ алдсан (III В) архаг өвчтэй хүүхдүүд орно.

Хүүхдийн эрүүл мэндийн бүлэг тогтоохдоо С.М. Громбах (1963, 1973) боловруулсан доорхи дөрвөн шалгуурыг ашиглана.

1. Хүүхдэд илэрсэн төрөлхийн ба архаг өвчин.

2. Бие махбодын өвчин эсэргүүцэх чадвар.

3. Хүүхдийн бие бялдар, мэдрэл сэтгэхүйн өсөлт хөгжилтийн түвшин;

4. Эрхтэн системийн үйл ажиллагааны байдал гэх мэт,

Бүрдмэл үзлэгт хамаарагдсан гурван бүсийн хүүхдийн эрүүл мэндийн бүлэг тодорхойлоход: I бүлэг 38,0; II бүлэг 43,9; III бүлэг 18,1 хувь байна.

Эмэгтэйчүүд, хүүхдийн эрүүл мэндийн IV, V бүлэг урьдчилан сэргийлэх үзлэгээр бүрэн тодорхойлогдох боломжгүй учир эмэгтэйчүүд, хүүхдийн амбулатори, поликлиник, больницын өвчлөлийн материалаас нэмж тооцож тодорхойлно.

Диспансерийн хяналтын өвөрмөц бүлэг тодорхойлсны үндсэн дээр илүү өртөмтгий хүчин зүйл бүхий жирэмсэн эмэгтэйчүүд, архаг өвчтэй эмэгтэйчүүд, хүүхдийг оношлох, эмчлэн эрүүлжүүлэх ажлыг ЭХЯ-ны сайдын 1983 оны 269 дүгээр тушаалаар батлагдсан «Эмэгтэйчүүдийн өвчтэй, жирэмсэн эмэгтэйчүүд ба бага насны хүүхдийг диспансерчлах нэгдсэн аргачлал» мөн

1986 оны 133 дугаар тушаалаар батлагдсан «Амбулатори поликлиникийн тусламж, диспансерчлал» эмч нарт зориулсан гарын авлагын дагуу явуулна.

Судалгаанаас үндэслэн дараах санал дүгнэлт хийж болох байна.

1. Хот, хөдөөд орон нутгийн нөөц бололцоог дайчлан, төрөх насны эмэгтэйчүүд, хүүхдийн дунд урьдчилан сэргийлэх бүрдмэл үзлэгийг аргачлалын дагуу төлөвлөгөөтэй явуулах;

2. Эмэгтэйчүүд, хүүхдийн эрүүл мэндийн бүлгийн дагуу диспансерийн хяналтыг ялгавартай явуулж, эмэгтэйчүүд, хүүхдийн диспансерчлалын чанар, үр дүнг эмчлэн эрүүлжүүлэх төлөвлөгөөний бнелэлт, эрүүлжилтийн байдал, эрүүл мэндийн бүлгийн өөрчлөлт шилжилтээр дүгнэх;

3. Төрөх насны эмэгтэйчүүдийн дунд бусад эрхтэн системийн өвчлөл өндөр байгааг харгалзан энэ насны эмэгтэйчүүдийн дунд өвчлөлийг эрт илрүүлэх, оношлох, эмчлэн эрүүлжүүлэх арга хэмжээг чанар, үр дүнтэй явуулах;

4. Төрөх насны эмэгтэйчүүд, хүүхдийн диспансерчлалын чанар, үр дүнг тогтоох зорилгоор дээрхи гурван бүсийн аймгуудаас бүрдмэл үзлэгт хамрагдсан эмэгтэйчүүд, хүүхдэд 1990 онд давтан үзлэгийг зохион байгуулж явуулах шаардлагатай байна.

## АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. И. И. Гребешева Организация лечебно-профилактической помощи детям, М, 1987

2. И. Н. Желеховцева Опыт использования карты учёта движения контингента диспансеризуемых больных по группам наблюдения -«Сов, здравоохран», 1980, 12, с 27—30

3. Р. К. Игнатъева Роль комплексной оценки здоровья детей в улучшений лечебно-профилактической помощи - «Сов здравоохран», 1983, 3, с 8—16.

4. Р. К. Игнатъева, Н. И. Кадеркаева Социально-гигиеническая оценка состояния здоровья новорожденных в перинатальном периоде. «Сов здравоохран». 1986, 12, с 31—37

5. М. Х. Мукамбар Заболеваемость и нормативы потребности акушерско-гинекологической помощи городскому населению Автореф. дисс. канд. Ташкент, 1975, с 26

6. Ц. Мухар, Мо. Шагдарсүрэн, П. Янсан, Д. Батмунх Итоги изучения общей заболеваемости детского населения МНР-«Актуальн. вопр. пед, акуш и гин», УБ, 1985, с 3—4

7. Э. Лувсандагва, П. Батху Здоровья детей дошкольного и школьного возраста в городах МНР-Состояние здоровья населения МНР УБ, 1985, с 53—56

8. А. А. Роменский Общая заболеваемость городского населения. «Сов. здравоохран», 1978, 6

9. Г. Я. Рюмина, Л. А. Леонтьева Комплексное исследование гинекологической заболеваемости. «Здравоохран. рос. фед» 1977, 12, с 28—32

10. И. С. Черепанова Комплексные социально-гигиеническое исследование многодетных семей. «Сов. здравоохран» 1985. 7, с 29—35.

11. Мо. Шагдарсүрэн, Л. Одончимэд К вопросу организации гинекологической по-

мощи -«Анагаах ухаан», УБ, 1982, 3, с 16—18

12. Мо. Шагдарсүрэн, Д. Лунтан, Д. Доржсүрэн Комплексная оценка групп здоровья детей дошкольного возраста -«Актуальн. вопр. пед, акуш и гин», 1984, с 3—5

13. Мо. Шагдарсүрэн, Ш. Содномпил, Н. Удвал, Ц. Дашдаваа, Д. Жанчивдорж, Д. Дариймаа -Эмэгтэйчүүд хүүхдийн эрүүл мэндийн групп-хөдөөгийн хүн амын эрүүл мэнд, диспансерчлал. Мэрөн, 1988, с 16—18.

#### К. ВОПРОСУ ИЗУЧЕНИЯ ДИСПАНСЕ-РИЗАЦИИ, ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И ГРУППЫ ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН И ДЕТЕЙ

Мо. Шагдарсүрэн, Ш. Содномпил, Д. Дариймаа, И. Удвал, Ц. Дашдаваа, Д. Жанчивдорж

В 1987 году были проведены комплексные медицинские осмотры женщин детородного возраста и детей до 16 лет в различных природно-географических зонах страны (горной-Хубсугульский, степной-Восточный, пустынной Средне-Гобийский аймаках.).

Исследования показывает необходимость проведения комплексного медосмотра среди женщин детородного возраста и детей с целью выявления патологии, угрожающих на их здоровья.

Редакцид ирсэн 1988. 09. 16.

Г. Оросоо

## НЭГ ХҮРТЭЛХ НАСНЫ ЭРҮҮЛ ХҮҮХДИЙН БИЕ БЯЛДРЫН ҮЗҮҮЛЭЛТҮҮД

Эх, хүүхдийн эрүүл мэндийг хамгаалах эрдэм шинжилгээний нэгдсэн төв

Хүүхдийн бие бялдын хөгжил нь тэдний амьдралын хангамж, хүүхдийн биемахбодод орчны үзүүлэх нөлөөг үнэлэх, эмнэлэг урьдчилан сэргийлэх ажлын үр дүнг хянах, хүүхдийн эрүүл мэндийн байдалд дүгнэлт өгөх үндсэн шалгуур шинжийн нэг байдаг учраас аливаа улс орны анагаах ухаан, хүүхдийн бие бялдын хөгжлийг тухайн орон нутгийнхаа газарзүй, байгаль, уур амьсгалын онцлог, уугуул хүн амынхаа зан заншил, зонхилон эрхэлдэг ажил хөдөлмөр, амьжиргааны арга зэргийг харгалзан улс орныхоо нийгэм-эдийн засгийн хөгжил, хот хөдөөгийн байдалтай уялдуулан 5—10 жил тутам шинэчлэн судалж байна.

2\*

Судалгааны зорилго, арга. Бид нэг хүртэлх насны эрүүл монгол хүүхдийн бие бялдын хөгжлийн үндсэн үзүүлэлтийн хэвийн дундаж хэмжээг тогтоох зорилгоор өнөө үед нийтээр зөвшөөрөн хэрэглэж буй сонгомол аргаар (4) 1 сараас 12 сартай 2443 эрүүл хүүхдийг хамарсан судалгаа явуулав. Нэг хүртэлх насны эрүүл хүүхдийн бие бялдын хөгжлийн хэвийн хэмжээг биений өндөр, жин, цээж, толгойн бүслүүр хэмжээ гэсэн үндсэн дөрвөн үзүүлэлтээр нас хүйсний 24 бүлэглэл, өөрөөр хэлбэл сар тутам, хүйсний ялгавартай судлан тогтоов.

Судалгааны үр дүн. Нэг хүртэлх насны хүүхдийн бие бялдын эрчимтэй хөгжлийг судлах нь онол практикийн ач холбогдолтой. Бид

11

1986—1987 онд явуулсан судалгааны ажлын дүнг нэгтгэн Бсловс-руулж, Улаанбаатар хотын нэг хүртэлх насны хүүхдийн бие бялдрын хөгжлийн үндсэн үзүүлэлтийн хэвийн хэмжээг нас, хүйсний бүлэглэлээр тогтоосныг хүснэгт 1 а, б-ээр харуулав.

Нэг хүртэлх насны хүүхдийн бие бялдрын хөгжлийн үндсэн үзүүлэлтийн сар тутам нэмэгдэх дундаж хэмжээг тогтоохын тулд эрүүл нярай хүүхдийн бие бялдрын үндсэн үзүүлэлтийн хэвийн хэмжээг ашиглав (2).

**Биеийн өндөр.** Хүүхдийн өндөр нь гадны янз бүрийн хүчин зүйлийн нөлөөнд тэр болгон өөрчлөгддөггүй учир тэдний бие бялдрын хөгжлийг үнэлэхэд чухал ач холбогдолтой. Бидний судалгаанаас үзэхэд нэг хүртэлх насны эрэгтэй хүүхдийн өндөр амьдралын эхний гурван сард 8,12 см, эмэгтэй хүүхдийнх 7,49 см нэмэгдэж байгаа нь нэг нас хүртэлх нийт өсөлтийн 36; 34%-тай тэнцүү байна.

Дөрвөн сартайгаас эхлэн хүүхдийн биеийн өсөлт аажмаар саарч, 4—6 сартайд эрэгтэй хүүхдийн өндөр сар тутам 2,14 см, эмэгтэй хүүхдийнх 2,23 см нэмэгдэж байна. Эрэгтэй хүүхдийн өндөр төрснөөс хойш 6 сар хүртэл 14,54 см, эмэгтэй хүүхдийнх 14,27 см өсөж

байгаа нь нэг хүртэлх насны хүүхдийн өсөлтийн 64,5 ба 64,4%-тай тэнцэж байна.

7—9 сартайд эрэгтэй хүүхдийн сар тутмын дундаж өсөлт 1,59 см; эмэгтэй хүүхдийнх 1,47 см, 10—12 сартайд эрэгтэй хүүхдийнх 1,08 см, эмэгтэй хүүхдийнх 1,15 см байна.

**Биеийн жин.** Хүүхдийн биеийн жин нь гадны хүчин зүйлийн нөлөөнөөс богино хугацаанд хэлбэлздэг тул оношлолын ач холбогдолтой.

Бидний судалгаагаар эрэгтэй хүүхэд биеийн жингээ эхний гурван сард 2871 гр, эмэгтэй хүүхэд 2579 гр, өөрөөр хэлбэл сар тутам дунджаар эрэгтэй хүүхэд 957 гр, эмэгтэй хүүхэд 860 гр-аар нэмж байна.

4—6 сартайд эрэгтэй хүүхэд биеийн жингээ 1917 гр, эмэгтэй хүүхэд 1947 гр нэмж, биеийн жингийн сар тутмын нэмэгдэл нь эрэгтэй хүүхдийнх 639 гр, эмэгтэй хүүхдийнх 649 гр хүртэл буурч байна.

5 сартайгаас эхлэн хүүхдийн биеийн жингийн сар тутмын нэмэгдэл мэдэгдэхүйц багасч, 7—9 сартайд эрэгтэй хүүхэд биеийн жингээ сар тутамд 409 гр, эмэгтэй хүүхэд 391 гр, 10—12 сартайд эрэгтэй хүүхэд сар тутамд дунджаар 254 гр, эмэгтэй хүүхэд 329 гр нэмж байна.

1-р (а) хүснэгт

Нэг хүртэлх насны хүүхдийн бие бялдрын үндсэн үзүүлэлтийн дундаж хэмжээ (эрэгтэй)

	Би еийн урт (см)			Биеийн жин (гр)			Цээжний бүслүүр хэмжээ (см)			Толгойн бүслүүр хэмжээ (см)		
	M	±m	±σ	M	±m	±σ	M	±m	±σ	M	±m	±σ
1 сар	54,02	0,16	1,64	4482	54,06	546	36,63	0,14	1,46	37,62	0,13	1,29
2 сар	56,83	0,19	1,90	5415	60,51	592	38,42	0,14	1,42	38,77	0,12	1,18
3 сар	59,68	0,20	2,09	6312	67,73	700	40,56	0,16	1,68	40,50	0,23	2,33
4 сар	62,37	0,21	2,13	7251	63,92	639	42,07	0,18	1,81	41,65	0,27	2,75
5 сар	64,23	0,22	2,22	7719	77,75	777	42,95	0,17	1,72	42,27	0,14	1,45
6 сар	66,10	0,20	2,13	8229	79,42	825	44,16	0,18	1,83	43,35	0,13	1,38
7 сар	68,00	0,20	2,04	8733	79,25	804	45,04	0,18	1,79	44,30	0,13	1,35
8 сар	69,02	0,18	1,86	9114	77,12	775	45,88	0,16	1,62	45,03	0,13	1,34
9 сар	70,86	0,19	1,91	9456	66,50	675	46,56	0,16	1,67	45,86	0,14	1,41
10 сар	72,00	0,25	2,15	9762	64,12	638	47,24	0,17	1,66	46,43	0,13	1,27
11 сар	72,93	0,21	2,13	9951	61,76	630	47,40	0,16	1,62	46,75	0,13	1,29
12 сар	74,11	0,22	2,21	10218	69,25	696	48,10	0,17	1,76	47,25	0,14	1,39

**Нэг хүртэлх насны хүүхдийн бие бялдрын  
үндсэн үзүүлэлтийн дундаж хэмжээ (эмэгтэй)**

	Биеийн урт (см)			Биеийн жин (гр)			Цээжний бүслүүр хэмжээ (см)			Толгойн бүслүүр хэмжээ (см)		
	M	$\pm m$	$\pm \sigma$	M	$\pm m$	$\pm \sigma$	M	$\pm m$	$\pm \sigma$	M	$\pm m$	$\pm \sigma$
1 сар	53,16	0,14	1,48	4107	41,94	430	35,85	0,14	1,43	37,00	0,11	1,12
2 сар	56,01	0,18	1,86	5001	51,97	522	38,19	0,13	1,30	38,40	0,10	0,98
3 сар	58,93	0,21	2,13	5925	58,22	591	39,72	0,15	1,56	39,79	0,13	1,27
4 сар	61,48	0,20	2,02	6744	59,25	595	41,12	0,16	1,61	40,87	0,11	1,14
5 сар	63,95	0,21	2,13	7311	63,25	642	42,15	0,16	1,65	41,89	0,11	1,16
6 сар	65,61	0,17	1,72	7872	68,44	695	43,19	0,19	1,90	42,58	0,13	1,36
7 сар	67,55	0,16	1,58	8355	66,45	668	44,23	0,16	1,58	43,72	0,13	1,35
8 сар	68,62	0,16	1,55	8787	72,25	733	44,95	0,17	1,68	44,63	0,14	1,40
9 сар	70,01	0,15	1,52	9045	62,40	624	45,47	0,14	1,45	44,93	0,13	1,28
10 сар	71,49	0,16	1,60	9348	63,58	639	46,10	0,16	1,61	45,56	0,12	1,24
11 сар	72,39	0,20	2,08	9639	64,28	693	46,86	0,16	1,66	45,88	0,14	1,38
12 сар	73,45	0,21	2,03	10032	64,92	633	47,14	0,15	1,48	46,39	0,13	1,27

Төрснөөс хойш нэг нас хүртэл эрэгтэй хүүхэд биеийн жингээ 6777 гр, эмэгтэй хүүхэд 6686 гр нэмж, нэг настай эрэгтэй хүүхэд дунджаар 10218+69,25 гр, эмэгтэй хүүхэд 10032±64,92 гр жинтэй болж байна.

Төрөх үеийн биеийн жингээ эрэгтэй хүүхэд 3—4 сартайдаа, эмэгтэй хүүхэд 4—5 сартайдаа 2 дахин, нэг нас хүрэхэд 3 дахин нэмж байна.

**Цээжний бүслүүр хэмжээ** нь цээжний ясны хөгжил, хүүхдийн амьсгалын эрхтэн тогтолцооны үйл, ер нь биемахбодын ерөнхий хөгжлийг илтгэн харуулдаг чухал үзүүлэлт юм.

Бидний судалгаагаар амьдралын эхний гурван сард эрэгтэй хүүхдийн цээжний бүслүүр хэмжээ 6,73 см, эмэгтэй хүүхдийнх 5,95 см нэмэгдэж байна.

6 сартай эрэгтэй хүүхдийн цээжний бүслүүрийн дундаж хэвийн хэмжээ 44,16±0,18 см, эмэгтэй хүүхдийнх 43,19±0,19 см байгаа нь 4—6 сартайд эрэгтэй хүүхдийн цээжний бүслүүр хэмжээ 3,6 см, эмэгтэй хүүхдийнх 3,47 см өөрөөр хэлбэл сар тутамд тэдний хүйснээс хамааралгүй дунджаар 1,2 см нэмэгдэж байна.

7—9 сартайд хүүхдийн цээжний бүслүүр хэмжээ сард дунджаар 0,8 см нэмэгдэж, 9 сартай эрэгтэй

хүүхдийн цээжний бүслүүр хэмжээ 46,56±0,16 см, эмэгтэй хүүхдийнх 45,47± см-тэй тэнцэж байна.

10—12 сартайд сар тутамд эрэгтэй хүүхдийн цээжний бүслүүр хэмжээ дунджаар 0,51 см, эмэгтэй хүүхдийнх 0,56 см нэмэгдэн 1 нас хүрэхэд эрэгтэй хүүхдийн цээжний бүслүүр хэмжээ 48,10±0,17 см, эмэгтэй хүүхдийнх 47,14±0,15 см болж байна.

Нэг нас хүртэл эрэгтэй хүүхдийн цээжний бүслүүр хэмжээ 14,27 см, эмэгтэй хүүхдийнх 13,37 см нэмэгдэж байна.

**Толгойн бүслүүр хэмжээ** нь хүүхдийн бие бялдрын хөгжлийг үнэлэх нэг үзүүлэлтийн зэрэгцээ тэдний мэдрэл сэтгэцийн хөгжил, тархины төрөл бүрийн эмгэг, гавлын ясны хөгжлийн өөрчлөлтийг оношлох нэг чухал үзүүлэлт болдог.

Нэгдүгээр хүснэгтээс харахад эрэгтэй хүүхдийн толгойн бүслүүр хэмжээ амьдралын эхний гурван сард 5,13 см, эмэгтэй хүүхдийнх 4,37 см, амьдралын эхний хагас жилд эрэгтэй хүүхдийнх 7,98 см, эмэгтэй хүүхдийнх 7,31 см нэмэгдэж байна.

7—9 сартайд толгойн бүслүүр хэмжээ сард дунджаар 0,80 см нэмэгдэн, 9 сартай хүүхдийн толгойн бүслүүр хэмжээ 45,86±0,14 см, эмэгтэй хүүхдийнх 44,93±0,13 см болж байна.

10—12 сартайд толгойн бүслүүр сард дунджаар 0,48 см-ээр нэмэгдэж, 1 настай эрэгтэй хүүхдийнх 47,25±0,14 см, эмэгтэй хүүхдийнх 46,39±0,13 см болж байна. Төрснөөс хойш нэг нас хүртэл эрэгтэй хүүхдийн толгойны бүслүүр хэмжээ 11,88 см, эмэгтэй хүүхдийнх 11,02 см нэмэгдэж байна.

Бидний судалгаанаас үзэхэд хүүхдийн цээж, толгойн бүслүүр хэмжээ 3 сартайд тэнцэж, 4 сартай эрэгтэй хүүхдийнх цээжний бүслүүр, толгойн бүслүүр хэмжээнээс 0,42 см, эмэгтэй хүүхдийнх 0,25 см-ээр илүү болж байгаа нь эрүүл монгол хүүхдийн бие бялдрын үвтэглэл хөгжлийг илтгэн харуулж байна.

Нэг настай эрэгтэй хүүхдийн цээжний бүслүүр, толгойн бүслүүр хэмжээнээс 0,85 см, эмэгтэй хүүхдийнх 0,75 см-ээр их байна.

Хүүхдийн эмч нар өдөр тутам нэг хүртэлх насны хүүхдийн бие бялдрын хөгжлийг үнэлэхдээ ЗХУ-ын эрдэмтэн М. С. Олевскийн тогтоосон үзүүлэлтийг ашиглаж байгаа билээ. М. С. Олевский болон гадаадын бусад эрдэмтэд хүүхэд нэг нас хүрэхэд биеийн өндөр нь 25 см, жин нь 7150 гр нэмэгдэнэ гэж тогтоосон бол бидний судалгаагаар Улаанбаатар хотын эрүүл хүүхдүүд нэг нас хүрэхэд биеийн жин дунджаар 6731 гр, өндөр 22,28 см, цээжний бүслүүр хэмжээ 11,45 см тус тус нэмэгдэж байна. Тэгвэл монгол төрхтний хүүхдийн өсөлт хөгжил европын төрхтний хүүхдийн өсөлт хөгжлийг гүйцдэггүйг тогтоосон судалгаатай (1) бидний судалгаа нийцэж байна.

**Дүгнэлт** 1. Нэг хүртэлх насны монгол хүүхдийн бие бялдрын өсөлт хөгжил эрчимтэй явж буйг нас, хүйсний ангиллаар судлан тогтоосныг практикт хэрэглэх боломжтой.

2. Монгол хүүхдийн бие бялдрын хөгжлийн хэвийн хэмжээ га-

даадын эрдэмтдийн тогтоосон хэвийн хэмжээнээс ялгаатай байгаа боловч хүний хөгжлийн ерөнхий зүй тогтлоор явж байна.

3. Нэг хүртэлх насны хүүхдийн бие бялдрын хөгжлийн нэг ерөнхий зүй тогтол нь эрэгтэй хүүхэд эмэгтэй хүүхдээс бие бялдрын хөгжлөөрөө давуу байдагт оршино.

4. Хүүхдийн дасан зохицолт тогтвортой болсон 2—4 сартайд хүүхдийн бие бялдрын өсөлт хөгжил хамгийн эрчимжиж байна. 5 сартайгаас эхлэн бие бялдрын хөгжлийн эрчим саарч байгаа нь нэг талаас хүүхдийн хөгжлийн зүй тогтол боловч, нөгөө талаас хүүхдийн биемахбодлын нэмэлт бодит шаардлага (хооллох, асаргаа, сувилгаа, чийрэгжүүлэх) нэмэгдэж буйг илтгэн харуулж байна.

#### АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. М. В. Кранс Закономности роста и развития детей от рождения до 7 лет, относящихся к европейской и монголоидной группам. *Вопр. антропологии*, 1979, вып 61, и 70—82

2. Г. Навчсан Эрүүл нярай хүүхдийн бие бялдар, энзим биохимийн зарим үзүүлэлтүүдийн хэвийн хэмжээ

Аргачилсан зөвлөмж, Улаанбаатар, 1986

3. Г. Оросоо Физическое и нервно-психическое развитие детей первого года жизни и некоторые биохимические показатели (научный отчет) г. Улан-Батор, 1988, с 40

4. А. Б. Ставицкая, Д. И. Арон Методика исследования физического развития детей и подростков. М. Медгиз, 1959, с 79

#### ПОКАЗАТЕЛИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

Г. Оросоо

Нами изучено физическое развитие детей первого года жизни с установлением его нормативных показателей. Установленные данные могут быть использованы в педиатрической практике как критерии оценки здоровья детей так и исходные данные дальнейшего научного исследования.

Редакцид ирсэн 1989. 02. 01



## ХҮҮХДИЙН БӨӨР, ШЭЭСНИЙ ЗАМЫН ӨВЧНИЙ ТАРХАЛТЫН БАЙДАЛ

Эх, хүүхдийн эрүүл мэндийг хамгаалах эрдэм шинжилгээний улсын нэгдсэн төв

Сүүлийн жилүүдэд аль ч улс оронд хүүхдийн бөөр, шээсний замын үрэвсэл жилээс жилд ихсэж, ДЭХБ-ын тодорхойлсноор (1982) амьсгалын замын хурц үрэвслийн дараах байранд орж байна.

Улс орон бүхэнд хүүхдийн бөөр, шээсний замын үрэвслийн тархалт харилцан адилгүй байгаа учир уул өвчний тархалтыг судлах нь бөөр, шээсний замын үрэвсэлтэй хүүхдэд үзүүлэх эмчлэн-сэргийлэх тусламжийг зохион байгуулах, цаашид авах арга хэмжээг боловсронгуй болгох, урьдчилан сэргийлэх арга замыг боловсруулахад чухал ач холбогдолтой юм.

Бид өөрийн орны нөхцөлд хүүхдийн бөөр, шээсний замын өвчний тархалтыг судлах зорилгоор 1982—87 онуудад хангай, тал, хээр, говийн бүсийн зарим аймаг хотод 1 сараас 16 хүртэлх насны 13428 хүүхдэд бөөр, шээсний замын өвчнийг илрүүлэх скрининг (хурдавчилсан) шинжилгээг гурван үе ша-таар хийсэн юм.

4—7 насны 3084 (23,4%), 8—16 насны 8857 (65,9%) байв.

Өвчний тархалтын байдлыг шинжилгээ хийсэн аймаг, хотуудаар жишихэд (1-р хүснэгт) хангайн бүсийн аймгуудад өвчний тархалт говь, тал хээрийн бүсийн аймаг, Улаанбаатар хотоос илүү түвшинд байна. Энэ нь тухайн бүсийн газарзүй, цаг агаарын онцлогтой холбоотой юм.

Манай орны нөхцөлд хүүхдийн бөөр, шээсний замын илэрхий биш явцтай хэлбэрийн тархалт улсын хэмжээгээр дунджаар 1000 хүүхдэд 30 байна. Энэ нь ЗСБНХОУ-ын судлагчдын тодорхойлсон түвшингээс (29:1000) их байна.

Хангайн бүсийн аймгуудад хүүхдийн бөөр, шээсний замын өвчний тархалт 1000 хүүхдэд 29—70, говийн бүсэнд 26, Улаанбаатар хотод 20, тал хээрийн бүсэнд 15 байна. Тал хээрийн бүсэнд өвчний тархалт говь, хангайн бүсээс бага байна.

Хүүхдийн илэрхий биш явцтай бөөр, шээсний замын өвчний бүтцийн дотор бөөр, шээсний замын халдвар 87,91% (пиелонефрит 49,87%, шээсний замын халдвар 38,34%), гломерулонефрит 2,0%, бөөрний удамшлын ба төрөлхийн эмгэг 3,5%, бөөрний бусад өвчнүүд 5%-ийг эзэлж байна. Манай орны аль ч бүсийн аймаг хотод хүүхдийн бөөр, шээсний замын илэрхий биш явцтай өвчний дотор пиелонефрит, шээсний замын халдвар зонхилж байна. Иймд эдгээр өвчнийг эрт илрүүлэн оношлох, эмчлэх, урьдчилан сэргийлэх нь өвчин архагшиж хүндрэх, бөөрний архаг дугмагшлаас сэргийлэх практикийн чухал ач холбогдолтой асуудал юм.

Дүгнэлт. 1. Манай орны нөхцөлд хүүхдийн бөөр, шээсний замын өвчний тархалт 30:1000 байна. Өвчний тархалт хангайн бүсийн аймгуудад говь, тал хээрийн бүсээс их байна.

1-р хүснэгт  
Өвчний тархалтын байдал  
(аймаг, хотуудаар)

Шинжилгээ хийсэн аймаг, хотууд	Шинжилсэн хүүхдийн тоо	Өвчтэй илэрсэн хүүхэд	
		тоо	%
Улаанбаатар	6112	121	2,0
Цэцэрлэг	1227	36	3,9
Улиастай	889	62	7,0
Эрдэнэт	489	32	6,5
Мөрөн	1655	63	3,3
Баянхонгор	1209	47	3,9
Дорнод	910	14	1,5
Мандалговь	937	24	2,6
Бүгд	13428	399	3,0

Судалгаанд хамрагдсан бүх хүүхдийн дотор хүү 6585 (49,0%), охин 6843 (51,0%), 1 сараас 3 хүртэлх насны хүүхэд 1487 (11,1%),

2. Бөөр, шээсний замын үрэвс- лээр охид, хөвгүүдээс илүү (2,3:1), сургуулийн өмнөх насны хүүхэд сургуулийн насны хүүхдээс (4,1:2,4) олонтаа өвчилж байна.

3. Хүүхдийн бөөр, шээсний за- мын илэрхий биш явцтай өвчний бүтцийн дотор бөөр, шээсний за- мын халдвар (пиелонефрит, шээс- ний замын халдвар) зонхилж (87,91%) байна.

Иймд өвчнийг эрт илрүүлэн оюушлох, урьдчилан сэргийлэхэд нэг зэрэг олон хүүхдийг хамран шинжлэх хурдавчилсан шинжилгээг хот, хөдөөгийн хүүхдийн эмнэлгүү- дийн практикт нэвтрүүлэх нь прак- тикийн чухал ач холбогдолтой, эн- гийн өвчнийг найдвартай илрүүлэх үр дүнтэй арга юм.

#### ЧАСТОТА И РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У ДЕТЕЙ

##### Б. Басбиш, Э. Лувсандагва

Для изучения частоты и распростра- ненности заболевания органов мочевыде- лительной системы (ОМС) авторами про- ведены трех этапное массовые обследо- вания у 13428 детей в возрасте от 1 ме- сяца жизни до 16 лет в различных гео- графических регионах страны.

*Д. Батсүх, Д. Дарьсүрэн, С. Өлзийсайхан*

#### БАГА НАСНЫ ХҮҮХДИЙН СУУЛГАТ ӨВЧНИЙ ЭМНЭЛЗҮЙ, ХҮНДРЭЛ

Манай оронд бага насны хүүх- дийн ходоод гэдэсний өвчин чухал асуудал болсон хэвээр байна. Сүү- лийн жилүүдэд хүүхдийн гэдэсний өвчний үүсэх шалтгаан, явц, эмнэл- зүй, түүний хордлогын үеийн ус алдалтын хэлбэр, лабораторийн оношлолын арга, өвчний үе шатуу- дад гарах морфологийн өөрчлөлт зэргийг өөрийн орны нөхцөлд Н. Цэ- рэннадмид, Ж. Самданцоодол, Г. Данзан, Б. Гомбо, Ж. Алтанцэ- цэг, Д. Батсүх нар судлаж, онош- лох, эмчлэх аргыг боловсруулан, хүүхдийн эмнэлгийн байгууллагуу- дад нэвтрүүлж ирлээ.

Эдгээр судалгаанаас үзэхэд сүү- лийн жилүүдэд хүүхдийн гэдэсний

В результате проведенного исследова- ния установлено, что частота распростра- ненности заболеваний органов мочевой системы (ОМС) у детей в условиях МНР в среднем составляет 30 детей на 1000 детс- кого населения с колебаниями от 15 до 70 в зависимости от климатогеографиче- ских особенностей различных зонах страны. Так в хангайских зонах распространен- ность заболеваний ОМС-ы была выше (29—70:1000) чем гобийских (26:1000) и степных зонах (15—1000).

По данным полученных результатов заболеваемость дошкольного возраста вы- ше, чем среди детей школьного возраста (соответственно 4,1:2,4). Следует особо от- метить, что заболеваемость девочка встре- чалась значительно чаще, чем у мальчиков (2,3:1).

В структуре заболевания преобладали заболевания инфекционного характера, так пиелонефрит (49,8%, и инфекции мочево- водящих путей 38,4%, протекающие чаще всего латентно-скрытой форме. Это необ- ходимо учитывать для ранней диагностики заболевания и предупреждения их хрони- зации.

В результате анализа полученных дан- ных необходимо разработать новые меры диспансеризации этих больных с ранним их выявлением с упором на заболевания инфекционного характера и внедрением эффективных методов лечения больных, профилактики хронизации и организации всеохватывающих мероприятий профилак- тики среди здоровых детей.

Редакцид ирсэн 1987. 11. 13

##### Анагаах ухааны дээд сургууль

хямралын үүсгэгчийн бүтцэд ихээ- хэн өөрчлөлт гарчээ. Арваад жи- лийн өмнө ганц нэг тохиолдлоор илэрч байсан тифи муриумаар үүс- сэн сальмонеллын үрэвсэл сүүлийн үед нэлээд (12,7% Ж. Алтанцэцэг, 1981 он) тохиолдох боллоо. Мөн антибиотикт тэсвэртэй болсон гэд- дэсний зохицолт нянгаар үүссэн гэдэсний цочмог үрэвсэл элбэгшиж байна (Д. Батсүх, 1972 он).

Одоо хүүхдийн суулгат өвчин ихэвчлэн эмнэлзүйн хувьд далд буюу хөнгөн хэлбэртэй байх нь цөөнгүй боловч, заримдаа дутуу эм- чилснээс буюу эмчлүүлээгүй удса- наас, мөн хүнд хэлбэрийн үед янз

бүрийн хүндрэл олонтаа тохиолдож байна.

Ажиглалтад Улаанбаатар хотын Сүхбаатарын районы Хүүхдийн нэгдсэн эмнэлэгт суулгат өвчтэй 1,5 сартайгаас 1 хүртэлх насны 122 хүүхэд байв. Бид суулгат өвчний эмнэлзүй ялангуяа хүндрэлийг судлахад онцлон анхаарсан юм. Судалгаанд байсан хүүхдийн 57 (46,7%) нь чихний гонхны хөндийн үрэвсэл (антрит)-ээр хүндэрсэн нь бидний анхаарлыг ихэд татсан билээ.

Өвчин хүндрэх гол шалтгаанд бүх өвчтөний 89,6% суурь өвчний, 33% нь тэжээлийн доройтлын I—II зэрэг, 2% нь III зэрэгтэй, 26% нь I—II зэргийн сульдаатай, 13% нь цус багадалтын эмнэлзүй, лабораторийн шинж тэмдэг илэрснээс гадна цөөн тохиолдолд төрөхийн тархины гэмтэлтэй, дутуу төрсөн хүүхэд байв.

Эхчүүдийн өгүүлснээр ихэнх хүүхэд өвчилснөөсөө хойш 3—7 дахь хоног дээрээ эмнэлэгт хэвтсэн байна. Эмнэлзүйн анхны шинж тэмдэг нь хүүхэд шингэнээр суулгах, бөөлжих, заримдаа халуурдаг байжээ. Үүнээс үзэхэд бүх хүүхдийн өвчин цочмог эхэлжээ. Хоногт 5—6 удаа буюу түүнээс дээш (10 хүртэл) усархаг, шар ногоон өнгөтэй шингэнээр суулгаж байв. Заримдаа баас нь залхагтай байсан. Үүний зэрэгцээ усгүйжилтын шинж илэрч, халуун нь 37,3°—38,5° хүрч байлаа.

Өвчний 8—12 дахь хоногоос чих үрэвсэж, цаашдаа гонхны хөндийн үрэвсэл болж хүндэрчээ. Энэхүү хоёрдогч хүндрэлийн үед хавсарсан хордлогын улмаас биеийн байдал эрс хүндэрч, халуун нь 39 градус хүрч, тайван бус болж, байн, байн цочин сэрэх, уйлагнах, хоолонд дургүй, хөхөө хөхөж чадахгүй үе үе цацах, унтаж байхдаа шилээ шөргөөж, толгойгоо сэгсэрч амаа ангайж унтах, гэдэс дүүрэх зэрэг эмнэлзүй шинж илэрч байв. Судалгаанд хамрагдсан хүүхдийн ихэнхэд нь усгүйжилтын шинж тэмдэг давамгайлж байлаа. Өөрөөр хэлбэл биеийн жингийн 5—13%-ийг алджээ. Чихний гонхны хөндийн үрэвсэл, хүндрэлийн ихэнхэд (83%) ус-

гүйжилтийн хордлогын эмнэлзүйн шинж бусад (17%) үед мэдрэл хордлогын хамшинж илэрч, эмнэлзүйн хувьд далд хэлбэр зонхилж байв.

1-р хүснэгт

Хүндрэлийн эмнэлзүйн хэлбэр

Өвчний эмнэлзүйн хэлбэр	Тод илэрхий хэлбэр	далд хэлбэр		Дахилгат хэлбэр
		балархай	туйлын балархай	
Өвчтөн				
57	10	27	12	8

Хүүхдийн биеийн урвалж чанар буурсан үед чихний талаас гарах хүндрэл далд хэлбэрээр гарах учир эмчлэгч эмч болон чих хамар хоолойн эмчээс их анхаарал шаардах болно. Судалгаанд хамарсан хүүхдийн 96,5%-д нь онош тодруулах болон эмчилгээний зорилгоор гонхны хөндийн хатгалт хийж, цөөнхөд нь гонхны хөндийд цорго тавьж онош тодруулж, эмчилгээ хийв.

**Гонхны хөндийн хатгалт хийхдээ:** 1. Тодорхой шалтгаангүй удаан хугацаагаар халуурах;

2. Эрчимтэй эмчилж байхад чихнээс идээ үргэлжлэн гоожих;

3. Тодорхой шалтгаангүй удаан хугацаагаар хордлогын байдалд байх, хордлогын эсрэг эмчилгээний үр дүн муу байх;

4. Биеийн жин нэмэгдэхгүй буюу буурах үед;

5. Хэнгэргэн хальсанд хатгалт хийх, цорго тавихад өвчтөний биеийн байдал түр сайжрах зэрэг заалтуудын зэрэгцээ бодит үзлэгээр илэрсэн хэнгэрэг болон дунд чихний үрэвслийн шинжийг харгалзана.

Гонхны хөндийн хатгалт хийж үзэхэд 57 хүүхдийн 45-д нь их хэмжээний идээ, 12 хүүхдийнхээс салс, булинггартай шингэн гарч байсан нь оношийг нотлоход гол ач холбогдолтой болов.

Цусны шинжилгээнд цагаан эсийн тоо (18—25—10<sup>9</sup>) хэт ол-

ширч, бөөмт савханцар зүүн тийш хэлбийж, улаан эсийн тунах хурд (30—40 мм/ц) хурдсаж, цус багдалтын шинж тэмдэг тод илэрч байв. Биохимийн шинжилгээгээр цусны уургийн хэмжээ багасаж, заримдаа кальц, фосфор хэвийн хэмжээнээс багассан байв.

Өвчтөн дунджаар 16—18 ор хоног эзэлж байна. Бүх хүүхдийн 66%-д хордлого тайлах эмчилгээ, 33%-д нь 2—3 төрлийн антибиотик үүнээс 67%-д нь пенициллин хэрэглэж, 96,5%-д нь чих хамар хоолойн эмчилгээ, гонхны хөндийн хатгалт хийж өдөрт 1 удаа бүгд 3—4 удаа угаах, УВЧ, солюксоор шарах зэрэг физик эмчилгээ хийж байлаа.

**Дүгнэлт.** 1. Бага насны хүүхдийн суулгат өвчин нь суулгах, хордлогын шинж, усгүйжилтын шинж, бөөлжих мэт эмнэлзүйн тодорхой шинжээр илэрнэ.

2. Уг өвчний үед дунд чихний үрэвсэл түүний хүндрэл, гонхны хөндийн үрэвсэл (46,7%) элбэг тусдаг ажээ.

3. Дунд чих, гонхны хөндийн үрэвсэл далд хэлбэрээр явбал өвчтөний тавиланд муугаар нөлөөлнө. Иймээс суулгат өвчний үед тодорхой шалтгаангүй хоёрдогч хордлого илэрвэл чих хамар хоолойн эмчийн зөвлөлөгөө авах шаардлагатай.

4. Суулгалт өвчнөөр өвчилсөн 122 хүүхдийн 46,7%-д нь чихний

гонхны хөндийн үрэвслийн хүндрэл тохиолдож байгаа нь М. Я. Козлов (1986) нарынхаас их, Ч. Лизагийн (1970) судалгаатай ойролцоо байна.

#### АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. М. Я. Козлов — Острые отиты у детей и их осложнения Медицина, 1986, С 121—154.

2. Г. А. Тимофеева, А. В. Цинзерлинг — Острые кишечные инфекции у детей, Медицина, 1984, С 50—86.

3. Д. Батсүх — Хүүхдийн гэдэсний стафилококкт үрэвсэл 1979, с. 22—27, 65—93.

#### КЛИНИКА И ОСЛОЖНЕНИЯ ДИАРЕИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Д. Батсүх, Д. Дарьсурэн, С. Өлзийсайхан

Проведено наблюдение 57 больным с кишечной диареей в возрасте с 1,5 мес. до 1 года. Среди больных диареей у 10 заболевание было средней степени тяжести, у остальных тяжелой степени. Большую роль в развитии тяжелого состояния у больных играли возникший у 46,7% больных отантит на фоне кишечной диареей, в основном к 8—12-му дню заболевания, а также отягощенный преморбидный фон у 89,6% детей (гипотрофия, рахит, анемия). При присоединении отантрита у больных бурно развивались интоксикация и токсикоз с эксикозом значительно изменились клинико-лабораторные данные (лейкоцитоз с резким сдвигом влево, с ускорением СОЭ) отмечаются прогрессирующая анемия.

При возникновении отантрита как осложнения при диарее у детей раннего возраста, значительно, а иногда решающее влияние оказывает не только течение самого заболевания, но и проводимые терапевтические мероприятия.

Редакцид ирсэн 1987. 11. 10

Ц. Норовпил, Б. Оюунбат, Д. Нарантуяа

#### СУРАГЧДЫН ШҮД ЦООРСОН БАЙДАЛ, ЭРҮҮЛЖҮҮЛСЭН ДҮН

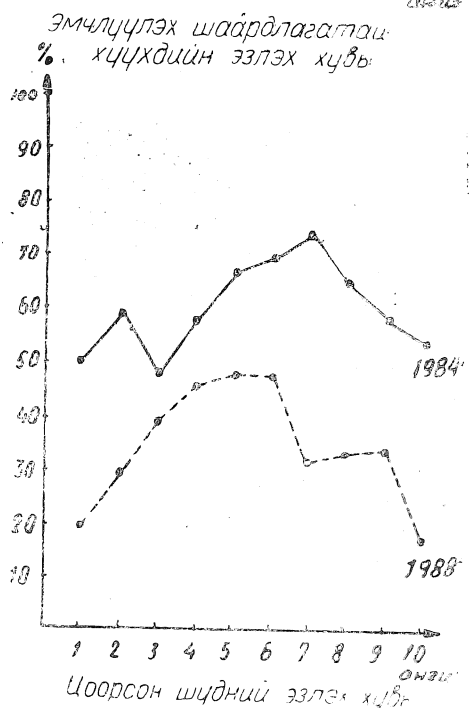
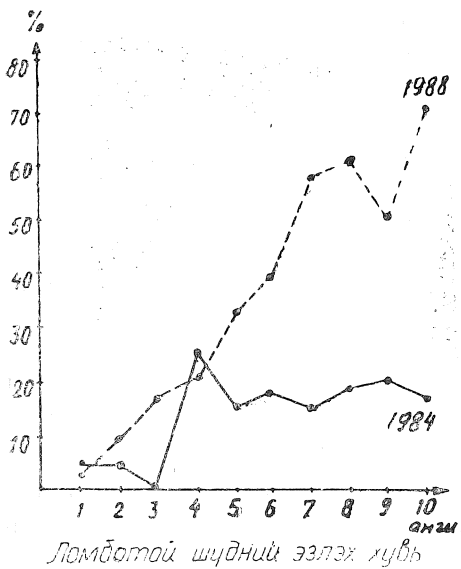
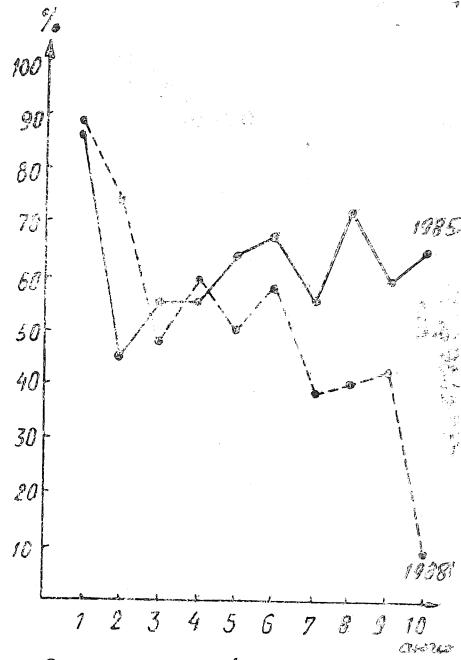
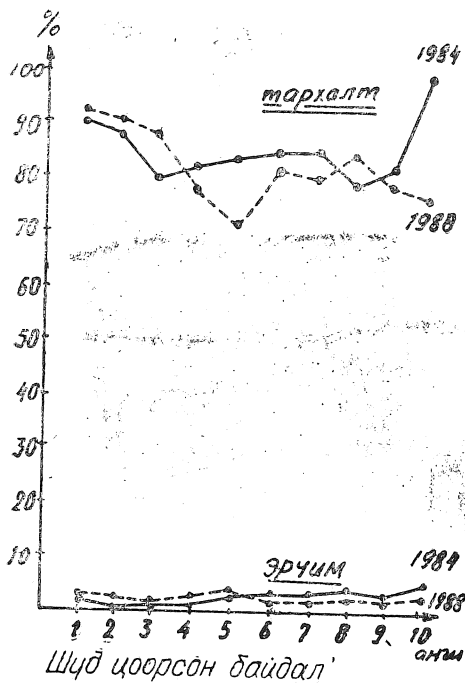
#### Анагаах ухааны дээд сургууль

Шүд цоорох өвчин ялангуяа хүүхдэд илүүтэй тохиолдож, хүүхэд төдийгүй насанд хүрэгчдийн эрүү нүүрний бусад өвчний эх үүсвэр болохоос гадна халдвар харшлын олон өвчний голомт болдог.

Иймд энэ өвчний тархалт, явцыг хүн амын насны бүлгээр судлах нь тэднийг эрүүлжүүлэх, шүд, амны хөндийн өвчлөлөөс сэргийлэх

ажлыг зохион байгуулахад онц ач холбогдолтой юм.

(Т. Ф. Виноградова 1978, Г. Д. Овруцкий, В. К. Леонтьев 1986 г.м.). Дэлхийн олон орнуудад өөрсдийн цаг уур, хоол хүнсний онцлогт тохируулан шүд цоорохоос сэргийлэх зорилгоор фтор агуулсан бэлдмэлүүд уулгах, ам зайлах, шүд арчих зэргээр хэрэглэж зохих үр

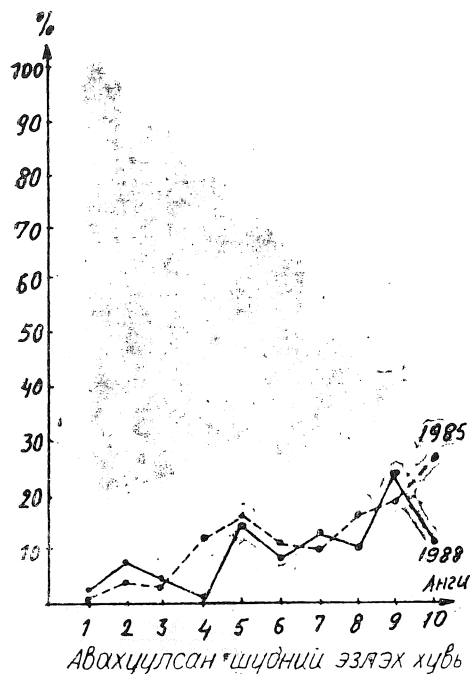


дүнд хүрч байгаа тухай өргөн нийтэлж байна (Padron F. S) 1976, Виноградова Т. Ф. (1987).

Бид ДЭХБ-ын аргачлалын дагуу 1984—88 онд нийслэлийн 1 арван жилийн дунд сургуулийн сурагчдад клиникийн үзлэг хийж шүдний өвчний тархалт, эрчмийг тооцсоны гадна сурагчдад жил бүр шүд угаах аргыг давтан зааж, жилд 1 удаа, долоо хоногийн турш 0,5 ху-

вийн фторт натрийн уусмалаар сурагчдыг хичээлд ирэнгүүт нь амыг нь 5—7 минут зайлуулж, жил бүрийн хавар бага ангийн сурагчдын шүдийг эмчилсэн юм.

Судалгаанд 1984 онд 1153, 1988 онд 1248 хүүхэд хамарсан билээ. Үз-



лэгийн дүнд 1984 онд шүд цоорох өвчтэй 86,3% нэг хүүхдэд ногдох өвчилсөн шүдний тоо буюу эрчим (ЦЛА) 2,7 байсан бол 1988 онд 84,2%, эрчим 2,8 ( $t=1,3$ ) болж, таван жилийн дунджаар шүд цооролт 84,0% байна. (Зураг 1)

Жил бүр сурагчдын амны хөндийг эрүүлжүүлэх ажлын дүнд эмчлүүлэх шаардлагатай хүүхдийн эзлэх хувь (зураг 2) 1984 онд 63,9% байснаас 1988 онд 54,2% ( $t=3,1$ ) болж 9,7% буурчээ. Үүний зэрэгцээ 1984—88 онд I ангийн сурагчдын 88,4%—86,0% нь амны хөндийг өмчлөх шаардлагатай байсан бол анги ахих тутам энэ хүүхдийн тоо тогтвортой буурч, 1988 онд X ангид 9,6% боллоо. Энэ хугацаанд ломботой шүдний тоо тогтвортой өсч (зураг 3) 1984 онд зөвхөн 12,5%-г эзлэж байсан бол 1988 онд 31,7% буюу 19,2%-иар ахиж, цоорсон шүдний эзлэх хувь (зураг 4) нийт насны бүлэгт дунджаар 73,8% байсан нь 1988 онд 31,4% буюу 42,4%, шүд цоорсон хүндрэлээс авахуулсан шүдний эзлэх хувь (зураг 5) 3,2%-иар тус тус буурлаа.

Амны хөндийг эмчилснээр зохих үр дүнд хүрсэн боловч таваас дээш ангийн сурагчдын амны хөндийг

жил бүр, нэг бүрчлэн эмчлээгүйгээс шаардлагатай хүүхдийн тоо VI, VIII, IX ангиудад урьдах жилээсээ бага ч гэсэн ахих хандлагатай.

IX ангийн сурагчдын ломбодуулсан шүдний эзлэх хувь буурсан байдал илэрч байна.

Олон улсын хэмжээнд сурагчдын шүд цоорсон түвшинг 12 насны хүүхдийн үзүүлэлтээр дараах байдлаар үнэлдэг. Нэг хүүхдэд ногдох өвчтэй шүдний тоо 0—1,1 бол маш бага, 1,2—2,6 бол бага, 2,7—4,4 бол дунд зэрэг, 4,5—6,5 бол их, 6,6-аас дээш бол маш их гэж үздэг (ВОЗ, Женева, 1981), Тухайн сургуулийн 12 настай хүүхдүүдэд энэ үзүүлэлт 2,27 байна.

Шүд цоорохоос сэргийлэх зорилгоор фторт натрийн уусмалыг хэрэглэсэн дүнг авч үзье. (Нэгдүгээр хүснэгт). Үүнд II, IV, V ангийн 9 бүлэг, I жил, III, IV, V, VI ангийн 12 бүлэг 2 жил, IV, V, VI ангийн 9 бүлэг 3 жил, V ангийн 2 бүлэг 4 жил тус тус зайлсан.

Эдгээр ангиудын сурагчдын шүдний өвчлөлийн үзүүлэлтийг ижил ангиудын 1984 оны үзүүлэлттэй харьцуулахад өвчлөл 2,5—17,0% цоорсон шүдний (Ц) эзлэх хувь 4,2—27,2%-иар тус тус буурлаа.

Харин авсан шүд эхний 1 жилд 4,6%-иар нэмэгдсэн боловч 2, 3, 4 жил дээрх уусмалаар зайлсан ангиудад 1,9—4,8%-иар багассан юм.

Янз бүрийн хугацаагаар амаа зайлсан сурагчдын шүд цоорсныг авч үзэхэд дөрвөн жилд 5% ( $t=1,7$ ), өвчтэй шүдний эзлэх хувь 12,1% ( $t=7,13$ ), авсан шүд 1,7%-иар ( $t=0,67$ ) тус тус буурч, ломботой шүд 13,4% ( $t=5,49$ ) нэмэгдсэн нь шүд угаах аргыг зааж, фторт натрийн уусмалаар зайлах нь үр дүнтэй болохыг харуулж байна.

Гэвч сурагчид шүдээ жигд угаадаггүй байснаас үр дүн нь анги бүр харилцан адилгүй байв.

IV, V ангийн сурагчдын амаа зайлсны дүн нэлээд сайн байсны зэрэгцээ амаа зайлсан хугацаа ахих тутам үр дүн сайтай байгаа нь ажиглагдлаа.

Ам зайлах явцад ямар нэг гаж нөлөө илрээгүй.

0,5%-ийн фторг натрийн уусмалаар амыг зайлуулсан дүн

	1 жил			2 жил			3 жил			4 жил			Бүгд		
	бүгд	өвч		Б	Ө		Б	Ө		Б	Ө		Б	Ө	
		бүгд	%		бүгд	%		бүгд	%		бүгд	%		бүгд	%
Үгүй зайлсан зөрүү +	370	318	85,9	486	410	84,4	374	322	86,1	144	123	84,4	1374	1173	85,4
	372	298	80,1	458	375	81,9	231	189	81,8	73	50	64,4	1134	912	80,4
			-5,8			-2,5			-4,3			-17,0			
К З Зөрүү		406	71,4	574		67,0		518	65,1		249	65,1		1747	67,1
		504	67,2	404		43,1		318	37,9		78	48,7		1304	64,4
			4,2			23,9			-27,2			-16,4			12,7
П Y З Зөрүү		110	19,3	158		18,5		157	19,7		61	16,0		486	18,7
		135	17,9	425		45,3		154	28,1		55	34,3		769	32,1
			-1,4			+26,8			+8,4			+18,3			13,4
У З Зөрүү		53	9,3	124		14,5		121	15,2		72	-18,9		372	14,2
		112	14,9	109		11,6		57	10,4		27	17,0		305	12,5
			+4,6			-2,9			-4,8			-1,9			-1,7
															=0,65

**Дүгнэлт:** 1. Нийт сурагчдын дунд шүд цооролт  $84,0\% \pm 1,165$ , эрчим нь  $2,8 \pm 0,1025$  байна. 12 настай нэг хүүхдэд ногдох өвчтэй шүдний үзүүлэлт  $2,27 \pm 0,115$  байв.

2. Дөрвөн жилийн ажлын дүнд эрүүлжүүлэх шаардлагатай сурагч  $9,7\%$ , цоорсон шүд  $42,4\%$ , авахуулсан шүдний эзлэх хувь  $3,2\%$ -иар тус тус буурч, ломбодсон шүд  $19,2\%$  нэмэгдлээ.

3. Сурагчдад шүд угаах аргыг эзэмшүүлж,  $0,5\%$ -ийн фторт натрийн уусмалаар шүдийг зайлуулах нь үр дүнтэй байна.

4. Сургуулийн насны хүүхдийн шүдний өвчлөл их байгаа тул сургуулиудыг шүдний эмчтэй болгож, шүд, амны хөндийг эрүүлжүүлэн сэргийлэх ажлыг өргөн зохиох шаардлагатайн зэрэгцээ энэ чиглэлийн судалгааг гүнзгийрүүлэх нь тулгамдсан асуудлын нэг болж байна.

#### АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. Т. Ф. Виноградова Стоматология детского возраста 1987, с 57—77

Ж. Хайрулла, Х. Хусаян

### ХҮҮХДИЙН МЭДРЭЛИЙГ МЭС ЗАСЛЫН ЭМГЭГҮҮД

Тархи нугасны өвчний улмаас 1980—1987 онд судалгаанд хамрагдсан 10—16 насны хүүхдүүдийн дунд тархины наалданги (арахнойдит) эпилепсии бас тархины хавдартай хүүхдүүд зонхилж байв. Ялангуяа эрэгтэй хүүхдүүд харьцангуй илүү байгаа ( $52\%$ ) нь тэд эмэгтэй хүүхдийг бодоход илүү хөдөлгөөнтэй учир гэмтэл бэртэлд өртөгддөгтэй холбоотой байж болох юм.

Өвчтөний ихэнх  $423$  ( $52,9\%$ ) Улаанбаатар, Дархан хот, Төв, Сэлэнгэ аймгуудаас иржээ. Энэ нь нэг талаас нутаг ойролцоо, зам тээвэр сайтай байдагтай холбоотой бол нөгөө талаар эдгээр аймаг, хотын хүн амын тоо харьцангуй илүүтэй холбоотой юм.

2. Г. Д. Овруцкий, В. К. Леонтьев Кариеес зубов. М. 1986, 140 с

— Серия технических докладов № 743. ВОЗ Женева, 1985, 47 с

3. Prevention of oral disease, W. H. O. Second Draft. Geneva. 1981

4. Padron F. S.; Kunzel W., Miyares S. R. Resultados obtenidos por el empleo de soluciones de fluoruro de sodio a:  $0,2\%$  enjuagatorios realirados masivamente Rev. Cuba Estomat. 1976, 13. N 4-p. 1. 3

#### КАРИЕС У ШКОЛЬНИКОВ И РЕЗУЛЬТАТЕ ЕГО ЛЕЧЕНИЯ

Ц. Норовжав, Б. Оюунбат Д. Нарантуяа

Анализ исследования показывает, что частота кариеса у школьников средней школы № 1. г. Улан-Батора составляет  $84,0\%$ , с интенсивностью (КПУ)  $2,8$ . Причин у 12 летних детей составляет  $2,27$  зубов.

В результате ежегодной трех месячной бригадной санации полости рта школьников в течение 4 лет с одновременным полосканием  $0,5\%$  р-рой фтористой натрий с предварительным обучением к гигиене полости рта значительно снизилось количество в санации и количество удаленных зубов. Наряду с этим на  $42,4\%$  нарастали количество вылеченных зубов.

При сравнительном изучении эффективности полоскания полости рта фтористой натрий с контрольной группой показали что, частота от  $2,5$ -на  $17,0\%$ , кариозные зубы от  $4,2$ -на  $27,2\%$ , и удаленные от  $1,9$ -на  $4,8\%$  снижены, а пломбированные увеличены от  $8,4\%$ -на  $26,8\%$

#### Анагаах ухааны дээд сургууль

Судалгаанд хамрагдсан хүүхдүүд нь гэртээ болон ясли цэцэрлэгт хүмүүжиж сургуульд ямар нэг хэмжээгээр суралцаж байсан боловч гавал тархины төрөлхийн гэмтэлтэй  $60$  ( $7,36\%$ ), тархины наалдангитай  $35$  ( $4,35\%$ ), гавал эрт ясжих согогтой  $36$  ( $4,42\%$ ), эпилепситэй  $68$  ( $8,36\%$ ) зэрэг нийтдээ  $353$  ( $43,41\%$ ) хүүхэд гэртээ байгаа нь эдгээр хүүхдийг асарч бойжуулахын тулд хичнээн хүн нийгмийн хөдөлмөрөөс хөндий байгааг нь харуулах үзүүлэлт юм.

Эпилепси, тархины наалданги, усан тархи, тархины хавдар өвчтэй хүүхдийн ихэнх нь урьд тархи гэмтээсэн буюу мэнэн өвчнөөр өвдсөн хүүхдүүд болох нь анхаарал татаж байна.



Гэхдээ урьд нь тархиа гэмтээж, мэнэн өвчнөөр өвдсөн нь мэдрэлийн мэс заслын эмгэг үүсгэх нөхцөл болж байна гэж бодитой батлах боломжгүй боловч цаашдаа ажиглалт судалгаа хийх зүйл мөн.

Бүх хүүхдийн 33,82%, эпилепси, 17,95% нь арахноидит, 5,04% гидрoцефали, 7,62% тархины хавдар зэрэг оноштой байсан боловч байршлын эмгэг шинж тэмдгээр буглаа, тархины хавдар зэрэг хэдхэн өвчнөөс бусад нь бараг голомтот шинж тэмдэггүй байна. Нэлээд хүүхэд илэрхий дутуу тахир, ухаан солио биш учир сургууль, цэцэрлэгт явж байсан боловч мэдрэл, мэдрэлийн мэс заслын эмч нарын үзлэгээр илэрсэн эмгэг шинж бүхнийг өвчний түүхэнд бичихгүй байсан буюу зарим ээдрээтэй шинж тэмдгүүдийг илрүүлж чадахгүй байсан алин боловч цаашид анхаарах зүйл мөн. Ялангуяа бүх хүүхдийн 8,1% ухаан хомсдолтой (идеопат), 15% нь усан тэнэг (олигофрени) байгаа нь үүний нэгэн тодорхойлолт юм. Оношийг тогтоход бүх хүүхдийн 520 (63,9%) нь нүдний уг харах, 411 нь (50,55%) пневмографи, 70 (86,1%) нь электроэнцефалографи (ЭЭГ), 47 (5,78%) -д нь ангиографи гэх зэргээр бүгд 1150 удаа шинжилгээ хийж онош тогтоосон буюу оношийг батласан байна. (5-р хүснэгт).

Параклиникийн тийм ч амаргүй шинжилгээнд өртөж байгаа нярай хүүхдээс эхлээд 16 хүртэлх насны 800 гаруй хүүхэд шинжлүүлсэн боловч нэг ч хүүхдэд ямар нэгэн хүндрэл гараагүй нь сайшаалтай. Гэвч энэ нь параклиник шинжилгээг шүтэж, энгийн үзлэгээс хөндийрөх буюу илрэх шинж тэмдгийг эс хайхрах шалтаг болох ёсгүй. Мэс заслын эмчилгээ бүх хүүхдийн 28,31%-д хийснээс эдгэрсэн 21,8%, нас барсан 6,51% байгаа нь мэс заслын үр дүн тийм ч сайн биш байгааг харуулж байна. Бүх хүүхдийн 13,94%

нь ерөөсөө мэс засал хийх шаардлагагүй (ухаан хомсдолтой, усан тэнэг, микроцефали, бичил тархи, уураг тархины саа, голомтот өөрчлөлтгүй, 8,37% нь өвчин хүндэрч газар авсан учир мэс засал хийх боломжгүй болсон, 16,34% нь эцэг эхийн хүсэлтээр мэс засал хийгээгүй зэрэг шалтгаантай байлаа. Ялангуяа урьдчилан сэргийлэх үзлэг хийж эрт оношлох ажил муу зохиож байгаа учир мэс заслын эцсийн дүнд муугаар нөлөөлж байна.

Дүгнэлт 1. Тархи нугасны мэдрэлийн мэс заслын эмчилгээ шаардах өвчин манай орны хүүхдүүдийн дунд харьцангуй элбэг тохиолдож цаашид өсөх хандлагатай байна.

2. Хүүхдийн мэдрэлийн мэс заслын өвчнийг эрт оношлох, цаг алдалгүй эмнэлгийн тусламж үзүүлэх ажлыг эрчимжүүлэх, яаралтай арга хэмжээ авах нь өнөө үеийн хойшлуулшгүй чухал асуудал болж байна.

#### НЕЙРОХИРУРГИЧЕСКИЕ ПАТОЛОГИИ ДЕТСКОГО ВОЗРАСТА В МНР.

Х. Хусаян, Ж. Хайрулла

У детей в возрастах от 0 до 10 лет встречаются чаще последствия внутричерепной родовой травмы, краниостенозы, гидроцефалии, мозговые и спинно-мозговые грыжи, а у детей от 10 до 16 летнего возраста арахноидиты различного генеза эпилепсии и опухоли головного мозга.

Больные дети зарегистрированы больше всего из города Улан-Батора 52,9%, из Центрального 4,18% и Селенгийского 4,05% аймаков, а меньше всего из Увснурского 0,49%, из Гоби-Алтайского 0,92% и из Баянхонгорского 0,47% аймаков, что являются показателями трудности поступления больных из этих аймаков из-за отдаленности на большое расстояние их от Улан-Батора. Является так же трудной проблемой освобождения от работы сразу двух трех человека — сопровождающих и ухаживающих больного ребенка. Играет также определенное значение запоздалое диагностирование болезни из-за не достаточности квалификации местных врачей по нейрохирургий и психоневрологий

Редакцид ирсэн 1988—11—18.

## ТӨРӨЛХИЙН ХӨГЖЛИЙН ГАЖИГТАЙ ХҮҮХЭД ТӨРӨХ БОЛОМЖИЙГ УРЬДЧИЛАН ТООЦОХ АРГА

Анагаах ухааны дээд сургууль  
Клиникийн нэгдүгээр амаржих газар

Хүүхдийн өвчлөл, эндэгдлийг бууруулахад перинаталь эмгэг үүсгэгч хүчин зүйлүүдийг илрүүлэх, өвчтэй хүүхэд төрүүлж болзошгүй жирэмсэн эмэгтэйд үзүүлэх тусламжийг зөв зохион байгуулах асуудал чухал юм. Энэ чиглэлд ялангуяа төрөлхийн хөгжлийн гажигтай буюу удамшлын өвчтэй хүүхэд төрүүлж болзошгүй гэр бүлд мэргэжлийн тусламж үзүүлэхэд эмэгтэйчүүдэд зөвлөгөө өгөх газар, удамзүйн кабинет (УЗК) онцгой үүрэгтэй. Төрөхийн тусламж сайжирч, нярайн халдвар багассан одоо үед перинаталь үеийн өвчлөл, эндэгдлийн дотор төрөлхийн хөгжлийн гажиг бусад эмгэгээс харьцангуй элбэг тохиолддог болжээ (5, 6, 8).

Гэтэл эл эмгэгийн талаар эмч нарын мэдлэг нимгэн, түүнээс урьдчилан сэргийлэх удамзүйн зөвлөгөө өгөх асуудал дулимаг, энэ чиглэлд хийсэн судалгаа ч манайд байхгүй байна. Ийм эмгэгтэй хүүхэд 2 удаа төрүүлсэн тохиолдолд үр хөндөхийг зөвшөөрсөн заалт ч шинжлэх ухааны үндэслэлээр тааруу болжээ. Энэ бүхнээс үндэслэн төрөлхийн хөгжлийн гажиг үүсэхэд нөлөөлөх хүчин зүйлийг судлан илрүүлж, түүний хор хөнөөлийг бодитой үнэлэн тооцож, урьдчилан сэргийлэх аргыг боловсруулах оролдлого хийх үүднээс 1987 онд Улаанбаатарын гурван төрөхөд амьгүй буюу төрөлхийн хөгжлийн гажигтай төрсөн тохиолдолд судалгаа хийлээ. Судалгааны материалаа жиших зорилгоор 324 эрүүл төрөлтийг авав.

Хэвлэлийн тойм болон өөрсдийн судалгаанд үндэслэн төрөлхийн хөгжлийн гажгийг үүсгэгч хүчин зүйлүүдийг 3 бүлэг болгон ангилж болох байна.

1. **Удамшлын хүчин зүйл:** Үүнд: төрөл ойртох, эцэг эх хоёрын хэн

нэг нь хромосомын тэнцвэржсэн өөрчлөлтийг хадгалах, эцэг, эх, ойр төрлийнхөнд эл эмгэг илэр байгаа тохиолдлуудыг хамааруулна. Дээрх тохиолдлуудад жирэмсэн эмэгтэйд шаардлагатай бол нөхрийнх нь хамт УЗК явуулж шинжилгээ хийлгэх хэрэгтэй. УЗК-д ийм хүмүүст эсийн генетикийн ба удам судлалын аргаар шинжилгээ хийж, гажигтай буюу удамшлын өвчтэй хүүхэд төрөх аюул аль хэр их байгааг тодорхойлж, энэ үндсэн дээр эцэг, эх тухайн хүүхдээ гаргах эсэхээ шийдэх ёстой.

Төрөлхийн хөгжлийн гажгийн нэлээд хувь нь хромосомын гэмтлээр үүсдэг. Орчин үед хромосомын 700 гаруй эмгэг мэдэгдэж байна. Хромосомын гэмтэлтэй хүүхэд голдуу янз бүрийн гажигтай төрөх бөгөөд тэд амьдарч чадвал ой ухааны хомсдолтой байдаг. Хромосомын гажиг ихэнхдээ удамшин дамждаггүй (эцэг, эхийн хромосом хэвийн), харин бэлгийн эсийн хромосом гэмтсэн (шинэ мутаци)-тэй холбоотой үүсдэг. Ингэж бэлгийн эсийн генетикийн бүтэц хувьсан өөрчлөгдөхөд олон хүчин зүйл нөлөөлж болно. Жишээ нь ахимап (35-аас дээш) насны эхээс Дауны өвчтэй хүүхэд төрөх боломж илүү байдаг.

Зарим тохиолдолд эцэг, эх (голдуу эх) хоёрын хэн нэг нь хромосомын бүтцийн өөрчлөлт хадгалж явж болдог. Ийм айлд хромосомын өвчтэй хүүхэд төрж болзошгүй. Ихэнх судлагчдын (1, 2, 8) үзэж байгаагаар хромосомын өөрчлөлт хадгалагч хүмүүс 500 гэр бүл тутамд 1 тааралддаг ажээ. Хромосомын өөрчлөлт хадгалагч хүмүүст өвчний шинж тэмдэг илрэхгүй боловч тэдний бэлгийн эсийн хагас нь гэмтэн хромосомыг агуулж байдаг. Гэмтсэн хромосомтой бэлгийн эсийн зарим нь үр тогтохоос өмнө,

зарим нь дөнгөж үр тогтуут үхэж үрэгдэнэ. Үр тогтсон өндгөн эсийн зарим нь үр хөврөлийн хөгжлийн тодорхой үед зулбадаг. Жирэмсний эхний 2 сард зулбахын 50—60 орчим хувь нь хромосомын гэмтэлтэй холбоотойг судлагчид илрүүлжээ (1, 2, 7). Ийнхүү гэмтсэн хромосомтой бэлгийн эс юмуу үр хөврөл байгалийн шалгараад өртсөөр тун бага хэсэг нь жирэмсний хугацаа дуустал амьдарч, хромосомын гажигтай хүүхэд төрөх боломж олгодог. Энэ бүх тохиолдолд удамзүйн зөвлөгөө шаардлагатай.

Төрөлхийн хөгжлийн гажиг генийн хувьслаар үүсч болно. Генийн 3000 орчим хамшинж мэдэгдэж байгаа (Маскиск, 1983) бөгөөд тэдгээрийн ихэнхийг клиникийн, шинж тэмдэгт тулгаварлан оношилж болох тул өвчтөний гадаад төрхийг маш хянуур судлах хэрэгтэй. Хүүхэд эндсэн тохиолдолд мэргэжлийн өндөр түвшинд задлан шинжилгээ явуулах нь онцгой ач холбогдолтой. Далд удамших генийн эмгэгийн үед төрөлхийн хөгжлийн гажигтай хүүхэд дахин төрөх боломж 25% байх бөгөөд төрөлт ойртох тутам ийм далд удамших эмгэгтэй хүүхэд төрөх аюулыг нэмэгдүүлнэ. Дээрх гажиг давамгайлах генийн хувьслаар үүсч болдог. Эцэг эх нь эрүүл байхад давамгайлах генийн гажигтай хүүхэд төрвөл тэр нь бэлгийн эст давамгайлах генийн хувьсал үүсч байгааг гэрчилнэ. Эцгийн нас ахих тутам (45-аас дээш) давамгайлах генийн эмгэгтэй хүүхэд төрөх нь элбэгшдэг гэж зарим судлагчид үздэг (6, 8).

Ер нь ихэнх төрөлхийн хөгжлийн гажиг олон генийн нөлөөгөөр удамшдаг. Ийм гажиг үүсэхэд орчны хүчин зүйлийн нөлөө тодорхой үүрэгтэй учраас энэ нөлөөг олж, засах явдал хөгжлийн гажгаас сэргийлэх боломжтой замын нэг юм.

2. Тераогенийн хүчин зүйл: Тераоген жирэмсний тодорхой хугацаанд урагт нөлөөлж гэмтэсэнээр бидний өгүүлж буй гажгийг үүсгэж болно. Ийм хүчин зүйлд тухайлбал улаан бурхан, чихрийн шижин, токсоплазмоз зэрэг өвчин, цацрагийн нөлөө, эх архи хэрэглэх,

жирэмсэн байх үедээ хэрэглэсэн антибластик үйлчилгээтэй эм, антибиотик (стрептомицин г. м.)-уудыг хамааруулж болно. Ихэнх тераогений хөнөөлийн зэрэг одоогоор бүрэн судлагдаагүй боловч дээрх нөлөөнүүдэд өртөж болох бүх тохиолдолд жирэмсэн эмэгтэйд онцгой хяналтад авч, УЗК-д явуулж шинжилгээ хийлгэнэ.

Жирэмсний эхний 3 сард улаануудаар өвдөх, антибластик эм хэрэглэх, эх архаг архичин байвал үр хөндөнө. Эмэгтэйчүүдийн ажил, мэргэжлийн нөхцлийг онцгой анхаарах шаардлагатай юм. Учир нь мутагенийн буюу тертогенийн үйлчилгээтэй олон бодис (600 гаруй) үйлдвэрлэл, амьдрал ахуйд хэрэглэгдсээр байна (4, 7).

3. Төрөлхийн хөгжлийн гажиг үүсгэж болох гуравдахь бүлэг хүчин зүйлд эмэгтэйн нас 35-аас дээш байх, урьд өмнө үр зулбасан байх, эмэгтэйчүүдийн зарим өвчин (умай түүний дайврын үрэвсэл, умай, өндгөвчийн хоргүй хавдар), зүрхний хэрлэгийн гажиг, урьд нь энэ гажигтай хүүхэд төрүүлсэн, одоо зулбаж магадгүй байгаа, ургийн ус их буюу бага, ураг өгзөгөөр түрүүлсэн байрлалтай зэргийг хамааруулна. Гуравдугаар бүлгийн дээрх хүчин зүйлүүд тераогенийн шууд нөлөөтэй эсэх нь одоогоор бүрэн батлагдаагүй боловч судлагчдын бүтээлээс үзэхэд эл гажигтай хүүхэд төрсөн тохиолдолд тэд илүүтэй ажиглагдсан байна (2, 3, 5, 8).

Бидний ажиглалт ч дээрхтэй тохирч байлаа. Бид төрөлхийн хөгжлийн гажиг үүсэхэд нөлөөлж болох хүчин зүйлийн хөнөөлийг бодитой үнэлж тоогоор (оноогоор) илэрхийлэх аргыг чухалчилсан юм. Энэ зорилгын үүднээс тухайн хүчин зүйл маань төрөлхийн хөгжлийн гажигтай ба эрүүл хүүхэд төрсөн тохиолдлын хэдэн хувьд нь илэрч байгааг тодорхойлж, хооронд нь харьцуулж үнэлгээний оноог гаргалаа (1-р хүснэгт).

Тухайн тохиолдол бүрт нэгээс илүү хүчин зүйл илэрч байгаа бол оноог хооронд нь нэмж, нийлбэрийг гаргана. Жишээ нь: 25 настай жирэмсэн эмэгтэй урьд нь 2 удаа үр

1-р хүснэгт

**Төрөлхийн хөгжлийн гажиг үүсгэж болох хүчин зүйлийг  
оноогоор үнэлсэн байдал**

Нөлөөлөх хүчин зүйл	гажигтай хүүхэд төр- сөн үе (%)	Эрүүл хүү- хэд төрсөн үе (%)	Харьцаа	Оноо
Эхийн нас 36—40	12,7	5,2	2,4	2
40-өөс дээш	8,1	2,4	3,4	3
Зүрхний хэрлэгийн гажиг	4,1	2,6	1,7	2
Умай, дайврын үрэвсэл фибромиом, киста	9,1	5,7	1,6	2
Үр аяндаа зулбасан	37,2	20,7	1,8	2*
Төрөлхийн хөгжлийн гажигтай хүүхэд төрсөн	3,6	0,9	4,0	4
Жирэмсний 10 хүртэлх долоо хоногт зулба- хыг завдах	13,1	10,1	1,3	1
Мөн хугацаанаас хойш олон дахин зулба- хыг завдах	6,8	2,1	3,2	3
35 хүртэлх долоо хоногтой дутуу төрсөн	13,9	3,6	3,8	4
36—37 долоо хоногт дутуу төрсөн	12,8	5,8	2,2	2
Илүү гэсэн	6,0	2,8	2,1	2
Усан ихэр	13,1	1,8	7,2	7
Ургийн ус багассан	1,0	0,4	2,5	3
Өгзгөөр түрүүлсэн	11,3	2,8	3,1	3

\* тохиолдол бүрт

зулбасан бол нөлөөлөх аюулын үнэлгээ 4 оноо (2+2), харин энэ эмэгтэй 37 настай бол үнэлгээ 6 оноо (2 удаа үр зулбасаны 4 оноо, эхийн насны 2 оноо)-д хүрнэ.

Хүчин зүйлсийн хөнөөлийг ийнхүү оноогоор илэрхийлснээрээ Байесын томъёог ашиглан төрөлхийн хөгжлийн гажигтай хүүхэд төрж болзошгүй аюулыг бодитой үнэлэх боломж гарч байгаа юм.

Хоёрдугаар хүснэгтэд онооны нийлбэрээс хамаарч, өвчтэй хүүхэд төрж болзошгүй «аюул»-ын хэмжээ ямар байхыг хувиар гаргаж харууллаа.

2-р хүснэгт

**Төрөлхийн хөгжлийн гажигтай хүүхэд төрж болзошгүй аюулын хэмжээ (%)**

Жирэмсний хугацаа	аюулын хэмжээ (%-иар)			
	онооны нийлбэр			
	0—2	3—4	5—6	7, түү- нээс дээш
10 дахь долоо хоногийн сүүлд	1	2,2	4,7	12,9
Төрөх үед	0,7	2,2	3,9	14,6

Эмэгтэйчүүдэд зөвлөлтөө өгөх кабинетын эмч нар хяналтад байгаа хүндээ эл гажигтай хүүхэд төрж болзошгүй аюулыг жирэмсний 10 дахь долоо хоногт дээрх маягаар тодорхойлоод үнэлгээний нийлбэр оноог хяналтын картанд тэмдэглэх хэрэгтэй. Энэ нь хүчин зүйлийн хөнөөлийг бодитой үнэлж, тухайн эхийг хүүхэд тээлгэх, эсэх талаар шийдвэр гаргах боломж олгоно. Жишээ нь осолтой хүчин зүйлийн үнэлгээний нийлбэр оноо 7 буюу түүнээс дээш байгаа үед үр зулбах төлөвтэй бол тогтоох эмчилгээ хийх шаардлагагүй. Учир нь энэ үед дээрх гажигтай хүүхэд төрөх аюул 10%-иас их байна. Удамзүйчдийн үнэлгээгээр аюулын хэмжээ 10%, түүнээс илүү байвал өвчтэй хүүхэд төрөх боломж их гэж үзэж, үр хөндөхийг зөвшөөрнө. Хэрэв өвчтэй хүүхэд төрөх боломж их байхад жирэмсэн эмэгтэй үр хөндүүлэхийг хүсэхгүй байвал түүнийг УЗК-д явуулж хяналтад авах хэрэгтэй.

Орчин үеийн удамзүй, эх барихуйн ухаан зөвхөн өвчтэй хүүхэд төрөх аюулын хэмжээг урьдчилан

тодорхойлоод зогсохгүй зарим төрөлхийн хөгжлийн гажиг ураг эхийн хэвлийд байх үед нь оношлох болжээ.

Жирэмсний 16—18 долоо хоногт ургийн уснаас авч, эсийн өсгөвөр бэлдэх замаар хромосомын бүх гажгийг хүүхэд төрөхөөс өмнө оношлох мөн X, Y-хроматиныг тодорхойлох замаар төрөх хүүхдийн хүйсийг урьдчилан тогтоож улмаар хүйс дагаж удамшдаг хөгжлийн гажгууд (зарим хэлбэрийн усан тархи, Ленцийн хамшинж, ам-нүүр-хурууны хамшинжийн 1 хэлбэр г. м.)-аас сэргийлэх, ургийн усанд ургийн альф уургийн хэмжээг тодорхойлж төв мэдрэлийн системийн зарим гажиг (анэнцефали, экзэнцефали, тархи-нугасны ивэрхий, омфалоцеле г. м.)-ийг урьдчилан илрүүлэх боломжтой болжээ. Рентген зураг авах нь үе мөч, гэдэсний зарим гажиг, тархи-нугасны ивэрхийг илрүүлэх бололцоо олгож байна. Хэт авианы оношлогоо эх барихуйн практикт нэвтэрснээр анэнцефали мэтийн тархины зарим гажгийг жирэмсний 4—6 сартайгаас, бөөрний уйланхайт хавдар, бөөр усталт зэрэг гажгийг 7—9 сартайд оношлож байна. Ийнхүү төрөлхийн хөгжлийн гажгийн нэлээд хэсгийг ураг эхийн хэвлийд байхад нь оношлох бололцоотой болжээ. Харин энэ боломжийг бүрэн дүүрэн ашиглах санаачлага гаргах хэрэгтэй. Ялангуяа эх барих-эмэгтэйчүүдийн практикт удамзүйн нарийн мэргэжлийн тусламж үзүүлэх явдал тун муу байна.

Эх барих-эмэгтэйчүүдийн эмч нарын үүрэг нь жирэмсний хяналтын хугацаанд төрөлхийн хөгжлийн гажигтай хүүхэд төрөх боломжийг тооцож хэрэв онооны үнэлгээ 7 ба түүнээс дээш гарч болзошгүй, хөнөөлийн хэмжээ 10%-иас хэтэрч байвал ийм эмэгтэйчүүдийг УЗК-д цаг алдалгүй явуулж байхад оршино.

Ургийн усны хэмжээ ихсэх юмуу багасах, ураг өгзгөөр түрүүлсэн байх зэрэг жирэмсний сүүлийн хэсэгт илрэх зарим шинжийг төрөлхийн хөгжлийн гажигтай хүүхэд төрж болох хүчин зүйлд хамааруулдаг. Зарим судлагчид (5, 9, 10,

11) ургийн усны хэмжээ ихсэх нь хөгжлийн гажиг байж болохын илрэл гэж бичжээ. Бидний судалгаагаар ургийн ус ихсэх үзэгдэл төрөлхийн хөгжлийн гажигтай хүүхэд төрсөн тохиолдлын 13%-д илэрч байсан нь эрүүл хүүхэд төрсөн тохиолдлоос (1,8%) 7 дахин их байлаа.

Хожуу илрэх эдгээр хүчин зүйлийг тооцож төрөх үед хөнөөлийн үнэлгээ хэдэн оноонд хүрч байгааг тогтоох нь төрөлтийг удирдах төлөвлөгөөг зөв боловсруулахад хэрэгтэй. Жишээ нь: Урьд нь 2 удаа үр зулбасан 37 настай эмэгтэйд болзошгүй хөнөөлийн үнэлгээ 6 оноо байсан бол жирэмсний сүүл рүү ураг өгзгөөрөө байрлалтай байгаа нь мэдэгдвэл оноо 9 болж өснө (Нэгдүгээр хүснэгт).

Хэрэв жирэмсний сүүлийн саруудад илрэх хүчин зүйлийн улмаас болзошгүй хөнөөлийн үнэлгээ нэмэгдэж 7 ба түүнээс дээш байгаа бол ийм эмэгтэйд УЗК-аас үзүүлэх тусламж хязгаарлагдмал болно. Энэ тохиолдолд хэт авианы ба рентгенд ургийн зураг авах шинжилгээ хийх нь илүү ашигтай. Ийм шинжилгээгээр анэнцефали, тархи-нугасны ивэрхий, үе мөчний дугуу хөгжил зэрэг илэрхий мэдэгдэм гажгуудыг оношилж болох учраас төрөлтийг явуулах тактикийг зөв боловсруулах ач холбогдолтой. Тухайлбал урагт төрөлхийн хөгжлийн гажиг байгааг мэдсэнээр ураг хамгаалах зорилгын үүднээс голдуу хийдэг Кесарев хагалгаа хийхээс зайлсхийж чадна.

**Дүгнэлт. 1.** Тохиолдож болзошгүй хөнөөлийг оноогоор үнэлэн тооцох энэхүү системийг хэрэгжүүлэх нь Төрөлхийн хөгжлийн гажигтай хүүхэд төрөх явдлыг цөөрүүлж улмаар эх, хүүхдийн эрүүл мэндийг сайжруулахад зохих хувь нэмэр өгөх нь дамжиггүй.

**2.** Ажиллах хүн хүч, тоног төхөөрөмжөөр хангагдсан удамзүйн кабинетыг байгуулах замаар эх барих-эмэгтэйчүүдийн практикт генетикийн нарийн мэргэжлийн тусламжийг өргөн нэвтрүүлэх явдал шаардлагатай.

## АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. Н. П. Бочков Генетика человека. Наследственность и патология М., Медицина, 1978, 382.

2. Н. П. Бочков, А. Ф. Захоров, В. И. Иванов -Медицинская генетика (руководство для врачей) М., Медицина, 1984, 368

3. Э. В. Курвинен -Факторы риска рождения ребенка с ВПР и ультразвуковая пренатальная диагностика. Ин-т Мед. Генетики АМН СССР экспресс информации вып. 10, 1986.

4. А. П. Кирющенко -Влияние вредных факторов на плод. М. Медицина 1978.

5. Г. И. Лазюк, В. И. Иванов и др. Генетика врожденных пороков развития. В кн. «Перспективы медицинской генетики» под ред. академика АМН СССР Н. П. Бочков. М., Медицина, 1982. 187—236.

6. Г. И. Лазюк, И. В. Лурье, Е. Д. Черствой -Наследственные синдромы множественных врожденных пороков развития. М., Медицина, 1983, 208.

7. Руководство по педиатрии. Болезни плода и новорожденного, под. ред. Р. Е. Бермана, В. К. Вогана. перевод с англ. М., Медицина, 1987, 38—71, 79—92, 111—115;

8. Тератология человека Под. ред.

проф. Г. И. Лазюка М., Медицина, 1979—440

10. Petres R. E., Redwine F. O. Ultrasound in the ultraterine diagnosis and treatment of fetal abnormalities-Clin. obstet. Gynecol., 1982. 25. 4, p. 753—771

11. Ouinlan R. W., Cruz A. C., Martin M. Hydramnios ultrasound diagnosis and its impact on perinatal management and pregnancy outcome. Amer. J. Obstet. Gynecol., 1983, 145. 3, p. 306—311

### ПРЕДВАРЕТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА РИСКА РОЖДЕНИЯ РЕБЕНКА С АНОМАЛИЯМИ РАЗВИТИЯ

И. Пүрэвдорж, Б. Жав, Ц. Эрдэнэбулаг  
Применение информативной системы, включающей эхографию и рентгенографию позволит уменьшить число рожденных детей с врожденными пороками развития, что будет способствовать дальнейшему улучшению охраны здоровья матери и ребенка.

Для осуществления специализированной помощи беременным «группы риска» необходимо организовать консультативный кабинет по медицинской генетике при женской консультации.

Редакцид ирсэн 1988. 05. 03

Д. Дариймаа

## ҮР АЯНДАА ЗУЛБАХ ҮЕД ХОНОГИЙН ШЭЭСЭН ДЭХ 17-КЕТОСТЕРОИДЫГ СУДАЛСАН БАЙДАЛ

Эх хүүхдийн эрүүл мэндийг хамгаалах эрдэм шинжилгээний улсын нэгдсэн төв

Үр аяндаа зулбах нь эх барих, эмэгтэйчүүдийн практикт элбэг тохиолддог боловч шалтгаан, эмчилгээ, оношлогооны асуудал нь бүрэн судлагдаагүй юм. Энэ нь хүн амын болон эмэгтэйчүүдийн эрүүл мэндэд муугаар нөлөөлдөг.

Сүүлийн жилүүдэд эм бэлгийн болон бөөрний дайвар булчирхайн даавруудыг судлаж, онош, эмчилгээнд нэвтрүүлсэн нь өвчнүүдийн эмгэг жамыг тогтоох, эмчилгээг эмнэлзүйн үндэслэлтэй хийхэд нөлөөлөх боллоо. Бөөрний дайвар булчирхайгаас ялгарах зарим даавар ихсэхэд үр аяндаа зулбах, үргүйдэл, ихэсийн архаг дутмагшил болоход зонхилох нөлөө үзүүлнэ (3, 4, 5. 7).

ЗХУ-ын Бүх холбоотын эх хүүхдийн эрүүл мэндийг хамгаалах төвд хийсэн судалгаагаар хэвийн явцтай жирэмсэн эмэгтэйчүүдийн

хоногийн шээсэн дэх 17 кетостероидын хэмжээ 24 цагт 11,8 мг% байна (1).

Гиперандрогены үед 14—26%-д нь үр зулбана (2, 6.)

Бид хэвийн явцтай эрүүл жирэмсэн, үр аяндаа зулбасан, зулбаж зуршсан эмэгтэйчүүдийн хоногийн шээсэнд 17 кетостероидыг харьцуулан судлаж үзлээ. Бэлэг эрхтэний гаж хөгжилтэй хавдартай, халдварт өвчтэй, сэтгэл санааны хямралтай эмэгтэйчүүдийг судалгаанд оруулсангүй.

**Судалгааны арга.** Хоногийн шээсэн дэх 17 кетостероидыг Дрекс-торын аргыг боловсронгуй болгосон Милославскийн аргаар тодорхойлов. Хоногийн шээсийг сайтар хольж хутгаад 25 мл-г авч 2,5 мл давсны хүчил хийж, усан бананд тавьж 10 минут буцалгаад, гаргаж хөргөсний дараа 25 мл цэвэр дих-

лорэтан нэмж, гурван минутын турш сэгсрэгчээр сэгсэрнэ. Үүнийгээ ялгагч юулүүрт хийж 2 үе үүсэний дээд үеийг асгаж, доод үеийг (дихлорэтантай) авч дээр нь 10N идэмхий натраар 2—3 удаа (4 мл), дахин 0,1N-ийн хүхрийн хүчлээр (4—5 мл) 2 удаа, нэрсэн усаар (6—7 мл) угааж эстроген, будагч бодисоос нь салгана. Үлдсэн 20 мл экстрактаа колбонд хийж ууршуулаад (усан бананд тавьж) өнгөт урвал тавина.

**Циммерманы өнгөт урвал** Шалгуур, сорилд 1,2 мл спиртын уусмал хийж, дээр нь 0,6 мл 3N идэмхий кали хийж, сорил дээрээ 0,6 мл спиртэнд бэлтгэсэн 2%-ийн М-динитробензол хийж сайтар сэгсэрч, харанхуй өрөөнд +30°C усан бананд 1 цаг тавина. Улаан өнгө үүсгэж урвал явагдахад ногоон гэрэл (520) долгионы уртад шалгуурын эсрэг сорилыг хэмжинэ. Хэмжилтийн тоонуудыг доорхи томьёонд орлуулсан бодно.

$E_{\text{сорил.D}} = \text{мг\% } 24 \text{ цаг}$   
 $E_{\text{стандарт X 25}}$

D—хоногийн шээсний хэмжээ

25—шинжилгээнд авсан шээсний хэмжээ

**Судалсан байдал** Судалгаанд хэвийн жирэмсэн 30, үр аяндаа зулбасан 100, зулбаж зуршсан 50 эмэгтэйд жирэмсний 4—28 долоо хоногийн хугацаанд харьцуулан судаллаа. Судалгаанд хамрагсад 25—35 настай байв.

1-р хүснэгт

Хэвийн жирэмсэн эмэгтэйчүүдийн хоногийн шээсэн дэх 17 кетостероидын хэмжээ

Жирэмсний хугацаа	Хоногийн шээсэн дэх 17 кетостероидын хэмжээ мг % 24 цаг		
	Дортман	Бодяжина	Бидний
12 долоо хоног хүртэл	—	10,5±1,9	9,8±1,6
13—18 долоо хоног	11,8±3,5	12,3±3,4	10,3±2,7

Бидний судалгаагаар эрүүл, хэвийн жирэмсэн эмэгтэйчүүдийн хоногийн шээсэн дэх 17 кетостероидын хэмжээ жирэмсний 4—28 долоо хоногт  $9,8 \pm 1,6 - 12,7 \pm 3,5$  мг% 24 цаг байлаа. Энэ нь бусад судлагчынхтай дүйж байна.

2-р хүснэгт

Үр аяндаа зулбасан, зулбаж зуршсан эмэгтэйчүүдийн хоногийн шээсэн дэх 17 кетостероидын хэмжээ

Судалгааны бүлгүүд:	Судалгааны тоо	Хоногийн шээсэн дэх 17 кс хэмжээ мг % 24 цаг	P
II бүлэг Үр аяндаа зулбасан			
12 д/х хүртэл	51 (7)	13,2±1,8	0,05
13 д/х-18 д/х	32 (4)	12,85±1,6	
18 д/х дээш	17	11,2±2,5	
III бүлэг Зуршсан зулбалттай			
12 д/х хүртэл	30 (6)	14±2,8	0,05
13 д/х-18 д/х	14 (5)	14±2,5	
18 д/х дээш	6	10,8±2,4	

Үр аяндаа зулбасан эмэгтэйчүүдийн 11%, зулбаж зуршсан эмэгтэйчүүдийн 22%-д 17 кетостероидын хэмжээ ихсэж байв. Энэ нь хяналтын бүлэгтэй харьцуулахад статистикийн үнэн магадтай ихсэж байв. ( $P < 0,05$ ). 17 кетостероид ихэссэн эдгээр эмэгтэйчүүдийн II бүлгийн 9, III бүлгийн 12 эмэгтэй үс ихтэй байлаа.

Хоногийн шээсээр ялгарч байгаа 17 кетостероидын хэмжээ ихсэх нь үр аяндаа зулбах, зулбаж зуршихад нөлөөлж байна. Хоногийн шээсэнд 17 кетостероидын хэмжээ ихэссэн, үс ихтэй үед жирэмснийг тогтоох эмчилгээг патогенезын дагуу хийх хэрэгтэй байгаа нь уг судалгааны ажлаас харагдлаа.

#### АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. Э. Р. Баграмян, Е. А. Богданова и др. -Диагностическое значение определения 17-кетостероидов в гинекологии. Акуш и Гин. 1977. 1. 65—67.

2. Т. П. Бархотова. Репродуктивная функция и развитие детей у женщин с

заболеваниями щитовидной железы и надпочечников. Автореф. докт. дисс. М. 1978.

3. Е. С. Ляшко Надпочечковая гиперандрогения и ее акушерские аспекты. Акуш и Гин. 1985. 2. 7

4. Н. Л. Пиганова, Т. Я. Пшеничникова, Л. В. Белян -Современные аспекты изучения репродуктивной функции женщины. М. 1982. 76—82.

5. А. Г. Раисова, В. Г. Орлова Нарушения репродуктивной функции у женщин при гиперандрогении различного генеза. Акуш и Гин. 1986. 11. 3—5.

6. И. С. Розовский Диагностика и терапия эндокринных форм привычного выкидыша. Автореф. докт. дисс. М. 1970.

7. Woodruff J. O. Novak E. Nonak S. Gynecologic and obstetric pathology (with clinical and Endocrine Relations) W.B. Saunders Company Philadelphia (London) Toronto, 8 th ed 1979

8. Waesh S. O. Clark F. Pregnancy in patients on longterm corticosteriod therapy. Scot. Med. J. 1967. 12. 302—307

## ОПРЕДЕЛЕНИЕ 17 КЕТОСТЕРОИДОВ В СУТОЧНОЙ МОЧЕ ПРИ ПРОИЗВОЛЬНЫХ ВЫКИДЫШАХ.

Д. Даариймаа

В 10—20% случаев угроза прерывания беременности была связана с состоянием гиперандрогений, проявляющийся повышением экскреции 17 кетостероидов с мочой. Можно было предполагать, что у этих пациентов были стертые формы нарушения функции коры надпочечников, которые усиливались во время беременности и привели к ее прерыванию.

Редакция ирсэн 1988—08—15.

3. Норсмаа

## УМАЙН ХҮЗҮҮНИЙ ӨМӨНГ ТУЯАГААР ЭМЧЛЭХ ҮЕД ҮҮССЭН АРЬСНЫ ДООРХИ ЭДИЙН ГЭМТЛИЙГ ДҮГНЭХ НЬ

Анагаах ухааны хүрээлэн

**Удиртгал.** Эмэгтэйчүүдийн бэлэг эрхтэний хорт хавдрын дотроос умайн хүзүүний өмөн маш элбэг тохиолддог өвчний нэг юм.

Манай оронд умайн хүзүүний өмөн эмэгтэйчүүдийн бэлэг эрхтэний хорт хавдрын дотор 78% эзэлдгийг анагаах ухааны доктор Б. Доржготов (1987) тодорхойлжээ.

Улсын хавдар судлалын төвд умайн хүзүүний өмөн өвчний учир эмчлүүлж байгаа нийт эмэгтэйчүүдийн 90 гаруй хувьд нь туяа эмчилгээр хосолсон аргаар хийж байна. Иймээс туяа эмчилгээний арга барилыг боловсронгуй болгох, түүний үр дүнг сайжруулах явдал тулгамдсан асуудал хэвээр байгаагийн зэрэгцээ эмчилгээний улмаас үүсэх эрүүл эдийн гэмтлийг багасгах нь онцгой ач холбогдолтой юм.

Ионжуулагч цацраг нь хавдрын эсийн хуваагдлыг бүрэн зогсоож, түүнийг устгахаас гадна эрүүл эдийг нэгэн адил гэмтээдэг.

Туяа эмчилгээ хийх явцад эрүүл эд эрхтэнд үүсэх цацрагийн нөлөөллийг багасгах, туяа эмчилгээний хүндрэл үүсгэхгүй байх нь эмчилгээний үр дүнг сайжруулах гол хүчин зүйл болдог бөгөөд энэ нь

туяа эмчилгээ хийх үр чадвараас ихээхэн шалтгаална.

Эрүүл эдэд үүсэх туяаны гэмтэл нь ямар төрлийн цацрагаар, ямар аргаар эмчилснээс шалтгаалахаас гадна хавдрын голомтод өгч байгаа цацрагийн нэг удаагийн ба нийт тун хэмжээ, курс эмчилгээний үргэлжлэх хугацаанаас хамаарна.

**Судалгааны арга, материал.** Улсын хавдар судлалын төвд 1979—1985 онд умайн хүзүүний II, III үеийн өмөн өвчний улмаас туяа эмчилгээ хийлгэсэн 300 эмэгтэйд судалгаа хийж, эдгээрийн дотроос арьсны доорхи эдийн гэмтэл үүсэлтийн хугацаа, тун-фракцийн хүчин зүйл шалтгааныг (ХТФХЗ-ээр) тодорхойлон дүгнэв.

Дээрхи хүмүүст туяа эмчилгээ хийхдээ гадуур, дотуур шарлагыг хослон хэрэглэв.

Гадуур шарлагыг аарцгийн хөндий дэх тунгалгийн булчирхайд үүссэн хавдрын үсэрхийлэл, хавдрын нэвчдэсийг арилгах зорилгоор хийдэг бөгөөд дотуур шарлага нь умайн хүзүүний үндсэн хавдрыг эмчлэхэд гол үүрэг гүйцэтгэнэ.



Гадуур шарлагыг гамма цацраг үүсгэгч Луч—1, Агат—С аппаратаар хөдөлгөөнгүй аргаар 6—8х 12—16 см-ийн хэмжээтэй ууц, хэвлийн угтуулсан дөрвөн талбайгаар буюу 14х14 см, 15х15 см хэмжээтэй угтуулсан хоёр талбайгаар хийв. Гадуур шарлагаар хавдрын голомтод нэг өдөрт 1,5—2 Гр (цацрагийн тунгийн нэгж) долоо хоногт 6 удаагийн шарлагаар 9—12 Гр, курс эмчилгээгээр 36—60 Гр өгч эмчилгээг 14—21 хоногийн завсарлагаатай болон завсарлагаагүй үргэлжлүүлсэн.

Дотуур шарлагыг идэвхжил багатай  $CO^{60}$  үүсгүүрээр энгийн аргаар буюу өндөр идэвхжилтэй  $CO^{60}$  үүсгүүрээр цэнэглэгдсэн Агат—В аппаратаар хийж, курс эмчилгээгээр А цэгт 40—80 Гр өгөв.

Туяа эмчилгээний арга барил, хавдрын голомтод өгсөн цацрагийн нэг удаагийн ба нийт тунгийн хэмжээ, курс эмчилгээний үргэлжлэх хугацаа зэргийг харгалзан туяа эмчилгээ хийлгэсэн нийт хүмүүсийг гурван бүлэгт хуваан гадуур шарлагын нөлөөнөөс үүссэн арьсан доорхи эдийн гэмтлийн шалтгааныг ХТФХЗ-ээр тооцон судлав. ХТФХЗ-ийн нэгжийг гаргахдаа тусгай хүснэгт ашиглав.

**Судалгааны үр дүн, шүүмж.** Нэгдүгээр бүлэгт 100 хүнийг хамрав. Эдгээр хүмүүст гадуур шарлагаар хавдрын голомтод нэг өдөрт 1,5 Гр, долоо хоногт 6 удаагийн шарлагаар 9 Гр ногдохоор бодож туяа эмчилгээг хийж, курс эмчилгээгээр Б цэгт (аарцгийн хөндий дэх тунгалагийн булчирхайд хавдрын үсэрхийлэл өгөх зам) 36—40 Гр өгч эмчилгээг хөдөлгөөнгүй аргаар завсарлагаагүй үргэлжлүүлэв.

Дотуур шарлагын идэвхжил багатай  $CO^{60}$  үүсгүүрээр энгийн аргаар хийв. Эмчилгээг долоо хоногт нэг удаа хийж, нийтдээ А цэгт (умай хүзүүний үндсэн хавдар) 40—80 Гр өгсөн. Энэ бүлгийн хүмүүсийн дотроос  $3,0 \pm 1,7\%$ -д нь арьсан дорхи эдийн гэмтэл үүсчээ. Гадуур шарлага хийж байсан хэсгийн арьсанд очиж байгаа цацрагийн хэмжээг ХТФХЗ-ээр дүгнэхэд 68—82 нэгжтэй тэнцэж байв.

Хоёрдугаар бүлэгт 100 хүнийг хамрав. Гадуур шарлагаар хавдрын голомтод нэг өдөрт 2 Гр, долоо хоногт 6 удаагийн шарлагаар 12 Гр, курс эмчилгээгээр Б цэгт 50—60 Гр өгч хөдөлгөөнгүй аргаар 14—21 хоногийн завсарлагаатай үргэлжлүүлсэн.

Дотуур шарлагыг өндөр идэвхжилтэй  $CO^{60}$  үүсгүүрээр цэнэглэгдсэн АГАТ-В аппаратаар долоо хоногт нэг удаа хийж, нийтдээ А цэгт 40—60 Гр тун өгөв. Эдгээр хүмүүсийн  $18,0 \pm 4,5\%$ -д нь арьсан доорхи эдийн гэмтэл үүсчээ.

Арьсанд очиж байгаа цацрагийн хэмжээг ХТФХЗ-ээр дүгнэхэд 98—100 нэгжтэй тэнцэж байв.

Гуравдугаар бүлэгт 100 хүнийг хамрав. Гадуур шарлагаар хавдрын голомтод нэг өдөрт 2 Гр, долоо хоногт 6 удаагийн шарлагаар 12 Гр, курс эмчилгээгээр Б цэгт 36—40 Гр өгч эмчилгээг хөдөлгөөнгүй аргаар завсарлагаатай үргэлжлүүлэв.

Дотуур шарлагын идэвхжил багатай  $CO^{60}$  үүсгүүрээр энгийн аргаар долоо хоногт нэг удаа хийж, нийтдээ А цэгт 40—80 Гр өгөв. Энэ бүлгийн хүмүүсээс  $27,0 \pm 7,1\%$ -д нь арьсан доорхи гэмтэл үүсчээ.

Арьсанд очиж байгаа цацрагийн хэмжээг ХТФХЗ-ээр тооцоход 89—115 нэгжтэй тэнцэж байв.

Арьсан доорхи эдийн гэмтэл үүссэн байдлыг бүлэг тус бүрээр үзүүлэв (1-р хүснэгт).

Судалгаанаас үзэхэд гадуур шарлагыг хөдөлгөөнгүй аргаар хийлгэсэн нийт хүмүүсийн 58, 19, 3, 2,2%-д нь эмчилгээ дууссанаас хойш 6 сараас 2 жилийн дотор арьсан доорхи эдийн гэмтэл үүсч байжээ. Шарлага хийлгэж байсан хэсгийн арьс уян хатан чанараа алдаж, арьсан доорхи өөхөн эд нь холбогч эдээр солигдон, доорхи эдтэйгээ нягт наалдан хөдөлгөөнгүй болж цус, тунгалгийн судас бөглөрөн, гүйдэл нь саатаж тэр хэсгийн тэжээл мууддаг байна.

Гадуур шарлагыг хөдөлгөөнгүй аргаар хийсэн үед арьсанд очиж байгаа цацрагийн хэмжээг ХТФХЗ-ээр тооцоход 100 нэгжээс дээш гарсан арьсан доорхи эдийн гэмтэл

Арьсан доорхи эдийн гэмтлийг бүлэг тус бүрээр харьцуулсан  
ХТФХЗ-ээр тодорхойлсон нь

Бүлэг	Эмчилгээний арга	Өвчтөний тоо	Арьсан доорхи эдийн гэмтэл үүссэн хүний тоо	хавдрын голомтод өгсөн тун			ХТФХЗ (нэгж)	Арьсан доорхи гэмтэл үүссэл хувь +
				нэг өдрийн	долоо хоног	нийт тун		
1	Хөдөлгөөнгүй, завсарлагаагүй	100	3	1,5	9	36—40	68—82	3,0—1,7
2	Хөдөлгөөнгүй, завсарлагаатай	100	28	2	12	50—60	98—120	28,0±4,5
3	Хөдөлгөөнгүй, завсарлагаагүй	100	27	2	12	36—40	89—115	27,5±7,1

үүсэх нь элбэг тохиолдож байгааг судалгааны (28,0±4,5%) дүн харууллаа. Харин энэ үзүүлэлт 100 хүрээгүй тохиолдолд арьсан доорхи эдийн гэмтэл үүсэх нь харьцангуй бага (3,0±1,7%) байна.

Гадуур шарлагаар нэг өдөрт хавдрын голомтод 2 Гр тун өгч долоо хоногт 6 удаа гуяа эмчилгээ хийснээс курс эмчилгээний үргэлжлэх хугацаа богиносож байна.

Курс эмчилгээний үргэлжлэх хугацаа хэдийчинээ богино, хавдрын голомтод өгч байгаа нэг удаагийн ба нийт тун хэмжээ ихсэх тутам арьсан доорхи эдийн гэмтэл үүсэх нь төдийчинээ нэмэгдэнэ гэсэн үг юм. Энэ нь арьсанд очиж байгаа цацрагийн хэмжээг ХТФХЗ-ээр тодорхойлоход арьсны цацрагийг тэвчээрлэх дээд хязгаараас хэтэрснээс шалтгаална.

**Дүгнэлт.** 1. Умайн хүзүүний өмөнг туяагаар эмчлэхдээ эрүүл эдэд очиж байгаа цацрагийн хэмжээг ХТФХЗ-ээр тооцож, эмчилгээний төлөвлөгөө хийж байх.

2. Гадуур шарлагыг хөдөлгөөнгүй аргаар хийхдээ арьсанд очиж байгаа цацрагийн хэмжээг ХТФХЗ-ээр тооцон, түүнийг 100 нэгжээс хэтрүүлэхгүй байхаар бодож эмчилгээний төлөвлөгөөг зохиох.

3. Гадуур шарлагаар долоо хоногт өгөх голомтын тунг 10 Гр-ээс хэтрүүлэхгүй байх.

4. Туяа эмчилгээний улмаас арьс, арьсан доорхи эдийн гэмтэл үүсэхээс урьдчилан сэргийлэхийн тулд гадуур шарлагыг хөдөлгөөнгүй аргаар дагнаж хийхийг багасган, бусад оновчтой арга боловсруулах нь чухал байна.

#### АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. М. С. Бардычев Местные лучевые повреждения тканей при лечении лимфогранулематоза. Вопросы онкологии. 1982, № 4, 15—21.

2. М. С. Бардычев Поздние лучевые повреждения кожи и органов малого таза. Мед. радиол. 1977, № 3, 72—76.

3. А. А. Габелов и др. Поздние лучевые повреждения прямой кишки. Методическим рекомендациями. Ленинград, 1978.

4. К. Н. Кострамина и др. Лучевые реакции и осложнения при сочетанной лучевой терапии рака шейки матки. Мед. рад. 1974, № 3 26—33.

5. К. Н. Кострамина и др. Рак шейки. Москва, 1983.

#### ОЦЕНКА ПОВРЕЖДЕНИЙ ПОДКОЖНЫХ ТКАНЕЙ ПРИ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ ШЕЙКИ МАТКИ.

3. Норсмаа

В работе дана характеристика группы из 300 больных РСМ получившим сочетанное лучевое лечение в 1979—1985 г и проведен анализ используемых методик статического дистанционного облучения на гамма-терапевтических аппаратах ЛУЧ—1,

АГАТ-С. Облучение проводилось с 2-х и 4-х противоположных полей размером 6—6 х 12—14 см и 14X14 см 15X16 см. Разовая очаговая доза составляла 2 Гр, облучение 6 раз в неделю, по непрерывному или расщепленному курсу до суммарных доз в точке «В» 30—60 Гр.

В данной группе больных у 11,6% излученных женщин в сроки от 6 месяцев до 2-х лет развились лучевые фиброзы кожи и подкожной клетчатки. При анализе дозиметрических планов были рассчитаны факторы время-доза-фракционирования (ВДФ) для всех уровней доз и режимов фракционирования. В случаях, когда суммарная очаговая доза была в пределах 30—36 Гр при обычных фракционированиях.

ВДФ равняется 35—60 ед. Мы не наблюдали ни одного случая фиброза. В тех случаях, когда фактор ВДФ составлял в поверхностных тканях 110—115 ед, поздние лучевые повреждения наблюдались во всех случаях фиброзов. Показано, что при планировании дистанционного компонента составной лучевой терапии с использованием современных полей необходимо учитывать вклад в дозу на поверхности тела от противонапряженного поля. Планирование курса облучения необходимо проводить с учетом факторов прогноза лучевого эффекта в опухолевой и здоровой тканях.

Редакция прссн 1986—85—16

Ж. Дэмбэрзасүрэн

## ЭХИЙН ЭНДЭГДЛИЙГ (СУДЛАХ АСУУДАЛД

Ашиглах ухааны дээд сургууль

Эдүгээ эх, хүүхдийн эрүүл мэндийг хамгаалах нь аль ч улс орны эрүүлийг хамгаалахын тулгамдсан асуудлын нэг болж байна. ДЭХБ-ын мэдээгээр жилд хагас сая эмэгтэй жирэмсэн байхдаа болон амаржий үедээ нас барж байна (6).

Манай нам, эсгэдэс эх, хүүхдийн эрүүл мэндийг хамгаалах талаар авч хэрэгжүүлсэн өргөн хүрээтэй арга хэмжээний үр дүнд эрүүлийг хамгаалахын үндсэн үзүүлэлтүүдээр өндөр хөгжилтэй кариалист, олон орноос давсан боловч эх дүү социалист зарим орнуудаас доогуур байна. Иймд өнцлөл, эндэгдлийн шалтгаан түүнд нөлөөлж буй хүчин зүйлийг судалж тодруулах шаардлага ч зүй ёсоор гарч байна.

Бид эхийн эндэгдлийн зарим шалтгааны бүтэц, тархалт хямаарлыг тодруулах зорилгоор 1984—1986 оны эхийн эндэгдлийн халбогдох материалд судалгаа хийв.

Эндсэн эхчүүдийн дотор 20—24, 25—29, 35—39 насны эмэгтэй үүд сонхилох байрыг эзлэж байгаа боловч эндэгдлийн түвшин 35—39, 40—44, 45—49, насанд илүүтэй, 15—19, 25—29, 20—24 насанд хамгийн бага байгаа нь судалгааны материалд хийсэн статистикийн боловсруулалтаар батлагдав ( $P < 0,01$ ). Мөн насны бүлэг бүрт эхийн эндэгдлийн үзүүлэлт харилцан адил-

1-р хүснэгт  
Эндсэн эхийн насны үзүүлэлт

Насны бүлэг	амаржсан эхийн дотор эх, хувийн жин	Эндсэн нийт Эхийн дотор эх, хувийн жин	Эхийн эндэгдлийн түвшин (ухайн насны 1000 төрөлтөд)	
			%	±т
15—19	5	2,6	0,882	0,287
20—24	33,2	27,0	1,257	0,134
25—29	33,1	21,4	0,497	0,116
30—34	16,2	14,3	1,393	0,201
35—39	2,8	20,2	4,020	0,408
40—44	3,7	11,2	4,725	0,784
45—49	1,0	3,1	4,557	1,438
Дүн:	100	100	—	—

гүй бөгөөд эхийн эндэгдэл, насны хооронд шууд хуучтай хамааралтай ( $\chi^2 = 0,909 \pm 0,13$ ) байна ( $P < 0,01$ ).

2 Нийгмийн байдал. Амаржсан эндсэн эхчүүдийн нийгмийн байдалд бүлэглэж экстенсив, интенсив үзүүлэлтээр эхийн эндэгдэл, нийгмийн байдлын хооронд ялгаа байгаа эсэхийг тодорхойлов.

Төрөлт, эндэгдлийн бүтэцэнд ажилчин хамгийн их хувийг эзэлж байгаа боловч эндэгдлийн түвшин гэрлийн ажилтай, оюутан, сурагчдын төрөлтөд хамгийн их байна. Дээрхи үзүүлэлтүүдийг Стьюдент

Амаржсан эндсэн эхийн нийгмийн байдалаар бүлэгдэсэн үзүүлэлт

Нийгмийн байдал	Нийг төрөгдөл, жарьцуулан хувь	Эндсэн эхийн тоонд харьцуулсан хувь	Эхийн эндэгдлийн түвшин (1000 төрөлтөд)	
			‰	±
Ажилчин	51,9	42,5	1,266	0,108
Малчин	23,1	26,1	1,740	0,189
Албан хаагч	20,0	12,4	0,958	0,151
Бусад (гэрийн ажилтай, оюутан, сурагч)	5,0	19,0	5,896	0,733
Бүгд	100	100	100	—

фишерийн шалгуураар магадлахад ажилчин, албан хаагчийнхаас бусад бүлэгт эндэгдлийн үзүүлэлтүүд ялгаатай байна.

( $t=2,3-6,4$ ). Энэ нь эхийн эндэгдэл төрийн ажилтай эмэгтэйчүүдийн төрөлтөд хамгийн их, дараа нь малчин, гуравдугаарт ажилчин, албан хаагчдад харьцангуй ижил тохиолдож байгааг харуулж байна.

Мөн эхийн эндэгдэл, нийгмийн байдал хоорондоо хамааралтай болох нь Х-квадратын аргаар батлагдаж байна ( $P < 0,01$ ).

3. **Боловсрол.** Эхийн эндэгдлийг бүх амаржсан эндсэн эхчүүдэд боловсролоор харьцуулан үзэхэд бага боловсролтой эмэгтэйчүүдэд эндэгдэл хамгийн их, дээд, тусгай дунд, боловсролтой эмэгтэйчүүдэд ижил тохиолддог нь V шалгуураар батлагдаж байна.

Дээрх хүснэгтээс эхийн эндэгдлийн хувь хаврын улиралд харьцангуй их, өвөл бага болох нь харгагдаж байна.

5. **Төрөлтийн хүндрэл.** Төрөлтийн хүндрэлийг шалтгаанаар нь 100 төрөлтөд харьцуулсан үзүүлэлтийг ЗХУ-ын судлагчдын үзүүлэлтэй жишигэд цус алдалт их, бусад үзүүлэлт ойролцоо байна (4,5)

Төрөлт, эндэгдлийг боловсролын байдлаар үзүүлбэл

Боловсрол	Нийг амаржсан эх (%)	Эндсэн эх (%)	Эхийн эндэгдлийн түвшин (1000 төрөлтөд)	
			‰	±
Дээд	5,5	4,0	1,133	0,314
Тусгай дунд	12,5	10,9	1,342	0,226
Дунд*	63,0	46,3	1,133	0,093
Бага	19,0	38,8	3,162	0,282
Бүгд	100	100	—	—

Мөн эхийн эндэгдэл боловсролын хооронд урвуу хүчтэй ( $r = -0,750$ ) хамаарал байна.

\*—Бүрэн, бүрэн бус дунд боловсролтой эхчүүдийн тоог нэгтгэн дунд гэж авсан болно.

4. Эхийн эндэгдэл, төрөлтийн байдлыг жилийн улирлаар гаргавал: (Хувиар)

Улирал	Өвөл (XII, I, II сар)	Хавар (III, IV, V сар)	Зун (VI, VII, VIII сар)	Навар (IX, X, XI сар)	Бүгд
Эндэгдэл (%)	19	34,8	24,2	22	100
Төрөлт (%)	26	25,1	23,3	25,6	100

Жирэмсний хожуу, хордлого, цус алдалт нилээд тохиолдолд хүндрэлийн шалтгаан болж байгаа боловч үжил халдвар, умайн урагдах үед эхийн эндэгдэл хамгийн их байна.

6. Эхийн эндэгдлийн бүтэц

Дээрх хүснэгтээс үзэхэд эмнөх онуудад I байранд цус алдалт, дараа нь экстрагениталь эмгэг орж байсан ( $t=5,7$ ) бол бидний судад

Төрөлтийн хүндрэл, эхийн эндэгдлийн үзүүлэлт

Төрөлтийн хүндрэл, эндэгдлийн шалтгаан	Төрөлтийн хүндрэл + (100 төрөлтөд)		Эхийн эндэгдлийн бүтэц (%)	Төрөлтийн 1000 хүндрэлд тохиолдох эндэгдэл	
	манайд	ЗХУ		‰	±
1. Жирэмсний хожуу хордлого	5,46	2—4	17,1	4,7	0,63
2. Цус алдалт	3,73	2—2,5	35,4	14,3	1,33
3. Экстрагениталь эмгэг	0,82	0,7—2,0	29,5	54,1	5,39
4. Үжил халдвар	0,04	—	13,0	531,6	56,1
5. Умайн урагдал	0,03	0,015—01	5,0	253,9	54,8

\*—ЭХЯ-ны тайлангийн материалаар

1979—1987 оны эхийн эндэгдлийн бүтцийн үзүүлэлтүүд (хувиар)

Судлаачид	Б. Жав Д. Доржбаг (1977)	Лувсан-Биндон (1979)	Б. Жав, Ш. Содномпил Ш. Гантөмөр (1980—1982)	Б. Жав, Р. Бямбаа (1981—1980) Товч-Алтай аймаг	Б. Шинжирбаатар, Б. Жав, Ш. Содномпил		Бидний судалгаагаар	
					%	байр	%	Байр
1. Цус алдалт	48,7	38,3	41,3	43,2	40,3	I	35,4	I
2. Экстрагениталь Жирэмсний хожуу хордлого	17,3	24,4	26,8	23,2	23,4	II	29,5	II
3. Үжил халдвар	11,3	—	12,3	15,3	13,5	III	17,1	III
4. Умайн урагдал	13,9	10,5	12	7,5	15,0	IV	5	III

гаагаар мөн дээрх хоёр эмгэг тэргүүлж байгаа боловч тэдгээрийн хоорондын ялгаа нь батлагдахгүй ( $t=1,6$ ), харин эндэгдлийн шалтгааны ерөнхий бүтэц ижил байна (7).

Дүгнэлт 1. Эхийн эндэгдэл нь нийгмийн байдал, боловсрол, наснаас хамаарч байна. Нийгмийн байдлаар авч үзвэл гэрийн ажилтай, насны бүлгээр 35—39, 40—44, 45—49 насны болон боловсрол багатай эмэгтэйчүүдийн төрөх үеийн эндэгдэл хамгийн их байна.

Уг үзүүлэлт, ажилчин, албан хаагчид болон дээд, тусгай дунд, дунд боловсролтой эмэгтэйчүүдэд адил байна.

2. Төрөлтийн хүндрэл дотроос жирэмсний хожуу хордлого, цус алдалт олонтаа байгаа боловч үжил халдвар ( $531 \pm 56,1$ ), умайн урагдалын ( $253,9 \pm 54,8$ ) үед эх хамгийн их эндэж байна.

3. Эхийн эндэгдлийн үндсэн шалтгаан нь цус алдалт, экстрагениталь эмгэг, жирэмсний хожуу хордлого, үжил халдвар, умайн урагдал байна. Тухайлбал I байрт цус алдалт (35,4%), экстрагениталь эмгэг (29,5%, II байрт хожуу хордлого (17,1%) үжил халдвар (13%), III байрт умайн урагдал тус тус орж байна. Экстрагениталь эмгэгийн эзлэх хувь нэмэгдэж байна.

## АШИГЛАСАН НОМ

1. М. А. Ибрагимов, Б. Дэмбэрэл. Очерки по истории развития здравоохранения МНР. 1977 г.
2. 55 лет здравоохранения МНР. Под ред. Д. Цагаанхүү. 1976 г.
3. Ж. Дугаржав. Анагаах ухааны статистик 1976 г.
4. М. А. Репина. Кровотечение в акушерской практике. 1986 г.
5. Неотложная помощь при экстремальных состояниях в акушерской практике, под ред. Э. К. Айламазяна. 1985.
6. Хроника ВОЗ 1986 том 40 № 6 стр. 1—13
7. Тезисы научно-практических конференций «Актуальные вопросы педиатрии, акушерства и гинекологии». 1979, 1980, 1981, 1984 г.

### АНАЛИЗ МАТЕРИНСКОЙ СМЕРТНОСТИ ПО МАТЕРИАЛАМ ЗА 1984—1986 ГГ.

Ж. Дэмбэрэлсүрэн

Проведено анализ материалов материнской смертности за 1984—1986 гг. с целью выяснения некоторых ее причин.

Д. Одонгуна, Н. Гэндэнжамц

## НЕЙТРОФИЛ ГЭМТЭХ УРВАЛ, ТҮҮНИЙ ЭМНЭЛ ЗҮЙН АЧ ХОЛБОГДОЛ

Саяхан болтол харшлын мэдрэмжийг тодорхойлох цорын ганц түгээмэл арга нь арьсны сорилууд байлаа. Арьсны сорилууд нь маш энгийн, техник ажиллагаа багатайгаас одоо ч өргөнөөр хэрэглэж байгаа юм. Сүүлийн үед харшлыг тодорхойлох шинэ аргууд олноор бий болов. Ийм аргуудын нэгд нейтрофил гэмтэх урвал (НГУ) орно.

А. Д. Адогийн бичсэнээр (1978) нейтрофил гэмтэх урвал нь клиникийн эмч нарын анхаарлыг татсаар байна. Өнгөрсөн 20 жилийн хугацаанд нейтрофил гэмтэх урвалыг халдварын ба халдварын бус гайдалтай янз бүрийн харшил төрөгчөөр туршсан бөгөөд энэ асуудлаар хөвлөлд олон бүтээл нийтлэгджээ.

Нейтрофил гэмтэх урвалыг судалсан байдал 1950-иад оноос эхлэн харшил төрөгчийн нөлөөнд цагаан эсэд илрэх хариу урвалыг эрдэмтэд сонирхож болсон юм. Анх С. Фа-

Материнская смертность зависит от социального положения, возраста и образования женщины. Она на и более часто встречается у женщин в возрастной группе 40—44, 45—49, 37—39 лет, с начальным образованием и дома хозяйки.

Из осложнений беременности родом часто встречаются поздний токсикоз (3,56 на 100 родов) и кровотечения (3,73). Но частота материнской смертности высока при сепсисе (531±56,1) и разрыве матки (253,9±54,8).

В структуре причин материнской смертности 1-ое место занимает кровотечение (35,4±2,66%), экстрагенитальные патологии (29,5±2,54%), II-ое — поздний токсикоз (17,1±2,09%), сепсис (13,0±1,87), III-ое место — разрыв матки (5±1,2%).

Удельный вес экстрагенитальных патологий увеличился по сравнению с данным 1979—1983 гг.

Если сравнивать удельный вес родов с материнской смертностью по сезону года, то смертность больше встречается весной и меньше зимой.

Редакция ирсэн 1989—01—10.

### Анагаах ухааны дээд сургууль

вуур (1947) сүрьеэтэй өвчтөний цусыг туберкулинтай хольж 37°C дулаанд богино хугацаанд байдгасны дараа нь цусны цагаан эс нь хяналтын цусныхаас 20—30% буурч байсныг ажиглажээ. Цусны цагаан эсийн ихэнх хувийг нейтрофил эзэлдэг тул энэ эсийг задран багасдаг юм байна гэж таамаглаж байжээ. Харин 1948 онд Р. Фремонд Смит, С. Фавуэр нар лимфоцит мөн ингэж задран цөөрдгийг ажиглажээ.

С. Уайт (1950) цусны цагаан эсийн тоо цөөрч задрах үзэгдлийг түүний цитоплазм бөөмд гэмтлийн өөрчлөлтүүд илрэхтэй холбон дүгнэжээ. Эд үзэгдлийг В. А. Фрадкин (1962) эсрэг төрөгчийн нөлөөнд цагаан эсийн дотор гарч байгаа гликогений өөрчлөлтөөс эхлэн судалжээ.

Цусны захын бүх цагаан эсээс нейтрофил гликогенээр хамгийн их ханасан байдаг бөгөөд гликоген нь нейтрофилийн хөдөлгөөн, фагаци-

төв гэх мэт үйлдвэрийг гүйцэтгэхэд оролцдог эрчим хүчний гол нөөц билээ. Идэвхтэй нейтрофилийн гликоген глюкозомонофосфатын цагираг солилцоонд нээгдэн зарцуулагдаж, хүчилтөрөгчийн хэргэлдээ өсч, хүчтэй биоксидантууд— $\text{H}_2\text{O}_2$ , супероксид аннион чөлөөт хүчилтөрөгчийн радикалууд үүснэ.

Гликоген задарснаар эсийн гол эрчим хүчний нөөц багасахаас гадна сүүн хүчил, пировиноградын хүчил зэрэг эсийн бүтэц зохион байгуулалтыг гэмтгэх хүчин зүйл үүсдэг (Хейфец, Ю. Б., А. А. Шабадаш, 1961). Сүрьеэтэй өвчтөний цусыг туберкулинтай хольж 1—2 цаг инкубаци хийсний дараа бэлдсэн наалдацыг эсийн гликоген будах Шабадашийн аргаар будаж, хараад харшил төрөгчийн нөлөөнд цагаан эсийн дүрс хувирах (хуурамч хөл үүсэх) идэвхи эрс ихэсгэнийг В. А. Фрадина (1962) ажиглажээ. Нейтрофилын хуурамч хөлөнд гликоген ихээр шилжин хувиарлагдаж байсан тул энэ үзэгдлийг өвөрмөц мэдрэмжийн түвшин тогтоох шалгуур (критери) болгон ашиглаж байна.

Сүүлийн жилүүдэд нейтрофилийн үзэгдлийн талаар маш олон мэдээлэл гарчээ. В. Е. Пигаревский (1978), А. Н. Маянский Д. Н. Маянский (1983), П. Мурфи (1976), С. Клебанов, Р. Клак (1978) нарын бүтээл энэ асуудлын олон талыг тодруулжээ. Харин эсрэг төрөгч-эсрэг биеийн бүрдэл нейтрофилийг гэмтээж байгаа энэ урвал нь өвөрмөц (дархлаа) урвалын гаралтай гэдгийг нотлох зорилгоор хийсэн судалгаанууд 1960 оны сүүл 70-аад оны эхээр эхэлсэн юм.

М. И. Китаевын удирдсан лабораторийн туршилт судалгаа энэ асуудлыг шийдвэрлэхэд ихээхэн хувь нэмэр оруулав. М. И. Китаев, И. Б. Засухина нар уушгины сүрьеэтэй өвчтөнд нейтрофил гэмтэх урвал нь цусанд байгаа сүрьеэгийн эсрэг бие, өөрийн уушгины эд эсийн эсрэг биеэс шууд хамаарч байгааг үнэмшилтэйгээр нотложээ. Мөн энэ үед Ю. П. Жуклис (1970) сүрьеэтэй хүүхдийн туберкулины мэдрэмжийг судлаж байгаад ижил дүгнэлтэд хүрчээ. Цусны эргэлтэд

байсан өвөрмөц эсрэгбиеийг бүр мөсөн шүүн авсны дараа нейтрофил гэмтэх урвал нь хяналтын цусны үзүүлэлттэй ижил болтол буурсан байна. Энэ нь нейтрофилийн хуурамч хөл үүсгэх идэвхи нь өвөрмөц эсрэгбиеэс шууд хамааралтайг дахин нотолжээ.

М. И. Китаев, И. Б. Засухина (1971) нар нейтрофил гэмтэх урвалд хавсаргын (комплементын) систем чухал үүрэг гүйцэтгэдгийг цуврал туршилтаар нотолсон билээ. Хавсаргыг бүрэн идэвхгүйжүүлсэн үед мэдрэг өвчтөний цусны нейтрофилууд өвөрмөц харшил төрөгчийн нөлөөнд гэмтээгүй (урвал ороогүй) бөгөөд өвчтөний (комплементгүй) цусанд хавсарга нэмж НГУ эргэн сэргэж байжээ.

Г. С. Шамсутдинова, Г. С. Сухоедова (1983) нар нейтрофил гэмтэх урвалд дархлын эсрэгтөрөгч, эсрэгбие, охь бодис (лимфокин) нөлөөлдгийг лабораторийн амьтдад туршин нотложээ. Эдгээр судлаачид НГУ нь эсрэгтөрөгч, эсрэгбиеийн бүрдэл болон эс жууцлын замгаар явагдаж болох тухай дүгнэлт хийв. Иймээс нейтрофил гэмтэх урвалыг судалсан 20 гаруй жилийн түүхээс бид энэ урвалын механизмын талаар дараах ойлгоцыг аваад байна. 1) НГУ-д өвөрмөц эсрэгбие, эсрэгтөрөгч нэгдэж бүрдэл үүсгэн нейтрофилд бэлмэгдсэнээр түүнийг гэмтээж дүрс хувиргах идэвхтэй болгож байна. 2) Туберкулины маягийн харшилын урвал явагдахад өвчтөний сийвэнд агуулагдсан иммуноглобулин Г гол үүрэг гүйцэтгэж байна. 3) Нейтрофил гэмтэх урвал нь хавсаргын оролцоотой явагддаг урвал юм. 4) Лимфоцитын задарлын бүтээгдэхүүн НГУ-ыг улам ихэсгэж гүнзгийрүүлдэг.

Клиникт нейтрофил гэмтэх урвалыг 1) халдвар үүсгэгчийг эхлэн оноцлоход, 2) янз бүрийн өвчний үед харшил үүсгэдэг хүчин зүйлийг илрүүлэхэд, 3) харшил дарах эмчилгээний явцад биемэхбодод илэрч байгаа өвөрмөц өөрчлөлтийг судлахад, 4) хүмүүсийг вакцинжуулах зөв сонгоход ашиглаж байна. Тэрчлэн эмнэлтийн бэлдмэ-

лийг стандартчилах олон улсын хо-  
рооноос харшлын идэвхийг дүгнэх-  
дээ, шилэн дотор явуулах урвалыг  
ашиглахыг сүүлийн үед зөвлөж  
байна. Энэ урвал нь олон давуу  
талтай юм. Тухайлбал: 1. Шинж-  
лүүлэгч өвчтөнд ямар нэг муу хор  
нөлөө үзүүлдэггүйгээс гадна өвч-  
төнд тариагаар хэрэглэх бэлдмэл-  
лүүдийг урьдчилан шилэнд судлах  
боломжтой. 2. Өвчтөний өвөрмөц  
дархлалын явц өөрчлөлтийг боги-  
но хугацаанд тодорхойлон ажиглах  
боломжийг олгоно. 3. Нейтрофи-  
лийн гэмтэх энэ урвалыг гарын ху-  
рууны өндөгнөөс бага хэмжээний  
цусны дээж авч гүйцэтгэх тул  
хүүхдийн эмнэлгийн практикт чух-  
ал ач холбогдолтой болно. 4. Нейтрофилийн мэдрэмжийг то-  
дорхойлох урвалын хариу 3—3,5  
цагийн дотор гардаг болохоор  
өвөрмөц мэдрэмжийг шуурхай  
оношлох боломж олгоно. 5. Энэ  
урвалыг гүйцэтгэхэд тусгай зориу-  
лалтын нүсэр тоноглол, багаж хэ-  
рэгсэл шаардлагагүй юм.

**«Нейтрофилийн гэмтэх  
урвалд хэрэглэх тоног  
төхөөрөмж, урвалж бодисууд»**

1. Усан сан юмуу эсвэл термос-  
тат 1 ш
2. 0,1 мл шилэн гуурс 2 ш
3. Периодатын уусмал
4. Шиффын урвалж
5. Гематоксилины уусмал
6. Нимбэг хүчлийн натрийн 5%-  
ийн уусмал (хуурай харшилтөрөг-  
чийг шингэлэхэд)
7. Нимбэг хүчлийн натрийн 25%-  
ийн уусмал (шингэн харшил тө-  
рөгч шингэлэхэд).
8. Нейтрофил гэмтэх урвалын  
өвөрмөц харшил төрөгч (ЗХУ-ын  
Казань хотын нян халдвар судла-  
лын институт нейтрофил гэмтэх  
урвалд зориулсан олон төрлийн  
харшил төрөгчийг үйлдвэрлэж бай-  
на). Бид өөрсдийн судалгаанд  
ЗХУ-д бэлтгэсэн туберкулин, ста-  
филококкийн тунгаасан, цэвэр ана-  
токсиньг хашилтөрөгчийг төлөөлүү-  
лэн хэрэглэсэн юм.
9. Гэрлийн иммеркийн бичил  
дуран
10. Эс тоологч машин.

**«Нейтрофил гэмтэх  
урвалыг явуулах дараалал»**

Харшил төрөгчийг нимбэг хүч-  
лийн натрийн уусмалаар шингэ-  
рүүлсний дараа 0,02 мл харшил тө-  
рөгчийг 0,08 мл өвчтөний өндөгний  
цустай хольж 1 цаг, 37°—38° ду-  
лаанд байлгана. Мөн харшил тө-  
рөгчгүй (зөвхөн нимбэг хүчлийн  
натрийн уусмалаар шингэлсэн) хя-  
налтын өндөгний цусыг ижил нөх-  
цөлд 1—2 цаг, 37°—38° дулаан  
байлгана. Ингэсний дараа цагаан  
эсийг цусанд жигд тархаахын тулд  
шилтэй цусыг аяархан сэгсэрч хо-  
лиод, дунд зэргийн зузаантай өр-  
гөн наалдац бэлтгэнэ. Наалдацыг  
бэхжүүлсний дараа будах үйлдлийг  
ажлын бололцоогоор хэзээ ч хийж  
болно.

1-р хүснэгт

**Нейтрофил гэмтэх урвалын цусны  
наалдац будах Хочисын арга»  
(Р. П. Нарциссовын хялбарчилсан  
хувилбараар)**

Үйлдлийн үе шат (дараалал)	Хугацаа, мин
1. Наалдцыг 96° этилийн спиртформалины уусмалд бэхжүүлнэ (бэхжүүлэхийн өмнө 96° этилийг спирт- тийн 100 мл тутамд 10 мл формалин оногдох харьцаа- тайгаар спирт-формалины уусмалыг бэлтгэвэл зо- хино).	10 мин
2. Периодатын уусмалаар боловсруулалт хийх.	20 мин
3. Нэрмэл усаар угаасны да- раа хуурай болгох	2 мин
4. Шиффын урвалж боди- соор будах	20 мин
5. Усанд угаасны дараа хуу- рай болгох.	2 мин
6. Гематоксилины уусмалаар будах.	6 мин
Нийт будах хугацаа	60 мин.

**«Нейтрофил гэмтэх урвалыг  
дүгнэх арга»**

Бэлэн болсон наалдацыг иммер-  
сийн бичил дурангаар харж тоол-  
но. Бичил дуранд цагаан талбай  
дээр улаан цитоплазмтай янз бү-  
рийн хөх хэсэгчилсэн бөөмтэй эсүүд



харагдана. Энэ нь нейтрофилууд юм. Цусны улаас эс энэ наалдац харагдахгүй. Эозанофил нь цитоплазмдаа нарийхан ягаан хүрээтэй, вандуй шиг бөөмтэй байна. Лимфоцит, моноцит нь өнгөгүй цитоплазмтай, цитоплазмын ихэнх талбайг хөх том бөөрөнхий бөөм эзлэж харагдана.

3. Нейтрофил гэмтэх урвалд нейтрофилийн дүрс хувиран хуурамч хөл үүсгэх идэвхийг найдвартай үзэж, ажиглахын тулд наалдацыг харахдаа хоёр зүйл баримтлах хэрэгтэй. 1. Дунд зэрэг зузаантай бэлтгэсэн наалдацыг нимгэрч байгаа хэсэгт эс тооцж урвалыг дүгнэнэ. Яагаад гэвэл наалдацын зузаан хэсэгт эсүүд 2—3 дахин жижиг харагдах тул нейтрофил гэмтсэн өөрчлөлтүүд харагдахгүй байж болох юм. 2. Нейтрофил тоолоходоо наалдацын захаар байрласан эсүүдийг тоолохгүй. Яагаад гэвэл механик гэмтэлтэй эс байж болох юм.

Нейтрофил гэмтэх урвалын үзүүлэлтийг дүгнэхийн тулд наалданд ердөө 100 нейтрофил тоолоход хамралттай гэж үздэг (В. А. Фрадкийн 1985). 100 нейтрофилийг дотор нь хэвийн, гэмтсэн гэж хоёр ангилан ялгана. Туршилтын наалдацын 100 нейтрофил тутамд илэрсэн гэмтсэн нейтрофил, хяналтын наалдацны 100 нейтрофилд илэрсэн гэмтсэн нейтрофилийг тоолох ёстой юм. Туршилтын наалданд байгаа гэмтсэн нейтрофилийн тооноос хяналтын наалданд илэрсэн гэмтсэн нейтрофилийн тоог хасаад хариуг нь 100-д хуваана. Эцсийн үр дүн нь нейтрофил гэмтэх үзүүлэлт гэгч индекс юм.

НГУ нейтрофил гэмтэх үзүүлэлтийн томьёо:

$$\text{НГУ} = \frac{N_1 - N_2}{100}$$

Энэ томьёонд  $N_1$ -туршилтын наалданд илэрсэн гэмтсэн нейтрофилийн тоо;  $N_2$ -хяналтын наалданд илэрсэн гэмтсэн нейтрофилийн тоог харуулж байна.

НГУ-аар стафилококкийн мэдрэмжийг судласан нь. Бид НГУ-г анх стафилококкт уушгины үрэв-

сэлтэй хүүхдийн шалтгааныг оношлох зорилгоор явуулахдаа стафилококкийн цэвэр анатоксиныг (вакцин) харшил төрөгч болгон ашиглав. 1968 оноос В. А. Фрадкийн НГУ-ыг стафилококкийн шинжилгээний харшил төрөгчтэй анх явуулж эхэлсэн бөгөөд Е. А. Смирнова, Е. И. Зеленова (1970) нар уг харшил төрөгчтэй судалгааг дэлгэрэнгүй хийжээ. Тэд НГУ-ыг чихний стафилококкт архаг үрэвсэлтэй өвчтөнөөс цус авч туршсан ажээ. Эдгээр судлагчдын тогтоосноор чихний хөндийгөөс стафилококк илэрсэн чихний архаг үрэвсэлтэй өвчтөнд НГУ арьсан доторх сорилоос 2 дахин илүү мэдрэг байгаа нь энэ урвалын өвөрмөц мэдрэгшил сайн байгааг харуулжээ. Е. Ф. Чернушенко, М. С. Когосова нар (1981) НГУ-аар стафилококкийн мэдрэмжийг багтраа өвчтэй, цочмог, архаг уушгины үрэвсэлтэй өвчтөнд судлажээ. О. Е. Мхитарян (1976), Е. В. Прохорова, М. С. Дац (1981) нар НГУ-ыг стафилококкт үжилтэй хүүхдүүдэд өвчний үе шатаар нь судлажээ. Эдгээр судлагчид НГУ-ыг хийхдээ стафилококкийн харшил төрөгчийг шинжилгээндээ хэрэглэжээ. Харин зарим судлагчид тухайлбал Л. Я. Рябченко, Л. И. Боярская (1971) нар арьсан доторхи сорилд зориулсан стафилококкийн харшил төрөгчийг ашиглажээ. Мөн Э. Ш. Шапошников, Н. Х. Спиричева (1984) нар НГУ-д стафилококкийн гурван төрлийн харшил төрөгчийг (УЗЭ, А—В, О-харшил төрөгч) харьцуулан судласан бөгөөд эдгээрийг НГУ-д хэрэглэж болно гэж үзжээ.

Бид эхлээд стафилококкийн цэвэр анатоксиныг харшил төрөгч болгон ашиглахын тул НГУ-д В. А. Фрадкийн, М. Д. Прядкина, Э. Н. Розмаискакая (1979) нарын боловсруулсан цэвэр хуурай туберкулиныг хэрэглэх бэлэн аргачлалыг харьцуулан ашиглаж туршив. Энэ аргачлалын дагуу бид 500 мкг туберкулиныг 1 мл цусанд ногдохоор тооцож ампултай хуурай цэвэр 1 мл туберкулиныг 5%-ийн нимбэг хүчлийн натрийн 0,5 мл уусмалаар шингэлсний дараа 0,02 мл шингэл-

сэн туберкулиныг 0,08 мл цусна хольц НГУ-ыг тавьсан. Ингээд туберкулинтэй НГУ-ыг 20 өвчтөнд Мантугийн арьсан доторхи сорилтой зэрэгцүүлэн хийж үзэхэд хяналтын сүрьеэгүй 14 өвчтөнд Мантугийн сорил, НГУ адилхан илрээгүй. Харин сүрьеэтэй 6 өвчтөнд (3 хүүхэд бронхадениттэй, 1 хүүхэд анхдагч бүрдэл, 1 хүүхэд мөнэн өвчтэй, дунд чихний үрэвсэлтэй, 1 хүүхэд уушги гялтангийн үрэвсэлтэй байсан) Мантугийн сорил 100% сүрьеэт илрүүлж байсан боловч НГУ 5 өвчтөнд мэдрэг, 1 өвчтөнд мэдрэг биш байв. Үүнээс үзэхэд НГУ-аар 95% сүрьеэг очмог үед нь оношлож болох юм гэж үзээд энэ туршилтын үндсэн дээр цаашид НГУ-аар стафилококкийн халдварыг оношлохын тулд вакцинжуулах зорилгоор ЗХУ-д үйлдвэрлэсэн стафилококкийн цэвэр анатоксиныг хэрэглэж ажиглав. Бид судалгааны туршилтын хэсэгт ян судлалын шинжилгээ, d-стафилолизины таниц тодорхойлох дархлын шинжилгээ, эмнэлзүйн шинж тэмдгээр нотлогдсон стафилококкт уушгины үрэвсэлтэй хүүхдүүд, хяналтын хэсэгт ста-

филококкийн бус гаралтай уушгины үрэвсэлтэй болон амьсгалын замын вирусн очмог үрэвсэлтэй нийт хүүхэд авч өвчний эхлэлт, ид болон эдгэрэлтийн үед НГУ тавив. Хяналтын хэсэгт НГУ-ын үзүүлэлт 100% 0,02 байсан бол туршилтын хэсэгт 0,1—0,6 хуртэл хэлбэлзэж байсан бөгөөд өвчний эхлэлтийн үед 82% НГУ 0,2-оос дээш мэдрэг байв (хоёрдугаар хүснэгт).

Өвчний эхлэлтийн ба ид үед НГУ өндөр байвч (82—84% 0,2—0,6) эдгэрэлтийн үед (25% нь 0,2—0,6) оношлолын ач холбогдол нь буурсан юм. Нейтрофил гэмтэх үзүүлэлт нь өвчний ид үед ихсэж, эдгэрэх үед буурдаг В. А. Фрадкин (1978) сүрьеэтэй өвчтөнд, мөн О. Е. Мхитарян (1976), Е. В. Прохорова (1981) нар стафилококкт цусан үжилтэй нярай хүүхдүүдэд ажиглаж нотложээ. Иймээс энэ аарчмыг стафилококкийн халдварыг эрт (эхний 1—3 хоногт) оношлох оношлуур болгон ашиглав. Мөн нейтрофил гэмтэх үзүүлэлт антистафилолизины таниц хоёрын хооронд өвчний явцад сөрөг хамаарал



байгаа нь бидний судалгааны ажиглагдсан юм. (гуравдугаар зураг).

Судалгааны явцад бид дараах дүгнэлтэд хүрлээ.

1. НГУ-д стафилококкийн цэвэр анатоксиныг харшил төрөгчийг орлуулан ашиглаж болох юм.

2. НГУ нь стафилококкт очмог халдварыг эхлэл, ид үед 82—84% оношлох боломжийг олгож байвч эдгэрэх үед оношлох ач холбогдол нь буурч байна.

3. НГУ, антистафилолизины таниц өвчний явцад сөрөг хамааралтай байна.

Уушигны стафилококкт энхдагч цочмог үрэвсэлтэй хүүхдийн НГУ үзүүлэлт, антистафилолизины тавьц өвчний үе шатаас хамаарах нь

Үзүүлэлтүүд	Эхлэл үе	Ид үе	Эдгэрэх үе
АСЛ/Антистафилолизин сөрөг (1 м/млээс бага)	33%	0%	0%
Сул эерэг (1—2 ме/мл)	40%	25%	22%
Дунд эерэг (2—4 ме/мл)	20%	58%	56%
Эерэг (4 ме/млээс дээш)	7%	17%	22%
Нийт эерэг АСЛ	67%	100%	100%
НГУ (нейтрофилийн гэмтэх үзүүлэлт) сөрөг (0—0,2)	18%	36%	75%
сул эерэг (0,2—0,3)	27%	46%	0%
эерэг (0,3-с дээш)	55%	18%	25%
Нийт эерэг НГУ	82%	64%	25%

4. НГУ нь стафилококкт цочмог халдварыг эрт оношлох оношлуур болгон хэрэглэх бүр үндэстэй болно.

2. Антибиотик эмчилгээ. Стафилококк

#### АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛИЙН ЖАГСААЛТ

1. А. Н. Маянский, А. Н. Галиуллин, Реактивность нейтрофила. Изд. Казанского университета, 1984, —159 стр.

2. А. Н. Маянский, Д. Н. Маянский. Очерки о нейтрофиле и макрофаге. Новосибирск: Наука, 1983, —254 стр.

3. Медунинцы Н. В. Литвинов В. И. Мороз, А. М. Медиаторы клеточного иммунитета и межклеточного взаимодействия — М. Медицина, 1980, — 245 стр.

4. Р. В. Петров Иммунология. Медицина М. 1987, — 416 стр.

5. Г. С. Суходоева, В. С. Мошкевич, Б. В. Каральник, Д. С. Нугманова. Аллергия стафилококкам. Алма Ата: Наука, 1984, — 176 стр.,

6. В. А. Фрадкин. Диагностика аллергических реакциями нейтрофилов крови. Медицина М. 1985, — 172 стр.

7. Е. Ф. Чернушенко, Л. С. Когосова. Иммунологические исследования в клинике-Киев: Здоровья, 1978, — 160 стр.

8. Е. Ф. Чернушенко, Л. С. Когосова. Иммунология и иммунопатология заболеваний легких-Киев, Здоровья, 1981, —208 стр.

РЕАКЦИЯ ПОВРЕЖДЕНИЯ НЕЙТРОФИЛОВ, ЕЕ КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ Д. Одонтуйа, Н. Гэндэнжамц.

Использован метод диагностики специфической сенсибилизации нейтрофилов-реакция повреждения нейтрофилов, для первичной диагностики стафилококковой этиологии пневмоний. Апробирован очищенный адсорбированный стафилококковый анатоксин в качестве аллергена для реакций повреждения нейтрофилов.

Результаты исследований показали, что реакцию повреждения нейтрофилов можно использовать для этиологической диагностики стафилококковой пневмоний в начальный период (82%) и в период разгара (64%), тогда как в период выздоровления диагностическая способность реакции снижается до 25%.

Д. Малчинхуу, Т. Оюунбилэг

## ХҮҮХДИЙН ЧИХРИЙН ШИЖИН ӨВЧНИЙ ШАЛТГААН, ЭМГЭГ ЖАМ, ОНОШ, ЭМЧИЛГЭЭ

Сүүлийн жилүүдэд дэлхийн хүн амын дунд чихрийн шижингийн өвчлөл нэмэгдэж байна.

ДЭХБ-ын мэдээгээр наяд онд дэлхийн бөмбөрцгийн 90 сая хүн чихрийн шижин өвчтэй байгаагаас 5—10% 16 хүртэлх насны хүүхэд (1) 0,5% нь нэг хүртэлх насны хүүхэд байна (7).

Бага наснаасаа чихрийн шижин өвчнөөр өвчлөөд хоолны болон эмчилгээний дэглэм зөв сахиж чадаагүй хүний дундаж нас эрс богиносдог. Иймээс чихрийн шижин өвчин нийгэм-анагаах ухааны чухал асуудал болсоор байна.

Манай оронд чихрийн шижин нэмэгдэх хандлагатай, хүүхдэд энэ өвчин ихэнхдээ хүнд явцтай, оройтож оношлогдох, эндэх явдал ч байгаа (3) учраас хүүхдийн эмч нар уул өвчнийг цаг алдалгүй таньж, оношлож, эмчилж, цаашид газар авах боломжийг хаах явдал чухал юм.

Эх, хүүхдийн эрүүл мэндийг хамгаалах эрдэм шинжилгээний улсын нэгдсэн төвийн бөөр, дотоод шүүрлийн булчирхайн өвчний тасагт сүүлийн долоон жилд (1982—1988 онуудад) хэвтэж эмчлүүлсэн 4713 өвчний түүхэнд судалгаа хийхэд 4,03%-ийг дотоод шүүрлийн булчирхайн өвчин эзэлж байгаагаас тасгийн нийт өвчлөлийн дотор 0,8%; дотоод шүүрлийн булчирхайн өвчлөлийн 21%-ийг чихрийн шижин өвчин эзэлж байгаагийн дотор 1982—84 онд 7, 1985—87 онд 11 хүүхэд өвчилжээ.

Ажиглалтад байсан 20 өвчтөнөөс эмнэлэгт анх хэвтэх үедээ 13 хүүхэд хүнд, 3 нь хүндэвтэр байсан, 6 нь (30%) комд орсон, 3 хүүхэд (15%) нас барсан зэрэг нь өвчин хүүхдэд харьцангуй хүнд явцтайг харуулж байна.

Комд орсон 6 өвчтөний 3 нь оройгуулж оношлосноос, 2 нь орон нутагт эмчилгээ тасарснаас, 1 нь инсулины тун багдсан, хоолны дэглэм зөрчсөнөөс шалтгаалсан байна. Нас барсан 3 хүүхдийн 2 нь инсулин эмчилгээ тасарсан, 1 өвчтөний оношийг оройтож тавижээ.

Чихрийн шижин өвчнийг эрт илрүүлэн оношлож, байнгын илэвхтэй хяналтад авч зөв эмчлэх нь өвчтөний тавиланг сайжруулдаг билээ.

Чихрийн шижин бол нойр булчирхайн биемахбодод ялгаруулдаг инсулины харьцангуй ба туйлын дутмагшлаас, юуны өмнө нүүрс усны, улмаар бодисын солилцооны бүх хэлбэр хямардаг өвчин бөгөөд янз бүрийн гарал үүсэлтэй болохыг эдүгээ нэгэнт тогтоожээ. Дотоод шүүрлийн булчирхай судлалын орчин үеийн томоохон ололтын нэг нь бодисын солилцоонд даавруудын үйлчлэх оньсыг тайлбарласан явдал болой. Дааврууд эсийн сарь-

сыг (мембран) нэвтэлж, тэнд өвөрмөц хүлээн авагчтай нэгдэн даавар-хүлээн авагчийн бүрдэл үүсгэж, тэр нь эсийн бөөмд нэвтрэх чадвартай болно. Бөөмд нэвтрэнээр хроматины тодорхой хэсэг тодорхой гентэй холбогдож, бодисын солилцоог зохицуулагч (фермент нийлэгшүүлэгч-РНХ (рибонуклейны хүчил) үүсгэснээр тухайн солилцоог зохицуулах оньс болно.

Иймд дотоод шүүрлийн булчирхайн өвчин зөвхөн даавар дутснаас бус өвөрмөц хүлээн авагчийн дутагдлаас ч үүсдэг аж. Чихрийн шижингийн зарим хэлбэрийн үед инсулин ихэссэн юм уу хэвийн хэмжээнд байдаг нь инсулины өвөрмөц хүлээн авагчийн дутмагшлаас хамаарлиг гэрчилж байна.

В. Г. Баранов 1980 онд уул өвчний эмгэг жамын анхдагч хүчнийг харгалзан:

1. Нойр булчирхайн инсулин бүтээдэг β-эсийн анхдагч гэмтлээс болох жинхэнэ нойр булчирхайн шижин;

2. Нойр булчирхайн үрэвсэл, хавдар, гомохроматоз өвчин болон түүнд мэс засал хийснээс үүсэх β-эсийн хоёрдогч гэмтлээс болох шижин;

3. Өсөлтийн даавар, АКТД, (Адренокортикотронийн даавар) бамбай, бөөрний даавар булчирхайн даавар зэрэг инсулины эсрэг үйлчлэгч дааврууд ихсэхэд инсулины харьцангуй дутмагшил үүсч, инсулин ялгаруулах аппарат хэт дайчлагдан сүүлдээ туйлдснаас үүсэх шижин гэж гурван хэлбэрт хуваажээ. Дотоод шүүрлийн бусад булчирхайн эмгэгийн үед сүүлчийн хэлбэр тохиолдоно (4). Харин хүүхдэд эхний хэлбэр нь голчлон тусна.

Чихрийн анхдагч шижин ихэнхдээ удамшлын шалтгаантай бөгөөд  $H < A$  (хүний цагаан эсийн эсрэгтөрөгч) тогтолцооноос хамаарч удамшдаг, чихрийн шижинд өртөмхий урьдал байдал хэд хэдэн гентэй холбоотой, гадаад орчны хүчний нөлөөгөөр өвчин илэрдэг. Европын орнуудад  $H < A - B_8$ ,  $H < A - B_{15}$ ,  $H < A - D_{w_3}$  ба  $D_{w_4}$  зэрэг эдийн эсрэгтөрөгчтэй хүмүүст чихрийн шижин илүүтэй тохиолдож байна (2). Энэ өвчин удамших нь 12—75% байна (6).

Цочмог халдварт өвчнүүд (томуу, салхин цэцэг, гүйлсэн булчирхайн үрэвсэл г. м.), сэтгэхүйн гэмтэл (айх цочих уйтгарлах), бие, төв мэдрэлийн тогтолцооны хямрал, их идэх, нүүрс ус, тослог ихтэй хоол, амттанг байнга хэтрүүлж хэрэглэх зэрэг өвчнийг сэдээх гадны хүчин зүйлс нэгэнт уг өвчин удамших хандлагатай үед нөлөөлдөг. Ялангуяа таргалахад чихрийн шижинд өртөмхий байдал эрс нэмэгдэнэ.

Сүүлийн үеийн судалгаанаас үзэхэд зарим вирус (цитомегали, улаанэсэргэнэ, гахайн хавдрын вирус зэрэг) нойр бул-

чирхайг гэмтээх үйлчлэлтэйг нотложээ. Ялангуяа I хүртэлх насны хүүхдэд чихрийн шижин вирусийн цочмог халдварын дараа тохиолдох нь элбэг (2). Бидний ажиглалтад байсан 20 хүүхдэд өвчний шалтгааныг тодруулахад 5 хүүхдэд илэрхий увамшлын гаралтай, 1 хүүхдэд цусархаг эмзэгшил, 1 өвчтөнд сүрьеэ, 13 хүүхдэд амьсгалын эрхтний цочмог халдвартай холбоотой өвчин эхэлсэн байв. Чихрийн шижин өвчтэй хүүхдийн 60—85%-д нойр булчирхайн эсийн эсрэг эсрэг бие тодорхойлогддог (2) нь уул өвчний шалтгаан-эмгэг жамд дархлаа эмгэг, өөсөө эсрэг бие (аутоантител) чухал үүрэгтэйг нотолж байна.

Инсулины харьцангуй дутмагшил үүсэхэд тосны чөлөөт хүчил, синальбумин (инсулины В—хэлхээ альбуминтай нэгдсэн нэгдэл) зэрэг дааврын бус гаралтай инсулины эсрэг үйлчлэгчээс гадна эмчилгээний явцад үүсдэг инсулины эсрэг бие чухал үүрэгтэй.

Инсулин бол хэвийн үед эсэд глюкоз шингэх нөхцөлийг хангаж гликоген, липид, уургийн нийлэгшилд тусалдаг анабол үйлчлэлтэй даавар учраас биед дутагдахад бодисын солилцоо гүнзгий хямарч, эдэд глюкоз хангалтгүй очихгүй төдийгүй шингэх нь багасна. Глюкоз бол эсийн сарьсны глюко-хүлээн авагчийг идэвхжүүлж, нойр булчирхайн  $\beta$  эсээс инсулин ялгарах хоёр шатыг нөхцөлдүүлэгч, инсулины амин-нийлэгшлийг зохицуулагч, үндсэн идэвхжүүлэгч юм. Эсийн сарьсны дотор хананд байрладаг аденлциклаза ферментийн оролцоотойгоор эсэд АТФ-ээс инсулин шүүрлийн гол мелнатр ц-АТФ үүсдэг. Инсулины шүүрэл  $\beta$  эсэд заавал кальцийн ионы оролцоотойгоор үүсдэг,  $\beta$  эсийн цахилгаан чадвархи натри, калийн катиноос шалтгаалдаг. Инсулины шүүрэлд төв мэдрэлийн тогтолцооны (ТМТ)-ны янз бүрийн хэсгүүд, тухайлбал гипоталамусын ялгаруулдаг соматостатин гэдэг полипептид нөлөөлдөг. Мөн нойр булчирхайн Лангергансын хэсгийн эсүүдийн 2—8 хувийг эзэлдэг  $\Delta$  эсүүд ч энэ бодисыг, харин 15—35%-ийг эзэлдэг  $\alpha$  эсүүд глюкогагн гэдэг даавар ялгаруулна. Соматостатин, глюкогагон нь инсулины эсрэг үйлчлэлтэй бодисууд тул инсулин-глюкогагон-соматостатин харьцаа алдагдах нь чихрийн шижин үүсэхэд нөлөөлж  $\beta$  эсээс инсулин ялгарах, нийлэгших явц саатснаас өөхөн эдэд тослог нийлэгших нь багасч, липидийн задрал түргэсч, цусанд тосны чөлөөт хүчлүүд илүүдэл хэмжээгээр үүсч элэг өөхшин, биед холестерин кетоны бүтээгдэхүүн хуримтлагдана. Кребсний эргэлт алдагдсанаас кетоны биет бүрэн задрахгүй биед кето-хүчилжил үүснэ. Инсулин дутсанаас уургийн нийлэгшил багасч, түүний задрал ихсэхийн хамт глюкоз шинээр үүсэх явдал ихэсч, цус улам чихэржснээс цусны осмос даралт нэмэгдэн, өвчтөн тэсэхийн аргагүй цангана.

Цангасны хэрээр их ууж, их шээнэ. Ийнхүү глюкоз цусанд ихэвч эс эдэд зарцуулагдахгүй шээсээр ялгарч (глюкозури) биед илч дутснаас өвчтөн яларч та-

мирдан, турж, дархлаа суларч, арьс салст бүрхэвчийн тэжээл хямрахаас гадна ус-эрдэс-витамины солилцоо хямарч шингэн алдагдаж, хордлого, кето-хүчилшил зэргээс ТМТ, дотор эрхтэнүүд гэмтэж, улмаар чихэр шижингийн комд орно.

Чихрийн шижинг явцаар нь илүү өртөмхий далд хэлбэр, шижингийн урьдал байдал, тод хэлбэрийн шижин гэж ялгах нь оношлолд чухал ач холбогдолтой. Хүүхдийн чихрийн шижинг оношлоход түүнд өртөмхий байдлыг мэдэх нь нэн чухал. Үүнд:

1. Эцэг эх, ах эгч, дүү нараас нь өвчилсөн байх.
2. Ихрийн өрөөсөн нь өвчлөх.
3. 4,5 кг-аас дээш жинтэй төрсөн хүүхэд, түүний эх,
4. Жин ихтэй амьгүй хүүхэд төрүүлсэн эх,
5. Хүүхэд хэт таргалах, мяраалах,
6. Дотоод шүүрлийн өвчнүүд зэрэг орно.

Далд хэлбэрийн чихрийн шижинг зөвхөн глюкоз тэсвэрлэх сорилсоор оношлоно. Үүнд шээсээр чихэр ялгарахгүй, өлөн байхад цусны чихэр хэвийн, харин чихрийн муруй эмгэг шинжтэй болдог.

Сорил тавихын өмнөх гурван хоногт хүүхэд ердийнхөөрөө хооллоно. Сорилын үед хүүхдийг тайван хэвтүүлэх юм уу суулгаж, өлөн байхад цусыг шинжилгээнд авсны дараа глюкозын «ачаалал» өгнө. Үүнд хүүхдийн биеийн  $1\text{ м}^2$ -д 50 г глюкозоор тооцоолон 200 мл усанд уусгаж уулгана. Ингэхэд цусны чихэр ихсэж 30—60 минутад дээд хэмжээндээ хүрч, цаашид аажим буурна. Эрүүл хүүхдийн цусны чихрийг Саможи-Нельсоны аргаар тодорхойлохдоо өлөн байхад нь (3,3—5,5 ммоль/л (60—100 мг%), глюкоз өгөөд цагийн дараа дээд хэмжээндээ 8,9 ммоль/л (160 мг%) хүрч, 2 цагийн дараа 7,2 ммоль/л (130 мг%)-оос ихгүй болсон байх ёстой.

Заримдаа цусны холестерин, тосны чөлөөт хүчил, триглицерид ихсэх зэрэг бодисын солилцооны удамшлын шалтгаан бүхий далд өөрчлөлтүүд гарах, өлөн үед инсулин бага байх, глюкоз тэсвэрлэх сорилд инсулин ихсэх эхний шат байхгүй юм уу 90—120 минутын дараа илрэх зэрэг шинжийг чихрийн шижингийн урьдал байдал гэж үзнэ.

Эмнэлзүйн тод хэлбэрийн чихрийн шижинтэй 20 өвчтөний (1—7 насны 4, 8—14 насны 16), 40 түүхэнд ажиглалт хийхэд өвчтөн эмнэлэгт хэвтэх үед бие сулрах, арьс хуурайших, загатнах, бөөлжих, суулгах, 3—10 литр хүртэл шингэн уух, мөн хэмжээгээр шээх, шээсний харьцангуй нягт 1030-аас дээш, шээсний чихэр 4 хувиас илүү, цусны чихэр 12—44 ммоль/л хүртэл ихсэх, цусанд кетоны биет нэмэгдэх зэрэг эмнэлзүйн сонгомол шинж бүрэн илэрч байв. Харин цусны чихэр 3—4 дахин ихэсч байхад комд ордоггүй, чихэр ихсэхийг тэсвэрлэх чадвар сайн байгаа нь монгол хүүхдийн хооллолттой холбоотой онцлог байж болохыг цаашид судлууштай юм.

Хүүхдэд энэ өвчний шинж тэмдэг маш түргэн хөгждөг. Хөхүүл хүүхдийн жин буурах юм уу нэмэгдэх нь зогсох, хоолны дур ихсэх, цангаснаас хөхөө маш ховдог-лох хөхөхөөс гадна шээсэнд норсон даавуу нь цардсан юм шиг дарайж, дулааны улиралд тэр даавуун дээр ялаа цугларах нь их байна.

Дээрх шинж гармагц инсулин эмчилгээг яаралтай эхлэхгүй бол хүүхэд богино хугацаанд чихэр шинжингийн комд орно.

Чихрийн бус шинжингийн үед их уух, их шээх шинж гардаг боловч цус, шээсэнд чихэр ихсэхгүй, шээсний харьцангуй нягт 1005-аас бага байдаг нь ялган оношлоход тусална. Мөн бөөрний архаг дутагшлын үед их шээх, шээсээр чихэр ялгарах боловч цусны чихэр ихсэхгүй, глюкоз тэсвэрлэх сорил хэвийн байдаг.

Чихрийн шинжинг цаг алдаж оношлосноос болон өвчтөний инсулин эмчилгээ тасрах, хоолны дэглэм алдах, өөр ямар нэг хүнд өвчин тусах, инсулины тун багадаа зэрэг шалтгаанаас болж чихэр шинжингийн ком үүснэ.

Энэ нь кето-хүчилшлийн, комын урьдал, комын гэсэн гурван үе шатаар хөгждөг учир яаралтай онош, эмчилгээ шаардлагатай, хүүхдийн аминд аюултай хүндрэл юм.

Кето-хүчилшлийн үед цусанд кетоны биет хуримтлагддагаас шингэн-электролитын (натри, кали, магни, хлор, фосфорын) алдагдал гүнзгийрч цусны чихэр 25—38 ммоль/л хүртэл ихэснэ. Кетонжил, хүчилшил, нүүрс ус, хүчилтөрөгчийн өлсгөлөн болж, тархины эс хавагнаснаас хүүхдийн ухаан мансуурна. Шингэн алдсанаас цус өтгөрч, зүрхний ажиллагаа суларч, цусны даралт буурна. Бөөрний түүдгэнцрийн үйл хямарч цусанд азотын үлдэгдэл ихэсч биенийг хордуулна. Хүчилшлээс цусанд нүүрсхүчлийн хий ихэсч амьсгалын төв цочирсноос Куссмаулын амьсгаа үүснэ.

Комын урьдал үед өвчтөн их цаггаж унд их ууж их шээж, хоолонд дургүйцэн, толгой нь өвдөж, огиж бөөлжин, гэдсээр хүчтэй базалж, арьс сагст нь хуурайсч, хацар нь улайж, амьсгалаар ацетон үнэртэх зэрэг шинж гарна.

Комын үед өвчтөн ухаангүй, арьс, шөрмөсний рефлекс буурсан, нүдний алим, булчингийн хүчдэл суларсан, биений халуун багассан арьс хөхөвтөр өнгөтэй, хэл хуурай өнгөртэй, цусны шинжилгээнд цагаан эс, саармагсаг эс олширсон, натри, хлор багассан, шээсний хэмжээ буурсан байхаас гадна зүрх судасны, бөөрний дутагшлын шинжүүд илэрнэ.

Чихрийн шинжингийн комоос гаргах арга бол гагцхүү инсулин эмчилгээ юм. Орчин үед энгийн инсулиныг судсанд бага тунгаар удаан дусааж хэрэглэдэг болжээ. Ийнгэж эмчлэхэд хуучин уламжлалт аргыг бодвол цус чихэргүйлэх, цусны кали багасах, тархи хавагнах зэрэг хүндрэл гаргахгүй гэж үздэг. Үүнд инсулиныг 0.1 ед/кг-аар цагт тооцоолон дусаана. Цусны чихэр 33 ммоль/л-ээс их байвал тунг 2 дахин ихэсгэж, заримдаа дуслын өмнө ин-

сулиныг 0.1 ед/кг-аар тооцоолон судсанд шууд тарина.

Цаашид 2 цаг тутам цусны чихрийг шинжилж инсулины тунг тохируулан өөрчлөх бөгөөд цусны чихэр аажимдаа 11.1 ммоль/литр хүрч, өвчтөний байдал сайжрахад инсулиныг 6 цагийн зайтай арьсан дор тарина.

Инсулиныг их тунгаар эмчлэх уламжлалт аргыг одоо ч хэрэглэсээр байна. Өвчтөн ухаан алдахад инсулины анхны тунг 2 ед/кг жинд тооцоолон үүний тал хувийг судсанд, үлдсэнийг арьсан дор тарина. Хоёр цаг ажиглахад өвчтөний байдал дээрдвэл судсанд тарихаа больж, арьсан дор тарих тунг 2 дахин бууруулна.

Хэрэв байдал сайжрахгүй бол эхний тунг судас, арьсан дор давтан тарина. Эхний өдөрт инсулиныг 3—4 цагийн зайтай, дараа нь 6 цагийн зайтай арьсан дор тарьж, тунг урьдахаас 4—6 Ед-ээр бууруулна. Энэ хугацаанд цус, шээсний чихрийн хэмжээг шинжилж, инсулины тунг тохируулах зарчмыг баримтлана. Хоёр дахь өдөр инсулины хоногийн тунг 1.5—2 ед/кг-аар бодож, хоногийн тунгийн 2/3 нь 7.12 цагт 1/3 нь 17.23 цагт ногдож, эхний тунг хоногийн тунгийн 50% сүүлчийн тунг 4—6 Ед-ээс хэтрэхгүй байхаар тооцно.

Кето-хүчилшлийн үеийн эмчилгээг ийм зарчмаар хийдэг.

Инсулин эмчилгээтэй нэгэн зэрэг шингэн сэлбэх эмчилгээ хийнэ. Хүүхдийн цусны даралт буурсан үед хлорт натрийн 0.9%-ийн 200—250 мл уусмалыг судсанд шууд шахсаны дараа шингэнийг дусаар хийнэ. Альбумин, сийвэн орлох шингэн хэрэглэнэ. Инсулин хийснээс 2 цагийн дараа глюкозын 5%-ийн, Рингерийн уусмалыг 3:1 харьцаагаар дусаана. Хоногт хэрэглэх шингэний нийт хэмжээг сургуулийн насны хүүхдэд 70—100 мл/кг, бага насны хүүхдэд 150—180 мл/кг байхаар тооцоолно.

Хүчилшлийн эсрэг, кали дутагшлын эсрэг эмчилгээ, зүрх-судасны дутагшлын эсрэг эмчилгээг хүүхдийн насанд тохируулан хийнэ. Бичил эргэлтийг сайжруулахад гепарин эмчилгээ туслана.

Инсулин эмчилгээний аюултай хүндрэл нь чихэргүйдлийн ком бөгөөд инсулины тун ихдэх, заримдаа цусны чихэр маш их байснаа гэнэт хэвийн хэмжээнд хүртэл буурах, инсулины ид үйлчлэлийн үед нүүрс ус багадаа, биений ачаалал ихсэх зэргээс болон тархины эд эсэд хүчилтөрөгч дутахаас шалтгаалдаг. Цус чихэргүйдэх үед эхлээд гол харлаж өлсөх, бие сулрах, хүйтэн хөлд гарах, чичрэх, царай цонхийх, зүрх, дэлсэх, уруул хэл мэдээгүй болох, ухаан балартаж, татах, булчингийн хүчдэл ихсэх зэрэг шинж гарч цаашид ухаан алдаж, дороо бие засна. Инсулин эмчилгээ хийснэ өвчтөнд дээрх шинжүүд илэрмэгц чихэр идүүлэх, чихэртэй цай уулгах, ухаан алдсан бол судсанд глюкозын 40%-ийн уусмал 20—60 мл тарина. Өвчтөн сайжрахгүй бол глюкозын 10%-ийн уусмалыг шээсэнд чихэр илэртэл дусаана. Цаашид инсулины тунг бууруулж, эмчилгээг үргэлжлүүлнэ.

## АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. М. А. Жуковский Детская эндокринология М. 1982, стр. 447.

2. Э. С. Кузнецова, О. В. Фофанова—Пед 1987, 4, стр 79—81.

3. Д. Малчинхүү, Т. Оюунбилэг, С. Цэ-ээн—Багш нарын эрдэм шинжилгээний 31 дүгээр бага хурлын илтгэлийн хураангуй Улаанбаатар 1989, х. 106—107.

4. Мартынова и др Пед. 1987, 3, стр 16—21.

5. Мартынова и др Пед, 1988, 4 стр 8—11,

6. Г. Ф. Мацко, Д. М. Скородок—Эндокринология детского возраста Л. 1986, 90 стр.

7. А. П. Смиян Пед. 1982, 12 стр 54—55

Редакцад ирсэн 1989, 05, 17.

М. Сүхбаатар

## ТӨВӨНХ-МӨГӨӨРС-ГУУРСАН ХООЛОЙН ЦОЧМОГ НАРИСАЛ

**Шалтгаан.** Төвөнх-мөгөөрс-гуурсан хоолойн цочмог нарийсал нь ихэвчлэн вирус (томуу, ижтомуу, аденовирус зэрэг) нянгийн (улаан эсэргэнэ, гэдэсний балнад, төвөнхийн сахуу зэрэг) шалтгаантай бөгөөд төвөнх, мөгөөрсөн хоолойн салст улайн үрвэсэж төвөнхийн хавхлаг, хөвч хавагнаж хөөнө. Үрвэслэс гадна мэдрэлийн эмгэг рефлексээр төвөнхийн амьсгалын зай нарийсна. Хүүхдийн анатом-физиологийн онцлог, өөрөөр хэлбэл төвөнхийн хөвчийн доторхи зай, (мөгөөрсөн хоолой томчуудыг бодвол харьцангуй нарийн учир амьсгалаар авах агаарын эсэргүүцлийг ихэсгэнэ. Түүнчлэн төвөнхийн дууны хөвчийн доорхи хэсэг цусан хангамжаар баялаг учир хялбар хавагнахад нөлөөлнө. Үүссэн хаван дууны (жинхэнэ) хөвч хүртэж дэвшээ мөгөөрс, гуурсан хоолойн ханыг дагаж доошоо тархдаг учраас амьсгалын замыг эрс нарийсгана.

Өвчний эмнэлзүйн хүнд хэргэн, эмгэг, бүтцийн өөрчлөлтийг нь харгалзан амьсгалын замын үрвэслэгийг улаймал, идээт, өнгөрт, өнгөр-үхжилт гэж хуваадаг.

**Шинж тэмдэг.** Төвөнх, мөгөөрс, гуурсан хоолой цочмог нарийсах нь хоолой сөөх, амьсгал бачуурах хамшинжээр илрэнэ. Хоолой бага зэрэг сөөнгөтөхөөс эхлээд дуу огт гарахгүй болно. Төвөнхийн зай нарийссан байдлаас амьсгал гэнэт буюу аажим бачуурдаг. Төвөнх, мөгөөрс, гуурсан хоолой нарийсах үед амьсгал бачуурах нь адил боловч чухам алинаас нь бачуурсныг нь ялгаж болно. Үүнд: Төвөнх нарийсах үед амьсгал авахад, мөгөөрс-гуурсан хоолой нарийсах үед амьсгал гаргахад саадтай болдог. Амьсгал бачуурсан өвчтөн шуугитнан амьсгалахаас гадна цочромжтой болох, арьс нь цайх хөхрөх, хүйтэн хөлс нь гарах, хамрынх нь угалз саргалзах, зүрхний нь цохилт хурдсах, хүүхэн хараа нь өргөсөх, амьсгалахад хүзүү, цээж, хэвлийн булчин хүчтэй татагдаж, гүрээ, эгэмний дээд, доод хонхор, өвчүүний доод хэсэг, хавирга хоорондын завсар төвөлзөх шинж тэмдгээр илэрдэг.

Төвөнх-мөгөөрс-гуурсан хоолойн цочмог нарийслыг агаар дутах, бачуурах явцаар нь дөрвөн зэрэг болгоно.

**Нэгдүгээр зэрэг.** Өвчтөн тайван бус болж, амьсгадан, үе үе хуцуулж ханиалгана. Амьсгал авах, гаргах хооронд

завсарлага ажмаар арилж, амьсгал гүнзгийрнэ. Амьсгалд туслах булчингууд мэдэгдэхүйц оролцоно. Төвөнх дурандахад салст нь хавагнасан байна. Амьсгал, судасны лугшилтын харьцаа хэвийн үед 1:4 алдагдан 1:2,5—3 болно. Өвчтөний дууны хүч саарч, амьсгалд ялимгүй шуугнан үүсдэг.

**Хөёрдугаар зэрэг.** Ихэвчлэн амьсгалын доод, дээд замын цочмоог хөвдварын 2—3 дахь хоногт тохиолдоно. Биеийн байдал дордож, дуу нь өөрчлөгдөн, амьсгал авахад бэрхшээлтэй болж, чанга хуцуулж ханиалгана. Туслах булчингууд амьсгалахад хүчтэй оролцоно. Өвчтөн айж, зэвсэн байдалтай байхаас гадна хөдрөнө.

Дурандахад төвөнх мөгөөрсөн хоолойн салст час улайж, зарим хэсэг газарт нь өнгөр, зарим хэсэгт нь товх тогтсон байна. Ялангуяа төвөнхийн олон үе бортгон хуцуур эсээр бүрхэгдсэн хэсэгт «дууны жинхэнэ хөвч, хөвчийн доорхи зай, төвөнхийн халхавч зэрэг» тогтсон товх, салст бүрхэвчтэй нягт наалдсан байдаг.

**Гуравдугаар зэрэг.** Өвчтөний биеийн байдал хүнд, айж сандарсан байдалтай, арьс салст нь цайвар цонхгор, зарим үед зэвхий саарал өнгөтэй, хүйтэн хөлс нь гарна. Өнгөц, хурдан амьсгалж, өвчтөн толгойгоо гэднйлгэж, гараа тулан хагас суугаа байхыг эрмэлзэнэ. Амаа хагас ангайж, байж ядсан байдалтай болно. Амьсгал авах нь бэрх болж, шуухитнан амьсгалж чанга хуцуулж ханиалгана. Хамар уруулын гурвалжин, гар хөлийн хурууны өндөг, чихний дэлбэ орчмоор хөрч, хөдрөнө. Амьсгал маш сул сонсдоно. Зүрхний цохилт эрс хурдсаж, судасны дүүрэлт, хүчдэл эрс суларна. Дутуу судасны цочмог дутмагшил үүснэ. Зутуу исэлдсэн бүтээгдэхүүний улмаас хүчилшил үүсч, энэ нь улмаар хязгаарын эд эрхгэний цусны эргэлтийн хямралыг гүнзгийрүүлнэ.

**Дөрөвдүгээр зэрэг буюу бүтэх үе.** Өвчтөн маш хүнд, бие нь таталдан, амьсгал тасалдана (Чейн-Стоксын амьсгал). Хүүхэн хараа өргөсч, гэрлийн урвалгүй болно. Зүрх судасны ажиллагаа хямарч, судасны лугшилт мэдэгдэхгүй болно. Амаа ангалзан, хий амьсгалж, ухаан алдана. Дорно бие засна. Улаангүй амьсгал, зүрхний ажиллагаа зогсоно.

Үзүүлэх яаралтай тусламж. Төвөнх-мөгөөрс-гуурсан хоолойн цочмог нарийслийн үед доорхи зарчмыг баримтлаж эмчилнэ. Үүнд: 1. Амьсгалын замыг цэр, салснаас чөлөөлөх; Амьсгал дутмагшлын арилгах 2 Амьсгал бүтэхээс сэргийлэх; 3. Хордлогын хамшинжийг багасгах улмаар арилгах; 4. Өвчний үүсгэгчийн эсрэг эрчимтэй эмчилгээ хийх; 5. Өвчний хүдрэл, хоёрдогч халдварын эсрэг эрчимтэй арга хэмжээ авна.

1. Хэсэг газрын сарниулах эмчилгээ. Үүнд: а) Цээж буюу төвөнх орчим гич наана. Хоногт 2—3 удаа хөлийг гичтэй бүлээн усанд дүрэх буюу хөлийн эрзэн булчинд наана. Усны халуун 39—40°C болтол нэмнэ. б) Цээжинд ороолт хийнэ. Хүүхдэд 50—60°C спирт, хуурай гич, зөгийн бал, гурилаас тус бүр нэг хоолны халбага авч, хоёр халбага бүлээн усаар зуурч самбайд зулаад цээжийг 30—40 минут орооно.

2. Хүчилтөрөгч чийглэж амьсгалуулна. Хүчилтөрөгчийг Бобровын аппаратаар дамжуулах буюу эсвэл аппаратад 100 мл усанд 70°C-ийн 10—20 дусал спирт дусааж, амьсгалуулахад алдагдал бага, салстын хаванг бууруулах нөлөө үзүүлнэ.

3. Үрэвсэл, харшлын эсрэг үйлчлэн хэсэг газрын хаванг багасгах үйлчилгээтэй димедрол, пипольфен, супрастин зэрэг бэлдмэл хэрэглэнэ.

4. Гөлгөр булчин өргөсгөх эмчилгээ хийнэ. 1%-ийн новодрины уусмалаас 10—15 дулаар утах буюу 5%-ийн эфедриний уусмалаас нэг хүртэлх насны хүүхдэд 0,05—0,1 мл, 1—3 насанд 0,03—0,4 мл, настайд 0,4—0,5 мл ахлах насанд 0,6—0,7 мл-ээр тооцон арьсан дор хоногт хоёр удаа тарина.

5. Амьсгал бачуурах нь ихсэхэд дааврын бэлдмэл хэрэглэнэ. Хүүхдийн жинд преднизолоныг 0,5—1 мг-аар, гидрокортизоныг 3—5 мг-аар тооцон хийнэ.

6. Дараах хольцууд сайн нөлөөлнө. Үүнд: а) Химотрипсин буюу трипсин 5 мг, гидрокортизон 50 мг, 1%-ийн эфедриний 0,5 мл уусмал, 2%-ийн сод буюу 0,9%-ийн хлорт натрийн уусмал 50 мл-ээр найруулж угна. Нэг удаа утахад 2 мл уусмал хэрэглэнэ. Утлагыг өдөрт 2—6 удаа бачуурал арилтал хийнэ. б) 5%-ийн эфедрин 1—2 мл, 2,4%-ийн эуфиллин 1—2 мл, но-шпа, «уусмалаар» 0,5 мл, гидрокортизон кг жинд 3—5 мг, 1%-ийн димедрол 0,3 мл, 10%-ийн глюконат кальци 3—5 мл, 40%-ийн глюкозын уусмал 10 мл судсаар тарина. Шаардлагатай бол энэ уусмалыг давтан тарина. в) 1%-ийн димедрол 0,3 мл, преднизолон кг жинд 1 мг, но-шпа уусмалаар 0,5 мл, 10%-ийн глюконат кальци 3—5 мл, судсаар; г) Химотрипсин 2,5 мг, стрептомицин 100000 нэгж, 2%-ийн 30 мл содыг төвөнх нээсэн үед гуурсаар хийнэ.

7. Эмчилгээний үр нөлөөг дээшлүүлэхэд хлорт кальци, глюконат кальци шаардлагатай. 10%-ийн хлорт, глюконат кальцийг нэг хүртэлх насны хүүхдэд 0,5—1 мл, 1—4 насанд 1—2 мл, 4—6 настайд 2—3 мл, ахлах насанд 3—5 мл-ээр судсанд тарих буюу глюконат кальцийг уулгахад

(шахмалдаа 0,5 гр) харшил, үрэвслийн эсрэг үйлчилж хаванг бууруулна.

8. Шинж тэмдгийн эмчилгээ яаралтай хийнэ.

9. Биений ерөнхий хордлогыг багасгахын тулд 20%-ийн глюкозын уусмалыг жинд 10—20 мл; 10%-ийн глюконат кальцийг нас тутамд 1 мл; гемодез, неокомпенсанг жинд 8—12 мл; 5%-ийн аскорбины хүчлийг 1—3 мл, кокарбоксилазыг кг жин тутамд 5—8 мг, сийвэнг кг жинд 10—15 мл-ээр тооцон тарина.

10. Хүчилшилтийн эсрэг кг жинд 4%-ийн содын 4—5 мл уусмал буюу Аструпын үзүүлэлтээс хамаарч шүлтний дутмагшлыг нэхнө.

11. Пенициллин-новокайны хориг хийнэ. 100000 нэгж пенициллин 0,25%-ийн новокайны 6 мл уусмалд найруулна. хүүхдийг хөдөлгөөнгүй сайн өлгийдөөд, толгойг нь өөр хүнээр бариулна. Хүзүү орчмын арьсыг спиртээр хоёр дахин арчиж ариутгаад толгойг нь эсрэг зүг рүү нь гэлжлийгэнэ. Эмч хуруугаар бамбай мөгөөрсний арьц доод ирмэгийг (бамбай мөгөөрсний эвэр) олж, зүүгээ мөгөөрсөнд тултал хатгаад 3 мл уусмал шахна. Нөгөө талд нь мөн ийм маягаар хориг хийнэ. Үр дүн сайн байдаг.

12. Дээр дурдсан эмчилгээ хийгээд өвчтөний биений байдал дээрдэхгүй бачуурах нь нэмэгдэж, амьсгал нь бүтвэл өвчтөнд мөгөөрсөн хоолойг нээх ажилбар хийнэ.

**Мөгөөрсөн хоолой нээх ажилбар.** Мөгөөрсөн хоолой нээх ажилбарыг дээд, доод гэж хуваана. Дээд ажилбар хийхдээ өвчтөнийг дээш харуулан хэвтүүлээд далан дор нь нвээс хийхэд төвөнх урагшаа төвийж тод мэдэгдэнэ. Амьсгал нь бачуурсан өвчтөн ийм байдлаар тайван хэвтэж чаддаггүй учир заримдаа хүүхдийг юм түшүүлэн суулгаад уг ажилбар хийх нь өвчтөнд шаналгаа багатайгаас гадна эмч тайван ажиллах боломжтой.

Ажилбар хийх талбайг спирт, иодоор хоёр дахин арчиж ариутгаад 0,25%-ийн 2—5 мл новокайнаар мэдээгүйжүүлж, хүзүүний голоор бамбай мөгөөрсний дээд хэсгээс эхлэн 2—5 см урт газар арьс, хүзүүний өнгөн хальсыг зүснэ. Зөөлөн эдийг мохоо аргаар хоёр тийш нь ярж, бөгж мөгөөрс, бамбайн хүзүүвч хоёрыг ил гаргана. Бамбайн хүзүүвчийг доош татахад мөгөөрсөн хоолойг цагираг ил харагдана. Мөгөөрсөн хоолойг ил гаргасны дараа дэргээгээр татаж хөдөлгөөнгүй болгосод (ингэж бэхлэхгүй бол залгих буюу амьсгалах бүрд мөгөөрсөн хоолой хөдөлж алдагдана) хутганы үзүүрээ босоо барьж, 0,5 см гүн хатаж 1—3 цагираг хөндлөн огтолно. Бамбайн хүзүүвч доогуур зүсвэл хүзүүвчийг дээш татаж өгнө. Мөгөөрсөн хоолойг зүсмэгц өвчтөн хахаж цацан, шархаар нь амьсгал шуугин гарна. Мөгөөрсөн хоолойг зүссэний дараа гуурс хиймэгц өвчтөн тайван амьсгалж эхэлнэ.

Амьсгал авахгүй байвал зохиомол амьсгал хийж, лобелин, цитотин, кофеин тарихад амьсгал сэргэнэ. Хүүхдийн шархыг гуурс хүртэл нь нарийсган обод гуурс-



ны амсар дээр утас буюу хөвөн барьж гуурсаар амьсгалж байгаа эсэхийг шалгана. Гуурыг самбайгаар уяж хүүзүүнд нь бэхэлнэ. Зарим үед цаг алдалгүй ажилбар хийснээр өвчтөний амь насыг аврах тул халдваргүй, үжилгүй байх ёс дэгийг зөрчин мэдээгүйжүүлэхгүйгээр шууд төвөнх нээх засал хийнэ. Хагалгааны дараа өвчтөнийг сайтар сувилах хэрэгтэй.

Мөгөөрсөн хоолой нээх ажилбарын багаж, эм тарилга:

1. Шовгор үзүүртэй хутга 1 ш
2. 15 см урт анатомийн хямсаа 1 ш
3. 15 см урт ажилбарын хямсаа 1 ш
4. Ажилбарын хайч 1 ш
5. Мохоо дэгээ (2—3 шүдтэй фарабеф) 2 ш
6. Бөгж мөгөөрс буюу мөгөөрсөн хоолой дэгээдэх дэгээ 1 ш
7. Мөгөөрсөн хоолой тэлэгч 2 ш
8. Мөгөөрсөн хоолойн гуурсууд (том жижиг) 2 ш

9. Цус тогтоогч шүдтэй хавчаар 6 ш
10. Цус тогтоогч шүдгүй хавчаар 2 ш
11. Ховилтой сэтгүүр 1 ш
12. Алчуур 1 ш
13. Мөгөөрсөн хоолойн гуурс бэхлэх уяа (уяаг гуурсны сэнжинд уяж бэхлэнэ) 4 ш
14. Шоовонтой ариутгасан мяндсан утас 2 ш
15. Шоовонтой ариутгасан өлөн утас (кетгут) 2 ш
16. Шарик, салфетик бүхий хүүднй 1 ш
17. Зүү баригч 1 ш
18. Ажилбарын зүү 2 ш
19. Тохирсон зүүтэй шпирец (10.0, 20.0) 2 ш
20. 0.25%, 0.5%-ийн новокайны ариутгасан уусмал 100 мл

Редакцид ирсэн 1987—05—06

Ж. Идэр

## ХҮҮХДИЙН ЦЭЭЖНИЙ ХӨНДИЙН ХУРЦ ЭМПИЕМИЙН ОНОШ, ЭМЧИЛГЭЭ

(Ажилчны районы хүүхдийн нэгдсэн эмнэлэг)

1977—1979 онд хүүхдийн төв эмнэлэгт хэвтэж эмчлүүлэгсдийн 45,8 хувь нь хатгаа өвчтэй байснаас тэдний 81,5 хувь нь 3 хүртэлх насны хүүхэд байжээ (3). Харин мэс заслын тасагт ирсэн стафилококкийн хатгаатай өвчтөний 87,4 хувь нь хүндрэлтэй байлаа. Ер нь манайд стафилококкийн хатгаа өвчтэй хүүхдийн 18,6 хувь (5) эндэж байгаа юм.

Дээрх тоо баримтаас үзэхэд хүн амын дотор бага насны хүүхдийн амьсгалын замын өвчлөл зонхилж тэдгээрийн нэлээд нь стафилококкийн хатгаа, түүний хүндрэл байгаа нь харагдаж байна.

Стафилококк нь амьсгалын зам, гэмтсэн арьс салстаар биемахбодод нэвтрэн орж, хороо ялгаруулан уушгины эс эдийг үхжүүлж идээлүүлдэг. Иймээс ч стафилококкоор үүссэн хатгаа нь үжил үүсгэх идээлэх явцтайгаас өвчтөний бие доройтож, яаралтай тусламж болон мэс заслын эмчилгээ шаардахуйц олон янзын хүндрэл өгдөг (1—11). Сүүлийн үед стафилококкоор үүсэж байгаа уушгины үрэвслийг нийтэд нь «стафилококкийн эргэлтгүй өөрчлөлтийн буюу стафилококкийн хатгаа» гэж нэрлэж байна (1, 11, 2, 4, 10).

Г. А. Байров стафилококкийн эргэлтгүй өөрчлөлтийн хатгааг хүндрэлийн байдлаар нь ангилжээ (1).

- Үүнд: I. Уушгин доторх хүндрэл  
 а) Буглаа  
 б) Стафилококкийн булиуд  
 II. Дунд зайн дачиж хийжилт  
 III. Уушги цээжний хөндийн хүндрэл  
 а) Цээжний хөндийн эмпием

1. Цээжинд идээ хурах
2. Цээжинд идээ-хий хурах гэж ангилна.

Хүүхдийн стафилококкийн хатгаа өвчний хүндрэлийг ангилах нь эмгэг өөрчлөлтийн явцыг зөв үнэлж, гарч болох хүндрэлийн эсрэг цаг алдахгүй тусламж үзүүлэхэд оршино.

Стафилококкийн хатгааны хүндрэлийг дагалдаж цээжний гялтан үрэвсдэг. Уушги идээлж цоорох үед амьсгалсан агаар идээлсэн гуурсан хоолойн цоорхойгоор бохирдогоос цээжний хөндийд идээ хий, хуралдана.

Дээрх хүндрэлийн дотроос яаралтай оношлож эмчлэх шаардлагатай хүндрэл бол цээжний хөндийн цочмог эмпием тул энэ тухай цухас өгүүлье.

Хүндэрсэн хэлбэрийн стафилококкийн хатгаа өвчний дотор цээжинд идээ хурах 19,0 хувь, идээ-хий хурах 69,5 хувийг (1) эзэлнэ.

1. Цээжинд идээ хурах Стафилококкийн хатгааны үед үрэвсэж бугласан уушгины идээ цээжний хөндийд ордог. Цээжний хөндийд хуралдсан идээ, шүүдэс нь уушгийг дарж шалчийлгаснаас амьсгал дутаж, дунд зай зүрхийг түлхэж хазайлгаснаас судас нугаларч зүрх судасны дутмагчилд оруулж, үхэлд хүргэж болно.

Хүүхдийн биений байдал хүнд, халуурч, амьсгаадан царай нь хөхөрч, зүрх нь дэлсэнэ. Цаашдаа биений байдал улам лорвож, хордлого ихэсч, халуун нь нэмэгдэж, амьсгалын дутмагчил гүнзгийрдэг.

Том хүүхдэд идээт ялеврит удаан бүдэг явцтай. Хүүхдийн бие сүл, хоолондсо

дургүй, хүчтэй хангаласнаас цээж, хөндий рүү өвдөнө. Цээжний өвчтэй тал амьсгалд хоцорч өрөлдөнө.

**Тогшиход:** Цээжний хөндийд шингэн хуралдсан талд дүнийгтэр, доод хэсгээрээ дүлий байдаг. Хэрэв цээжний баруун тал бол элдэгийг зааг нь тодорхой ялгагдахгүй.

Том хүүхэд тогшиход гарах дуу богиносон, Дамуазегийн шугам, Траубегийн зай, Раухруссын гурвалжин тодорхойлогддог. Цаашид шингэн ихэвчлэн дүний хэсэг ихэсч, өрөөсөн талыг хамарна.

**Чагнахад:** Бага насны хүүхдэд харьцуулан чагнахад өвчтэй талын амьсгал ялимгүй сул дээд хэсгээрээ жижиг нойтон хэржигнүүр сонсогдоно.

Том хүүхдэд амьсгалын шугаман сонсогдохгүй болж, зүрхний авна бүдгэрч, эрүүл талруугаа хазайна.

**Цусны шинжилгээнд:** Улаан эсийн тухай хурд түргэсэн, цагаан эс нейтрофилийн тоо олшрон, зүүн тийш хэлбийж, үрэвслийн шинж илэрнэ.

**Гэрэлт:** Өвчтөнийг босоо байдалд харах юмуу эгц үлдээс болон хажуу чигт зураг авч үзэхэд өвчтэй талд уушгины талбайг хамарсан нэг төрлийн жигд нэмэлт сүүдэр харагдана. Өрцний зах, булан ялгагдахгүй болдог. Шингэн ихсэх тутам нэмэлт сүүдэр тодорч, эрүүл талруугаа хазайдаг.

**Ялгах онош:** Андуурч болох гол өвчин нь уушгины агчид (ателектаз) юм. Гэнэт цээжээр хүчтэй өвдөнө. Тогшиход дуу богиносон, амьсгал сонсогдохгүй болно. Гэрэлд харахад уушгины ателектазын үед дунд зайн сүүдэр өвчтэй талруугаа татагдана. Үүнийг Гольцкнехт Якобсоны шинж гэнэ (7,8). Уушгины сүүдэр ялгагдахгүй болдог. Эсрэг талын уушгины хийжилт ихсэнэ.

#### Цээжинд идээ, хий хурах

Уушгины булгаа цээжний хөндийрүү цоорч цээжний хөндийд их хэмжээний халдвар идээ, цоорсон гуурсан хоолсын цоргоор хий дамжин орж, цээжний хөндийн дараалт гэнэт ихэсч дунд зайг хүчтэй түлхэн хазайлгана.

Энэ хүндрэл уушги цээжний хүнд шок-ийн шинжээр илэрдэг. Бага насны хүүхдэд бол гэнэт амьсгал, зүрх судасны үйл ажиллагаа зогсох явдал гардаг. Хүүхэд огцом хүндэрч, тайван биш, бачуурч сандарсан, хөлс дааварласан байдалтай, өндөр халуунтай, судас жирэлсэн сул, царай цонхийж хөхөрсөн, амаараа хүчлэн амьсгалдаг. Ихэнхдээ бүтэлтээс болж татна. Нэлээд хугацааны дараа эмгэг байдалдаа дасан зохицож амьсгал жигдэрч ээ-нэгшин бага ээрэг тайвширдаг. Гэвч биений байдал хүнд, амьсгаалсан хэвээр үлдэнэ.

Цээжний өвчтэй тал амьсгалд хоцорч оролдоно. Сүүлдээ хавирганы завсар өргөсч, тэгширнэ.

**Тогшиход:** Цээжний хөндийд шингэн хуралдсан үед тогшиход дүний, шингэн бага, хий ихүү бол дээд зэргээрээ хөндий дуутай байдаг. Мөн дунд зайг хязгаар эрүүд тал руугаа хазайна.

**Чагнахад:** Амьсгал сонсохгүй, шингэний түвшингээс дээш хий байгаа хэсэгт

хүнгэнсэн өнгөтэй дамжсан амьсгал сул сонсогдоно. Зүрхний авна эрүүл талруу шилжсэн байна.

**Гэрэлд:** Цээжинд идээ-хий хуралдсан үед цээжний хөндийд дээд хэсэгт нэмэлт нэг төрлийн жигд сүүдэртэй, шингэний түвшингтэй, дээр нь хийн тэгш хязгаар тод ялгардаг. Элэг, өрцний зах ялгагдахгүй. Харин шалчийн уушги угтаа шахагдсан байна.

**Цээжинд идээ хий хурж чинэрэх;** Уушгины цоорсон нүх нь амьсгал авах үед тэлэгдэн онгойж, амьсгалсан багаар цоорсон гуурсан хоолойн цоргоор дамжин цээжний хөндийд орж, амьсгал гаргах үед шарх хуниглаж хий гарч чадалгүй цээжний хөндийд үлддэг.

Ингэж хавхлагын ажиллагаагаар хий хуримтлагдсаар цээжин доторх даралт ихэсч чинэрэн, цоорсон уушги шалчийж, угтаа шахагдан дунд зайг эсрэг талруугаа хүчтэй хазайлгана. Эрүүл талын уушгины ажиллагаа сулрана. Дунд зай хүчтэй шахагдан хазайснаас том судас мөгөөрсөн хоолой нугарч, амьсгал зүрх судасны хурц дутмагшлаар хүндэрдэг.

Хүүхэд тайван биш, амь тэмцэн цагай нь хөхөрсөн, өнгөц амьсгалтай болно. Биений байдал богино хугацаанд дордон амьсгал зүрх судасны хурц дутмагшил нь үхэлд хүргэдэг.

**Тогшиход:** Өвчтэй талын цээж тогшиход хүчтэй хөндий дуутай зүрх дунд зайн хязгаар эрүүл талруу их хазайсан байдаг.

**Чагнахад:** Амьсгал чагнахад огт сонсогдохгүй.

**Гэрэлд:** Өвчтэй талын хавирганы завсар өргөсч, цээжний хөндийд хий их хуримтлагдсан байна. Дунд зай эрүүл талруугаа гүн хазайна. Үүнийг «дунд зайн нивэрхий» гэж нэрлэдэг.

**Ялгах онош:** Цээжинд идээ-хий хурах үед доорхи төстэй өвчнүүдээс гэрлийн тусламжтайгаар ялгаж танидаг.

1. Уушгины халдваржсан төрөлхийн усан хавдар нь дугуй хэлбэртэй, тэгш, тод захтай, захыг тойрон уушгины сүүдэр байна.

Өрцний булангууд сул чөлөөтэй, зах нь тод ялгарна.

2. Төрөлхийн өрцний нивэрхийн үед тодруулагч бодис уулгахал цээжний хөндийд байгаа холоод, гэлзсний гогцсонд орно.

**Эмчилгээ:** Цээжний хөндийн эмпиенийн үед ерөнхий эмчилгээг мөс заслын эмчилгээтэй хавсарган хэрэглэдэг.

А. Ерөнхий эмчилгээг доорхи үндсэн чиглэлээр хийнэ.

1. Шинж тэмдгийн, 2. антибиотик, 3. Тэнхрүүлэх эмчилгээ зэрэг байна.

1. Шинж тэмдгийн эсрэг эмчилгээ. Өвчтөн нь халдвар, хордлого, амьсгал, зүрх судасны хурц дутмагшилтай уушги цээжний хүнд шокод орсон байдаг. Иймд халуун бууруулах, өвчин намдаах, тайвшруулах, хүчилтөрөгчийн дутмагшлыг нөхөх, амьсгал зүрх судасны ажиллагааг эмийн болон зохиномол аргаар сэргээх, дэмжих эм-

чингээр сэлэн амьдруулах, эрчимт эмчилгээний үүсвэртэй гүйцэтгэж байна.

2. Антибиотик эмчилгээ. Стафилококк нь идэвхлүүлэх үндэстэй бөгөөтэй байдаггаас цээжний хөндийн эмнэлэм нь үндэстэй эмчилгээний идэвхт өвчин байдаг. Иймд эмнэлэмийг эмчлэхдээ эхнээс нь өргөн үйлчилгээтэй антибиотикнуудыг хавсарган судас, булчинд тарьж хэрэглэдэг. Антибиотик эмчилгээг хийхдээ хоёр дахь хүрсээс хэтрээгүй стафилококкийн антибиотикт мэдрэг чадварыг тодорхойлсны үндсэн дээр дисбактериозоос хамгаалах эмчилгээний хавсарган хэрэглэнэ.

3. Төххрүүлэгч эмчилгээ. Стафилококк нь биомасболон орж хүчтэй хор ялгаруулж эх эдийг их хэмжээгээр үхүүлдэг. Эцгээр үхсэн эс эд, стафилококкийн хорууд нь цусанд орж халдвар хорьдог, харшлыг үүсгэж биеийн эсэргүүцэл, эрхтнүүдийн үйл ажиллагааг доройтуулдаг. Иймд бодисын солилцоог идэвхжүүлэх биеийн эсэргүүцлийг сайжруулах витамин, В-гийн төрлийн витамин, фермент, катализатор стафилококкийн гаммаглобулин, уушгины хэвчлээс хамгаалах өндөр концентрацтай эрчим хүч нэмэх глюкозын уусмалууд, нийлэгжүүлэх инсулин, үхсэн эд эсийг нөхөх, хор тайлах уусмалууд уургийн бодис, цус, сийвэ, дархалсан биеийн хэрэг эмийг хэрэглэнэ.

#### Б. Мэс заслын эмчилгээ

Цээжний хөндийн хурц эмнэлэмийн үед мэс заслын яаралтай эмчилгээг хийнэ. Эцгээр цээжний хөндийн эмнэлэмийг мэс заслын 1. хатгалт хийх, 2. Гуурс тавих 3. дурандах, 4. төгс мэс заслын аргуудыг хэрэглэж байна.

Манайд хүүхдийн мэс заслын тасаг хүндэрсэн хэлбэрийн стафилококкийн хатгалсны 3,8 хувийг эмээр, 10,5 хувийг хатгалгаар, 51,9 хувийг гуурс тавих, 9,9 хувийг дурандах, 24,6 хувийг төгс мэс заслын аргаар эмчилж байна.

ЗХУ-д цээжэнд идээ хий хурсан өвчтөний 16,4 хувийг хатгалгаар, 43,7 хувийг гуурс тавьж, 39,9 хувийг төгс мэс заслын аргаар эмчилжээ (6).

Бид 1983 онд хатгалт хийх, цээжэнд гуурс тавих эмчилгээний зөвсрөн арга болон бага насны хүүхдэд бол хатгалт хийх, гуурс тавих аргуудыг орлож чадахуйн цээжний хөндийн эмнэлэмийг хоё катетер

тавиж эмчлэх нэртэй аргыг шинээр хэрэглэсэн юм (6).

Эцгээр эмчилгээний аргуудаас эсэлтний дагуу өвчтөний биеийн байдал, өвчний явц, хүндрэлийн онцлог, нөхцөл зэргийг харгалзан нэг буюу хоёр аргуудыг сонгож авч хавсарган хэрэглэдэг.

Мэс заслын эмчилгээг сонгом явдалдаа цээжэнд идээ хуралдсан үед хатгалгаар, идээ хий хуралдсан бол гуурс тавьж, уушгины цоорхой том бол дотроос нь дурандах бөгөөх аргаар, эцгээр эмчилгээ үр дүн өгөхгүй бол төгс мэс заслын аргыг хэрэглэнэ гэсэн зарчмыг баримтладаг.

Гэвч энэ өвчний авч хөнгөвдөх хүнд чүү, хүндрэлээс эдгэрэлт рүү гинээ үсэрдэггүй, жигд явцаар шилждэг тул хүндрэлийг оношлонгуут өвчтөнд зухайн үед хөндийн амьттай аргуудыг сонгом хэрэглэхэд гол зорилго оршино.

## ЛИНГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. Г.А. Байсва Неотложная хирургия детей Л, 1973

2. А.П. Биезнов Диагностика хирургических заболеваний органов грудной и брюшной полостей у детей М, 1971

3. Г. Дачаан — Хүүхдийн уушгиныг архаг үрэлсэл УБ, 1982

4. С. Я. Далецкий, В. В. Гавришнов, М. П. Матвеев, В. Г. Аконяц Л.М. Ронгаль, Диагностика и лечение неотложных состояний у детей М, 1977

5. Д. Жамъянжав Лечение стафилококковой пневмонии у детей УБ, 1982.

6. Ж. Идэр Цээжний хөндийд хоё катетер тавих эмчилгээний арга. Амьтгаж ухаан 1983 №3

7. Е.В. Климанская. Основы детской бронхологии. М—1972

8. Н. А. Панов, А. З. Гингольд, К.А. Москатова Рентгенодиагностика в педиатрии М, 1972

9. С.В. Рачинский, В.А. Еренков Заболевания органов дыхания у детей Л, 1973

10. М. Р. Рокицкий, Неотложная пульмонология детского возраста М, 1973

11. Д.П. Чухрисенко, М.В. Даниленко, В. А. Бондаренко, И. С. Белый, Спонтанный пневмоторакс Л—1973

## ХҮҮХДИЙН ГУУРСАН ХООЛОЙ, УУШГИНЫ ҮРЭВСЛИЙН ҮЕД ХИЙХ ФИЗИК ЭМЧИЛГЭЭ

Сүүлийн жилүүдэд хүүхдийн эмчлэлийн практикт эмийн бус эмчилгээ өргөн хэрэглэдэг боллоо. Гэвч түүнийг технологийн гооимын дагуу зөв, оноотой, амьтгахад учир дутагдалтай аүйл гарч байна. Энэ нь тухайн аппаратын үйлчлэх нөлөө, хүчин чадал, өвөрмөц онцлог, өвчний үе шат, электродын зайг зөв байрлуулах, тун хэмжээг тохируулах зэргийг эмч сайн мэдэж улмаар сувилалчдад эзэмшүүлэхэд нь мэргэжлийн хяналт тавих явдал хангалтгүй байгаагаар холбоотой юм. Иймд хүүхдийн

амьсгалын эрхтэний үрэвслийн үед хэрэглэх физик эмчилгээний аппаратууд түүний хэрэглэх технологийн зарим горим, амьсгалын эрхтний өвчний үеийн нөхөн сэргээх эмчилгээний олонша хэрэглэдэг аргуудаас энд зөвлөө.

Улсын хүүхдийн клиникийн төв эмнэлэгт 1980 оноос УВЧ аппаратын электродыг дагуу аргаар эмчилж байсныг харалдаа аргаар өөрчилж, бага насны хүүхэд хөдөлгөөн ихтэй байдаг учир УВЧ аппаратын электродын зайг зөв тохируулахын тулд

жийргэвч бэхэлгээ хийж (индуктотермийн хуйларсан гүйдэлтэй электрод (ЭВТ—1), бичил долгион (Дуч—2) аппаратыг эмчилгээнд шинээр оруулж, мөнгөн усткварцын чийдэнгийн туяагаар эмчилгээ хийхэд био-логийн тунг тодорхойлдог болгож, физик-эмчилгээг өвчтөний нас өвчний явц, аппаратын үйлчилгээг нягт үйлдүүлснаас гадна биеийн тамир, илдэгийг хослон эмчлэх нь үр дүн сайтай, гуурсан хоолой, уушгины үрэвсэл дахиж, алхагших явдал бага байдаг нь ажиглагдлаа.

Гуурсан хоолой, уушгины үрэвслийн үед хийдэг эмийн бус эмчилгээний нэг хэл нь физик эмчилгээ, эмчилгээний биеийн тамир (ЭВТ юм). Биеийн байдал сайжирсан үед 3—5 дахь өдрөөс нь физик эмчилгээ хийнэ.

Утлага эмчилгээ Амьсгалын замын үрэвслийн үед уур, бүлээн чийглэг утлага хийхээс гадна тосон болон нунтаг эмээр утна.

Өвчний хэлбэр, явц, эмнэлзүй хүндрэлийн байдал, биемахбодын онцлогийг харгалзан утлаганд янз бүрийн эмийн уусмал, тос боловч эмийн ургамлын ханд зэргийг хэрэглэнэ.

Уурын утлага нь өндөр температурт агаарын чийгшлийг нягтруулах аргад үндэслэнэ.

Уурын утлага Аппарат (ИГ—2)-аар буюу гэрийн нөхцөлд ердийн уурын утлага хийхдээ 60—65 °С халуунтай эмийн (шүлтлэг, эмийн ургамлын) уусмал дээрээ амархан ууршдаг (1%-ийн тимолын уусмал, ментол г.м) тосыг 100 гр уусмалд 10—15 дулаар бодож найруулна. Ингэхдээ бэлтгэсэн уусмалтай савнаас 20—30 см урттай хагзуу цаасан цоргоор утахад уур нь 40—45 °С халуунтай байдаг. Утлагыг 5—10 минут үргэлжлүүлднэ. Курс эмчилгээг өвчин намжих үед 5—10, архагшсан үед 15—20 удаа, өдөр бүр эсвэл нэг өнжөөд хийнэ.

Уурын утлага нь амьсгалын замын салст бүрхэвчийн цусан хамгамжийг сайжруулан, эдгэрэлтийг түргэсгэж, тайвшруулах, өвчин намгаах, цэр ялгаруулах үйлчилгээтэй. Тэгэхдээ хурц, идээт үрэвслийн явцад салст хавагнаж хөөсөн үед уурын утлагыг хэрэглэж болохгүй.

Уурын утлагыг цусны даралт ихэдсэн, хатгаа, сүрьеэ, уушгины буглаа, үхжил үүссэн үед хийхийг хориглоно.

Бүлээн чийглэг утлага. Эмчилгээний зориулалтаар шүлтлэг, давс, рашаан ус, 2%-ийн содын уусмал зэрэг хэрэглэдэг өргөн тархсан энэ утлагыг хийхийн тулд уусмалаа урьдчилан 40—42 °С хүртэл халаах аппаратаас гарч байгаа аэрозоли нь 35 ± 7 °С байдаг.

Манай эмнэлгүүдэд ЗХУ-ын ПАИ—2, БНУАУ-ын В—200 зөөврийн утагч аппарат хэрэглэж байна. Нэг утлаганд дунджаар 100 мл уусмал хэрэглэж 8—10 минут утна. Утлага хийсэн эмийн уусмалыг дахин хэрэглэхгүй. Бэлтгэсэн уусмалыг удаан хадгалж болохгүй.

ЗХУ-ын суурин аппарат «Аэрозоль У—1» нь гурван хүүхдэд зэрэг утлага хийх боломжтой

Амьсгалын дээд зав, уушгины үрэвслийн хурц үед 5—10, архаг үед 15—20 удаа, өдөр бүр эсвэл өнжөөд эмчилнэ. Шаардлагатай бол күрээ эмчилгээг 2—3 долоо хоногийн дараа давтанэ.

Бүлээн чийглэг утлага нь салст бүрхэвчийн цус, тунгалгийн эргэлтийг сайжруулан цэр шингэлж, гарныг нь ихэсгэнэ.

Энэ утлагыг хамар зэлгүүр, төвөнх, цагаан мөгөөрсөн болон гуурсан хоолойн салст бүрхэвчийн хурц, архаг үрэвслийн үед хэрэглэнэ.

Өрөөний дулаантай чийглэг утлага. Энэ утлаганд фермент, гормон, антибиотик, фитонцид зэргийг хэрэглэнэ. Утахын өмнө бүлээсгэх шаардлагагүй.

Чийглэг утлагыг уурын ба бүлээн чийглэг утлага хийх шаардлагагүй буюу чих хамар, хоолойн мөс засал хийлгэсний дараах үед өвчтөнд хэрэглэнэ.

Тосон утлагыг гол төлөв уурын болон бүлээн чийглэг утлагын дараа 30—40 минут болоод хийнэ. Мөн бие даасан эмчилгээ болгон эсвэл урьдчилан сэргийлэх зорилгоор хэрэглэж болно.

Утлаганд ургамлын амьтны гаралтай тос ашиглана.

Тосон утлага нь амьсгалын замын салст бүрхэвчийг нимгэн тосон давхаргаар бүрхэн, тэдгээрийг механик болон химийн цочролоос хамгаалан, хорт бодис биемахбодод шингээдэггүй болно.

Нэг утлаганд 0,3—0,5 мл тос хэрэглэдэг.

Тосондоо 1—2%-ийн ментол нэмбэл өвчин багасгах, нянгийн өсөлтийг зогсооход сайнаар нөлөөлнө. Утлага үргэлжлэх хугацаа нь 5—7 минут.

Нунтаг эмээр утлага хийх, Аэрозоль У—1, ПАИ—2, В—200 аппаратуудыг цацагч хошууг ашиглана.

Утлага хийхийн өмнө хоолой амыг усаар сайн зайлуулж, цээж, хоолой, барнагуй чөлөөтэй хувцас өмсүүлж, өнгөрт нь цэвэр алчуур хавчуулах буюу хормогч зүүнэ. Хүүхдэд яаж амьсгалахыг тайлбарлаж өгнө. Зарим үед төвөнх, цагаан мөгөөрсөн болон гуурсан хоолойн үрэвслийн үед амаар гүн амьсгал авахуулж, амьсгааг нь түр бариулах шаардлагатай.

Утлага хийсний дараа 10—15 минутын турш амрана. Харин хүйтний улиралд 30—40 минут хүртэл хугацааг уртасгаж, дуулах чанга ярих, тамхины утаанд байхыг хориглоно.

Утлага хийснээс хойш нэг цагийн дотор хоол унд идүүлж уулгахгүй.

Утлаганд хэрэглэсэн хошууг савантай халуун усаар сайтар угааж тусгай саванд 30 орчим минут буцалгаж ариутган, тусгай шүүгээнд хатаана.

Гуурсан хоолой, уушгины хурц үрэвслийн үеийн эмчилгээ

Утлага. Амьсгалын замын цэр салсыг соруулж чөлөөтэй амьсгалах боломжоор хангах зорилгоор нарийн гуурсаар, цахилгаан сорогчоор соруулах, резин баллон ашиглах, хэлний угийг цочроож цэрээр бөөлжүүлэх зэрэг аргын аль боломжтойг хэрэглэнэ. Хүүхдийн цээжин биеийг нь гудайлган түрүүлэг нь харуулж хэвтүүлээд

зөөдөг тогшиж нэр ховхдох заслыг өдөр бүр ялангуяа өглөө хүүхэд сэрэнхй дараа хийх нь зүйтэй.

Утлагааг өргөнөөр хэрэглэж байсан антибиотиг Фермент 0,9%-ийн хлорт натрийн уусмалыг хэрэглэх аргал өнөө шүүмжлэлтэй ханддаг болов. Цэрийг шингэлэхийн тулд шүтлэг давсаг уусмал эм ферментээр Аэрозоль У-1 аппаратын тусламжтай бүлээн айгилгээг утлага хийнэ. Жишээ нь: 0,85%-ийн хлорт натри, содын 2%-ийн уусмалыг 5—10 мл панкпсинээр (25 мг панкпсин дээр 10 мл физиологийн юмуу эсвэл содын 2%-ийн уусмал хийнэ) 5 нас хүртэл хүүхдэд 3 мл (7,5 мг), 5—10 насны хүүхдэд 4 мл (10 мг), 10 наснаас 5 мл (12,5 мг)-аар утга.

Цэр нь ялгарч байгаа үед гуурсан хоолойн салстын хэт шүүрлийг багасгах зорилгоор нэрмэл ус 50,0, демилрол 0,2 витамин С—1,0; гуурсан хоолойн агшилт давамгайлж байгаа үед нэрмэл ус 50,0 эфедрин 0,2, эуфиллин 0,3 С витамин 1,0 новокаин 0,25-өөр найруулан 5 хүртэлх насанд 3 мл, 5—10 насныханд 4 мл, 15 хүртэлх насны хүүхдэд 5 мл-ийг хэрэглэнэ.

Цахилгаан эмчилгээ. Гуурсан хоолой, уушгины үрэвслийн хурц хэлбэрийн үед УВЧ-гийн цахилгаан оронгоор эмчлэхэд эд эсийн хяван багасж, хялгасан судасны цусан хангамж сайжирч, нянгийн өсөлт зогсож, цагаан эсийн үйл ажиллагаа идэвхжинэ.

Уушгины хурц архаг хатгааны дахилт, буглаат хатгааны эдгэрэх үед, гуурсан хоолойн цэвэршилтийг сайжруулах зорилгоор УВЧ өргөн хэрэглэнэ. УВЧ-ээр хүүхдийг эмчлэхдээ аппаратын чадал 3 нас хүртэл 15—20 вт, 3—10 нас хүртэл 30—40 вт, 10 наснаас дээш 70—80 вт 8 см голчтой электрод нь харалдаа аргаар сургуулийн насны хүүхдэд цээжний хоёр хажуу (суга) наас, харин зөвхөн баруун уушгины үрэвслийн үед уушгины урд, хойд талаас бүлээвтэр тунгаар эмчилнэ. Электродыг биеэс 2—3 см зайтай байрлуулна.

Хүүхдийн наснаас хамаарч курс эмчилгээг өдөр бүр 5—7—10 минутаар 6—8 удаа хийнэ. Зарим үед эхний 2—3 удаа өдөр бүр дараа нь өнжөөд эмчилнэ. УВЧ-ээр эмчилж байх үед антибиотик, сульфаниламид эмийн үйлчилгээний нөлөө буурахгүй.

Уушгины эд эсийн өөрчлөлт гүнзгий, цус алдсан үед УВЧ-г хэрэглэж болохгүй. Хэт өндөр давтамжийн цахилгаан орноор удаан хугацаагаар төвөхөд уушгины эд эс хатуурсч болно. Яаралтай тохиолдлоос бусад үед УВЧ аппаратаар 2—3 сарын зайтай жилд 3 удаагаар илүү эмчилж болохгүй.

Индуктотерми нь гуурсан хоолойн агшилтыг сулруулж, цэр шингэрүүлэн ялгаралтыг сайжруулдаг. Ингэснээр гуурсан хоолой амьсгалд оролцох нь сайжирч, намираа эсийн үйл ажиллагаа сэргэнэ. Индуктотермийг хурц хэлбэрийн хатгаа намжих үед, ужиг удаан явцтай гуурсан хоолойн үрэвслийг үед хэрэглэхэд илүү тохиромжтой. Индуктотермийг 5-аас дээш насны хүүхдэд хэрэглэхдээ «ИКВ—4» аппаратыг ашиглана. Ингэхдээ аппаратын индуктор-дис-

кийг хоёр далны хооронд юмуу эсвэл их өвчилсн, хэсэгт биеэс 2 см-ийн зайтай байрлуулж бүлээвтэр тунгаар (өөрөөр хэлбэл аппаратын чадал сэлгэн залгагч 2—4 байрлала байна) өдөр бүр 6—8 насны хүүхдэд 3 чин, 9—14 насныханд 10—12 минут эмчилгээг үргэлжилнэ. Курс эмчилгээг бүгд 8—10 удаа хийнэ.

Индуктотермийн электродоог УВЧ аппаратаар нярай, бага насны хүүхдэд эмчилгээ хийхдээ «УВЧ—30» аппаратыг чадал нь 15—30 вт, «УВЧ—60» 20—40 вт байх үед электродыг нь ЭВТ—1 маркийн хуларсан гүйдэлтэй электродоог сольж хэрэглэнэ.

ЭВТ—1 электродыг өвчтөний далны хооронд, биеэс 0,5—1,0 см зайтай байрлуулж, бүлээвтэр тунгаар 5—7—10 минутаар өдөр бүр төвлөнө. Эмчилгээний нэг курс нь 6—10—12 удаа байдаг.

Бичил долгион СВЧ нь үйлчилгээний хэсэгт эд эсийн нөхөн төлжилтийг сайжруулах, гуурсан хоолойг агшилтыг багасгаж үрэвслийг намдааж, биеийн бичил солилцоог сайжруулах, үрэвслийн шимэгдэлтийг түргэтгэх нөлөөтэй.

Сүүлийн жилүүдэд гуурсан хоолойн үрэвсэл, хатгааны үед бичил долгионы «ДУЧ—2» аппаратыг хэрэглэж байна. Энэ аппаратын цацруулагч нь 11,5 см голчтой бөгөөд хоёр далны хооронд шүүд төвөгж эмчилнэ. Аппаратын чадал сэлгэн залгагчийг 1,5—3 нас хүртэлх хүүхдэд 2 вт, 3—6 насанд 4—5 вт, 7—11 насанд 5—6 вт, 12—14 насанд 6—10 вт, тавьж, өдөр бүр 5—7—10 минутаар эмчилнэ.

Эмчилгээний нэг курс нь 5—8—10 удаа, СВЧ нь УВЧ-ээс ялгаатай тал нь бүх биемахбодол үйлчилдэггүй, зөвхөн өвчтэй эсгийг эд эсэд нөлөөлдөг онцлогтой. Уушгины болон гуурсан хоолойн идээт үрэвслийн үед индуктотерми, бичил долгионоор эмчилж болохгүй. УВЧ, СВЧ-ийн аль нэг курс эмчилгээ дууссаны дараа электрофорезийг үргэлжлүүлж эмчилгээний үр дүнг улам бэхжүүлнэ.

Гуурсан хоолойн үрэвсэл, уушгины хатгааны хурц үе намдсан буюу ужиг явцтай үед электрофорез эмчилгээг хийх бөгөөд электродыг (60—80—100—150 см)<sup>2</sup> талбайтай харалдаа (цээжний урд, хойд буюу хоёр хажуугаар) аргаар байрлуулан хүүхдийн насны байдлаас шалтгаалан 0—0,3—0,08 миллиампер см<sup>2</sup> (МА см<sup>2</sup>) гүйдлийн хүчээр 15—20 минутаар өдөр бүр эмчилнэ. Эмчилгээний нэг курс нь 12—15 удаа.

Хүчтэй ханиалгах үед колеинтай, сульдаа, мэдрэлийн сэрэл ихэссэн үед кальцитай, цус багадахад эсстэй, гуурсан хоолойн багтрааны хам шинжтэй хатгааны үед магнитай гэх мэт тус тус электрофорез эмчилгээ хийнэ. Сульгаатай хүүхдийн хатгааны эдгэрэх үед нь биеийг хэт ягаан тунгаар 1/4 биолстийн тунгаар эхэлж, өнжөөд дараагийн өдрүүдэд тунг 1/4-ээр нэмэгдүүлж, курс эмчилгээний эцэст 2—3 биологийн тунд хүргэнэ. Эмчилгээг өнжж бүгд 20—25 удаа хийнэ.

Гуурсан хоолой, уушгины архаг үрэвслийн үед хийх эмчилгээ

Вирусээр үүссэн амьсгалын дээж замын үрэвслийн явц удаашрах, дахих, гуурсан хоолойн үрэвсэл хатгааг дутуу эмчлэх биед ямар ч явц (голомтот үрэвсэл байх, бие-махбод эм, хоолны буюу ямар нэг гаралтай харшил нөлөөнд мэдрэг болох зэрэг шалтгаанаас гуурсан хоолойн үрэвсэл, хатгааны өвчин сунжирч улмаар архатшина.

Физик эмчилгээг архаг хэлбэрийн амьсгалын эрхтэний өвчин, хурцдах үед 25 хүртэл, намдах үед 15—20 хоног хийнэ. Өвчний дахилтын хүнд, хөнгөн байдалаас шалтгаалан 1—1,5 сарын завсарлагаар даатан хийнэ.

Өвчний хурцдах үед ханналга ихсэх, халуурах, цэр их гарах, уушгины өөрчлөлтүүд ихсэх. Энэ үед лабораторийн шинжилгээнд УЭТУ гуртсан, цагаан эс ихсэх.

Гуурсан хоолойн архаг үрэвсэл хатгааны дахилтын хурц үед УВЧ, Лун—2, намжихын үед индуктотерми, электрофорез, хэт ягаан туяагаар эмчилнэ. Гуурсан хоолой, уушгины идэвхт үрэвслийн явцад антибиотиктэй хавсарган УВЧ аппаратын цахилгаан, орноор эмчилгээ хийх шаардлагатай.

Уушгины идэвхт голомт үүссэн бол УВЧ, электрофорезийг зураг задлах фермент (трипсин, химотрипсин)-тэй хавсарган эмчилнэ. Эдгээр фермент нь цэр шингэлэх гэс гадна наалдаст ясны саатуулна. Уушгины үрэвслийн үед эд эс хатуурах (фиброз) өөрчлөлт нь давамгайлсан үед индуктотерми, диатерми, 2—5%-ийн калиод, гуурсан хоолой болон судас тойроод эд эсийн эвэцлтийг багасгах зорилгоор 0,1%-ийн дионины электрофорез хийх нь сайн.

Сулзгаа төжөөлийн доройлын 1—II зэргийн үе шүүдэст эмэгшилтэй бага насны хүүхдийн амьсгалын эрхтэний архаг үрэвслийн засал авах үед бүх бие буюу нээжний орчим хэт ягаан туяагаар (1,8-ээс 1,5—2 хүртэл биотунгаар өнжөөд буюу өдөр бүр бүгд 15 удаа) эмчлэхэд сулзгаа, үрэвслийн зэрэг үйлчилгээтэйгээ гадна харшлыг багасгаж, биеийн ерөнхий эсэргүүцэл төдийгүй амьсгалах эрхтэний үйл ажиллагааг сайжруулна.

Архаг хатгаатай, төжөөлийн доройлтой хүүхдийг «Соллюк» ламлаар (50—100 см зайтай 10—15 минутаар 1—2 удаа өдөр бүр нийт 20 хүртэл удаа) төөнөхөд бодисын солилцоо, цус тунгалгийн эргэлтэд сайнаар нөлөөлнө.

Өвчин дахих үед гуурсан хоолойн цэрийг ялгаруулах зорилгоор гэрийн нөхцөлд дээрх дасгал хийх аргыг эх эцэгт нь буюу хүүхдэд зааж тайлбарлана. Хүүхдийг орон дээр туруулж нь харуулж толгой, мөрийг нь унжуулж хэвтүүлэн 5 минутын турш хайнаагаж хэрэгтэй. Энэ үед цээжний доод хэсгээс цээг нь хурууны өндөг гарын алгаар хөнгөн (доржилт илрэг) тогшилт хийж өргөл цэр ховхрох нь сайжирна. Энэ дасгалыг өдөрт хоёроос дээшгүй удаа унтахаас 2 цагийн өмнө бүлээн чийглэг утлага хийсний дараа дэр ховхлох эм өгөөд хийх нь илүү үр дүнтэй.

Өвчин намдах үед цээжний булчингийн хэт ачааллыг суаруулах, цээжний хэн-

хэргийн хэвийн хөгжилтийг хаягаж, хүүхдийг зөв амьсгалуулах, биеийн галбирыг зөв хөгжүүлэхийн тулд эмчилгээний биеийн тамирыг завсгал хийлгэх хэрэгтэй. Мөн ямар ч удирдал эрүүн агаарт тоглох, аугаалах, усанд сэлэх, цанаар болон явган явах нь ашигтай.

Амьсгалын замын архаг үрэвслийн хүнд үед сургуулийн насны хүүхдэд гуурсан хоолой тэлэх өвчин тохнолдож болох бөгөөд физик эмчилгээний өөрчлөх арга хэрэглэнэ.

Өвчин хурцдах үед нь антибиотик эмчилгээг УВЧ-тэй, хавсарч дараах аргаар хийнэ.

Хүүхдийн насны харгалзан аппаратын цахилгаан 40—60 вт тавьж электродыг харгалзан аргаар нээжнээс 2—3 см зайтай байрлуулж, булзын туяагаар өдөр бүр 8—10 минут, бүгд 6—7 удаа эмчилгээ хийнэ.

Гуурсан хоолой тэлэх өвчин хурцдах үед антибиотик (100000 ед+2мл нэрмэл ус), фермент (трипсин, химотрипсин 10 мг хүртэл химолсин 10—15 мг панкреатин 12,5 мг, панкреатин 0,3—0,5 мг)-ийг 2%-ийн содын уусмалаар найруулж 3—5 мл-аар утлага хийнэ.

Энэ өвчин хурцдах үед биеийн долдон индуктотерми, парафин шавар зэрэг эмчилгээгээ гадна уурцын утлага хийх боломжтой.

Өвчин намдах үед нь усан эмчилгээ, бүх биеийг хэт ягаан туяаны удааширсан схемээр (1,8-ээс 1,5—2 биотунгаар) төөнөх эмчилгээг өнжөөд бүгд 20—12 удаа хийнэ. Агаарт явуулж, эмчилгээний биеийн тамир хийлгэж, цээжинд нь өдөр 3—4 удаа, нэг удаа 10—15 минутаар илгэг хийх хэрэгтэй.

Архаг хатгааг сэдэрлэг хамаар, залгуур, чих, гүйлсэн булчингийн өвчүүдийг цаанаал хавсруулж эмчлэх хэрэгтэй. Амьсгалын гимнастик, илгэгийг физик эмчилгээтэй хослох нь сайн.

Уушгины хатгаагдвар өвчлөсний дараа цайрэгжүүлэх илгэг дасгалыг тогтмол удаан хугацаагаар хийх шаардлагатай.

Халуун буурч биеийн ерөнхий байдал сайжрснуут илгэг, гимнастикийг эмчлэлт байх үедээ эхлэнэ. Хүүхэд эмчлэгээс гарсны дараа ч гимнастикийн иж бүрэн дасгал хийх шаардлагатай. Уушгины хурц хатгаагаар өвчлөөд эдгэрсэн хүүхдийн бие ерөнхийдээ сул, ядрамтгай, толгой нь эргэдэг, хоолойд дур муутай байдаг. Түүнчлэн уушгинд гарсан өөрчлөлт ажмаар арилна. Иймд тусгай дасгал хийх нь амьсгалын замын эрхтэнд үлдсэн үрэвслийг бүрмөсөн арилгах уушгины галтангийн наалдагт үүсэхээс сэргийлэх, цус, тулгалгийн эргэлтийг сайжруулах уушгины хэвийн ажиллагааг сэргээхэд чухал үүрэг гүйцэтгэнэ.

Уушгины хурц хатгаагаар өвчлөсний дараа биеийн тамирын дасгалыг хэрэглэх нь уг өвчнийг архагших, дахахаас сэргийлэх бодит хэрэгдүүр болдгийг туршлага харуулж байна. Цэвэр агаарыг байх, гүйх, явах зэрэг хөдөлгөөнд нь амьсгалын сайн

гимнастик, бодлог, гэдэг гарцуу боломж муу байвал байрандаа хөнгөн хувцастай байлгах, тэр орноо байнгүй агааржуулах, хүүхдийн хөлийг нь хүйтэн усаар угаах

зэрэг шаардлуудыг аригт хэрэглэх нь чухал.

Д. Бямбадорж  
Д. Лунтан

Редакцид ирсэн 1958. 04. 26

## ТУЛГАРСАН ЗУЛБАЛТЫГ ЭМЧЛЭХ ЗАРЧИМ

Жирэмсний эхний гурван сард трофобласт (тэжээл хэврэг) ялгаран биетийг, цэлийн судасжин, элээ үүсч, үр хэврэг эхнийн биеийг холбогдоно. Үр хэврэгний эрхтэн, элээ зөв үүсэх нь эхийн биед гарах өмсчлэлт ургийн хэргийн хэргийн холбоотой буй болдог даавруудтай илгэ уялдаатай.

Жирэмсэн үед эхийн дотоод шүүрлийн эрхтэнүүдийн хооронд харилцан шүтэлцээтэй боловч ургийн дотоод шүүрлийн тогтолцоо биеэ даасан шинжтэй байдаг. Жирэмсний эхний гурван сарын сүүлчээр ургийн дотоод шүүрлийн зарим булчирхайн ажиллагаа эхлэх өсч төлжин байгаа бие махбодын дааврын хэрэгцээг хангахын зэрэгцээ ураг-эхсийн тогтолцоонд нөлөөлнө.

Жирэмсний хэвийн явцад дааврууд амин чухал үүсэг гүйцэтгэнэ. Прогестероны нөлөөгөөр умайн салст хөвсний зузаарч, булчин нь өсч хөгжин судасжин, окситоцины үйлчлэлгээ саармагжиж, умайн цочрох нь багасч, хөхний булчирхай томорч, эхийн дархлааны урвал багасна.

Эстрогены нөлөөгөөр умайд биохимийн хувирал гарч, умайн салстай сулсууд буй болж, цусан хангамж ихэснэ. Эстрогены нөлөөгөөр окситоцины төрлийн бодист умайн цочрох нь ихэсч, ус-давсны солилцоо эрчимжин эд эрхтэнд хүчилтөрөгчийн хэрэгцээ нэмэгдэн бодисын солилцоо болон нуклейн хүчлийн нийлэгшил, ферментийн идэвх сайжирна.

Эхийн болон эхсийн дааврууд ургийн дотоод шүүрлийн эрхтэнд нөлөөлнө. Эх, ургийн даавар харилцан үйлчилсний дүнд уургийн дотоод шүүрлийн булчирхай хөгжлийнхөө зохих шатанд хүрч эхийн биед үүссэн ямар нэг дааврын илүүдэл нь ургийн дотоод шүүрлийн булчирхайн эмтэг үүсгэж болно. Ингэвэл тухайн дааврын эхсээр нэвтрэх чадвараас хэмжээг ураг харилцан адилгүй гэмтэж болох учраас жирэмсэн үед даавар эмчилгээ хийхдээ үүнийг заавал бодолцоно.

Эрдэмтдийн судалгаанаас үзэхэд жирэмсний 2—4 долоо хоногт буюу үүнээс өмнө үр аялдаа зулбах тохиолдлын 30 гаруй хувь нь ургийн хромосомын гэж хөгжилтэй холбоотой байдаг. Харин энэ хугацаанд эхийн дааврын өөрчлөлт үр зулбахын шалтгаан болох нь ховор учраас ялангуяа шалтгаан нь тодорхойгүй үед тэр бүр эмчлэх хэрэггүй юм.

Жирэмсний хугацаанд даавар эмчилгээ хийх нь муу нөлөө үзүүлэхгүй гэсэн бодит нотолгоо байхгүй. Дааврын бэлдмэл урагт сөрөг нөлөөлсний үр дагавар олон жилийн дараа ч илэрч болно. Жирэмсэн эсэхийг тогтоох үүднээс олон жилийн турш диэтильбэстрол хэрэглэсээр байлаа. Энэ

бэлдмэлийг жирэмсний эхний үеэс 35 долоо хоног хүртэл эмчилгээний болон өсөгийлэх зорилгоор хэрэглэж байсан бөгөөд гагцхүү 36 жилийн дараа л энэ бэлдмэлийн хортой нь нотлогдсон. 1958 онд 1600 жирэмсэн эмэгтэйд ажиглалт хийсний эцэст диэтильбэстрол үр аяндаа зулбах, дутуу төрөхийн давтамжийг бууруулахгүй гэсэн дүгнэлт хийсэн боловч энэ бэлдмэлийг эх барихын практикт тухайлбал, манайд хэрэглэсээр л байна. Эхийн хэвлийд байхад нь диэтильбэстрол хэрэглээг охиод үтрээний өмөн үүсдэг нь нотлогджээ. Энэ өвчнөөр 18 хүртэлх насны охид дунджаар 0,14—1,4% өвчилнө. Уг өвчин хожуу оношлогдохоос гадна эмчилгээний үр дүн муутай. Судлаачдын бичсэнээр эхийн хэвлийд байхад диэтильбэстрол хэрэглэсэн охионы 35—80% нь умайн хуауу, үтрээний хөгжлийн гажигтай байжээ. Эдгээр охиод бэлэг эрхтэний хөгжлийн гажигтай холбоотой хожим үргүүдэх хүнд рэл олонтаа, умайн гадуурхи жирэмсэн 3—5 дахин, аяндаа зулбалт 2 дахин, дутуу төрөх 4 дахин тохиолддог ажээ.

Энэ хүйстэй урагт төдийгүй эр хүйсэнд ч гэсэн диэтильбэстрол ноцтой нөлөөлнө. Эхийн хэвлийд байхдаа диэтильбэстролээр эмчилсэн хөгүүдийн дотор тамсегний хөгжил дутмаг, асмак (криоторхизм), шээсний сувгийн гажиг (гипоспади), үрийн хураагуур өргөсөх (варикоцеле) зэрэг гажигтай хүүхэд цөөнгүй. Эдгээр өвчтөний дотор үргүүдэл, дархлааны тогтолцооны эмгэгтэй эмчүүд нэлээд бий.

Прогестерон эм хүйстэй урагт эрхний шинж өгч болохыг аль хэдийнээ нотлосон билээ. Прогестинууд, норколут зэрэг даавар эрших шинж өгдөг учраас эх барихын практикт хэрэглэхгүй болжээ.

Эдүгээ эх барихын практикт алилэстренолыг (гуринал) өргөн хэрэглэж байгаа боловч эмчилгээний үр дүн, эцсийн үр дагаврын талаар судалгаа шинжилгээ одоо хэр үгүй ч хэдэн жилийн дараа диэтильбэстролтой адил юм болохыг хэн ч үгүйсгэхгүй.

Дээр дурдсанаас үзвэл жирэмсэн үед дааврын бэлдмэлийг тэр бүр хэрэглэх шаардлагагүй, харин эмийн биед эмчилгээ, тухайлбал хэвтрийн дэглэм, физик эмчилгээ, сэтгэл-засал, зүү эмчилгээг өргөн хэрэглэвэл үр дүнтэй.

Эмийн бэлдмэл, тэр тусмаа дааврыг тодорхой заалтаар, нэн бага тунгтаар хэрэглэнэ.

Аяндаа зулбадаг жирэмсэн эмэгтэйд зулбах шинж илрэхээс өмнө эмчилгээ эхэлж зохих хугацаанд хэвтрийн дэглэм сахилбал эхэс зөв үүсч ураг хэвийн өсөх нөхцөл бүрдэнэ.

Жирэмсний эхний гурван сард үр зулбах шалтгаанаас хамаарахгүй бүрдмэл эмчилгээ хийнэ. Үүнд:

1). Кэвтрийн дэглэм. 2). сэтгэл-засал, тайвшруулах эм хотойн ханд (15,0—200,0) хоолны халбагаар өдөрт 3 удаа уулгах, бамбайн ханд (20,0:200,0) хоолны халбагаар өдөрт 3 удаа уулгах, триоксозин 0,3 г-аар өдөрт 2—3 удаа, тазепам 0,01 г-аар өдөрт 2 удаа, седуксин 0,005 г-аар өдөрт 1—2 удаа тус тус уулгана. Жирэмсэн эмэгтэйд тайван байх боломж бүрдүүлж, хийж байгаа эмчилгээнд итгэл төрүүлэх нь чухал юм. 3). Агчил арилгах эмчилгээ: но-шла 0,04 г-аар өдөрт 3 удаа уулгах, папаверин гидрохлоридтой (0,02г) лаг өдөрт 3—4 удаа хэрэглэж өвдсөн үед но-шла 2 мл-ээр өдөрт 2—3 удаа, стралгин 2 мл-ээр булчинд нэг удаа тарина.

4). Зулбах гэж буйн шалтгаан дааврын үзүүлэлт, жирэмсний хугацаа зэргийг харгалзан хүн бүрт тохирсон тунг сонгож, эмгэгжамд үндэслэсэн даавар эмчилгээг эмнэлзүйн ба лабораторийн хяналтад хийнэ.

5. Эмийн бус эмчилгээний зүү рефлекс эмчилгээ хийх, хамрын хөндийгөөр гальванизаци хийх, цахилгаан мэдээгүйжүүлэг зэрэг хэлбэрийн эмчилгээ нэн үр дүнтэй.

Бэлэг эрхтэний дутуу хөгжил өндгөвчийн дутмаг ажиллагаа, умайн хөгжлийн гажиг зэргээс үүдэн, умайн хэмжээ, жирэмсний хугацаанд тохирохгүй байх, цэцмэнгийн гонадотропны (ЦГ) түвшин бага, эхэс үүсэх явц (умайн доод хэсэг) цаславчинд ойрхон гэх мэт) удаалирсан нөхцөлд л зулбаж зуршсан эмэгтэйд даавар эмчилгээ хийнэ. Даавар эмчилгээг жирэмсний 5 долоо хоногтойгоос эхлэн их тунг тунгаар, тухайлбал микрофоллиныг 0,0125 юмуу эсвэл 0,025 мг-аар (шахмалын 1/4 буюу 1/2) өдөрт нэг удаа жирэмсний 7 долоо хоногос микрофоллиныг нэмж, туринал 5 мг-аар өдөрт 1—2 удаа уулгана. Цэцмэнгийн гонадотропны ялгарал бага байвал ЦГ—750—1000 нэгж тунгаар долоо хоногт 2 удаа булчинд тарина.

Тухайн эмэгтэйн дааврын үзүүлэлтийг харгалзан бэлдмэлийн тунг тохируулна. Хэрэв «өмийн нягтралын» заалт өндөрчсөн, умайн хүзүүний сувагт сална ихэссэн байвал эстрогены тунг багасга буюу геотегений тунг ихэсгэнэ. Умайн томролт жирэмсний хугаанаатайгаа тохирохгүй үтрээн хана хуурайшсан байвал эстроген эмчилгээг эрчимжүүлнэ.

Дутуу гөрдөг эмэгтэйд жирэмсний 15—16 долоо хоног хүртэл даавар эмчилгээг үргэлжлүүлэн хийнэ. Жирэмсний 9—10 долоо хоногтойгоос микрофоллин, 15—16 долоо хоногтой туриналыг хэрэглэхгүй. Туриналын оронд өдөр бүр 0,1%-ийн 1 мл прогестероныг булчинд нийтдээ 10 удаа таринад, дараа нь 12,5%-ийн 2 мл оксипрогестерон капронатыг 10 өдөрт 1. бүгд 3—4 удаа тарих аргад шилжүүлж болно.

Гарцаагүй зулбалтыг эмнэлзүйн зураглалтай уялдуулж богино үйлчилгээтэй туринал болон түүнтэй адил бэлдмэл хэрэглэхэд сайн үр дүн өгнө.

Даавар эмчилгээний хугацаа, тунг багасгах зорилгоор цахилгаан мэдээгүйжүү-

рэг, хамрын хөндийгээ гальванизаци хийж эмчилгээ хавсран хийнэ.

Жирэмсний 5—10 долоо хоногтой дусархаг ялгадас гарвал эстрогеноор цус тогтоох эмчилгээг доорхи аргаар хийнэ. Үүнд: 0,1%-ийн эстрадиол дипропионатын 1 мл уусмалыг эхний хоногт 3 удаа (8 цагаар), хоёр дахь хоногт 2 удаа, гурав дахь хоногт 1 удаа булчинд таринад, дараа нь микрофоллины юмуу хавсарсан даавар эмчилгээнд шилжүүлж болно. Үр зулбаж болзошгүй эмэгтэйд эстрогены эмчилгээний зэрэгцээ агчил арилгах, тухайлбал но-шла 2 мл-ээр өдөрт 3—4 удаа юмуу эсвэл баралгиний 2 мл-ээр өдөрт 2 удаа булчинд тарина. Мөн Е—амин хүчил, этамзилат (дицинон), Е витамин хэрэглэж болно.

Эстрогенууд судасны нэвчилтийг багасгаж агчлыг арилган, умай-эхсийн цусны эргэлтийг сайжруулж, хялгасан судасны даралт буурч, дусархаг ялгадас зогсоно. Эстрогенууд умайн энзимийн явцыг эрчимжүүлэн, авуурын аппаратын мэдрэмтгий чанарыг ихэсгэж, трофобласт ялгаруулах идэвхийг нэмэгдүүлсний дүнд прогестерон хэвийн хэмжээнд ялгарна. Прогестерон эстрогенуудын парасимпатик үйлчилгээг бууруулснаар окситолиназ ферментийн задрах явц зогсож улмаар умайн цочролыг багасгаж, прогестероны нөлөөгөөр умайн салстын тэжээлэг чанар сайжирна. Цэцмэнгийн гонадотропны нь шар биеийн үйл ажиллагаа, стероид дааврын ялгарлыг эрчимжүүлж, умайн булчинд үйлчилж түүний агчыг сулруулна.

Ийнхүү дааврын хавсарсан эмчилгээ нь тухайн эмэгтэйн эхэс хэлбэрээ олж, жирэмсний явц хэвийн байх нөхцөлийг бүрдүүлнэ. Ураг-эхенийн ажиллагааны дутмагшдаас сэргийлэхийн тулд 40%-ийн 20 мл глюкозыг 50 мг кокарбоксилаз, 3%-ийн 2 мл аскорбины хүчилтэй хольж өдөр 1 удаа венний судсанд бүгд 10 хоног тарина. Мөн теоникол 0,15 г-аар өдөрт 3 удаа, нийтдээ нэг сар уулгаж, хүчилтөрөгчөөр эмчилнэ.

Бөөрний даавар булчирхайнаас андроген даавар их ялгарсантай холбоотой зулбах гээд байгаа нөхцөлд глюкокортиконд даавраар (дексаметазон, преднизолон) эмчилнэ. Эмчилгээг хүхэд оноогүй үеэс эхэлнэ. 17-кетостероидууд (17—КС) ялгарах байдлаас дааврын тунг хүн бүрт өвөрмөц сонгож авна. Глюкокортиконд даавар эмчилгээ хийснээр эм эс гадагшилна. Дeksаметазоны нөлөөг 17—КС хэвийн ялгарна. Жирэмсэн үед 17—КС их ялгарсан атлаа зулбах шинж мэдэгдэхгүй байсан ч дексаметазон 0,5 мг юмуу эсвэл 0,375 мг-аар (нэг шахмалын 3/4) кетостероид хэвийн хэмжээнд ортол уулгаад цаашид тунг 0,125 мг (шахмалын 1/4) хүртэл заажмаар багасгана. Андроген хэт ихэсэх шинж илрээгүй байхад 17—КС нэг удаа ихэсэх нь глюкокортикоидоор эмчлэх үлдэс болохгүй. Харин 2—3 хоногийн дараа дэхин шинжлэхэд шээсэнд кетостероид ихэсвэл даавар эмчилгээ хийнэ.

Андроген хэт ихэссэн өвчтөнд Е витамин, прогестероноор эмчилж болохгүй. Өндгөвчийн ажиллагаа мэдэгдэхүйц хямарч



бөөрний дайвар булчирхайны андроген хэт ихэссэн өвчтөнд дексаметазоныг (преднизолон) микрофоллинтой (0,0125—0,025 мг) хавсруулан хэрэглэж болно. Прогестерон дутсны шинж илэрвэл туриналыг 5 мг-аар өдөрт 1—2 удаа уулгана.

Андроген хэт ихэссэн эмэгтэйн жирэмсний 17, 20, 28 долоо хоногт кетостериодын ялгарлыг заавал шинжилнэ. Жирэмсний дээрх хугацаанд ургийн өнчин тархи, бөөрний дайвар булчирхай дааврууд ялгаруулж эхэлдэгтэй холбогдож 17—КС ихэснэ. Ийнхүү дурдсан хугацаанд андроген хэт ихсэх эмгэг сэдэрч болно. Жирэмсний дээрх хугацаанд шаардлагатай бол глюкокортикоидын тунг нэмэгдүүлнэ. Хэрэв адрен-бэлгийн хамшинжийг хүүхэд олохоос нь өмнө тогтоосон бол жирэмсэн үед глюкокортикоидоор эмчилнэ. Ийм өвчтөнд эмчилгээ зогсоомогц, дутаж байгаа глюкокортикоид нь ургийн бөөрний дайвар булчирхайн холтослогоос ялгарах даавраар нөхөгдөнө. Үүнээс болоод ургийн бөөрний дайвар булчирхайн холтослог томорч нярайлах мөчид уг булчирхайн ажиллагаа хэт хомсдоно. Жирэмсний хугацаанд далд хэлбэрийн андроген хэт ихэсвэл ургийн бөөрний дайвар булчирхай үйл ажиллагааг дарангуйлахгүйн тулд жирэмс-

ний 32—33 долоо хоногтөнд эмчилгээг зогсооно. Даавар эмчилгээтэй зэрэгцүүлэн агчил арилгах, ураг-эхсийн ажиллагааны дутмагшлаас сэргийлэхэд чиглэсэн (глюкоз, кокарбоксилаз, теоникола) эмчилгээ хийнэ. Харин зүү-рефлекс эмчилгээ, хүчинтөрөгчөөр хэт хангах аливаа үйлдэл нь бөөрний дайвар булчирхайн ажиллагааг идэвхжүүлж улмаар 17—КС-ын ялгарлыг ихэсгэдэг учраас эмчилгээг болгоомжтой хийх шаардлагатай.

Умайн будчингийн хоргүй хавдартай өвчтөнд эстрогены эмчилгээ хийж болохгүй. Жирэмсний 16 долоо хоног хүртэл туриналыг 5 мг-аар өдөрт 2—4 удаа уулгахад нэн ашигтай. Эстроген хэт ихэсэний шинж илэрсэн үед (умайн агчил ихэссэн, салиархаг ялгадас элбэгшсэн) туриналын тунг өдөрт 20—30 мг хүртэл нэмэгдүүлж 12,5%-ийн 2 мл оксипрогестерон капрона-тыг 6—10 өдөрт 1 удаа тарьж болно. Умайн будчингийн хоргүй хавдартай жирэмсэн эмэгтэй зулбах гээд байвал туриналаар 24 долоо хоног хүртэл эмчилнэ. Туриналтай зэрэгцүүлж агчил арилгах бэлдмэл, эмийн бус эмчилгээний арга (магни, цахиураан эмчилгээ, зүү-рефлекс эмчилгээ) хэрэглэхийн хамт ураг эхсийн ажиллагааны дутмагшлаас сэргийлэх арга хэмжээг тууштай авна.

Анагаах ухааны дэд эрдэмтэн Б. ЖАВ

Редакцид ирсэн 1989 —01—12

## СЕМИНАР БОЛОВ

Эрүүлийг хамгаалах яам, ДЭХБ-ын Зүүн Өмнөт азийн бүсийн хороотой хамтран «Эрүүлийг хамгаалахын эдийн засгийн үндэсний семинар» зохиов. Зөвлөлтөнд БНМАУ-ын Эрүүлийг хамгаалах яамны сайд «БНМАУ-ын Эрүүлийг хамгаалахын орчин үеийн байдал, хэтийн төлөв» ДЭХБ-ын зөвлөх, Английн эдийн засгийн дээд сургуулийн багш, профессор Б. Абель-Смит «Нийгмийн янз бүрийн байгуулалттай орнуудын эрүүлийг хамгаалах, эдийн засгийн асуудал», ВНПАУ-ын ЭХЯ-ны эдийн засгийн газрын дарга доктор Ч. Высоцкий «ВНПАУ-ын эрүүлийг хамгаалах салбарын эдийн засгийн өөрчлөн байгуулалтын зарим үр дүн, түүнийг БНМАУ-ын эрүүлийг хамгаалах салбарт хэрэгжүүлэх боломж», ЗХУ-ын эмч нарын мэргэжил дээшлүүлэх институтын ахлах багш доктор Т. Лященко, «ЗХУ-ын эрүүлийг хамгаалах салбар дахь өөрчлөн байгуулалтын зарим үр дүн, БНМАУ-ын эрүүлийг хамгаалах практикт хэрэгжүүлэх боломж» зэрэг сэдвээр мэдээлэл хийж, ЭХЯ-ны орлогч сайд, газар хэлтсийн дарга, мэргэжилтнүүд Эрүүлийг хамгаалахын эдийн засгийн асуудлаар олон сонирхолтой илтгэл тавьж хэлэлцүүлэв.

Семинарт МАХН-ын Төв Хорооны эдийн засаг-нийгмийн хэлтсийн тасгийн дарга Баарай, ажилтан Б. Аюуш, Улсын төлөвлөгөө, эдийн засгийн хорооны хэлтсийн дарга Д. Гэндэнсүрэн, ЭХЯ-ны нэгдүгээр орлогч сайд Ш. Жигжидсүрэн, орлогч сайд П. Нямдаваа, Д. Мөнхөө, газрын дарга Г. Зуунай болон хот, хөдөөгийн Эрүүлийг хамгаалах газрын дарга, орлогч дарга, эдийн засагчид, ня-бо, санхүүгийн ажилтан нар оролцов.

Семинарт оролцогчид эрүүлийг хамгаалахын эдийн засгийн орчин үеийн тулгамдсан асуудлуудыг өргөн хүрээтэй хэлэлцэж санал бодлоо, амлынхаа туршлагыг харилцан солилцов.

**ЭМЧИЛГЭЭНИЙ ЧАНАР, ЭДИЙН ЗАСГИЙН ҮР АШГИЙГ ДЭЭШЛҮҮЛЭХ АСУУДАЛД**

Улс орны эдийн засаг, нийгмийн хөгжлийн өнөөгийн шатанд хүн амд үзүүлэх эмчлэн сэргийлэх тусламжийг улам эрчимжүүлж, хүртээмж чанарыг дээшлүүлэх, удирдлагын эдийн засгийн аргыг нэвтрүүлж, төлөвлөлт аж адууны механизмыг төгөрдөөржүүлэх шаардлага зүй ёсоор урган гарч байна.

Бид стационараар үзүүлэх эмчлэн сэргийлэх тусламжийн одоогийн байдалд дүгнэлт хийж, эдийн засгийн үр ашигтай ажиллагааг бий болгож чадвал олон чухал асуудлыг шийдвэрлэх боломж бүрдэнэ.

Стационар нь онош, эмчилгээний нарийн төвөгтэй үйлдэл шаардлагатай хүнд өвчтөнийг амьдрал адууны хэвчин орчноос нь тусгаарлан эмчлэн сэргийлэх тусламж үзүүлэх өндөр өртөгтэй эмнэлгийн тусламжийн суурин хэлбэр юм.

ДЭХБ хүн амын эмнэлгийн тусламжийн орны хангамжийг түвшинг тогтооход дараах шалгуурыг мөрдөхөөр баталжээ. Үүнд:

— 10000 хүн 40 хүрэхгүй ор ногдож байвал доод түвшин

— 10000 хүнд 40—70 хүртэл ор ногдож байвал дунд зэргийн түвшин

— 10000 хүнд 70—100 хүртэл ор ногдож байвал өндөр түвшин

— 10000 хүнд 100-ба түүнээс дээш ор ногдож байвал хэт өндөр түвшин гэсэн 4 шатлал тогтоосон байна.

ДЭХБ-ын тооцоолон гаргаснаар хөгжиж байгаа орнуудад 10000 хүнд 1,7—2 ор ногдог бол эдийн засгийн өндөр хөгжилтэй орнуудад 130—140 ор ногдож байгаа юм.

Харин ихэнх социалист орнууд хүн амын эмнэлгийн орны хангамжаар өндөр, хэт өндөр хэмжээнд хүрч, зарим оронд орын нэмэх биш бууруулах чиглэл баримталж байна.

1986 оны байдлаар 10000 хүн амд БНБАУ-д 97,8; БНУАУ-д 91,8; БНСВУ-д 5,0; БНАГМ-д 102,0; БНКУ-д 63,0; БНМАУ-д 110; БНПАУ-д 69,7; ЗСБНХУ-д 130,0; БНСЧСУ-д 102,0 ор тус тус ногдож байгаа юм.

Манай оронд стационарий тусламж түргэн хурдацтай хөгжиж орчин үеийн өндөр хүчин чадалтай онош, эмчилгээний төлөг төхөөрөмж, онол практикийн өндөр түвшинд бэлтгэсэн эмч, ажилтнууд, эмнэлгийн төсөв хөрөнгийн нэлээд хэсэг түүнд төвлөрч, одоо хот хөдөөгийн 515 болонцод 23374 ор ажиллаж, улсын хэмжээгээр 10000 хүнд 1980 онд эмнэлгийн 81,0 ор, 1986 онд 108,0 ор, 1989 оны 1 дүгээр сарын 1-ний байдлаар 114,7 (115 ор) ногддог болж ДЭХБ-ын тогтоосон шатлалаар «хэт өндөр» түвшинд хүрч нэг оронд 87,4 хүн ногдох болдог.

Нэг өвчтөн дунджаар 12,9 хоног хэвтэн эмчлүүлэн боломжтой байна.

Эмнэлгийн ор 20 гаруй нарийн мэргэжлээр төрөлжиж нийт орны 30,1 хувийг хүүхдийн, 24,8 хувийг дотрын; 15,4 хувийг төрөх эмэгтэйчүүдийн; 8,4 хувийг халдвартын; 8,2 хувийг сүрьеэгийн; 6,6 хувийг мэс заслын; 4,0 хувийг арьс өнгөөн, 0,2 хувийг мэдрэлийн; 1,1 хувийг чих хамар хоолойн; 0,7 хувийг нудийн; 9,6 хувийг бусад мэргэжлийн, 0,12 хувийг мэргэжил заагдаагүй ор эзэлж, үндсэн нарийн мэргэжлийн орыг ихэвчлэн хөдөө орон нутагт, нарийн мэргэжлийн орыг аймгийн төв, хот районд, төрөлжсөн нарийн мэргэжлийн ор улсын чаартай эмнэлгүүдэд байрлаж байна.

Хэвтэн эмчлүүлэгсдийн зонхилох хэсэг нь амьсгалын эрхтэний, хүүхэд тээх, төрүүлэх, төрсний дараах хүндрэл, хоол боловсруулах эрхтэний, халдварт паразитын, шээс бэлэг эрхтэний өвчтэй хүмүүс байна.

Гэвч стационарын тусламжийн чанар, үр өгөөж нь манай орны эдийн засаг, нийгмийн амьдралын шинэчлэл, өөрчлөлтийн шаардлагааг хоцорч байна.

Аяагаар ухааны хүрээлэнгийн эрдэм шинжилгээний ажилтан Ц. Мухар, Н. Дашцэрэн нарын 1988—1989 онд Улаанбаатар хотын анхний төв эмнэлэг районы больницад хийсэн нэг өдрийн тооллогоор хэвтэн эмчлүүлэгсдийн 71,3 хувь аргаар өвчтэй, 14,5 хувь нь олон дахин хэвтдэг, 14,2 хувь нь поликлиник, өдрийн стационар, рашаан сувиллаар эмчлэх боломжтой хүмүүс хэвтэж байна. Үүнээс шалтгаалж орны өртөгт удааширч, хөдөлмөрчид ор хүлээж чирэгдэн, яаралтай тусламж авах өвчтөн хугацаа алдаж, стационарын тусламжид зарцуулах хөрөнгө төсвийг тэв бүр зохистой зарцуулахгүй байна. Стационарын хүчин чадлыг харгалзахгүйгээр ор нийэгдүүлдгээс нэг ор байрлуулэх талбайд 1,5—2 ор тавьж, нэг оронд 3—3,5 м² талбай ногдож, эмчлүүлэгчдийн тав тух алдагдаж эмнэлгийн дотоод халдвараас сэргийлэх дэглэмийг зөрчиж өвчтөнийг эмчлэх хугацаа уртсаж, эмчилгээний зардал өсөх явдал байна.

Б. Дэмбэрэл, И. Ядамсүрэн нар Улаанбаатар хот дахь улс, хот, районы үйлчилгээтэй таван клиник Өвөрхангай аймгийн нэгдсэн эмнэлэг, Хөвсгөл аймгийн сум дунд сумын 21 эмнэлгийн үйл ажиллагаанд эдийн засгийн судалгаа хийж, хэвтүүлэн эмчлэх нэг ор, нэг ор хоногийн өртгийг тодорхойлсноор нэг орны төсвийн зарлага ЗХУ-ынхаас 2,9—4,8 дахин бага, манай орны 2000 оны нэг эмнэлгийн нэг орны төсвийн зарлага ЗХУ-ын мөн үеийн эмнэлгийн төсөвт өртөгтэй харьцуулахад 9,1—14,6 дахин бага байх төлөвтэй гэсэн дүгнэлт хийжээ.

Стационарын орны төрөлжүүлэлт, байршлын харьцааг зөв тогтоох хэрэгтэй. Судалгаанаас үзвэл төрөх эмэгтэйчүүд, дотор, хүүхэд чих, хамар хоолой, мэдрэл,

сүрьеэ, арьс өнгөний ор нормативаас доогуур хангамжтай хүрэлцээ муу байна.

Өнгөрсөн оны тайлангаар нэг орны жилд ажилласан хоног улсын дүнгээр 1987 оныхоос өссөр нэмэгдэж 324-д хүрчээ. Сум дундын эмнэлгүүд Баян-Өлгий, Говь-Алтай, Дорноговь, Төв аймгуудад орны фонд ашиглалт 266,3—305,3 байгаа нь ихээхэн хангалтгүй үзүүлэлт учир эдгээр аймгуудад орны тоо, боловсон хүчний төлөвлөлтийг эргэж харах, сум дундын эмнэлгийн байршлыг 1989—1990 онд шийдвэрлэж нэлээд сум дундын нэгдсэн эмнэлгийн орыг цөөрүүлж сумынх нь эмнэлэг болгох шаардлагатай байгаа.

Стационарт эмчлүүлж байгаа өвчтөний дундаж ор хоног аймгийн дүнгээр 11,5, улсын дунджаар 12,9 байгаа нь хэвийн үзүүлэлт боловч Булган Хэнтий, Увс, Сүхбаатар аймгуудад 15,0—17,4 байгаа нь амбулаторийн тусламж хоцорч, эмч нарын мөдлөг мөргөжил дутмаг, онош, эмчилгээний дэвшилтэт арга нэвтрүүлээгүй, мэргэжлийн хяналт сул байгаатай холбоотой юм. Амбулатори, поликлиникийн тусламжийг өргөтгөн эмнэлэгт хэвтүүлэх өвчтөнийг сонгох, журмыг мөрдөж, хэвтүүлэх шаардлагагүй хүнийг амбулатори поликлиникоор эмчлэх, амралт сувилалд явуулах замаар орны эргэлтийг түргэтгэх, дундаж ор хоногийг цөөрүүлж стационарын эдийн засгийн үр ашгийг дээшлүүлэх боломж байна.

Халдвараас хамгаалах дэглэмийг сайжруулж, дотоод халдварыг бууруулбал орны эргэлт түргэсч мөс засал төрөх, хүүхэд, халдвартын тасгуудад ачаалал багасгаж болох байна.

Диспансерчлах ажлын чанарыг дээш-

лүүлж чадвал эрчимтэй эмчилгээ, сэхээн амьдруулах палат, тасагт зарцуулж буй төсөв хөрөнгийг хэмнэх боломж бас байна.

Эрүүл мэндийн шалтгаанаар жирэмслэхээс сэргийлэх шаардлагатай эмэгтэйчүүдийг диспансерчлах ажлын чанарыг сайжруулж чадвал мөс заслаар эмчлүүлэгсдийн 36,0 хувийг эзэлж буй үр хөндөх ажилбарыг бууруулж чадвал мөс заслын тасгийн орны ашиглалт ихээхэн сайжрах боломжтой.

Үйлдвэр, аж ахуйн газрын болон хувь хүний хариуцлагагүйгээс болж гарсан ахуйн өсөл гэмтлээс сэргийлж чадвал Гэмтэл согогийн эмнэлэгт зарцуулж буй төсвийг 70,0 хувиар хэмнэж, ийлдэст гепатитаас сэргийлэх ажлыг чанаржуулвал ийлдэст гепатитын улмаас хэвтэн эмчлүүлж буй 2500 хүнд зарцуулж буй олон зуун мянган төгрөгийн төсвийг урьдчилан сэргийлэх бусад ажилд зарцуулж болох юм.

Манай орны эдийн засгийн хөгжлийн гол чухал үзүүлэлтийг эдийн засгийн харилцан туслалцах зөвлөл (ЭЗХТЗ)-ийн гишүүн орнуудын түвшинтэй зэрэгцүүлж үзэхэд хөгжлөөрөө олон талаар хоцрогдож байгааг эмнэлгийн удирдах ажилтан, зохион байгуулагчид бид нар цөм мэдэрч байна. Ялангуяа МАХН-ын Төв Хорооны (1989 оны) V бүгд хурлаас хойш хүн бүр ажилдаа дүгнэлт хийж, шинэчлэл өөрчлөлтийг өөрөөсөө эхлэн шинэ сэтгэлгээ, шинэ арга барилаар ажиллах хүсэл эрмэлзэл дүүрэн байгаа өнөө үед стационарын тусламжийн байдлыг судлан, зохих дүгнэлт хийж ажиллах явдал чухлаар шаардагдаж байна.

ЭХЯ-ны нэгдүгээр орлогч сайд, доцент Ш. ЖИГЖИДСҮРЭН  
Эмчлэн сэргийлэх газрын дарга Т. БУЯН-ӨЛЗИЙ

## ЭРҮҮЛИЙГ ХАМГААЛАХЫН ТӨСӨВТ АЖ АХУЙН ТООЦОО

Эмнэлгийн техник, хэрэгсэл, эм, урвалж мөнгөн хөрөнгө зэрэг материалааг баазыг оновчтой ашиглах, ажиллагсадын бүтээлч идэвх, санаачилгыг өрнүүлэх замаар эмчилгээ, үйлчилгээний чанар, эцсийн үр дүнг дээшлүүлэхийн тулд эмнэлгийн байгууллагуудад төсөвт аж ахуйн тооцоо нэвтрүүлж байна. Төсөвт аж ахуйн тооцооны зарчмаар нэгдсэн, төрөлжсөн эмнэлэг, Арцун цэвэр халдвар судлалын станц, сумын эмнэлэг, их эмчийн салбар, ясли зэрэг 930 гаруй байгууллага ажиглахаар юм. Эрүүлийг хамгаалахад 1988 оны байдлаар улсын төсвийн зарлагын 7,8 хувь буюу 522,1 сая төгрөг зарцуулжээ Энэ нь урьд оны гүйцэтгэлээс 4,1 хувь өссөн байна.

Төсөвт аж ахуйн тооцоо гэдэг бол өнөөгийн өөрчлөлт, шинэчлэлтийн явцад үйлдвэрлэлийн бус хүрээнд үүссэн эдийн засгийн харилцааны систем, аж ахуйг эрхлэн хөтлөх шинэ арга мөн. Төсөвт аж ахуйн тооцоо нэвтрүүлэх гэдэг бол төсөвт аж ахуйн тооцооны зохион байгуулалтын үндсэн зарчмыг үйл ажиллагаандаа хэрэгжүүлэх явдал юм. Тогтоосон

эрх хэмжээний дотор аж ахуйн шуурхай бие даасан байдлыг хангах, зардлаа нөхөж хэмнэлттэй ажиллах, ажлын эцсийн үр дүнд материалаг урамшил хүртэх, хариуцлага хүлээх, нөөцийн ашиглалтын үр ашигт төгрөгөөр хяналт тавих явдлыг төсөвт аж ахуйн тооцооны зохион байгуулалтын үндсэн зарчим гэж үзэж байна.

Үүнийг эрүүлийг хамгаалах байгууллагад хэрэгжүүлэх арга замыг авч үзье.

1. Тогтоосон эрх хэмжээний дотор эрүүлийг хамгаалах байгууллагын аж ахуйн шуурхай бие даасан байдлыг яаж хангах вэ? Энэ зарчмыг хэрэгжүүлэхийн тулд нэгдүгээрт, эрүүлийг хамгаалахад мөрдөж буй бүх төрлийн хууль, тогтоомж, заавар, журмыг, хоёрдугаарт, удирдлага, төлөвлөлтийн арга барил, зохион байгуулалтыг байгууллагын бие даасан байдлыг хангах шаардлагатай нийцүүлэн өөрчлөн боловсронгуй болгох хэрэгтэй.

Анхан шатны байгууллагын эрхийг хэт хязгаарласан, тэдний бүтээлч идэвх, санаачлагыг ямар нэг хэмжээгээр боогдуул-

сан хууль, тогтоомж, заавар, журмын заалт цөөнгүй байгаа юм. Энэ нь байгууллагын аж ахуйн шуурхай бие даасан байдлыг алдагдуулж, дээрээс заалт, шийдвэр хүлээдэг идэвхгүй байдлыг бий болгожээ. Үүнийг арилгах зорилгоор улсын хэмжээгээр хууль тогтоомжийг боловсронгуй болгох ажлыг зориуд зохион байгуулан хийж байна. Байгууллага, хүмүүс, хууль тогтоомжийн чухам ямар заалт амьдралд нийцдэггүйг тодорхой жишээ, баримтаар гаргаж засч сайжруулах санаалаа дэвшүүлүүштэй байна. Чухам нийм санал нь хууль, тогтоомжийг байгууллагын аж ахуйн шуурхай бие даасан байдлыг хангахуйцаар боловсронгуй болгоход тус болно.

Дороос гарсан санаачлагыг дээд байгууллага нь анхаарахгүй бол хууль, тогтоомж зохих шаардлагын дагуу боловсронгуй болж чадахгүй. Иймд хууль тогтоомжийг боловсронгуй болгох ажлыг бүх шатны байгууллага, холбогдох албан хариуцлагатнууд онцгой анхаарах шаардлагатай.

Захиргааны арга ноёлж байсан үед бий болсон удирдлага, төлөвлөлтийн арга барил, зохион байгуулалт өнөөгийн шаардлагатай нийцэхгүй нь ойлгомжтой. Удирдах, төлөвлөх үүрэг, хариуцлага дээрээ хэт төслөрсөн нь анхан шатны байгууллагын эрхийг хязгаарлаж мөн л идэвхгүй байдалд хүргэжээ. Цаашид удирдлага, төлөвлөлтийг боловсронгуй болгохдоо төвлөрсөн төлөвлөгөөт удирдлагыг дунд болон анхан шатны байгууллагын бие даасан байдлыг хангахтай оновчтой хослуулахыг зорьж байна. Үүнтэй холбогдуулан хэтийн ба таван жил, жилийн төлөвлөгөө боловсруулах хянах, батлах, биелүүлэх үйл ажиллагаанд зарчмын нэлээд өөрчлөлт орж байна.

Салбарын үйл ажиллагааны эцсийн үр дүнг илүү тод илэрхийлэх, нийгмийн үйлдвэрлэлийн балане, зохистой тэнцвэрийг хангахад нөлөө үзүүлэх гол үзүүлэлтээр улсын төлөвлөгөө өгдөг боллоо. Эрүүлийг хамгаалах байгууллагад улсын төлөвлөгөөг больницын орны тоо, хүүхдийн хэсгийн тоо, хүний их эмчийн тоо, эмнэлгийн дунд мэргэжилтний тоо, яслид хамрагдах хүүхдийн тоо гэсэн үзүүлэлтээр өгөх болов. Ингэснээр байгууллагын бүтээлч идэвх, санаачлага, бие даасан байдалд саад болсон онцын хэрэгцээ шаардлаггүй олон үзүүлэлтээр төлөвлөгөө өгдөг дутагдал үндсэндээ ариллаа.

Улсын төлөвлөгөө, аж ахуйн гэрээ, дээд байгууллагаас тогтоосон эдийн засгийн норм, норматив, лимитийг үндэслэн байгууллагууд төлөвлөгөө, төсвөө өөрсдөө бие даан боловсруулан баталж, хэрэгжүүлдэг боллоо. Тогтвортой мөрдөх эдийн засгийн норм, норматив, лимитийг өргөн хэрэглэх болсноор хүрсэн түвшингээс төлөвлөх, төлөвлөлтөд субъектив хандлага гаргах муу зуршлаас салж, төлөвлөгөөний үндэслэл сайжирч байна. Удаан хугацаанд тогтвортой мөрдөх эдийн засгийн норм, норматив, лимитийг салбарын онцлогтой нягт уялдаатай тогтоох учиртай. Эмнэл-

гийн зардлын нэг хэсэг нь түүний үйл ажиллагаанаас шууд хамааран өсч, буурч байхад, нөгөө хэсэг нь ямар ч хамааралгүй тогтмол байгаа юм. Хувьсч өөрчлөгддөг зардлын нэг хэсэг нь ор, ор хоногийн тооны өөрчлөлттэй холбоотой байхад, нөгөө хэсэг нь орон тооны өөрчлөлтөөс хамаарч байна. Үүнтэй уялдуулан эмнэлэгт тогтвортой мөрдөх зардлын лимит (үүнээс цалингийн фонд), нэг оронд ногдох хувьсах зардлын норм, эмнэлгийн дээд, дунд нэг мэргэжилтэнд ногдох хувьсах зардлын норм (үүнээс цалингийн фонд) гэсэн норм, норматив, лимит тогтоов. Эдгээр норм, лимитийн тусламжтайгаар эмнэлэгт төсвөөс олгох санхүүжилтийг тодорхойлно. Иймд норм, лимит тогтоох асуудлыг онцгой анхаарах хэрэгтэй.

Анхан шатны байгууллагын аж ахуйн шуурхай бие даасан байдал ямар байх нь удирдах дээд, дунд шатны байгууллагын ажлын арга барилаас ихээхэн хамаарна. Шалгах, хянах, удирдаж зохион байгуулах нэрээр дээрээс доод байгууллагын дотоод хэрэгт хэт оролцох, тогтоосноос өөр төрлийн элдэв мэдээ, тайлан судалгаа шаардаж бичиг цаастай зууралдуулдаг хуучин арга барилаас шийдвэртэй салмаар байна. Ийм байдалд хүргэдэг нэг шалтгаан нь анхан шатны байгууллагын ажлын дутагдлыг харъяалах дээд, дунд шатны байгууллагын ажилд хэт хамааруулдагтай холбоотой болов уу. Шат шатандаа ажлынхаа эцсийн үр дүнг бүрэн хариуцдаг хариуцлагыг өндөржүүлдэг, ардчилал ил тод байдлыг зохих хэм хэмжээнд хөгжүүлэх нь байгууллагын бие даасан байдлыг хангахад чухал нөлөө үзүүлнэ.

2. Зардлаа ямар эх үүсвэрээр нөхөж, яаж хэмнэлттэй ажиллах вэ? Төсөвт аж ахуйн тооцооны нөхцөлд эрүүлийг хамгаалах байгууллагын зардлыг нөхөх үндсэн эх үүсвэр нь урьдын адил улс, орон, нутгийн төсвөөс олгосон санхүүжилт байх болно. Үүний зэрэгцээгээр бололцоотой зарим ажил, үйлчилгээг төлбөртэй болгох, юмаар юм хийх, нөөц бололцоогоо дайчлан ашиглах замаар олсон орлого нь зардал нөхөх нэг чухал эх үүсвэр байх юм.

Төсвийн санхүүжилт урьдын адил зардал их гарвал их, бага гарвал бага болохгүй. Харин гүйцэтгэсэн ажил үйлчилгээнээс шууд хамаарч, нормчлогдсон шинжтэй болно. Өөрөөр хэлбэл гүйцэтгэсэн ажил, үйлчилгээнд норм ёсоор олгох санхүүжилтийг өөрчлөхгүй. Энэ зарчмаас үндэслэн эмнэлэгт олгох төлөвлөгөөт болон гүйцэтгэлийн санхүүжилтийг дараах томъёогоор тодорхойлж байна.

$$Z = L + O \times H_1 + M \times H_2$$

Z — Нийт зардлын лимит буюу төсвийн санхүүжилт

L — Тогтвортой мөрдөх зардлын лимит

O — Эмнэлгийн орны тоо

H<sub>1</sub> — Нэг оронд ногдох хувьсах зардлын норм

M — Эмнэлгийн дээд, дунд мэргэжилтний тоо

H<sub>2</sub> — Эмнэлгийн дээд, дунд нэг мэргэжилтэнд ногдох хувьсах зардлын норм.

Дээрх аргачлалаар тооцсон төсвийн санхүүжилт эмнэлэгт өгч байгаа улсын төлөвлөгөөний үзүүлэлттэй уялдаж байгаа боловч эмнэлгийн үйл ажиллагааны эцсийн үр дүнтэй холбоогүй байгаа юм. Төсвийн санхүүжилт, эрүүлйг хамгаалахад ягц байгаа улсын төлөвлөгөөний үзүүлэлтийг эмнэлгийн үйл ажиллагааны эцсийн үр дүнтэй яаж холбох вэ гэдгийг цаашид бодуштай.

Эрүүлийг хамгаалах салбарт бололцоотой зарим ажил, үйлчилгээг төлбөртэй болгох, юмаар юм хийх, нөөц бололцоо дайчлан ашиглах арга зам янз бүр байх нь мэдээж. Хамгийн гол нь ийм идэвх санаачилгыг яаж зөв өрнүүлэх вэ гэдгийг сайтар тунгаан бодож ухаалаг шийдэх хэрэгтэй билээ. Төсвийн гадуурх хөрөнгийн зарлагаас давсан орлогын 50 хувийг төсөвт оруулдаг байсныг болиулж өөрт нь үлдээдэг болов. Одоо ямар л орлого олно түүнийгээ байгууллага өөрөө бүрэн мэдэж зарцуулна. Энэ бол нөөц бололцоо илрүүлэн ашиглах таатай нөхцөлийг бүрдүүлж байна.

3. Ажлын эцсийн үр дүнгээс хамаарсан материаллаг урамшил, хариуцлага ямар байх вэ? Ажил сайтай төсөвт байгууллагыг урамшуулах зорилгоор байгууллагын фонд байгуулдаг болно. Байгууллагын фондын эх үүсвэр нь төсвийн санхүүжилтийн бодит хэмнэлт, төсвийн гадуурх хөвөнгийн зарлагаас давсан орлого болно. Байгууллагын фондын хөрөнгийг эмч, ажилчдын ахуй соёлын нөөцийг сайжруулах, цалин нэмэх, шагнал урамшил, нэг удаагийн буцалтгүй тэтгэмж олгох, байгууллагын материаллаг баазыг бэхжүүлэхэд зарцуулна. Аливаа нөөцийг арвин хямгаач, үр дүнтэй ашиглах сонирхлыг байгууллагад төдийгүй эрүүлийг хамгаалахын ажилтан нэг бүрт төрүүдэх нь чухал.

Ардчилал ил тод байдлын нөхцөлд хамт олон, хүн нэг бүрийн ажлыг шударга үнэлж дүгнэх, түүнтэй цалин, шагнал, хариуцлагыг холбоход тодорхой үр дүн гарах нь зайлшгүй. Байгууллагын удирдлага ажилчин, албан хаагчдынхаа цалин, хөлийг ажлын үр дүнгээс хамааруулан 30 хүртэл хувиар нэмж, хасч байх эрхтэй болно. Хүн бүрийн ажлын үр дүнг үнэлж, дүгнэх зарчим журам, шалгуур үзүүлэлтийг тогтоож хэрэглэмээр байна. Чухам энд л асуудлын гол зангилаа байх шиг байна. Гэтэл манай ихэнх байгууллага үүнийг төдийлөн анзаардаггүй нь зохисгүй юм.

Хот, хөдөөгийн нэлээд эмнэлгүүд хөдөлмөр зохион байгуулалт урамшууллын бригадын хэлбэрийг нэвтрүүлж байна. Гэтэл үүнийг ажил сайжруулах, сайн ажилласан хүнийг урамшуулах хэрэгсэл болгож чадахгүй байна. Харин орон тоо дутуу ажилласнаас хэмнэгдсэн цалингийн фондыг нийтээрээ хувааж авах арга болгожээ. Заавар нь ч боловсронгуй бус байна. Үүнийг өөрчилж ажлын чанар, үр

дүнг дээшлүүлэх механизм болгох хэрэгтэй юм.

Төсвийн санхүүжилт, байгууллагын фонд, төсвийн гадуурх хөрөнгө зэрэг нийт эх үүсвэрээсээ зардлаа хэтрүүлбэл түүнийг нөхөх эх үүсвэрийг байгууллага өөрөө олох ёстой. Энэ бол төсөвт аж ахуйн тооцоонд шилжсэн байгууллагын хүлээх материалын гол хариуцлага юм. Эмнэлгийн тухайд энэ талаар уян хатан хандах шаардлагатай гэсэн санал нэлээд гарч байна. Саналын гол нь эмийн зардал эмнэлгийн өөрийн үйл ажиллагаанаас хамаарахгүй гэдэгт байгаа юм. Эмийн зардалд уян хатан хандах нь зүйн хэрэг. Гэхдээ эмийн зарцуулалтад тавих хяналтыг сулруулахгүйгээр асуудлыг хамгийн оновчтой шийдвэрлэх арга замыг эрж сүвэгчлэх хэрэгтэй. Материалын хариуцлагыг зөвхөн байгууллага төдийгүй гэм буруутай ажилтан ч хүлээх ёстойг анхаарах хэрэгтэй.

4. Нөөцийн ашиглалтын үр ашигт яаж хяналт тавих вэ? Байгууллага хяналтыг хэрхэн зохион байгуулахыг өөрөө шийднэ. Гэхдээ хамт олон аливаа хяналтыг зохих ёсоор тавьж чаддаг учир уг ажлыг ийм боломж хангахаар зохион байгуулах нь зүйтэй.

Хяналт хэрэгжиж байгаагийн гол шалгуур нь хамт олны дунд гарах зардал, хүрэх үр дүнг тооцоолсны үндсэн дээр аливаа асуудлыг шийдвэрлэдэг уур амьсгал бүрдэж бий болох явдал мөн. Хүний эрүүл мэндийг сахин хамгаалахад гар татах хандлага гаргаж болохгүй нь ойлгомжтой. Гэхдээ үүгээр түрээ барьж хөрөнгөд үрэлгэн ханддаг үйлдэлтэй эвлэрэнгүй байж таарахгүй.

Хүн эмнэлгийн байгууллага хөрөнгө зарахад ухаалаг, уян хатан байх ёстой. Эмнэлэг төсөвт аж ахуйн тооцоонд шилжиж мөнгө хэмнэх сонирхолтой болноос эмийн зардлыг нарийлж өвчтөнийг олигтой эмчлэхгүй байна гэсэн явган яриа мэр сэр дуулах болжээ. Үнэхээр л ийм байгаа бол энэ яах аргагүй буруу. Эрүүлийг хамгаалахад зарцуулж буй бүх зардал бүхэлдээ хүний төлөө гэдгийг бүх шатны байгууллага хүмүүс ойлгох нь чухал.

Төсөвт аж ахуйн тооцоо нэвтрүүлэх ажил дөнгөж эхэлж байна. Улсын килиникийн төв эмнэлэг, Завхан, Дундговь аймгийн нэгдсэн эмнэлэг, Хэнтийн Бэрх сум дундын эмнэлэгт оны эхээс төсөвт аж ахуйн тооцоо нэвтрүүлэх ажлыг бид газар дээр нь зохион байгууллаа. Үүнээс үзэхэд болгоомжлоод байх зүйлгүй бөгөөд дэвшилттэй арга хэмжээ болох нь харагдаж байна.

Төсөвт аж ахуйн тооцоог үр дүнтэй нэвтрүүлэхийн тулд уг ажлыг зөв зохион байгуулж, хэрэгжилтийн явцад хяналт тавьж дэвшилттэй зүйлийг бататгах, илэрсэн дутагдлыг цаг алдалгүй засч залруулж байх явдал чухал билээ.

Энэ ажилд хэр бүтээлч хантар гэдгээс эцсийн үр дүн ихээхэн хамаарна.

Сангийн яамны хэлтсийн дарга С. МАХВАЛ

## ХҮҮХДИЙН ЭМНЭЛГИЙН ЭРЧИМТ ЭМЧИЛГЭЭНИЙ ТУСЛАМЖ

ЗХУ-д сэхээн амьдруулах, эрчимт эмчилгээнд (САЭЭ) нутаг дэвсгэрийн 10000 хун ам тутамд 1 ор (3), хүүхдийн эмнэлгүүд орныхоо 3—5 хувьд (1), 1—2 хувь (2,3) байхаар төлөвлөж, нийт ср нь 6—10-аас багагүй, 15—18-аас илүүгүй (1,2,3,5) байвал ашигтай гэжээ.

Сэхээн амьдруулах, эрчимт эмчилгээний нэг ор тоног төхөөрөмжийнхөө хамт орчинд нь явж үйлчилгээ хийх боломжтой 15—20 м<sup>2</sup> (1,2,3) талбайтай, нэг өрөөнд 1—2 ортой (1), Агаар нь 50 хувь чийглэг, 22—23°C дулаантай, хоногт 3—4 удаа сэлгэлт хийж байх ёстой.

Энд өвчтөнийг мэргэжлийн эмчийн байнгын хяналтанд байлгаж, сэхээн амьдруулагч, мэдээ алдуулагч, хүүхдийн эмч, мэс засалч, мэдрэл, хамар хоолой, зүрх судасны болон бөөрний эмч нар өдөр бүр эмчилгээг зөвлөлдөн шийдвэрлэж, 2—4 хоног (2) эмчилнэ. Нэг эмчид 3—5 өвчтөн (1,5), 5—6 өвчтөнөөс ихгүй (2), нэг сувилагчид 2—3 өвчтөнөөс (1,5) ихгүй байхаар төлөвлөжээ.

САЭЭ-нд ажиллаж байгаа эмч нарын мэргэжлийг 2—3 жилд дээшлүүлж байх шаардлага гардаг ажээ.

Манай оронд САЭЭ-ний суурийг тависнаас хойш 10 гаруй жил болжээ (6,7). Тус эмнэлэг 1980 онд ашиглалтад орохдоо 120 ортой, үүнээс эрчимт эмчилгээний 3—5 ортой, нэг их эмчтэй ажиллаж эхэлсэн нь хүч чадал багатай байснаас онцгой хүндэрсэн цөөн өвчтөн хэвтдэг боловч сэхээн амьдруулах, эрчимт эмчилгээ шаардлагатай өвчтөн олонтаа ирдгээс шаардлага хангахгүй болсон билээ.

Бид энэ байдлаас гарахын тулд 1982 оноос эхэлж эрчимт эмчилгээний тусламжийг сэхээн амьдруулах тусламжинд ойртуулах, бүх хүнд өвчтөнийг авч эмчлэх, эмчилгээнд шинэлэг, арга хэрэглэх зорилгоор эрчимт эмчилгээний орны тоог эмнэлгийн нийт орны 10 хувь болтол аажмаар өргөтгөн, энэ тасгаа түшиглэн дуран ажилбарын өрөөг байгуулж эхэлсэн юм. Эрчимт эмчилгээг өргөтгөхөд: эхлээд байрыг засварлан өөрчлөв. Үүний дүнд эрчимт эмчилгээ нь 15 ортой болж, бараг бүх хүнд өвчтөнийг авч эмчлэх байртай болж САЭЭ-нд онц шаардлагатай доорхи жижиг ажилбаруудаас эхлэн хийхээр төлөвлөсөн юм (4). Үүнд:

— Эгмэн доорхи венийн судсанд катетер тавьж эмчилгээ хийх

— Төвийн венийн даралтыг хялбарчилсан аргаар тодорхойлох (8)

— Цээжний хөндийн идээлэлтийг хос катетер тавьж эмчлэх (9)

— Антрумын хөндийд хатгалт хийх

— Амьсгалын зам бөглөрөх өвчнийг энгийн аргаас эхлэн дурандаж цөвэрлэх хүртэл шаардлагатай өусад ажилбаруудыг хийхээр төлөвлөсөн юм. Эдгээр ажлыг эмнэлгийн захиргаанаас анхаарч зохион байгуулалттай арга хэмжээ авч нөөц бололцоогоо ашиглан хийж эхлээд байна.

Эрчимт эмчилгээг өргөтгөх явдал амьдралд ашигтай болох нь харагдаж байгаа боловч үр дүн ямар хэмжээнд байгааг харахын тулд САЭЭ-ний үйл ажиллагаатай холбоотой урьдчилсан хэдэн тоон үзүүлэлтийг хүснэгтээр үзүүлэв.

1-р хүснэгт

Сэхээн амьдруулах эрчимт эмчилгээний үр ашгийн зарим үзүүлэлт

№	Онууд	1981	1982	1983	1984	1985	1986
1	Үзүүлэлтүүд						
1	Гүйцэтгэсэн ор-хоног	1593	1733	1929	2761	2583	3223
2	Бусад тасгаас шилжиж ирсэн өвчтөн	65	38	63	70	75	103
3	Эмчлүүлсэн өвчтөний дундаж тоо	448	452,5	571,5	517,5	987,5	860
4	Эл тасгийн дундаж ор-хоног	3,0	3,3	3,5	4,3	2,6	3,3
5	Нас баралт (%)	36,4	29,4	24,7	25,7	9,7	8,4
6	Хоног болоогүй нас баралт (%)	47,8	42,8	41,7	42,1	42,1	33,3
7	Эмнэлгийн нас баралт (%)	4,9	4,3	3,1	4,2	3,2	2,6
8	Хоног болоогүй нас баралт (%)	31,8	29,1	32,9	26,9	25,6	22,5
9	Оношийн зөрөө (%)	6,1	4,3	6,8	3,1	5,3	6,2
10	В. гепатит			16	27	22	16
11	САЭЭ-ний орны тоо	5	7	7	7	15	15

Ажиглалтаас үзэхэд сэхээн амьдруулах эрчимт эмчилгээний тасагт эмчлүүлсэн өвчтөний тоо, ор, хоног жил дараалан өссөн байтал уг тасгийн эндэгдэл түүний дотор хоног болоогүй эндэгдэл буурчээ.

— Харин энэ хугацаанд оношийн зөрөө буураагүй байгаа нь САЭЭ-нд ажиллаж байгаа эмч нарын мэдлэг, мэргэжлийг богино хугацаанд дээшлүүлэх явдал шаардлагатайг харуулж байна.

**Уг тасгийг өргөтгөн байгуулсны ач холбогдол нь:** Хүнд өвчтөний эмчилгээ үйлчилгээнд хүч, хөрөнгө төвлөрүүлэх бололцоотой болно.

— Хүнд өвчтөнийг туршлагатай эмч, сувилагч, асрагч нарын байнгын хяналтанд оруулна.

— Өвчтөнийг байнгын хяналтанд оруулснаар тэдэнтэй ажиллах, эмчилгээ хийх оновчтой цагийг уртасгаж эндэгдлийг бууруулахад нөлөөлнө.

— Халдвар хамгааллын дэглэмийг сайжруулах боломж дээшилж, эмнэлгийн дотоод халдварыг бууруулахад нөлөөлнө.

**Дүгнэлт:** 1. Хүүхдийн эмнэлэг, тасгуудын дэргэдэх эрчимтэй эмчилгээний тусламж нь эмчилгээ үйлчилгээний чанар үр ашгийг дээшлүүлэх өнөөгийн шаардлагыг хангахгүй байгаа (10) учир эрчимт эмчилгээг өргөтгөж САЭЭ-ний тусламжинд ойртуулах явдал чухал байна.

2. Эрчимт эмчилгээг өргөжүүлснээр, томуу, томуу төст өвчний дэгдэлт, гэдэсний хордлого ихэссэн үед хүндэрсэн тохиолдол бүрийг САЭЭ-нд бүрэн хамруулах бололцоотой болно.

3. Эл тасгийг шаардлагатай багаж төхөөрөмжөөр хангах, оношлогоо эмчилгээг цаг алдахгүй хийхэд туслах хурдавчилсан (экспресс) шинжилгээ хийх бололцоогоор хангах явдал чухал байна.

4. Мөн энэ тасагт сайтар мэргэжсэн эмч, сувилагчтай байлгах явдал нь нэгэнт хүнд байдалд орсон өвчтөнийг эмчилж,

эндэгдлийг бууруулах гол хүчин зүйлийн нэг учир нэг ээлжиндээ 2—3 эмч ажиллуулах явдал хэрэгтэй байна.

## АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. В.А. Михельсон, А.З. Маневич  
Осковы интенсивной терапии и реанимации в педиатрии. М., 1976
2. С.Я. Долежкий, В.В. Гавришцов, и др.  
Диагностика и лечение неотложных состояний у детей. М., 1977.
3. В.Л. Кассиль, М.Я. Руда — Руководство по интенсивной терапии. М., 1976.
4. Г.А. Баиров Неотложная хирургия детей. Л., 1973
5. В.А. Михельсон, Детская анестезиология и реаниматология. М., 1985.
6. Г. Данзан. Деятельность Республиканской детской клинической больницы за 30 лет. Материалы докладов научно-практической конференции по некоторым актуальным вопросам педиатрии, УБ., 1982.
7. Г. Түмэндэмбэрэл, Г. Буян-Өлзий, Эмчлэн сэргийлэх байгууллага, эмч нарын ажиллагааны дүрэм заавруудын эмхтгэл, УБ., 1979. х—163
8. Ж. Идэр Төвийн венийн даралтыг тодорхойлох хялбарчилсан арга. Анагаах ухаан., 1983, №4
9. Ж. Идэр. Цээжний хөндийд хос катетер тавих эмчилгээний арга. Анагаах ухаан., 1983, №3.
10. Г. Зуунай, Б. Дэмбэрэл. Эрүүлийг хамгаалах салбар дахь хөдөлмөрийн нөөцийн ашиглалт, эмч мэргэжилтний өгөөжийг сайжруулах зарим арга. Анагаах ухаан., 1987, №4.

*Б. Содномсүрэн, Ж. Идэр, Г. Батчимэг, О. Оюун*

Редакцид ирсэн 1989.04.22

## ГЭМТЭЛ СОГОГИЙН ҮЕД ҮЗҮҮЛЭХ ТУСЛАМЖИЙГ САЙЖРУУЛЪЯ

Манай улсад гэмтэл согогийн тусламжийг ерөнхий мэс заслын хэмжээнд үзүүлж байсан, одоо ч хөдөөд ихэнхдээ тийм байна. 1961 онд Улсын нэгдсэн нэгдүгээр эмнэлэгт гэмтэл согогийн тасаг нээгдэж улмаар 1976 оноос бие даасан больниц болон ажилласнаар нийслэлийн хөдөлмөрчдийг гэмтэл согогийн нарийн мэргэжлийн тусламжинд бүрэн хамарлаа гэж хэлж болно. Эмч нар ч олширч, эмчилгээний түвшин ч сайжирч байна. Харин зарим аймаг мэргэжлийн эмчтэй, зарим нь байхгүй, мэс заслын эмч гэмтлийн үед тусламж үзүүлж байна. Энд ажилд үйлчилгээний чанар, хариуцлагын ялгаа байдаг.

Хөдөөд төдийгүй төв сууринд гэмтэл согогийн үед үзүүлэх тусламжийн асуудлын талаар бид ажиллаж байгаа аймгийнхаа нөхцөл бололцоонд тулгуурлан өөрсдийн санал бодлоо, товч бичлээ. Төв аймагт

1980 оноос гэмтлийн кабинет 1 эмчтэй ажилласан. Энд аймгийн төв сумдаас ирсэн хүмүүсийг эмчлэх төв Улаанбаатар хотод эмчлүүлсэн хүмүүс ирж үзүүлж, тэдний эмчилгээг үргэлжлүүлэх, хөдөлмөр зохицуулалт хийх, гэмтлийн больницод явуулж онош тодруулах, эмчлүүлэх зэрэг үндсэн ажлыг гүйцэтгэж 6 ортой ажилладаг. Бид ихэвчлэн яаралтай тусламж үзүүлэх шаардлагатай хүмүүсийг авч эмчилдэг. Гэмтлийн кабинетэд ажлын цагаар шарх цэгцлэх, энгийн хугарал засах зэрэг гэмтлийн анхны тусламж үзүүлдэг. Ажлын бус болон амралтын цагаар бол нэгдсэн больницын хүлээн авахад эдгээр ажлыг гүйцэтгэдэг. Дежур эмч шаардлагатай гэж үзвэл мэргэжлийн эмч, гэмтлийн эмч байхгүй үед мэс заслын эмч дуудна. Хүлээн авахад шарх цэгцлэх багажтай байдаг. Уг кабинетдаа гэмтлийн

учир үзүүлэгсэдийг нэгтгэн бүртгэж товч судалгаа хийдэг.

Гэмтлийн шалтгаанаар сумдаас алсын дуудлага жилд дунджаар 65—80 удаа ирдгийн 45—55-д нь гэмтлийн, бусад нь өөр мэргэжлийн эмч тусламж үзүүлдэг. Заримд нь утсаар зөвлөлдөөн өгнө. Мэргэжлийн эмч амралттай буюу ажлаар явсан үед мэдээлэл, мэдрэлийн эмч дуудлаганд явна. Дуудлагад явсан цагийг ажлын өдөрт (8 цагийн) шилжүүлбэл 60—70 өдөр болох жишээтэй. Боломжгүй үед аймгийн төв, сум сангийн аж ахуйгаас Улаанбаатарт гэмтлийн больницод хүргэнэ. Тус аймгийн хувьд засмал зам дагуух сум сангийн аж ахуйгаас хотод шууд хүргүүлж эмчлүүлэх нь цөөнгүй.

Аймгийн нэгдсэн эмнэлгийн хүлээн авах болон гэмтлийн кабинетаар ирж үзүүлэгсэдийн тооноос үзэхэд элдэв гэмтэл 1988 оныг 1981 онтой харьцуулахад 2 дахин нэмэгдэв.

Бүртгэлийн маягт нь (журнал) гэмтлийн больницын хөтөлдөг маягтай адил болно. Ийм бүртгэлээр осол гэмтлийн наад захын судалгааг гаргах бүрэн боломжтой. Харин тухайн гэмтлийн шалтгаан нөхцөлийг бүрэн мэдэх боломжгүй. Жишээ нь: Осол гэмтлийн шалтгаан гэсэн асуултад машинтай явж байгаад осолдож гэмтсэн гэж бөглөхөөс, чухам машины тоормос муугаас зам хальтиргаатай байснаас, жолооч согтуугаас болов уу гэдэг тухайн нөхцөл байдлыг бичих боломжгүй. Харин энд бусад мэргэжлийн албатай хамтран судалбал жинхэнэ осол гарах нөхцөл шалтгаан тодорч дахин гарахаас сэргийлж багасгахад чиглэсэн ажил зохиож болно.

Тус аймаг 90 гаруй мянган хүнтэй, Зуунмод хотод 13 мянган хүн оршин суудаг. Тус хотод сүүлчийн гурван жилд (1986—1988 онд) жил бүр 900 гаруй хүн гэмтэж үзүүлсэн. Энэ нь 1000 хүнд 70 тохиолдол ногдож буй гэсэн үг. Гэмтэгсэдийн 25—30% нь сурагчид байлаа. Дээрхээс үзэхэд 13 мянган хүнтэй тус хотын хүн амын 6,9% нь гэмтэж өвчилжээ.

*ЗХУ-ын эмч нарын их хурал дээр Е. И. Чазов сайд илтгэлдээ: ЗХУ-д осолдээ 18,5 сая хүн осол гэмтлийн учир бүртгэгдсэн тухай онцлон тэмдэглэсэн. Энэ бол 280 сая хүний 6,6% нь юм.*

Манай аймагт жилд дунджаар 6000 орчим хүн гэмтэж байна гэж хэлж болно. Гагцхүү осол гэмтлийг бүрэн бүртгэн судлахгүй байгаа учир үнэн зөв тоо гарахгүй байна. Хөдөөд гэмтсэнээ хэнд ч хэлэхгүй дутуу тахир болсон хүн байх нь үзэгддэг. Суманд жил бүр бүртгэн судлаад анхаарч эмчлээд байвал ирж үзүүлэгсэд ч олширно. Жижиг осол гэмтлээс гарах хүндрэл ч багасна. Тухайн үедээ үзүүлж чадаагүй хэд хоногийн дараа үзүүлсэн хүнийг ч бүртгэлд авах нь зүйтэй. Эс тэгвэл завсардана.

Манай системийн жилийн эцсийн өвчлөлийн тайланд зөвхөн осол гэмтлийн учир хэвтэж эмчлүүлэгсдийн тоо, ор хоног, 0—1, 0—15 насны хэд гэсэн үзүүлэлтээр гаргаж, үүнээс зөвхөн хугарал, түлэгд-

лийн үзүүлэлтийг тусгасан, эмнэлгээс гадуур нас барагчдын тоо байдаггүй.

Гэмтлийн улмаас болон тулгуур эрхтөний төрөлхийн согогийн учир хөдөлмөрийн чадвар алдаж, группэд орж, дутуу тахир болох нь цөөнгүй. Энд идэр, залуу насны хүмүүс голлодог. Зуунмод хотод гэхэд сүүлийн гурван жилийн байдлаар осол гэмтлийн учир эмнэлгийн хуудас авч амбулаториор эмчлүүлэгсэд хөдөлмөрийн чадвар түр алдсан хоногийн тоогороодотрын хэсгийн дараа орж байна. Сурагчид эмнэлгийн хуудас авахгүйгээр акт авч хичээл сургуулиас олон хоног чөлөөлөгддөг. Бас эмнэлгийн хуудас авахгүй акттай байж байгаад цалингаа зохицоод авдаг хүмүүс ч байдаг. Энэ нь голдуу ажил, үйлдвэрлэлийн осолд өртөгсөд байдаг. Аймгийн хэмжээнд группэд байгаа хүмүүсийн 10% гаруй гэмтэл согогийн өвчин эзэлж байна.

Улсын хэмжээгээр хичнээн хүн гэмтэж, осол гэмтлээс хэдэн хүн нас барж, хэдэн хүн группэд байна вэ? Учир шалтгаан нь юу болох, хуруу, үе мөчөө тайруулсан хэд, ажил мэргэжлээ өөрчилсөн хүн хэд хичнээн байгаа нь мэдэгдэхгүй байна.

Үйлдвэрлэлийн ослыг ажлын, ажлын ослыг ажилд ирэх, буцах үед гарсан осол гэж акт гаргах тал гарсаар байгаа юм. Энэ байдал албан газрын эрх ашгийн үүднээс ургаж гарч байдаг. Зарим үйлдвэр албан байгууллага ослын актыг цаг хугацаанд нь гаргаж өгөхгүй эмч эмнэгийн байгууллага гаргадаг мэт ойлгож, хэн хэнийгээ чирэгдүүлэх явдал их байна.

Ийм байдлыг ҮЭ-ийн байгууллагатай хамтран шийдэж, юуны бусад болохыг яаралтай тогтоож өгдөг болох нь зүйтэй. Одоогийн байдлаар үйлдвэрлэлийн ослын ОМ—1, ахуйн болон ажилд ирэх, ажлаас буцах замд тогнолдон ослын судлах АО-маягтаар акт бичдэг. Ажлын ослыг судлах тусгай маягт байдаггүй учир ажлын ослыг дээрх хоёр маягтын алин дээр нь бичихээ мэдэхгүй болдог. Иймд осол судлах маягтыг нэгтгэж, товч тодорхой болгомоор байна. Эсвэл эмнэлгийн хуудсанд юуны осол болохыг зурдаг тухайд, уг албан газар тийм осолд тооцов гэсэн л тодорхойлолт өгч болох юм. Үнэндээ ахуйн болон ажилд ирэх, буцах замд гарсан ослын актыг олон удаа шаардуулж байж хагас дутуу гаргаж өгдөг нийтлэг дутагдал байгаа юм. Энэ бол ажилчин төдийгүй эмч нарыг чирэгдүүлдэг зохисгүй үзэгдэл юм.

Зуунмод хотод амбулаториор боолгож байгаа хүмүүсийн 51%, үзүүлэгсэдийн 40%—60% нь боолгож, нэгдсэн эмнэлгийн мэдээлэл тасгаг хэвтэж эмчлүүлэгсдийн дунджаар 25%-ийг осол гэмтэл эзэлдэг.

Хөдөөд гэмтэлд үзүүлж байгаа тусламжийн байдал төдий л хангалтгүй байгаа юм. Ний нуугүй хэлэхэд хугаралд чиг боолт зөв тавьдаг хүн цөөн, шарханд цэвэрлэгээ цэгцлэлт сайнгүй хийдэг үндсэндээ их эмчийн хүрээнд үзүүлэх тусламж бүрэн хийгдэхгүй байгаа юм. Ялангуяа гэмтлийн үед анхны тусламж шийдвэрлэх үүрэгтэй. Зарим суманд бол-



зошгүй осол гэмтэлд үзүүлэх яаралтай тусламжийн бэлтгэл байдаггүй. Эмч шуурхай тодорхой арга хэмжээ авахгүй болохоор «бариац» авчирч, цаг хугацаа алдах, хүндрүүлэх зэргээр эмчилгээний үр дүнд муугаар нөлөөлдөг. Бас алс хол болохоор эмчид хэл дуудлага өгөхөөс өмнө арга буюу шаналгааг намдаахаар гартаа дүйтэй гэсэн бүрийг гуйж тэр нь өөрийнхөөрөө оролддог тал бий.

1988 онд «Үнэн» сонинд гэмтлийн больницын ерөнхий эмч Г. Дагва бичихдээ жилд Улаанбаатар хотод хориод мянган хүн элдэв шалтгаанаар гэмтэж тусламж авч байна. Осол гэмтлийн улмаас дутуу тахир бологсодын 40% орчим нь ажил, үйлдвэрлэлийн холбоотой. Зөвхөн сүүлийн 5 жилд гэмтэгсэдийн тоо жилд дунджаар 1000 хүнээр нэмэгджээ гэж тэмдэглээд, цаашид үйлдвэрлэл, ахуйн ослоос сэргийлэх тухай товч бичээд, согтуугийн улмаас хэв журам зөрчсөнөөс осол гэмтэл ихээхэн үүсч байгааг тодорхой тоо баримтаар бичсэн. Зөвхөн автомашины ослоос жилд 1200 гаруй хүн (Улаанбаатарт) гэмтэж 500-аад нь хэвтэж 10 мянга гаруйн хөдөлмөрийн хонго алдаж 80 мянган төгрөгийн эм зарцуулсан тухай тэмдэглэсэн билээ.

Осол гэмтэлтэй тэмцэх нь нийгмийн чухал асуудал учраас нийт байгууллага хүмүүсийн хамтын ажиллагаа хэрэгтэй. Тэдний хүч бололцоог дайчлах, харилцан уялдуулах шаардлагатай.

Энэ бүгдээс товч дүгнэлт хийж доорх саналыг дэвшүүлж байна.

1. Бүхий л насны хүмүүст тохиолдох төрөл бүрийн осол гэмтлээс урьдчилан сэргийлэх комиссыг улс, аймгийн хэмжээнд зохион байгуулж ажиллуулах;

2. Улаанбаатар хотын гэмтлийн больницыг улсын хэмжээний осол гэмтэл, согогийг нэгтгэн судалж, урьдчилан сэргийлэх, арга зөвлөмж боловсруулдаг, гэмтэл согогийн улсын албаны ажлыг бие даан явуулдаг «Улсын гэмтэл согог судлалын төв» болгон Эрүүлийг Хамгаалах Наманд харьяалуулах;

3. Осол гэмтлийг бүртгэн судлах маягт (журнал) буй болгож аймаг, сум брт-

гадын бага эмчийн салбаруудад хөтлүүлэх;

а). Дээрх бүртгэлийг нэгтгэн судалгаа явуулж урьдчилан сэргийлэх болон цаашид зохиох ажлыг төлөвлөх;

б). Гэмтэл, согогийн өвчний учир дутуу тахир болсон, нас барсан хүмүүсийн судалгааг нэгтгэн жил бүр гаргах;

4. Судалгаанд үндэслэн аймаг, хотын хүн амын тоо, нягт, сийрэг байдал, үйлдвэрлэлийн төвлөрөл, нутаг дэвсгэрийн онцлогыг харгалзан гэмтлийн эмч нэмж ажиллуулах нормативыг шинэчлэн тогтоох (Энд гэмтэл, согогийн байдлаас гадна урьдчилан сэргийлэх ажил, алсын дуудлагад зарцуулах цаг, суманд аймагаас очиж ажиллах боломж зэргийг харгалзан үзвэл зохино).

5. Манай улсын хүн амын тархай бутархай суурьшсан байдлыг харгалзан, эмч эмнэлгийн ажилтан бүрийг осол гэмтэлд анхны зөв тусламж үзүүлж чададаг болгоход анхаарч, сургалт явуулах, энэ талаар хөдөлмөрдөд зориулж зурагт хуудас, санамж, ном товхимол, кино зэрэг сурталчилгааны материал гаргах;

6. Гэмтэл, согогийн практикт хэрэглэх багаж төхөөрөмжийг мэргэжлийн байгууллагаар хуваарь, нэгдсэн захиалга хийлгэж тооцоотой хандах. Өөртөө хийх бололцоотойг хийх;

7. Гэмтэл-согогийн эмч нарын нийгэмлэг (нэгдэл) байгуулж жилд нэг удаа (эмч нарын бусад нийгэмлэгийн адил) цугларч ололт дутагдлаа ярилцах, санаа бодол, туршлагаа солилцох аргачлал зааварчилгаа авах комисс байгуулбал тэр ажилд оролцож, дүнг сонсох;

8. Улаанбаатар хотын хүн ам хурдан өсч гэмтэл нэмэгдэж байгааг харгалзан гэмтэл согогийн эмнэлгийн одоогийн байранд идээт эмгэгийг эмчлэх (түлэгдэл, хөлдөлт, остеомиелит зэрэг) больниц болгон хэвээр нь үлдээх (Г. Дагва, Б. Дэмбэрэл нарын дэвшүүлсэн саналтай нэг байна);

9. ЗХУ-д осол гэмтэл судлан бүртгэж, эмчилж, урьдчилан сэргийлж байгаа ажлын туршлагатай газар дээр нь очиж суралцах;

Их эмч С. ЦЭРЭНДОРЖ

Редакцид ирсэн 1989. 01. 15

## Халх голын ялалтын 50 жилийн ойд

### ЗӨВЛӨЛТИЙН ЭМЧ НАРЫН АЛДРЫГ ДУРСАХ НЬ

Халхын голын дайны эхний үед зөвлөлтийн цэргийн тусгай 57-р корпусын батальон, хорооны эмнэлгийн салбарууд ажиллаж байсан билээ.

Байнгын чанартай 200 ортой хоёр эмнэлэг байсны нэг нь Улаанбаатарт, нөгөө нь Баянтүмэнд байв. Мэс засалчид цөөн Баянтүмэнд туршлагатай мэс засалч, цэргийн II зэргийн эмч Ф. И. Исаков, Улаанбаатарт цэргийн эмнэлгийн даргаар цэргийн II зэргийн эмч, мэс засалч З. Е. Смоляницкий, мэс заслын тасгийн даргаар III зэргийн эмч М. И. Шрейбер ажиллаж байлаа.

Дайн болж байгаа районоос цэргийн эмнэлгүүд 600—1000 км зайтай байгааг харгалзан үзэж, «халуун» цэгээс 120 км зайтай орших Тамсагбулагт, Улаанбаатарын цэргийн эмнэлгээс мэс заслын жижиг салбарыг ирүүлж, БНМАУ-ын Армийн хилийн отрядын VI морьт дивизийг түшиглүүлэн 100 ортой нүүдлийн цэргийн эмнэлэг байгуулан түүнийг цэргийн III зэргийн эмч мэс засалч П. Н. Иванов даргалан ажиллаж байв.

Энэ чухал цэгт ирж байгаа байгаа шархтан, өвчтөн сувилдаг байдлааны ангийг нүүлгэх ажлыг 57-р тусгай корпус-

сын эмнэлгийн албаны орлогч дарга II зэргийн эмч Г. И. Гаврилов удирдаж байлаа.

Тамсагбулагийн цэргийн эмнэлгээс шархтныг авто хөсгөөр нүүлгэн шилжүүлдэг байв. Баянтүмэний цэргийн эмнэлэг нь Матад суманд ажиллаж байсан БНМАУ-ын армийн VIII морьт дивизийн эмнэлгийг өөрийн түшиц газраа болгож байлаа.

ЗХУ-ын нутагт шархтныг сувилах, хүлээж авахад туслах хүсэлтийг өвөр Байгалийн цэргийн тойргийн ерөнхий штаб зөвшөөрч 600 ор, түүнээс гадна Соловьевскийн нүүдлийн салбарт 100 ор бэлэн байлгах болжээ.

Энэ үед Халхын голд ЗХУ-ын засгийн газрын комисс ажиллаж, байлдааны үеийн дайчдад эмнэлгийн тусламж үзүүлж байгаа болон тэдний эрүүд ахуйн байдалд шалгалт хийдэг байв.

Өвөр байгалийн цэргийн тойрогт С. М. Кировын нэрэмжит цэргийн эмнэлгийн академаас өндөр мэргэжилтэй мэргэжилтнүүд ирүүлэх хүсэлт тавьж, Зөвлөлтийн ардын комиссар ч зөвшөөрөл олгосон ажээ.

Цэргийн эмнэлгийн академийн отрядын бүрэлдэхүүнд цэргийн эмнэлгийн мэс заслын тэнхимийн эрхлэгч, дивизийн эмч Т. Я. Арьев, цэргийн II зэргийн эмч С. Д. Локтионов тэнхимийн адьютант (туслах) цэргийн II зэргийн эмч В. В. Осипов, эмч профессор Д. А. Энтин, тэнхимийн туслах В. В. Фиалковский, гэмтэл-согогийн тэнхимийн орлогч эрхлэгч I зэргийн эмч профессор С. А. Новотельнов тэнхимийн ажилтнууд Л. И. Крупко, Г. И. Граибжаниян тэнхимийн туслах, III зэргийн эмч А. В. Соснин, ерөнхий мэс заслын тэнхимийн эрхлэгч бригадын эмч профессор И. М. Тальман, цэргийн хээрийн мэс заслын тэнхимийн эрхлэгч профессор Н. Н. Еланский эмч нарын хэсгийн ахлагч цэргийн II зэргийн эмч доцент И. С. Колесникова, цэргийн II зэргийн эмч М. А. Баренбаума, А. Я. Терехина, М. А. Момот, В. Т. Ситенко, чих хамар хослойн тэнхимийн туслах С. М. Горденко нар бүхий мэргэжилтнүүдээс гадна эмч нарын хэсэгт III, IV курсийн сонсогчид, мэс заслын сувилагчид, нүдний өвчний тэнхимийн доцент цэргийн I зэргийн эмч Б. А. Поляк, мэдрэлийн өвчний тэнхимийн профессор цэргийн эмч С. В. Гольман, хүний биеийн эмгэг судлалын тэнхимийн профессор цэргийн I зэргийн эмч А. А. Васильев нар оржээ.

Мэс заслын эмнэлгийн захирал, профессор А. В. Вишневский, профессор А. А. Вишневский, В. И. Пшеничников, эрдэм шинжилгээний ажилтан С. П. Протопопова, эмнэлгийн сувилагч П. Г. Косынова, заслын институтын профессор Л. А. Корейжа, эрдэм шинжилгээний ажилтан А. И. Арутюнов, С. К. Волков, В. В. Горинцевская, анагаах ухааны дэд эрдэмтэн М. Г. Скундина, аспирант А. В. Каплан, ЗХУ-ын эрүүдийг хамгаалах ардын комиссаруудын профессор Н. Н. Приоров, цус сэлбэх институтын профессор П. П. Сель-

цовский нарын зэрэг олон хүн томилогдсон ажээ.

БНМАУ-д болон Өвөр байгалийн цэргийн тойрогт өндөр мэргэжилтэй мэргэжилтнүүдийг бүх л салбарт, цэргийн хээрийн мэс засал, мөн халдвар судлал, нян судлалын мэргэжилтнүүд ирүүлсэн явдал дайны үеийн эмнэлэг үйлчилгээний арга ажиллагааг сайжруулахад онцгой үүрэг гүйцэтгэсэн юм.

VII сарын 2-ны шөнөөр Япон самуурай нар хүчээ хуралдуулан Халхын голыг гатлан довтлов.

Баянцагааны орчимд гурван хоног хүчтэй тулалдаж хоёр талаас 400 орчим танк болон хуягт тээвэрлэгчид оролцжээ. Японы булаан эзлэгчдийн ихэнх хэсгийг голд шахан хиар цохисон билээ.

Энэ үед батальон хороодын эмнэлгийн салбаруудаас гадна танкны II бригадад эмнэлэг сувиллын рот, авто-мэс заслын отряд зэргийг байцуулан ажиллуулж байлаа.

Бригадын эмнэлгийн салбар чухал үүрэг гүйцэтгэж байлаа. Энд шархтны ихэнхийг нүүлгэн байрлууллаа.

Баянцагааны гулдаанаас хойш Японы самуурай VII сарын 13, 14, 25, 26-нд хэд хэдэн удаа дайралт хийсэн боловч бүгд бут цохигдсон билээ. VII сарын эхний хагаст бригадын эмч профессор Н. Н. Еланский тэргүүтэй эмч мэргэжилтнүүд, мэс заслын сувилагчид, цэргийн эмнэлгийн академийн сонсогчид болон профессор А. А. Вишневский тэргүүтэй бусад мэргэжилтнүүд хүрэлцэн ирснээс хойш цэргийн эмнэлгийн үйлчилгээ хангамж сайжирчээ. VII сарын довтолгоон эхэлсний дараа Өвөр Байгалийн цэргийн эмнэлгүүдэд 6000 гаруй ор нэмж билээ.

Цэргийн эмнэлгийн алба, ар талын бэлтгэл хангамж маш сайн байлаа. Тамсагбулагийн цэргийн эмнэлгээр дамжин гарч буй шархтан, өвчтөний орны тоог 150—1100 хүртэл нэмэгдүүлжээ.

Тамсагбулангийн цэргийн эмнэлэгт мэргэжлийн мэс засалчид олон ажиллаж байснаас С. М. Кировын нэрэмжит цэргийн эмнэлгийн академийн цэргийн хээрийн эмнэлгийн мэс засалчаар ажиллаж байсан цэргийн II зэргийн эмч А. Я. Реребин хамгийн хүнд тасгийг хариуцан ажиллаж байв.

VIII сарын довтолгооны үед хээрийн нүүдлийн хоёр эмнэлгийг байгуулав. Нэг нь профессор М. Н. Ахутны байнгын удирдлаганд нөгөөг нь С. М. Кировын нэрэмжит цэргийн эмнэлгийн академийн хүч нэмэгдүүлэн бригадын эмч профессор Н. Н. Еланский удирдан ажиллаж байжээ.

Монголын нутагт байрлаж байсан цэргийн эмнэлгийн шархтан өвчтөнийг гол төлөв Чита хот руу явуулж байсан юм.

Баянтүмэний эмнэлэг байлдааны үед цэргүүдийг эмчлэх явдалд их үүрэг гүйцэтгэсэн юм.

VIII сарын байлдааны үед энэ эмнэлэг 450 ортой байснаас гадна 600 шархтан хүлээн авч Соловьевск руу явуулдаг байртай байв. Энэ нүүлгэн шилжүүлэх байранд Өвөр Байгалийн цэргийн тойргийн эмнэлгийн 25-р салбар ажиллаж байв.

Баянтүмэний эмнэлгээс шархдагсдын ихэнхийг онгоцор гэж байв. Тамсагбулан, Баянтүмэн, Читийн эмнэлгүүд шархтан, өвчтөнг хүлээн авч хуваарилах нүүлгэн шилжүүлэхэд маш чухал үүрэг гүйцэтгэсэн билээ.

Нийт эмнэлгийн орныхоо 55 хувийг шархтныг, 45 хувийг өвчтөнийг эмчлэхэд зориулж байжээ. Халхын голын тулалдааны үед Ахутины нотолсноор шархдагсдыг гурав хувааж хөнгөн шархтануудын салбарт, эмнэлгийн тусламж үзүүлэх дивизийн эмнэлэг болон хээрийн нүүдлийн госпитальд шилжүүлдэг байв. Хэрэв дэлхийн I дайны үед В. А. Оппелийн мэдээлснээр (тэр үеийн нэр томъёогоор боолтын төвд) ирсэн шархтнуудын 0,6—3,3 хувь хагалгасхийдэг байсан бол, Хасан нуурын тулалдааны үед энэ үзүүлэлт 7—15 хувь хэлбэлзэж, харин Халхын голын тулалдааны үед Ахутины мэдээгээр 48 хувь хүрчээ.

Мэс засал хийлгэсний дараа шархтнуудыг түр 10—15 хоног эмчлэх шаардлагатай байв. Эмнэлгийн батальоны бүрэлдхүүнд эдгээр хэсэг байгаагүй бөгөөд Халхын голын тулалдааны үеэр дивизийн эмнэлгийн салбар бүрэлдэхүүнд 20—30 ортой орон тооны бус эмнэлгийн хэсэг байв.

Энэ үеэс эхлэн армийн бүлэглэлийн баруун жигүүрийг хээрийн нүүдлийн госпиталь зүүн жигүүрийг хээрийн нүүдлийн хоёрдугаар госпиталь хангаж байлаа. Эдгээр госпиталийн үүрэг нь дивизийн эмнэлэгт очоогүй шархтануудад нарийн мэргэжлийн тусламж үзүүлэх явдал байв.

Хээрийн нүүдлийн госпиталиудын мэс заслын ажлын үзүүлэлтийг мэс засал хийлгэгчдийн тоо харуулж байна. Нэг госпитальд бүх шархдагсдын 25,5 хувь нь мэс засал хийлгэж байхад, нөгөөд 25,9 хувь болж байлаа.

Дайчдын эмчилгээний системийн дараагийн үе шат нь нүүлгэн шилжүүлэх госпиталь юм. Тэр нь фронтын шугамаас 130—160 км, хээрийн нүүдлийн госпиталь 50—60 км орших Тамсаг булагт байв. Үүнийг нь Улаанбаатарын цэргийн эмнэлэг болон 100 ортой нүүдлийн госпиталийн хүч хөрөнгөөр бааз дээр байгуулжээ.

Байлдааны явцад Тамсагбулагийн нүүлгэн шилжүүлэх госпиталь өргөжиж байлдааны төгсгөлд 1100 ортой, 12 эмчилгээний хэсэгтэй тэм байгууллага болжээ.

Тамсагбулагаас ирсэн шархтан болон өвчтөнүүдийн үндсэн хэсгийг Өвөр Байга-

лийн цэргийн тойргийн газар нутаг дээрх эмнэлгийн байгууллагуудад шилжүүлж байв. Эдгээр эмнэлгүүд 9000 ортой байсан бөгөөд нүүлгэн шилжүүлж байсан шархтан, өвчтөнүүдийн 60 хувь нь ар талын эмнэлгийн байгууллагуудад агаарын замаар, үлдсэн хэсгийг авто машинаар зөөж байв.

Байлдаан ширүүссэн үед Боржид ирэх шархтан олширч орны тоо өргөжиж, нүүлгэн шилжүүлэх госпиталийг байгуулж байв. Наймдугаар сарын сүүлчээр 1500 ортой болжээ.

Агаарын болон төмөр замаар байлдааны талбараас ирэгч өвчтөн шархтнуудын үндсэн хэсэг нь Читийн цэргийн госпитальд очдог байв.

Ийм маягаар Читийн цэргийн эмнэлэг нь хүлээн авах, хуваарилах госпиталийн үүрэг гүйцэтгэж байв. Шархтан өвчтөний ихэнх нь Читэд агаарын тээврээр ирж байсан бөгөөд онгоцны буудал дээр эдгээрийг хооллох, түр байрлуулах, хааяа шаардлагатай эмнэлгийн тусламж үзүүлэхийн тулд онгоцны буудал дээр хүлээн авах газар байгуулж байв.

Нарийн мэргэжлийн эмч нар ажиллаж байгаа газарт госпиталийн нарийн мэргэжлийн салбаруудыг байгуулж байв. Жишээ нь: Хээрийн нүүдлийн I госпитальд мэдрэлийн мэс засал, бөөр, нүдний салбар байхад, хээрийн нүүдлийн II госпитальд эрүү нүүрний тасаг байв.

Байлдаж байгаа армийн эмнэлгийн хангалтыг зохион байгуулахад зөвлөлтийн эмч, эрдэмтэд үнэлж баршгүй хувь нэмэр оруулсан юм. Тэд өвчтөн, шархтаны эмчилгээний чанарыг сайжруулах, хүндрэлээс сэргийлэх, тахир дутуу болохыг аль болохоор багасгахад гол анхаарлаа төвлөрүүлж байжээ. Ялангуяа гэмтлийн улмаас үүссэн шокоос сэргийлэх, түүнийг эмчлэх, цус болон цус орлох шингэн сэлбэх, нөхөн сэргээх эмчилгээний шилдэг аргыг боловсруулахад анхаарч байв.

Дайны үед зөвлөлтийн цэргийн эмнэлгийн хуримтлуулсан асар их туршлагыг орчин үеийн анагаах ухаан, эрүүлийг хамгаалах практикт өргөн хэрэглэж байна.

Халхын голын дайнд оролцсон зөвлөлтийн нийт дайчдын гавьяат үйлс эмч нарын нөр их хөдөлмөр, ач тусыг манай ард түмэн ямагт үнэлж, тэдний алдрыг ашид мөнх дурсаж байдаг юм.

Ч. Чулуунбаатар (Дорнод аймаг)

Редакцид ирсэн 1984. 04. 30

## **ЭРҮҮЛИЙГ ХАМГААЛАХ САЛБАР ДАХЬ ӨӨРЧЛӨЛТ, ШИНЭЧЛЭЛИЙН АСУУДАЛД**

Намын эдийн засгийн шинэчлэлийн бодлого нь эрүүлийг хамгаалах салбарт нэн тэргүүнд хэрэгжих учиртай бөгөөд эрүүлийг хамгаалах системийн үйл ажиллагаа, түүний эцсийн үр дүн болох хүн амын зүй, эрүүл мэндийн үзүүлэлтүүд нь намын нийгмийн бодлогын тодорхой илрэл болж байдаг оршино.

Энэ нь аж ахуйн механизмдын гол элемент болсон удирдлага төлөвлөлт, урамшууллын хөшүүргийг боловсронгуй болгох ажлын арга барилыг үндсээр нь өөрчилж, захиран тушаах аргаас эдийн засгийн аргад тууштай шилжих бие даах явдлыг гол чиглэл болгох, социалист ардчиллыг хөгжүүлэн бэхжүүлэх, ил тод байллыг хангах, нийгэм хамт олон, хувь хүний сонирхлыг зөв хөслөх, үйлдвэрлэлийг удирдахад хөдөлмөрчдийн оролцоог өргөжүүлэх, өөрийгөө удирдах ёсыг хөгжүүлэх социалист өмчид эзний ёсоор ханддаг нийгмийн харьцааг бүрдүүлэхэд шинэчлэлийн гол агуулга чиглэнэ.

Манай оронд өрнөж байгаа эдийн засгийн шинэчлэл, өөрчлөлтийн хүрээнд сүүлийн хсёр жилд эрүүлийг хамгаалах салбарт зарим ажил хийж эхлэв. Тухайлбал: Эрүүлийг хамгаалах яамны аппаратын зохион байгуулалтын бүтцийг өөрчилж, зарим тасаг хэлтсийг нэгтгэж, орон тоо цомхотсноос гадна аймаг, хотын эрүүлийг хамгаалах газруудын эрх үүргийг өргөтгөж, аймгийн гүйцэтгэх захиргаанаас нэгдсэн санхүүгийн ангийг эрүүлийг хамгаалах газарт шилжүүлж, Эрүүлийг хамгаалах газрын дэргэд төвлөрсөн аж ахуй байгуулав. Аймаг, хотын эрүүлийг хамгаалах газрын орлогч дарга, төвлөрсөн аж ахуйн эрхлэгчээр дээд мэргэжлийн эдийн засагч ажиллуулах болсон нь аппаратын бүрэлдэхүүнийг чанаржуулж, эрүүлийг хамгаалах газрын эдийн засгийн удирдлагыг сайжруулахад дөхөмтэй алхам болов. Мөн зайлшгүй шаардлагатай инженер техникчдийн зохих орон тоо бий болгов.

Арван нэгэн аймгийн гоц аюулт халдварт өвчнийг эсэргүүцэн судлах станцыг Ариун цэвэр, халдвар судлалын станцад нэгтгэн удирдлагыг төвлөрүүлсэн нь хүн хүч, машин техникийн ашиглалтад сайнаар нөлөөлөв. Аймгийн төвүүдийн эмийн сангийн эрхлэгчийн орон тоог аймгийн эмийн сангуудыг удирдах конторт нэгтгэж, салбарын хэмжээгээр 150 орон тоог хасах, шинээр 66 орон тоо нэмж, нийт дээ 84 орон тоо хэмнэсний зэрэгцээ ажилтнуудын ажил үүргийн хуваарь нягтарч, хөдөлмөр зохион байгуулалт түүний үр дүн нэлээд сайжирлаа.

Улаанбаатар хотын райодын эрүүлийг хамгаалах хэлтсүүдийг өргөтгөж удирдлага зохион байгуулалтыг сайжруулах, сүрьеэгийн байгууллагууд болон эмгэг анатоми, улсын шүүх эмнэлгийн товчоодын удирд-

лагыг нэгтгэх буюу шаардлагатай орон тоогоор бэхжүүлж боловсронгуй болгох, эм хангамж үйлдвэрлэлийн нэгдэл байгуулах, сургалт эрдэм шинжилгээний байгууллагуудын бүтэц, зохион байгуулалтыг боловсронгуй болгох асуудлыг судалж байна.

Эдгээр зохион байгуулалтын өөрчлөлтүүд нь эхлэл төдий байгаа бөгөөд цаашид дэд салбаруудын бүтцийг байнга боловсронгуй болгож байх шаардлага тулгарч байна.

Эрүүлийг хамгаалах системийн нийт байгууллагууд 1989 оноос төсөвт аж ахуйн тооцоонд орох бэлтгэл ажил хийж, Эрүүлийг хамгаалах яам, Сангийн яамны сайдын хамтарсан тушаалаар Төв аймаг, Эрдэнэт хотын нэгдсэн эмнэлэг, Улсын клиникийн төв эмнэлэг, Хавдар судлалын төв, Гэмтэл согогийн эмнэлэг зэрэг байгууллагад 1988 онд туршив. Эдгээр эмнэлгүүдэд хийж байгаа туршилтын үр дүн одоогоор зохих шаардлагын түвшинд хүрэхгүй байгаа боловч цаашид удирдлагын зүгээс туршилтын арга хэлбэрт онцгой анхаарч бэлтгэл хангуулах эмнэлгүүдийг энэ журамд аажмаар бүрэн шилжүүлэх арга хэмжээ авах нь зүйтэй.

Эрүүлийг хамгаалах салбарт хөдөлмөр зохион байгуулалтын хамтын хэлбэр өргөжиж, 1988 оны байдлаар Хөдөлмөр зохион байгуулалт урамшууллын 100 орчим бригад ажиллах болсон нь эмнэлэг үйлчилгээний чанар соёлыг дээшлүүлэхэд чухал хөшүүрэг болж байна. 1989 оноос эхэлж яамны харьяа үйлдвэр, аж ахуйн газруудын үйлдвэрлэлийн онцлог, хүчин чадлаас нь хамаарч ашиг буюу орлогыг нь нормативын аргаар хуваарилах зарчимд шилжиж байна. 1988 онд их эмч, эмзүйчдийн цалин ажилласан жилээс гадна суурьшил, ажил үйлчилгээний чанар, үр дүн, мэдлэг мэргэжлийн өсөлттэй нь холбож тогтоосон аттестатчиллын шинэ журмыг салбарын хамт олон, хөдөлмөрчид талархан хүлээж авсан билээ. Гэвч эмнэлгийн дунд мэргэжилтний цалин ажлын үр дүнтэй нь холбож аттестатчилах явдал чухал байна.

Эмч нарын хөдөлмөрийн нөхцөл, ачааллыг харгалзаж нэмэгдэл олгох мэргэжлийн жагсаалтыг өөрчилж 2000 гаруй хүнээр хүрээг нь өргөтгөв.

Их эмч нараас эмнэлэгт жижүүр хийх, ажлын бус цагаар ажиллах журам нилээд боловсронгуй боллоо.

Ор бүхий эмнэлэг, урьдчилан сэргийлэх байгууллагуудын ерөнхий эмч, захиргааны ажилтнуудын цалин хэлбэлзэлтэй тогтоож, аймаг, хотын ариун цэвэр, халдвар судлалын станцын орон тооны нормативыг боловсронгуй болгож эмнэлэг урьдчилан сэргийлэх байгууллагуудын 1990 он хүртэл тогтвортой мөрдөх цалингийн фондыг бөөнөөр нь баталж өг-

сөн явдал байгууллагын дарга нарын эрх зүүргийн нэгдлийг хангахад нааштай зүйл болов.

МАХН-ын Төв Хороо, БНМАУ-ын Сайд нарын Зөвлөлийн 1987 оны 12. БНМАУ-ын Сайд нарын Зөвлөлийн 229 дүгээр тогтоолуудын дагуу эрүүлийг хамгаалах салбарт төлөвлөлтийн шинэ журам нэвтэрч, тогтоож өгсөн цөөн үзүүлэлтийг (10 000 хүн амд ногдох ор, их эмч, эмнэлгийн дунд мэргэжилтэн, хүүхдийн хэсэг, яслд хамрагдах хүүхдийн тоо) үндэслэж, хөдөлмөрийн хамт олон өөрсдөө төлөвлөгөөгөө боловсруулан баталж мөрддөг боллоо. Гэвч эхлэлийн төдий байгаа энэ ажилд анхаарах зүйл багагүй байна. Тухайлбал: аймаг, хотын эрүүлийг хамгаалах газар эмнэлгүүд Анагаах ухааны дээд, дунд сургуулийг төгссөн гаргах (наад зах нь 3—5 жил суралцана), эмч, мэргэжилтний тоог үл харгалзан өдний төдий эмчийг гэнэт нэмэгдүүлэх зэрэгт тавьж, дээрээс баталж өгсөн программын үзүүлэлт, лимитийг харгалзахгүй төлөвлөгөө хийх, эмнэлгийн байршил, хүчин чадлын зохистой харьцааг бодолцохгүй шинээр эмнэлэг байгуулах гэх, эмнэлгийн зэрэглэлийг үндэслэлгүй ахиулахаар тооцох зэрэг зохисгүй хандлагуд илэрч байна. Энэ нь нэг талаас тухайн хамт олон, түүнийг удирдаж байгаа хүмүүсийн төлөвлөлт, эдийн засгийн мэдлэг дутуугаас бодит нөхцөл байдалд үнэлэлт дүгнэлт өгч чадахгүй байгаа нөгөө талаас орон нутаг, албан газрын эрх ашгийг бусдаас дээгүүр тавих аминчхан үзлээс үүдэн гарч байна.

Газар нутаг, мэргэжлийн төрөл, хүн ам, эдийн засгийн онцлог зэрэг олон хүчин зүйлсийг харгалзаж хангамжийг жигдрүүлэх, тухайн салбарыг тодорхой бодлого, зорилготой хөгжүүлэхэд төвлөрсөн төлөвлөгөөт удирдлага онцгой ач холбогтой байсаар байх болно.

Эрүүлийг хамгаалах салбарыг хөгжүүлэх, хүн амын эрүүл мэндийг сайжруулах, өвчлөлөөс урьдчилан сэргийлэх талаар хийх ажлыг шинжлэх ухааны үндэстэй урьдчилан төлөвлөхөд зохих ахиц гарч байна. Холбогдох байгууллага, мэргэжилтнүүдийн идэвхтэй туслалцаа, шууд оролцотой сүүлийн талар жилд Эрүүлийг хамгаалах салбарыг 2000 он хүртэлх хугацаанд хөгжүүлэх, эх, хүүхдийн эрүүл мэндийг хамгаалах, вирус төгсгөлт өвчинтэй тэмцэх, Улаанбаатар хотын хүн амын эрүүл мэндийг хамгаалах сэдвүүдээр 2000 он хүртэлх хугацааны программ, хөдөөгийн хөдөлмөрчдөд, малчдад үзүүлэх эмнэлгийн тусламжийг 2000 он хүртэл хугацаанд хөгжүүлэх зэдэр программыг боловсрууллаа. Гэвч эдгээр программуудыг цаашид улам боловсронгуй болгон сайжруулж, практик амьдралд хэрхэн хэрэгжүүлэх, аймаг, орон нутаг бүр нөхцөл байдалдаа төхирсөн программ боловсруулж нөөц бололцоогоо яаж дайчлан ажиллахаас их зүйл шалтгаалах болно.

Хүн амын эрүүл мэндийг хамгаалах, ялангуяа урьдчилан сэргийлэх ажлыг шинэ шатанд гаргаж улсаас төлөвлөж олгосон хөрөнгө болон нэгэнт бий болсон эдийн засгийн нөөцийг (хүн хүч, санхүү,

багаж техник) зохистой ашиглахын тулд эрүүлийг хамгаалах салбарт зоримог өөрчлөлт, янз бүрийн туршилт явуулах шаардлагатай байна.

Юуны өмнө эмч, эмнэлгийн ажилтнуудын эдийн засаг, санхүүгийн мэдлэгийг системтэй дээшлүүлэх хэрэгтэй байна. Ялангуяа удирдах ажилтныг зорилд бэлтгэх тэдэнд эрүүлийг хамгаалахын орчин үеийн удирдлага, төлөвлөлтийн шинэ журам, бөөнөөр нь санхүүжүүлэх нөхцөл, хөрөнгө мөнгийг зарцуулах, арзилж хэмнэх, санхүүгийн эх үүсвэр олж ашиглах аргыг тууштай эзэмшүүлэхгүйгээр тухайн эмнэлэг, урьдчилан сэргийлэх болон эм хангамжийн байгууллагын хамт олны хөгжил дэвшлийг төсөөлөх аргагүй боллоо. Эмнэлэг урьдчилан сэргийлэх, хүүхдийн аливаа байгууллагуудад олгох улсын төсөв цаашдаа өсөх нь зүй ёсны асуудал боловч улсаас олгосон хөрөнгөд үндэслэж аж ахуйн тооцоонд орох, шинжлэх ухаан үйлдвэрлэлийн нэгдэл байгуулах, эрдэм шинжилгээ, судалгааны ажлыг гэрээгээр гүйцэтгэх, төсвийн санхүүжилт, аж ахуйн тооцоог хосолж хэрэглэх, эмнэлгийн ажилчдын цалин хөлсийг тэдний ажил үйлчилгээний соёл, чанар, эцсийн үр дүнтэй холбож урамшууллын аргаар олгодог болохыг амьдрал шаардаж байна.

Анагаах ухааны дээд, дунд сургуульд заах хичээлийн хөтөлбөрт төсөвт аж ахуйн тооцоо, хөдөлмөр зохсон байгуулалтын хамтын хэлбэр, эрүүлийг хамгаалахын эдийн засаг, төлөвлөлтийн үндэс болон эмнэлгийн тусламжийн өртгийн тухай тодорхой нэгцтэй ойлголт өгөх нь чухал байна. «Эмч-дарга» нарыг заавал эмч нараас төдийгүй эдийн засагчдаас бэлтгэх, эрүүлийг хамгаалахын эдийн засагч гэсэн мэргэжлийн ойрын ирээдүйд бий болгох шаардлагатай байна. Мэргэжлil эзэмших, дээшлүүлэх курс хийж байгаа эмч нарт БНАГУ-ын туршлагаар эмнэлгийн эдийн засгийн тодорхой хичээл заах, эрүүлийг хамгаалахын удирдах ажилтан, практикийн эмч нарын дунд эдийн засгийн сэдвээр урт, богино хугацааны семинар, ярилцлага зохион байгуулах, туршлага солилцуулах нь ашигтай байж болох юм.

Эмнэлгийн боловсон хүчин, зарцуулж байгаа хөрөнгө, багаж техникийн талаас илүү хувийг (60 хүртэл хувийг) урьдчилан сэргийлэх ажилд зориулан ашиглаж чадахаар төсөөлж зохсон байгуулалтын өөрчлөлт хийх хэрэгтэй юм. Тухайлбал амбулатори, поликлиникийн тусламжийг эрчимтэй хөгжүүлж, оношлолын төв, лабораториудыг барьж өргөжүүлэх, өдрийн болон гэрийн эмчилгээг хөгжүүлэхэд хөрөнгө хүчийг ахиулан зориулахгүй бол энэ ажил яваандаа бүтэхгүйг олон жилийн туршлага харууллаа. Амбулатори-поликлиникийн тусламжийг давуутай хөгжүүлэхийн тулд тэнд ажиллагчдын эрхийг өргөжүүлж, амбулаториор эмчлүүлэгчдэд эмнэлгийн хуудсыг урт хугацаагаар тэтгэмжийн өндөр хувьтай олгох, амбулаторид бүх төрлийн эмийг үнэгүй болгох буюу үүний оронд эмнэлэгт хэвтэн эмчлүүлэгчдээс эмийн үнэний тодорхой хувийг хурааж авдаг болох, тэдэнд олгох эмнэл-

гийн хуудасны хугацаа болон тэтгэмжийн хувьд хязгаар тогтоох асуудлыг ч туршиж болмоор санагдана. Энэ бол ололт амжилтаасаа ухарсан хэрэг болохгүйгээр үл барам социалист эрүүлийг хамгаалахын урьдчилан сэргийлэх, үнэ төлбөргүй байх үндсэн хоёр зарчмыг зөв хосолж хүмүүсээс эрүүл мэндийнхээ төлөө хүлээх үүрэг хариуцлагыг сайжруулахад нэмэр өгөх чухал алхам болох учраас үйлдвэрчний эвлэлийн байгууллага, манай зарим ахмад зохион байгуулагчдаас эргэлзэж тээнэ-гэлзэхгүй дэмжлэг үзүүлбэл нэн сайнсан.

Социализмын нөхцөлд хүн амд эмнэлгийн тусламжийг төрөөс үнэ төлбөргүй үзүүлдэг давуу сайхан чанартай нь үнэн боловч ерөөс эмнэлгийн тусламжийг үнэ өртөггүй зүйл мэт үзэж үрэлгэн харалган хандах учиргүй. Манай хүн амын олонх нь эмнэлгийн тусламжийн үнэ төлбөргүйд дулдуйдаж эрүүл мэндээ хамгаалахын үнэ цэнийг дутуу ухаарч өөрийн зүгээс хүлээх үүрэг хариуцлагаа тодорхой хэмжээгээр гоорч ирснийг цохон тэмдэглэе. Ер нь эмнэлгийн зарчим нь өвдөгсдийг өмгөөлөн тэтгэхээсээ илүү өвчлөхгүй байхад нь тусалдаг, ийм хүмүүжлийг хөхүүлэн дэмждэг байвал зохиотой.

Хувь хүний зүгээс эрүүл мэнддээ тавих анхаарлыг сайжруулж бүх хүн нь хэдий хэр тооцоотой, эдийн засагч байвал улс орон төдийчинээ баялаг хангалуун байдаг гэдгийг бүрэн утгаар нь ухаарахад эмнэлгийн үнэ төлбөртэй үйлчилгээний зарим хэлбэрийг (хиймэл шүд, экографи, иллэг, бариа засал гэх мэт) туршиж үзэх нь зүйтэй байна.

Өнөөгийн анагаах ухааны хөгжлийн онцлог шинж нь түүний техникжилт бөгөөд шинжлэх ухаан техникийн хамгийн сүүлийн үеийн ололтод тулгуурласан багаж аппарат, машин, тоног төхөөрөмж, түүний барилга байгууламжид зориулсан хөрөнгө оруулалт жил ирэх тутам нэмэгдэж эмнэлгийн тусламжийн өртөг улам бүр өссөөр байгааг анхаарахгүй байхын аргагүй. Энэ үүднээс авч үзвэл манайд эмнэлгийн техникийн ашиглалт хангалтгүй, эмч, нарын техник сэтгэлгээ техникийн мэдлэгийн төвшин нийтдээ харьцангуй доогуур байна. Үүнийг сайжруулахын тулд Эрүүлийг хамгаалах яамны системд бие даасан «эмнэлгийн техникийн алба»-ыг нэн даруй зохион байгуулж багаж аппаратын захиалга, хангамж, засвар үйлчилгээг аж ахуйн тооцооны үндсэн дээр гүйцэтгэх шаардлагатай байна.

Эрүүлийг хамгаалах салбарт шийдээгүй олон асуудал байгаа боловч практик амьдралын хэрэгцээ, цаг үеийн шаардлагаар үүдэн гарч ирсэн шинэлэг зүйлийг цаг тутамд нь гярхай овсгоотой харж шуурхай судалж хариу өгдөг байх нь өнөөгийн анагаах ухааны эрдэм шинжилгээний байгууллагуудын гол үүрэг байх ёстой. Гэтэл манай хүрээлэнгүүд таван жилийн батлагдсан төлөвлөгөө гэдэг халхавчин дор олон жилийн турш цөөн сэдэвтэй зууралдаж тайлан зөвлөмж боловсруулж гаргах төдийгөөр ажиллаж ирснийг зөвтгөхөд хэцүү.

Орчин үед эмнэлгийн тусламжийн чанар, үр дүнг тооцож тэдгээрийн сайжруулах арга замыг хайж эрэлхийлээгүй, тодорхой туршилт (эксперимент), эдийн засгийн шинжилгээ хийгээгүй аливаа судалгааны ажил хийх аргагүй болж байна.

Иймээс хүрээлэнгүүдийн сэдэвт ажилд зохих нэмэлт өөрчлөлт оруулж үндсэн чиглэлийг дахин тогтоож өгмөөр байна. Салбарын хүрээлэнгийн сэдэв, төсвийг Шинжлэх ухаан, техник, дээд боловсролын улсын хорооноос баталж өгдөг практикийг ч болиулах нь зүйтэй юм.

Эрүүлийг хамгаалах яам, Анагаах ухааны дээд сургууль, хүрээлэнгүүдийн дэргэдэх эрдмийн зөвлөлийг дээрээс томилж тушаалаар баталдаг хуучин журмыг өөрчилж мэргэжлийн хамт олноор нь ил тод сонгуулдаг болох, эрдмийн зөвлөлийн гишүүдийн үүрэг хариуцлагыг өндөржүүлж эдийн засгийн урамшуулал, нэмэгдэл шан харамжтай болгох ажлыг зохион байгуулах нь ашигтай юм. Эрдэм шинжилгээний ажлын хувь заяаг дан ганц ухамсар, нэр төрийн хэрэг болгож шийдүүлдэг нь учир дутагдалтай юм. Энэ ажлыг бусад салбар яах бол гэж хүлээлгүй асуудал боловсруулж холбогдох байгууллагатай зөвшөөрөллөөд шууд турших нь чухал санагдана.

Эрүүлийг хамгаалах системийн удирдлага төлөвлөлтийг боловсронгуй болгож эмнэлгийн тусламж нэг бүрийн өртгийг тооцож сурах, үүнийг тулд төсөвт зардал болон бусад өртгийг зөв төлөвлөх, ажлын үнэлгээ, хөдөлмөр зарцуулалт, хөлс төлөлтийн системийг боловсронгуй болгож эдийн засгийн тооцоонд оруулахыг эрүүлийг хамгаалах анагаах ухааны хөгжлийн өнөөгийн практик шаардаж байна. Энэ талаар ЗХУ, БНБАУ, БНАГУ зэрэг ах дүү социалист орнуудад хэрэгжүүлж байгаа үлгэр жишээ ч туршлагад тулгуурлаж тодорхой хот, аймгуудын эрүүлийг хамгаалахын эдийн засгийн туршилтын бааз болгох нь зүйтэй байна. Үүний тулд Эрүүлийг хамгаалах яам, Анагаах ухааны хүрээлэнд эдийн засгийн сектор, групп байгуулах, судалгааны ажлын аргазүй, түр мөрдөх норм, нормативыг боловсруулах, холбогдох хүмүүсийг явуулж туршлага судлуулан энэ талын боловсон хүчнийг чиглэл зорилготой бэлтгэх шаардлагатай байна.

Эрүүлийг хамгаалахын удирдлага зохион байгуулалтыг боловсронгуй болгох талаар нэн даруй шийдвэрлэвэл зохих салбар дундын шинж чанартай тулгамдсан асуудал ч цөөнгүй байна.

Эрүүлийг хамгаалах яам бол хүн амын эрүүл мэндийн асуудлыг ард түмний өмнө хариуцсан төрийн захиргааны төв байгууллага бөгөөд социалист эрүүлийг хамгаалахын үндсэн зарчмын нэг нь түүний төрийн шинж чанартай (ард түмний эрүүл мэндийг төр улс хариуцдаг) байх явдал учраас зохиож байгаа ажил нь далайц ихтэй улс ардын аж ахуйн бүх салбар, нийт ард түмнийг хамарсан, урьдчилан сэргийлэх цогцолбор шинж чанартай байх учиртай билээ. Гэтэл одоогийн байдлаар Эрүүлийг хамгаалах яамны бүрэлдэхүүнд

байх шаардлагатай нэлээд алба бусад газарт тус тусдаа байгааг ах дүү социалист олонх орны туршлагаар нэг мөр болгож удирдлагыг нэгтгэн төвлөрүүлэх нь зүйтэй байна. Үүний тулд Эрүүлийг хамгаалах яамыг «Эрүүлийг хамгаалах, нийгэм хангамжийн яам» болгож, МҮЭ-ийн төв зөвлөлийн бүрэлдэхүүнд байгаа эрүүл мэндийн даатгал болон хөдөлмөрийн чадвар түр алдалтын асуудал (эмнэлгийн хуудас), рашаан сувиллын хэрэг эрхлэх газар, Сангийн яамны бүрэлдэхүүнд байгаа тахир дутуугийн группийн хүмүүсийн тэтгэвэр, тэтгэмжийн алба, Биеийн тамир спортын улсын хорооны нийтийн биеийн тамирын алба, тэдгээрийн үүргийг Эрүүлийг хамгаалах үйлст нэгтгэвэл хүн амын эрүүл мэндийг хамгаалах ажлын удирдлага, хүн хүч төвлөрч илүү Үр дүнд хүрч бслох юм.

Эрүүлийг хамгаалах салбар яамны аппаратын тухайд дараах асуудлуудыг шуурхай шийдвэрлүүштэй байна. Үүнд: яамны урьдчилан сэргийлэх ажил хариуцсан газар, хэлтсүүдийн бүтэц зохион байгуулалтыг нэгтгэн төвлөрүүлж цэгцтэй болгох, одоогийн байдлаар зарим үүрэг нь давхцаж байгаа гадаад харилцаа, анагаах ухааны эрдэм шинжилгээний цөөн хүнтэй тасгуудыг боловсон хүчин захиргааны газартай нэгтгэж дотор нь анагаах ухааны боловсрол, эрдэм шинжилгээ, гадаад харилцаа хамтын ажиллагааны хэсэгтэйгээр ажиллуулах, одоогоор үйл ажиллагаа нь салгуу байгаа Эрүүлийг хамгаалахын цэг салбарын төлөвлөлт, санхүүгийн төсвийн төлөвлөлтийг нэг газар нэгтгэж ажиллуулах;

— Эрүүлийг хамгаалах яамны хөрөнгө оруулалт, их барилгын албыг өргөтгөж наад зах нь 3—4 хүнтэй болгохын хамт барилга захиалагчийн товчооны үүргийг тодорхой болгож салбарын эмнэлгийн барилгын зураг төсөл технологийн группийг шинээр зохион байгуулж хамтатган ажиллуулах;

— Салбарын хэмжээнд чанар, үнэ стандартын асуудал хариуцсан алба бий болгох;

— Улсын эм хангамж үйлдвэрлэлийн газрын үүрэг, зохион байгуулалтыг өөрчилж шинжлэх ухаан-үйлдвэрлэлийн «Эм» нэгдэл байгуулж эх орны түүхий эдээр эм үйлдвэрлэх асуудлыг тууштай шийдвэрлэх;

— Эрүүлийг хамгаалах яамны хэмжээнд эмнэлгийн техникийн бодлого боловсруулж «Эмнэлгийн техникийн алба»-ыг бие даалган хөгжүүлэх, үүний тулд эмнэлгийн тоног төхөөрөмж, засвар угсралтын газрыг эм хангамжийн бүрэлдэхүүнээс гаргаж улсын чанартай үйлчилгээтэй, аж ахуйн; тооцоотой болгож ажиллуулах;

— Хүн амын эрүүл мэнд, анагаах ухааны нийгмийн асуудал, үнэ стандарт, норм, норматив хүн амзүй, хэрэгцээ, эрүүлийг хамгаалахын эдийн засгийн онол практикийн асуудлыг боловсруулж байх эрдэм шинжилгээний бие даасан байгууллага байгуулах;

— Анагаах ухааны дээд, дунд сургуулийн программыг оновчтой өөрчлөх, эмнэлгийн техник, эдийн засаг, санхүүгийн мэдлэг олгох асуудлыг шинэ шатанд гаргах;

— Анагаах ухааны хүрээлэнд хийж байгаа эрдэм шинжилгээний сэдэвт ажлуудыг дахин хянан үзэж эмнэлгийн тусламжийн үр ашгийг тооцох, урьдчилан сэргийлэх ажилд гол хүч, зардлыг зарцуулдаг болох, эрүүлийг хамгаалахын зохион байгуулалтын шинэ дэвшилттэй хэлбэрийг турших;

— Эрүүлийг хамгаалахад эмнэлгийн үнэ төлбөртэй үйлчилгээний хэлбэрийг туршин нэвтрүүлэх, эмнэлгүүдийг төсөвт аж ахуйн тооцоонд бүрэн хамруулах;

— Аймаг дундын оношлогооны төв барих газрыг зөв сонгох, сум дундын нэгдсэн эмнэлгүүдийн байршлыг дахин хянаж оновчтой тогтоох, эрүүлийг хамгаалах салбарын хөгжлийн хэтийн төлвийг шинэчлэн боловсруулах хөрөнгө оруулалтын хэмжээг нэмэгдүүлэх;

— Эрүүлийг хамгаалах салбаруудын дэд бүтцийн зохион байгуулалтын хэлбэрийг оновчтой тогтоох, ялангуяа ариун цэвэр, халдвар судлам эм хангамжийн алба, хүүхдийн ба эмэгтэйчүүдийн хэсэг, цехийн болон дотрын тусламжийн зохион байгуулалтыг боловсронгуй болгох шаардлагатай байна.

Эмнэлэг урьдчилан сэргийлэх байгууллагуудын бүтэц зохион байгуулалтыг байнга боловсронгуй болгож ажлын арга барилаа өөрчлөн сайжруулж эрин цагийн аяс шаардлагатай нийцүүлж байх нь хөгжлийн диалектик мөн бөгөөд хүн амд үзүүлэх эмнэлгийн тусламжийг зохистой зохион байгуулж эмнэлэг үйлчилгээнд чанарын дэвшил гаргах, хувьсан өөрчлөгдөж байгаа өвчин эмгэгийн хууль жамыг зөв таньж сэргийлэх аргыг оновчтой сонгох, эх хүүхдийн өвчлөл, эндэгдлийн шалтгааныг арилгаж халдварт өвчнийг багасгах, үүний тулд салбарын хамт олны удирдлага эдийн засаг, онолын ерөнхий мэдлэгийг шинэ шатанд гаргаж байгаа нөөц бололцоогоо дээд зэргээр ашиглах, эмнэлгийн хөдөлмөр зохион байгуулаат, хөлс төлөлтийн системийг боловсронгуй болгох, хүн амыг эрүүлийг хамгаалах үйлсэд өргөн оролцуулж эрүүл аж төрөх ёсны зөв дадлыг туйлын өргөн хүрээнд хэвшүүлэх зэрэг олон чухал асуудал бидний өмнө асуултын тэмдэг болон зогсож байна.

**ЭХЯ-ны төлөвлөгөө, эдийн засгийн газрын дарга, анагаах ухааны дэд эрдэмтэн Г. ЗУУНАЙ**

Редакцид ирсэн 1989. 01. 10

## УНШИГЧ, ҮЙЛЧЛҮҮЛЭГЧДИЙН САНАЛ БОДОЛ

Эрүүлийг хамгаалах салбар дахь өөрчлөлт, шинэчлэлтийн үндсэн зорилт бол хүн амд үзүүлэх эмчлэн сэргийлэх тусламжийн чанарыг эрс дээшлүүлэх явдал юм. Эмнэлэг үйлчилгээний чанарыг шинэ шатанд гаргахын тулд эрүүлийг хамгаалах байгууллагын удирдлага зохион байгуулалтыг төгөлдөржүүлэх, эмчлэн сэргийлэх байгууллагын аппарат, тоног төхөөрөмжийг шинэчлэх, эмчилгээ-шинжилгээний аргыг боловсронгуй болгох, эмнэлгийн дээд, дунд мэргэжилтний мэдлэг мэргэжлийг дээшлүүлж, хариуцлага, сахилгыг өндөржүүлэх, ялангуяа анагаах ухааны дээд сургуулийн сургалтыг сайжруулах асуудлыг онцгой анхаармаар байна.

Системийн хэмжээгээр төлөвлөлтийн техник, эдийн засгийн үндсийг сайжруулах, зарим нэгэн газрыг төсөвт аж ахуйн тооцоонд оруулах, тайлан мэдээ гаргах, оношзүйн шинжилгээний ажилд электрон тооцоолон бодох машиныг өргөн нэвтрүүлэх, орон нутгийн эмч мэргэжилтнүүдийг орон сууц, мэргэжлийн ном хэвлэл, шуурхай мэдээллээр тогтмол хангах, эмнэлгийн орыг нэмэхгүйгээр нэг ор хоногт ногдох зардлыг нэмж, амбулаторийн үйлчилгээ, өдрийн эмчилгээ сувилгааг өргөжүүлэх, анагаах ухааны дээд сургуульд оюутны бие дааж суралцах, өвчтөний дэргэд ажиллах цагийг нэмэгдүүлэх зэрэг тулгамдсан олон чухал асуудлууд зогсож байна.

Хүн ам таруу байрласан өргөн

уудам нутагтай манай орны нөхцөлд нарийн мэргэжлийн эмч нарын онош-эмчилгээний иж бүрэн явуулын бригадыг тогтмол графикаар ажиллуулах нь чухал. Хот хөдөөгийн нарийн мэргэжлийн болон нэгдсэн эмнэлгүүдийг орчин үеийн нарийн апарат тоног төхөөрөмжөөр тоноглох, нийт эмч мэргэжилтнүүдийг орон сууцаар хангах арга хэмжээг дэс дараатай шийдвэрлэх хэрэгтэй. Төвөөс алс хол ажиллаж буй эмч нарт орчин үеийн анагаах ухааны мэдээллийг шуурхай хүргэх асуудлыг Эрүүлийг хамгаалах яамны харьяа эрдэм шинжилгээний байгууллага шууд гартаа авах нь зүйтэй.

Мөн эрүүлийг хамгаалах чиглэлээр ажиллаж байгаа эрдэм шинжилгээний олон жижиг байгууллага, судалгаа шинжилгээний ажилтнуудыг төвлөрсөн удирдлагаар хангах, эрдэм шинжилгээний ажилтан эмч нарын бүтээлч хамтлагийг зохион байгуулж тулгамдсан зарим асуудлыг шийдвэрлэх, клиникийн эмнэлэг, амралт сувиллын газрын шууд холбоог бэхжүүлэх, системийн томоохон нэгж газруудын гадаад харилцааг хөгжүүлэх, районы нэгдсэн эмнэлгийг оношзүйн төв болгож бэхжүүлэх, хэсгийн эмнэлгийг гэрээр үйлчлэх идэвхтэй хяналтын хэлбэрт шилжүүлэх, архаг өвчтөнийг сувилал-профилакторид эмчлэх зэрэг асуудлыг холбогдох газрууд судалж үзээр байна.

Л. Эрдэнэбаяр

### ЗХУ-Д ЭМЧЛҮҮЛЭХЭД ТӨРСӨН СЭТГЭГДЭЛ

ЗХУ-д эмчлүүлж байхдаа үзсэн харсан зүйлээ бичиж, эмч мэргэжилтэн нартай санал бодлоо хуваалцахаар шийдлээ.

1. Дотрын өвчтөнүүдийг төрөлжүүлэн эмчилдэг тасаг, кабинетыг орон тоо, цалин нэмэхгүйгээр шинээр нээх бололцоо байна. Ж нь: ЗХУ-ын институтэд эрдэм шинжилгээний ажилтан нар өвчтөн үзэж (нэг хүнд 5—6 өвчтөн ногдоно)

байна. Манай эрдэм шинжилгээний ажилтан нар өрөөнд сууж ажилладаг учраас эрдэм шинжилгээний ажлын өгөөж үр дүн багатай байдаг тал бий болов уу?

2. Өвчтөнийг тайван чөлөөтэй байлгахад тэнд байгаа бүх хүмүүс анхаарч байна. Зөвлөх эмч долоо хоног бүр бүх өвчтөнийг заавал үзнэ. (Манайд эмчлэгч эмч үзүүлэх хүнээ үзүүлээд зөвлөхөд ихэнх нь үзүүлж чадахгүй гардаг).

Төгсгөл нь 73-р талд



ЭМНЭЛЭГ АРИУН ЦЭВРИЙН ҮЙЛЧИЛГЭЭ

Эмнэлгийн нарийн мэргэжлийн тусламжийг малчдад хүргэх, чанаржуулах нь маш чухал бөгөөд энэ талаар орон нутагт сонин сонин туршлага гарч байгаагийн нэг нь Хөвсгөл аймгийн Их-Уул сумын сум дундын эмнэлгийн хамт олны 1985 оноос «Эмнэлэг-ариун цэврийн явуулын үйлчилгээ» эхлэн явуулж ирсэн нь туршлага юм.

Зун, намрын дэлгэр улиралд (VI—X сард) саалийн ферм, хэсэг, бригадын төв зэрэг хүн ам бөөгнөрөн байрласан газарт 5—15 км-ын хүрээнд хүн амд эмчлэн эрүүлжүүлэх, эрүүл мэндийг бэхжүүлэх, ариун цэвэр, эрүүл ахуйн сургалт явуулах хэлбэрээр гурван үе шаттайгаар үйлчилнэ.

**Эхний шат** Ферм, хэсгийн хүмүүст сум дундын эмнэлгийн дотор, мэс засал, хүүхэд, эмэгтэйчүүд, шүдний эмчийн бүрэлдэхүүнтэй урьдчилан сэргийлэх, диспансерийн хяналтын үзлэг хийнэ. Үзлэгээ амбулаторийн картад тэмдэглэнэ. Энэ үзлэгт оношийг батлах, диспансерийн хяналтын өвчтөний биеийн байдалд үнэлгээ өгөхийн тулд клиник, биохимийн лабораториудыг ажиллуулж цус шээсний ерөнхий

шинжилгээ, биохимийн болон бактери харах шинжилгээг хийнэ.

Үзлэгээр илэрсэн цочмог буюу архаг өвчтэй хүмүүс, диспансерийн хяналтад байдаг өвчтөний эмчилгээг тусгай журналд бичнэ. Үзлэг хийж дуусаад нарийн мэргэжлийн эмч нар буцах бөгөөд шүдний эмч үлдэж амны хөндийг эрүүлжүүлэх ажил хийнэ.

Эмчилгээнд хэрэглэх эмийг сумын эмийн сангийн эрхлэгч хамт явж малчдад худалдаж үйлчилдэг.

**II шат.** Эмч нарын эмчилгээний заалтын дагуу бригад, хэсгийн бага эмч, сум дундын эмнэлгээс томилогдсон сувиллагч нар эмчилгээтэй хүмүүсийг 21 хоног хүртэл хугацаанд гардан эмчилнэ. Эмийн эмчилгээнээс гадна нөхөн сэргээх эмчилгээг хийнэ.

**III шат.** Эмчилгээ дуусах (21 хоногт) үед дээрх нарийн мэргэжлийн эмч дахин ирж, эмчилгээний үр дүнг тооцож, эмчилгээнд засал аваагүй хүмүүсийг хаана, хэзээ эмчлүүлэхийг зөвлөнө. Дараа нь өөр фермд нүүн байрлаж, дээрхи ажлаа давтан хийнэ. Ийм байдлаар ажиллахад үйлчилгээний хугацаанд 4—5 удаа нүүж 150—200 гаруй

Он	Ажилласан хоног	Нүүдэллэсэн тоо	Үзлэгт хамрагдсан дүн	Эмчилгээ хийгдсэн дүн	Үүнээс				Нэг буурин дээр зарцуулсан эмчилгээний дундаж үнэ	Эрүүл ахуйн хичээл явуулсан цаг	Сэдвийн тоо	Хамрагдсан хүн
					Эрүүлжсэн		сайжирсан					
					тоо	хувь	тоо	хувь				
1985	40	3	600	200	45	20,8	80	40,0	400	12	10	210
1986	60	4	1109	169	42	15,4	38	57,5	460	23	23	160
1987	74	5	1201	209	51	24,4	117	56,0	520	42	42	220

хүнийг эмчилж болох нь туршлагаас харагдаж байна.

Эмчлэн эрүүлжүүлэх ажлын тооцоог 1-р хүснэгт үзүүлэв.

Эмнэлэг ариун цэврийн явуулын үйлчилгээнд доорх бүрэлдэхүүн, тоног төхөөрөмж шаардлагатай юм.

#### Оролцох бүрэлдэхүүн:

а) Үзлэг хийхэд сум дундын нэгдсэн эмнэлгээс:

Мэс заслын, дотрын, хүүхдийн, эмэгтэйчүүдийн болон шүдний эмч,

б) эмчилгээ хийх бусад ажилд туслах зорилгоор: Сум дундын нэгдсэн эмнэлгээс, сувилагч, эмийн сангийн эрхлэгч, бригад хэсгээс бага эмч 1 тус тус ажиллана.

#### Тоног төхөөрөмж:

1. Амбулатори-асар, майхан (4x8 м)

— Эвхмэл ширээ 5, эвхмэл сандал 10,

— Эмэгтэйчүүдийн үзлэг, эмчилгээний сандал 1, эм, багажийн тавиур 1,

2. Халуун ус асар, майхан (2x2 м)

— Ус халаах төхөөрөмж 1, шүршүүр 1,

3. «Хонда» мотор, гэрлийн утасны хамт

4. Жорлон, сүүдрэвч, хүлээлгийн сандал, наран шарлагын вандан. Тус сум дундын нэгдсэн эмнэлгийн хамт олон асар, «Хонда» мотор,

шүршүүрээс бусдыг өөрсдийн хүчээр хийж нийт 2480 төгрөг зарцуулжээ.

Бие засах газар, сүүдрэвч, хүлээлгийн сандал, наран шарлагын вандангаас бусад нь эвхэж салгаад «УАЗ—469» машины арын зайд багтдаг учир нүүж суухад тохиромжтой ажээ.

Эмнэлэг-ариун цэврийн явуулын үйлчилгээг ажиллуулсан туршлагаас үзэхэд:

1. Явуулын үйлчилгээнд ажиллаж байгаа сувилагчид томилолтын зардал олгох, хоол хүнсний зүйлээр хангах;

2. Явуулын үйлчилгээнд хэрэглэх эм тариаг нэмж олгох,

3. Усанд оруулах шүршүүрийг олшруулж, саван, алчуураар хангах зэрэг шийдүүштэй асуудлууд байна.

Энэ явуулын үйлчилгээ нь дан ганц эмчлэн эрүүлжүүлэх ажил хийхгүй, эрүүл ахуйн сургалт явуулж, ферм бригадын ариун цэврийн байдалд хяналт тавьж ажилладаг.

Эл явуулын үйлчилгээг сум дундын болон сумын эмнэлэг (өөрийн бололцоогоор зохион байгуулж болно), мөн аймгийн нэгдсэн эмнэлгээс өвчлөл их байгаа сум, бригадад (ферм) явуулж болохоос гадна шүд, эмэгтэйчүүд, хүүхэд гэх мэт нарийн мэргэжлийн тусламжийг явуулын хэлбэрээр үзүүлж болно.

Анагаах ухааны хүрээлэнгийн эрдэм шинжилгээний ажилтан Л. ДАШЦЭРЭН

## ГҮЙЛСЭН БУЛЧИРХАЙН ҮРЭВСЛИЙГ УЛАМЖЛАЛТ АРГААР ЭМЧЛЭХ НЬ

Гүйлсэн булчирхайн үрэвсэл (ангина) бол нийт хүн ам, ялангуяа сургуулийн өмнөх, сургуулийн насны хүүхдүүд нэлээд элбэг өвчилдөг, сэдэрлэл ихтэй, ужиг явцтай учраас зүрх үе мөч зэрэг эрхтэн системийг өвчлүүлж хүндрэх нь цөөнгүй, эмч нарын анхаарал татсан өвчний нэг юм.

Энэ үрэвслийг дорно дахины уламжлалт аргаар эмчлэхэд үрдүн сайтай учир эмчилгээний аргачлалтыг товч бичье.

1) Цочмог үрэвслийн үед эмийн эмчилгээтэй хавсран эрхий, долоовор хурууны шао-шан, шан-ян цэгийг хатгаж цус авахад өвчтөн халуурах, хоолой торж өвдөх, бүх бие, толгой өвдөх зэрэг зовуурь шаналгаа нэг хоногт эрс намдаж, цусанд гарсан өөрчлөлт 3—4 хоногт хэвийн байдалдаа орж эмээр дагнан эмчилснээс эдгэрэлт хурдсаж, хөдөлмөрийн чадвар түр алдах хугацаа 40 хүртэл хувиар богиносож байна.

II) Гүйлсэн булчирхайн үрэвсэж архагшиж сэдрэхээс сэргийлэхийн тулд хэлний дор орших хөх судсыг ханах буюу эрхий, долоовор хурууны цэгийг хатгана.

Гүйлсэн булчирхайн архаг үрэвсэл сэдрэхгүй үед эмийн (дициллин) эмчилгээтэй хавсран хийв.

Бидний ажиглалтаар сүүлийн гурван жилд эмчлүүлсэн хүмүүсийн 70 орчим хувь нь сэдрээгүй юм.

Хатгах арга. Хануурыг маш сайтар ариутгана. Эмчилгээ хийхийн өмнө эмчлүүлэгчийн гарыг сайн угаалгаж хатгах талбайг спиртээр давтан арчиж ариутгана.

Уушгины суваг судлын эрхий хурууны шаошан, бүдүүн гэдэсний суваг судлын долоовор хурууны шан-ян цэгт хатгана. Цэгийн байрлал нь хумсныг сэтрийн дотор талын булангаас дээш 1 фэн буюу 3 мм-ийн зайтай газар оршдог. Энэ

цэгийг гурвалжин зүүгээр (тарианы зүү ч болно) 2 мм-ийн орчим гүн хатгаж цус авна.

Хурууны үзүүр хэсгийг шахаж гарсан цусыг ариутгасан хөвөөгөөр арчих байдлаар 15—30 дусал цус авна (өндөгний шинжилгээ авдаг аргатай тун төстэй).

Нэг удаа хоёр гарын 4 цэгийг ээлжлэн хатгаж цус авна. Өөрөөр хэлбэл нэг өдөр энэ 4 цэгийг бүгдийг нь хатгана гэсэн үг.

Цус авсны дараа хуруунд наалдсан цусыг спиртээр арчиж, хатгасны ормыг бохирдохоос хамгаалах зорилгоор гоюу наана. Гоюу байхгүй бол ариутгасан марлиар бооно.

Энэ аргыг ямар ч насны хүмүүст хэрэглэж болох бөгөөд 2—3 өдөр дараалан эмчилгээ хийнэ.

*А. Булцэнд,*

3. Зөвлөлтөд өвчтөнүүд гадуур хувцасаа гэр орондоо буцаадаггүй ойрын дэлгүүрт ороод хүнсний зүйл авчирч хэрэглэж байгааг бид ч сонирхмоор зүйл юм.

Өвчтөний гэрийнхэн өдөр бүр уулзаж, ярилцаж салхинд хамт явцгааж байхад эмнэлгийн ямар ч ажилтан зэмлэхгүй байх юм. Эм-

нэлэгт хэвтсэн хүнд хоол цай авчраад байдаггүй юм байна.

4. Физик эмчилгээний дасгал, иллэгүүдийг өвчнөөр нь ангилан цагийн хувиараар сувилалчийн хяналтын дор бие даан хийхийн хамт сэтгэл санааны заслыг хийлгэдэг туршлагыг хэрэгжүүлэх нь зүйтэй санагдав.

Нийслэлийн дөрөвдүгээр сургуулийн багш Д. ЦЭРЭННАДМИД

**ЭРҮҮЛИЙГ ХАМГААЛАХ АЖЛЫН ШИНЭ ЧИГЛЭЛ**

Өнөөдөр БНБАУ-ын иргэн бүр улс орныхоо эрүүлийг хамгаалахын ололт амжилтыг мэддэгийн учир бол тэд ажил хийдэг, хийдэггүй ч эмнэлгээр үнэ төлбөргүй үйлчлүүлэх эрхтэй байдагтай холбоотой юм. Эрүүлийг хамгаалах салбарын хувьд 570 хүнд нэг эмч, 110 хүнд эмнэлгийн нэг ор ногдож байна. Гэвч шинжлэх ухааны дэвшил, байгаль орчны асуудал, хүн амын суурьшил зэрэгтэй холбогдож бий болсон тулгамдсан асуудлууд нь Болгар улсын хүн амын эрүүл мэндийг сахин хамгаалах ажилд өөрчлөлт гаргах хэрэгтэйг харууллаа.

Ажилд нэмэр бага захиргааны болон эдийн засгийн хязгаарлалт, эмнэлгийн орчин үеийн техникийн хангамж сайнгүй байгаа, ажлын арга барилыг зохих хэмжээнд хүртэл эзэмшиж чадаагүй, эмч нарыг урамшуулах тодорхой систем үгүйлэгдэж байгаа зэрэг нь эмч, өвчтөн нар харилцан бие биедээ итгэх итгэлийг сулруулж, хэн хэндээ сэтгэл дундуур байхын нэг шалтгаан болж байгаа юм.

БКН-ын Төв Хорооны Улс Төрийн Товчооноос 1988 онд эрүүлийг хамгаалах ажлыг хөгжүүлэх төслийг бүх нийтээр хэлэлцүүлэв. Мөнхүү төслийн «үндсэн чиглэл» нь болгар хүний ажил, хөдөлмөртэй холбоотой нийгмийн болон эмнэлэг эрүүл ахуй, урьдчилан сэргийлэх ажлын шалгуурыг тодорхойлж эмнэлгийн үйлчилгээг зөвхөн өвчтөнийг эмчлэх хүрээнээс гаргаж, нийт хүн амд ойртуулах, түүнчлэн эрүүлийг хамгаахад тэргүүлэх чиглэлээр хөгжүүлэх салбар зэргийг тодорхойлов. Эцсийн зорилго нь цоо шинэ бүтэц, зохион байгуулалт бүхий хүн амын эрүүлийг хамгаалах нэгдсэн үйлчилгээг бий болгоход чиглэсэн юм.

Юуны өмнө гэр бүл (хүн ам)-ийн хүрээнд үйлчлэх эмнэлгийн хэсэг ажиллуулахаар шийдвэрлэв. Үүнээс өмнө ийм нэг хэсэгт 3000 хүн үйлчлүүлж байсан бол одоо 1500 хүн үйлчлүүлэх юм. Хэсгийн

ажлын гол үүргийг гэр бүлийн зөвлөх буюу гэрийн эмч гүйцэтгэж байх болно. Хүн бүр эмчээ өөрөө сонгон авах бөгөөд эмчийн цалин нь эмчлүүлэгч хүмүүсийн тооноос хамаарах юм. Эмч нь эмнэлгийн зохих тусламжийн 80 хувийг өвчтөнд үзүүлэх бөгөөд шаардлагатай үед өвчтөнг зохих шатны эмнэлгийн тусгай эмчилгээ, шинжилгээнд явуулж болно. Районы эмнэлгийн компьютерийн төвд тухайн районы иргэн бүрийн эрүүл мэндийг хянах лавлах бий. Энэ төвд уралдаант шалгалтаар шалгаруулж сонгосон мэргэжилтнүүд ажиллах бөгөөд иргэдийн хүсэлтээр хүлээн авах цагтай ажиллана.

Эдгээр мэргэжилтэн аль нэг эмнэлгийн байгууллагатай гэрээ байгуулах буюу цалингаа нэмэгдүүлэхийн тулд туслах ажил эрхлэх боломжтой юм. Шагналт цалингийн хэмжээ нь тэдний хөдөлмөрийн чанар, тоо хэмжээнээс хамаарна. Эмнэлгийн эмчилгээний чухал хэсэг нь гэрийн эмнэлгийн ор ажиллуулах явдал бөгөөд эмнэлэгт эмчлүүлэгсдийн 15—20 хувийг хамрах юм. Эмнэлэг нь нарийн мэргэжлийн эмч нар болон эмнэлгийн орчин үеийн техник төвлөрсөн, хурц архаг өвчнийг анагаах буюу сэргээн эмчлэх гэсэн ялгавартай байх юм.

Засаг захиргааны хуваарийн үндсэн дээр эмнэлэг бүр иргэдийн хөдөлмөр эрхэлсэн байдал, насны онцлогыг харгалзан тусгай салбарууд байгуулан ажиллана. Тэдгээрт ажиллаж буй эмнэлгийн ажилтан нь үйлдвэр, аж ахуй, сургууль, хүүхдийн байгууллагын хөдөлмөрийн болон сургалтын нөхцөлд дүгнэлт өгч шаардлага тавин ажиллах эрхтэй юм. Хөдөлмөрийн хамт олон нь өөрсдийн эмнэлгийн байгууллагатай холбоотой асуудлыг бие даан шийдвэрлэж, гэрээ байгуулж тоноглож төхөөрөмжлөх зэрэг хөрөнгө зарцуулж байх болно.

Өнөөг хүртэл эмнэлгийн байгууллагуудын зардлыг улсын төсвөөс гаргаж байсан бол одоо бай-

гууллага, нэгдэл холбоо, нийгмийн хэрэглээний фонд болон иргэдээс хөрөнгө гаргана. Эрүүлийг хамгаалах ажлыг бэхжүүлэх улсын систем нь улсын даатгалын байгууллагын зарчмаар шийдвэрлэх болно. Ингэснээр эмнэлгийн тэргүүлэх салбар болсон биологи, биотехнологи, сэтгэлзүйн болон бусад шинжлэх ухааныг эрчимтэй хөгжүүлэх, зарим салбарыг давуу хөгжүүлэх, тэдгээрийг байгуулахад зарцуулах хөрөнгийг бий болгож байгаа юм. Энэхүү бүтэц нь мэдээж хэрэг эмнэлгийн боловсон хүчнийг бэлтгэх, тэдний мэргэжил боловсролыг дээшлүүлэхийг шаардаж байгаа бөгөөд (одоогоор хамгийн чухал салбар ерөнхий эмнэлэг зүй, нийгмийн үйл ажиллагаа, эмнэлгийн сэтгэл зүй, сувилгаа байв) зарим үед эмч нарын мэргэжлийг гадаадад дээшлүүлэхээр төлөвлөж байна.

Том хотод хүн ам хэт төвлөрч, зарим нутагт эмч нар хүрэлцээгүй байгааг зохицуулахын тулд эмнэлгийн ажилтан нарыг дахин хувиарлана. Эмнэлгийн техник хэрэгсэл болон эм нэмж үйлдвэрлэхийн тулд бага, дунд болон том хэмжээний бие даасан үйлдвэр буюу бусад оронтой хамтарсан нэгдэл байгуулах боломжийг бүрдүүлнэ. Эмчийн нийгмийн шинэ үүрэг нь болгарын эмч нарын холбоог дахин сэргээж, парламентад эрүүлийг хамгаалахтай холбогдсон асуудлаар «үг хэлэх», «Улсын их эмч»-ийг Ардын хурлаас сонгосноор дэмжлэг олж бэхжих болно.

Болгар улсын эрүүлийг хамгаалахын хөгжлийн үндсэн чиглэлийг бүх ард түмнээр хэлэлцэж, зарим районд туршилт явуулахаар төлөвлөжээ.

*«Софиял—пресс»*

#### Сэрэмжлүүлэх өгүүлэл

### СОНОР СОРГОГ ХАНДЪЯ

Манай улсын хөгжлийн бүхий л үе шатанд тарваган тахалтай тэмцэх, сэргийлэх ажил төр, олон нийтийн бүх байгууллага, нийт ард түмний ариун үүргийн нэг байсан, цаашид ч энэ зарчим хэвээрээ байх нь зайлшгүй юм.

Энэ аюулт өвчнөөс хүн ардаа хамгаалах талаар нам, засгаас олон чухал арга хэмжээ авч хэрэгжүүлсний ачаар хүний өвчлөл хувьсгалын өмнөх буюу дараах үеэс хэд дахин буурч, уг өвчинтэй тэмцэх, сэргийлэх ажилд нэлээд ахиц гарсан билээ. Манай орны өвөрмөц байдлаас шалтгаалан тарваган тахлын байгалийн голомтын хэмжээ, хязгаар нэмэгдэж эрүүлийг хамгаалахын урьдчилан сэргийлэх салбарын тулгамдсан гол асуудлын нэг болж байна.

Тарваган тахлын байгалийн голомтыг агуулагч үндсэн эзэн-тарваганы тоо, түүний эдийн засгийн ач холбогдол, хэрэгцээ өсч, түүнийг агнаж ашигладаг заншил хэвээрээ байгаа нь тарваган тахлаар хүн

өвчлөх хүчин зүйл болж байна. Ганц жишээ дурдахад 1987—88 онд Евразийн бүх оронд тарваган тахлаар хүн өвчилсөн нэг ч тохиолдол заагүй байхад манай улсын Архангай, Баянхонгор, Говь-Алтай, Ховд, Хэнтий аймагт сүүлийн хоёр жилд 7 удаа дэгдэлт гарч, 13 хүн өвчилснөөс 5 нь нас барж, халдвар эсэргүүцэх арга хэмжээнд улсаас 4 сая гаруй төгрөгний зардал гаргажээ.

БНМАУ-ын Сайд нарын Зөвлөлөөс тарваган тахлын байгалийн идэвхтэй голомтод (ӨБАБ) бэлтгэл сайтай ангийн бригад ажиллуулж байх талаар тогтоол гаргаж, ГАХО-тэй тэмцэх улс, аймаг, хотын онцгой комиссын дүрмийг шинэчлэн баталсан нь тарваган тахалтай тэмцэх, сэргийлэх талаар авч хэрэгжүүлсэн томоохон арга хэмжээний нэг болов.

Улсын онцгой комисс, Эрүүлийг хамгаалах яам, мэргэжлийн төв байгууллагын заавар, зөвлөмж, гаргасан шийдвэрийг орон нутагт

хэрэгжүүлэх талаар анхааралтай хандаж, хүн амыг тарваган тахлаас сэргийлэхэд улс, хоршоолол, олон нийт, эмнэлгийн байгууллагуудын хүчийг төвлөрүүлж ажиллаж байгаа эмнэлгийн байгууллага, онцгой комиссууд ч байна.

Завхан аймгийн Сонгино, Отгон зэрэг сумдад тарвага агнах ажлыг эмнэлгийн хяналттай бригадын хүчээр хийлгэж, түүхий эдийг боловсруулах бригад дундын нэгдсэн үйлчилгээний цэг ажиллуулж, анцдад бууны сум олгох, эмнэлгийн хяналт тогтоох, тарвага өвчиж арьсыг нь хатаах, тос гаргах махыг нь чанаж болгох зэрэг ажлыг гүйцэтгэж, тос, арьсыг худалдааны байгууллагаас газар дээр нь хүлээж авдаг нь төв, суурин газарт тарваганы нойтон арьс, түүхий мах оруулахгүй байх чухал арга хэмжээ болж байна.

Хэнтий аймгийн онцгой комисс, Эрүүлийг хамгаалах газар, ээрийн аймагт 1987 онд тарваган тахлаар хүч өвчилсөн тохиолдлын шалтгаанд дүгнэлт хийж, бүх сумынхаа онцгой комиссын дарга, гишүүд, тарваган тахлын голомттой сумдын болон аймгийн төвийн хүний их, бага эмч нарын семинар, үзүүлэх сургуулийг «тарваган тахлаас сэргийлэх» чиглэлээр зохион нийт хүн амыг хамарсан суртал ухуулга, үзлэг шалгалт хийх, тэднийг тарваган тахлын эсрэг тарилгад хамруулах, аймгийн шатахуун түгээх цэгүүдээс жолооч нарын замын хуудсанд «Тахал аюултай» гэсэн тэмдэг дарж, тахлын голомттой газрын замын уулзвар, даваа, гүвээнд анхааруулах пайз, самбар гаргах зэрэг өргөн хүрээтэй ажил зохиосон нь үр дүнтэй болжээ.

Тарваган тахал өвчнөөс хүн амыг хамгаалах ажилд өрөөсгөл хандах явдал ихээхэн газар авснаас энэ ажлыг дан ганц мэргэжлийн байгууллага хүмүүсийн үүрэг мэт үзээд нийгэм, хамт олон, бусад эмнэлгийн байгууллага ард иргэдээс гүйцэтгэх үүрэг орхигдож ирлээ. Мэргэжлийн байгууллага, хүмүүс ч захиргаа, улс хоршоолол олон нийтийн байгууллагуудын ая талыг харж, тэдний гүйцэтгэх ажлыг шүүрэн авч хийдгээс хийх ёстой ажлаа

бүрэн хийж чадахгүй, хууль тогтоомж биелүүлэх талаар тодорхой ажил санаачлан хийхгүй байгаа удирдах албан тушаалтан болон өвчлөл гарах нөхцөл бүрдүүлж, халдвар цаашид олон хүнийг хамрах боломж бий болгосон хүмүүстэй эрхийнхээ дагуу хариуцлага тооцож ажиллах явдал шаардлагын хэмжээнд хүрэхгүй байгааг ч нуух хэрэггүй юм. Өөрөөр хэлбэл мэргэжлийн байгууллага, аймаг, хот, сумдын онцгой комисс, эрүүлийг хамгаалах болон бусад байгууллагуудаас хийх ёстой ажлын зааг ялгаа тодорхой бус байгааг хаа, хаанаа анхаарах цаг боллоо.

Өвчний сэжиг илэрсэн үед халдварын эсрэг авах арга хэмжээг зохион байгуулах асуудлыг орон нутагтаа цаг алдалгүй шийдвэрлэж, өөрсдөөсөө шалтгаалах бүхнийг хийчихээд туслалцаа дэмжлэг шаардлагатай гэж үзвэл асуудлыг гоц аюулт халдварт өвчинтэй тэмцэх улсын онцгой комисс, Эрүүлийг хамгаалах яаманд тавьж шийдвэрлэхгүй, бүх асуудлыг улс мэднэ гэсэн хандлагаар ажлыг зохион байгуулж байгаа хуучирсан арга барилыг ч анхаарч үзүүштэй юм.

Тарваган тахлын байгалийн голомттой нутаг, дэвсгэрийн хүн амын дунд ухуулга, сурталчилгааны ажил, тарвага агнуурыг зохион байгуулж байгаа болон агнуурын үед тавих хяналтын ажил эмч, эмнэлгийн ажилчдыг сурган дадлагажуулах ажлын арга хэлбэр ихээхэн хоцрогдонгүй, энэ талаар зохиож байгаа ажлын үр өгөөж хангалтгүй байгаа нь тахлын голомттой нутагт хүмүүс ганц нэгээрээ ямарч зөвшөөрөлгүй тарвага агнаж ашиглах, өвчнийг эрт оношлож чадахгүй удаашруулах, хүний амь нас хохирч, халдвар цаашид олон хүнд дамжиж тархах нөхцөлийг бүрдүүлж, улсын нийгэм, эдийн засагт ихээхэн хохирол, чирэгдэл учруулж байна. Энэ нь өвчлөл гарсан Баянхонгор, Говь-Алтай, Ховд, Архангай зэрэг аймаг, хотын гоц аюулт халдварт өвчинтэй тэмцэх онцгой комисс, эмнэлгийн байгууллагуудын ажлын арга барил, үйл ажиллагааны дутагдалтай холбоотой

боловч иргэн бүрийн хариуцлага, сонор сэрэмж, өвчнөөс сэргийлэх анхан шатны мэдлэг муу байгаа нь ч өвчин гарахад нөлөөлсөн гэж үзэж байна. 1988 онд тарваган тахлаар өвчлөгсдийн 25% нь сургуулийн насны, 50% нь 25—35 нас хүртэлх насны залуучууд, 25% нь 50 хүртэлх насны иргэд эзэлж, өвчлөгсдийн 70 гаруй хувь тахлын голомттой нутгаас хориотой аргаар (хавхаар, нохойгоор) нууцаар анхийснээс, 25% нь тарваганы оүүргэнд хазуулснаас халдвар авч өвчилсөн байна. Өвчлөгсдийн 50 хувь нь булчирхайн болон уушгины хэлбэрээр, 25 хувь нь булчирхайн хэлбэрийн тахал бусад өвчинтэй хавсарч хүндэрснээс нас баржээ.

Өнгөрсөн онд тарваган тахлаар хүн өвчилсөн тохиолдлын үед урьд өмнө гарч байсан хариуцлагагүй үйл ажиллагаа бас л давтагдан гарч байв. Ховд аймгийн Дарви суманд 1988 оны 8 дугаар сарын 7-ны өдөр тарваган тахлаар өвчилсөн 10 настай хүүхдийг сумын бага эмч Д. Тунгалаг эхний өдөр нь, бригадын бага эмч н. Нямхүү хоёрдахь өдөр нь, их эмч Т. Пүрэв гуравдахь өдөр нь тус тус үзсэн боловч өвчнийг нь оношлож чадалгүй өвчин эхэлснээс хойш 5 дахь хоногт сум дундын эмнэлэгт хэвтүүлж, төвөөс эмч очиж тарваган тахал гэдгийг баталж, эмчилгээ эхэлсэн боловч уг хүүхэд нас барж, халдвар эсэргүүцэх арга хэмжээний цар хүрээ нэмэгдэж зардал чирэгдэл учруулж байлаа. Говь-Алтай аймгийн Төгрөг сумын хүний бага эмч Г. Баясгалан булчирхайн хэлбэрийн тарваган тахлын шинж тэмдэг тодорхой илэрсэн өвчтөн хайнга үзсэнээс өөр онош тавьж сум дундын эмнэлэгт хүргэж, байсны гадна эдгээр тохиолдлын үед Ховд аймгийн Дарви сумын иргэн Я. Бадам, Д. Норов, Э. Таня, Ж. Халтар, Ш. Шаалай, Говь-Алтай аймгийн Төгрөг сумын иргэн М. Энхтөр, Б. Дэжид нар хууль дүрмийг гажуудуулж хөл хорионы дэглэмийг ноцтой зөрчсөнөөс арга хэмжээ авагдсан байна. 1988 онд Баянхонгор аймгийн гоц халдвартын их эмч А. Сандагсүрэн өвчтөнд

эмнэл зүйн шинж тэмдэгээр «Тарваган тахал» гэсэн анхны онош тавьж, лабораторийн шинжилгээнд сорьц авч, эмчилгээ эхэлсэн байтлаа лабораторийн шинжилгээний хариу хүлээж байгаа гэдгээр халдвар эсэргүүцэх бүрдмэл арга хэмжээг 20 гаруй цагаар оройтуулж байлаа. Говь-Алтай аймгийн Төгрөг суманд гарсан тарваган тахлын тохиолдлын үед тус аймгийн гоц халдвартын их эмч Ч. Түмэннасан, Б. Буриад нар өвчтөн болон халдвартай материалтай хавьтал болсон хүмүүсийг нэг антибиотикаар 5 хоног эмчлэх зааврыг зөрчиж 34 хүнийг өдөр тутам тус бүр нэг сая нэгж стрептомицин, тетрациклинээр хавсран бүгд 6 хоног эмчилсэний дотор өвчтөний анхдагч хавьтал Г. Баясгалан, Ж. Эрдэнэжав, Д. Батдэлгэр, Ж. Нарангэрэл нарыг дээрх эмээр 21 хоног эмчилж, өвчтөнд үйлчлүүлж байсан нь халдвар судлалын дэглэмд харшилж, үргүй зардлыг ихэсгэж байжээ. Орон нутагт тарваган тахалтай тэмцэх, сэргийлэх ажлын чанар ямар байхыг дан ганц мэргэжлийн байгууллага, эмч мэргэжилтнүүдийн үйл ажиллагаатай холбон үзэх нь зүйн хэрэг боловч энэ ажилд бусад байгууллага, хүмүүсийн идэвхтэй дэмжлэг тусалцаа, тэдний хараа хяналт, өндөр хариуцлага чухал гэдгийг хэн ч мартаж болохгүй.

Манай улсад сүүлийн жилүүдэд тарваган тахлын байгалийн хуучин голомт сэргэн идэвхжиж, хүрээ хязгаар нь тэлж, жил дараалан хүний өвчлөл гарч байгаатай холбогдуулан уг өвчинтэй тэмцэх, урьдчилан сэргийлэх ажлыг өөрийн орны өвөрмөц байдалтай уялдуулан эмнэлгийн анхан шатны нэгж байгууллагаас эхлээд бүх шатанд сайжруулах, эмнэлгийн мэргэжлийн хүн бүрийн мэдлэг чадвар, сонор сэрэмж, хариуцлагыг өндөржүүлэх шаардлагатай байна. Энэ талаар мэргэжлийн төв байгууллага болон орон нутгийн эрүүлийг хамгаалах байгууллагууд хүний нүдэнд харагдахуйц, өргөн олныг хамарсан далайцтай ажил зохиох шаардлагатай байна. Тарваган тахлын бай-

галийн голомт өндөр идэвхжилтэй байгаа сүүлийн жилүүдэд хүний өвчлөл гаргасан, шинэ голомт илэрсэн аймаг, орон нутгийн эрүүлийг хамгаалах байгууллага, онцгой комисс, тахалтай тэмцэх, сэргийлэх талаар зохиож байгаа ажлынхаа арга барилд тодорхой дүгнэлт хийж, цаашид зохиох ажлын чиглэл, зорилтыг тодорхойлж эрүүлийг хамгаалах яам, улсын онцгой комиссын шийдвэрийг хэрэгжүүлэхэд идэвхтэй байр сууринаас хандах хэрэгтэй болж байна. Өөрөөр хэлбэл хүн нэг бүрийн хариуцлага, сахилга, сонор сэрэмжийг өндөржүүлэх, тарваган тахлаас урьдчилан сэргийлэх ажилд улс хоршоолол, олон нийт, хууль хяналтын байгууллага, ард иргэдийн хүч анхаарлыг хандуулах шаардлагатай байна. Энэ нь өвчинтэй тэмцэх, сэргийлэх талаар гарсан хууль дүрмийн биелэлтэд тавих гүйцэтгэлийн хяналт шалгалтыг чанаржуулаж зөрчил гаргагчидтай хийх тэмцэл, тэдэнд хүлээлгэх хариуцлага, сахилгын арга хэмжээг бүх талаар чангатгах, тэднээс нийгэм, хамт олонд учруулсан хорол чирэгдэл, хор холбогдлыг нийтэд ил тодоор сурталчилан ойлгуулах нь чухал байна. Тарваган талын байгалийн голомт идэвхтэй сум, бригадад ухуулга сурталчилгаа халдвар судлалын хяналтын групп хэсгийг өвчнөөс урьдчилан сэргийлэх утгвар ажил болгож тодорхой хугацаагаар ажиллуулж, тахалд өртөж болзошгүй хүмүүсийг

ажил, мэргэжлээр нь тооцон гаргуулах, тэднийг эмнэлгийн хатуу хяналтад авахуулах, тахлын эсрэг тарилгад 100% хамруулах, өвчнөөс урьдчилан сэргийлэх хичээл заах, сум, бригадын эмч нарын мэдлэг мэргэжил, сонор сэрэмжийг сайжруулах, эмнэлгийн бэлэн байдлыг халгуулах зэрэг ажлыг системтэй хийгүүштэй байна.

Тарваган тахлын эсрэг тариа хийлгээгүй, энэ өвчнөөс сэргийлэх хичээл, сургалтад хамрагдаагүй хүмүүстэй ангийн нийгэмлэгийн гишүүн байсан ч тарвага агнах гэрээ хийхгүй байх шаардлагыг холбогдох байгууллагуудтай урьдчилан тохиролцож, түүний биелэлтэд хяналт тавьж байх хэрэгтэй.

Тарваган тахлаар өвчлөгсдийн зонхилох хэсгийг хүүхэд, залуучууд эзэлж байгаа тул тэдгээрийн дунд зохиох ажлын арга хэлбэрийг ч өөрчлөх хэрэгтэй юм. Тарваган тахлаас урьдчилан сэргийлэх ажлыг явуулахад эл өвчний голомт бүхий сум, бригад, суурь, хэсгүүдэд улаан загалмайн нийгэмлэгийн идэвхтнүүдийг бэлтгэж, тэднээр дамжуулан ухуулга, суртчилгааны ажил, хяналт шалгалт, эргүүлийг зохион байгуулахад ч болохгүй гэх газаргүй. Тарваган тахал өвчнөөс сэргийлэх ажлыг орон нутагт зохион байгуулж хэрэгжүүлж ажиллах нөөц боломж их байна. Ганцхан түүнийг ажил болгож ашиглах идэвхтэй үйл ажиллагаа л дутаж байна.

Г. Цэвэгмид, Ц. Чулуунбаатар

## БОЛЗОШГУЙ АЮУЛ, ОСЛЫН ҮЕД БЭЛЭН БАИХСАН

Саяхан гэмтэл согогийн эмнэлгийн эмч нар энэ сэдвээр шүүн ярилцлаа.

Тус эмнэлгийн ерөнхий эмч Г. Дагва, их эмч С. Самбуу, С. Мямарсүрэн, Л. Тулга нарын зэрэг эмч нар санал бодлоо ярилаа. Ярилцлагад ЭХЯ-ны ажилтан Д. Мөнхтогтох оролцлоо.

Манай оронд 7—8 баллын хүчтэй газар хөдлөлтийн голомт Завхан, Хөвсгөл, Баян-Өлгий, Говь-Алтай зэрэг хэд хэдэн аймгийн

нутагт бий. Нийслэл орчинд ч 6—7 баллын хүчтэй газар хөдөлж болох, тэрчлэн цэвэрлэх байгууламжууд их хэмжээний хлор агуулдаг, мах комбинатуудад шүвтэр нэлээд гэмжээтэй байдаг учир шүвтэр, хлор зэрэг химийн бодисын хүн амыг олноор хамарсан хордлого гарч болзошгүй юм. Усны үер, гал түймэр гэх мэт аль олон гашуун зовлон гамшгийг хэлж барах вэ! Манайд тарваган тахлын голомт гэхэд нэлээд тархмал байдгийг бид



мартаж огт болохгүй. Эл асуудлын чухал болохыг тодруулан уг ярилцлагаас доорх асуудлуудыг онцлон ярих нь зүйтэй юм.

Юуны өмнө өнөөдөр манай оронд гэмтэл согогт үзүүлж байгаа тусламжийн цар хүрээ, хүртээмж, чанарыг ул суурьтай авч үзүүштэй. Энэ талын тусламжийг улсын хэмжээнд үзүүлж байгаа ганц төв болох гэмтлийн эмнэлэг гэхэд 40 гаруйхан их эмчтэй, аймаг орон нутагт энэ мэргэжлийн эмч ганц нэг ажилладаг боловч тэр бүр үндсэн ажлаа хийдэггүй, ажиллах боломж тааруу, заримынх нь мэргэжлийн ур чадвар дорой байна. Гэмтэл согогийн эмнэлгийн эрчимт эмчилгээний тасгийн цөөн эмч зарим үед нойр хоолоо хугаслан олон цагаар ажилладаг. Нийслэлийн түргэн тусламжийн станцын гэмтлийн дуудлагын эмч нарын ажлын боломж тааруу, эмч нар нь ч ажилдаа тэр бүр гүйцэд дадлагажаагүй байна.

Хүн амыг хэдэн арав, магадгүй зуу, мянгаар нь хамарсан байгалийн болон бусад гэнэтийн аюул осол гарч болохыг үгүйсгэх аргагүй. Гэтэл бид өнөөдөр 1—2 автобус хүн нэгэн зэрэг гэмтэхэд л нэлээд гэвдэж байж унаа хөсөг, эмч мэргэжилтэн, эм багаж, ор дэр залгуулж байна.

Тэр ч бүү хэл энзимологи, микробиологийн үйлдвэрлэлийн туршлага шинжилгээний төвийн бүтээсэн «панкипсин» мэт үнэт эм бэлдмэлийг хилийн чанд өргөн хэрэглэж «ид, шид»-ийг нь магтаж байхад бид өөрсдөө эмчилгээнд өргөн хэрэглэж өгөөжийг нь судлаагүй байна.

Элдэв хордлогын үед үзүүлэх тусламжийг зохион байгуулалтын хувьд шийдээгүй учир угаарын хийн зэрэг аливаа хордлого, тэр ч бүү хэл могойд хатгуулж, усанд живсэн, цахилгаан гүйдэлд цохиулсан хүн гэмтэл согогийн эмнэлэгт л ирж байна.

Зүй нь энэ бүхнийг эмчлэх бие даасан яаралтай тусламжийн эмнэлэг, тасаг яаралтай байгуулах юмуу зохих аппарат багаж төхөө-

рөмж бүхий бусад клиникт тусламж үзүүлдэг болмоор юм.

— Гэмтэл согогийн албыг бэхжүүлж, юуны урьд гэмтэл согогийн эмнэлгийг өргөжүүлж, материаллаг баазын хувьд бэхжүүлэх, аймгуудын нэгдсэн эмнэлгийн гэмтэл согогийн тасгийг хүн хүч, материаллаг базаар бэхжүүлэх.

— Анагаах ухааны дээд, дунд сургуулийн сургалтад гэмтэл согогийн үед үзүүлэх тусламжийг судлах онол, дадлагын цагийг нэмэгдүүлэх, уул сэдвийг үзэж өнгөрсөний дараа оюутан, сурагчдаас шалгалт авч байх, нийт эмч нарын анхны тусламж үзүүлэх дадал арга барилыг байнга дээшлүүлэх, ялангуяа хүүхдийн гэмтлийн эмч, токсикологич эмч бэлтгэх,

Гэмтлийн мэргэжлийн эмч нарыг хилийн чанд гарсан олныг хамарсан аюул ослын үед боломжоор ажиллуулж, энэ талын тусламжинд дадлагажуулах,

— Яаралтай тусламжийн эмнэлэг, хордлого тайлах төв байгуулах асуудлыг шийдэхийн өмнө түргэн тусламжийн станцын дэргэд гэмтлийн яаралтай тусламжийн бригад ажиллуулж, тэтгэвэрт гарсан туршлагатай эмч нар, зарим үед нарийн мэргэжлийн эмч нарыг гэрээгээр ажиллуулж, залуу эмч нарыг дагалдуулан дадлагажуулж болох юм.

— Яаралтай тусламжийн эм хэрэглэлийн улсын фонд байгуулах, Улаанбаатар хотын болон аймгийн төвийн түргэн тусламжийн станцын дэргэд яаралтай тусламжийн эмийн нөөц бий болгох шаардлагатай. Алсын дуудлагад явах эмчийг гэрээс нь авах, эм тун олох гэж үлэмж цаг алддагийг хаана, хаанаа бодууштай юм.

Гэмтэл согогийг бүртгэж судлах улсын нэгдсэн систем тогтоож, тайлан бүртгэлийн маягт бий болгох шаардлагатай байна. Одоогийн байдлаар гэмтэл, хордлогыг хамт бүртгэж байгаа нь оновчтой биш юм.

Гэмтэл согогийн мэргэжлийн эмч нарын нийгмийн асуудлыг шийдэх, тэдний хөдөлмөрийн нөхцөлийг зохицуулах, тэдний эрүүл

мэндийг хамгаалан бэхжүүлэх талаар зохих анхаарал тавиуштай байгаа тухай эмч нар ярилаа. Гэмтэл согог, яаралтай тусламжийн эмч ажилчид нэгдсэн нэг байр, зуслан байдаг бол олон талын ач холбогдолтой гэж тэд өгүүлж байна.

ЗХУ-д сүүлийн жилүүдэд удаа дараа гарч олныг түгшүүлсэн аюул

осол шиг ийм юм манайд ер гарахгүй гэж хэлэхийн аргагүй. Бид хэдийгээр ийм гашуун зовлон үзэж, хал дол суугаагүй ч болзошгүй аюул ослоос сэргийлж, ямар нэг юм тохиолддог юм гэхэд авах арга хэмжээгээ эртнээс бодож боловсруулах хэрэгтэй билээ.

Г. Цэрэнжигмэд

Ю. Андреев, В. Городецкий, П. Максимов, Д. Воробьев, В. Рыжко

## УДААН ДАРАГДСНЫ ХАМШИНЖ

**Удаан дарагдсаны хамшинж өвчин краш-синдром нь эмч бүхий мэдэх эртний ойлголт юм.**

Ашхабад, Ташкентийн гашуун туршлага нь ор мөргүй арилалгүй олон зүйлд сургаж, Хиросимад тохиолдсонтой ихээхэн төстэй гэмтэл бэртлүүдийг нарийвчлан судлахыг шаардсан билээ. Гэтэл дахиад л Армений эмгэнэлт явдал тохиолдлоо. Аврагчдын баатарлаг үйлс, мянга мянган хүний амийг аварсан өндөр мэргэжлийн эмч нарын шуурхай ажиллагааны зэрэгцээ зохион байгуулалтын замбараагүй байдал, сандарч мэгдэх, удаан дарагдсаны хамшинж өвчний эмнэлзүй, эмгэг жамын талаар зарим эмч нарын дулимаг мэдлэгээс болж осолд нэрвэгдэгсдийг оношлох, эмчлэхэд алдаа гарах зэрэг дутагдал байв. Энэ бүхэнтэй холбогдуулан бүхий л шатанд буурьтай дүгнэлт хийсэн юм. Толилуулан буй энэ материалд ЗСБНХУ-ын Эрүүлийг хамгаалах Яамны харьяа Бүх холбоотын цус судлалын эрдэм шинжилгээний төвийн эмнэлгийн төрөлжсөн тусламжийн бригадын туршлага болон удаан дарагдсаны хамшинж өвчний эмнэлзүй, эмгэг жам, эмчилгээний орчин үеийн ойлголтыг нэгтгэн бичлээ.

**Асуудал яагаад чухал байгаа юм бэ!** Удаан дарагдсаны хамшинж өвчнийг дарагдах хамшинж, гэмтэл бэртлийн хордлого, удаан хугацаагаар няц дарагдсаны хамшинж гэх мэтээр нэрлэдэг. Энэ өвчин нь хүнд гэмтлийн нэг бөгөөд эмчилгээ нь өнөө ч нэлээд түвэгтэй байгаа юм. Энэ өвчний тухай Анагаах ухааны дээд сургуулиуд болон мэргэжил дээшлүүлэх курст хичээл заах талаар одоо ч хангалтгүй анхаарч байна. Бүх холбоотын эрдэм шинжилгээний их, бага хуралд энэ өвчний тухай зориуд авч хэлэлцэж байсангүй. Сургалтын тусгай материал, нэг сэдэвт зохиол цөөн тоотой байгаа ч ихэнх мэдээлэл нь хуучирчээ. Иймээс эмч нарын дийлэнх хэсэг нь удаан дарагдсаны хамшинж өвчний эмгэг жамыг хомсхон мэддэг, эмчилгээний үе шат болон шин-

гэн юүлэх, цус сэлбэх орчин үеийн эрчимтэй эмчилгээний талаар багцаа муу байгаа юмаа. Ийм шалтгаанаас болж нэрвэгдэгсдэд анхны тусламж үзүүлэхдээ хуучирсан зарчим баримтлаж, тухайлбал гол төлөв үе мөчгүй болгодог чавцруул тавьдаг аргаа юм л бол хэрэглэж байв. Өвчний бүхий л явцад шингэн юүлэх, цус сэлбэх эмчилгээний ач холбогдлыг дутуу үнэлж, бөөрний цочмог дутмагшилд орохоос сэргийлдэг плазмоферезийн аргыг эрт хэрэглэхийг үндэслэлгүйгээр эсэргүүцэж, зааврын дагуу гемодиализ хэрэглэж байгаа ч заримдаа буруу хийж, өндөр даралтын тусламжтайгаар хүчилтөрөгчөөр эмчлэх (гипербарическая оксигенация) аргын ашиг тусад эргэлзэх явдал ч байлаа.

**Тусламж хурдан үзүүлэв.** Армений газар хөдөлсний улмаас учирсан эмгэнэлт уршиг нь удаан дарагдсаны хамшинж өвчний эмчилгээтэй уялдсан зохион байгуулалтын хийгээд дан ганц эмнэлгийн холбоотой хэд хэдэн нарийн түвэгтэй зүйлийг шинээр сэтгэх хэрэгтэй шалтгаан болов.

**Газар хөдөлсний дараахи эхний өдрүүдэд ЗХУ-ын Анагаах Ухааны Академийн академич А. И. Воробьевын санаачилгаар ЗСБНХУ-ын Эрүүлийг хамгаалах Яамны Бүх холбоотын цус судлалын эрдэм шинжилгээний төвөөс юуны түрүүнд сэхээн амьдруулах, цус сэлбэх, мэсзасал хийх, хордлогоос гаргах зэрэг хамгийн олон талын тусламж үзүүлэх чадвартай өндөр нарийн мэргэжлийн мэргэжилтнүүдээс бүрдсэн бригадыг Ереванд илгээсэн юм. Плазмаферез болон гемодиализ хийх орчин үеийн хэрэгслэлээр тоноглогдсон, цус, цусны бүтээгдэхүүнүүдийг бэлтгэх хөдөлгөөнт станцтай, судсанд юүлэх нэн чухал шингэнүүдээр хангагдсан энэ бригад ЗСБНХУ-ын Анагаах Ухааны Академийн Бүх холбоотын мэсзаслын эрдэм шинжилгээний төвийн Ереван дахь сэлбарт үйл ажиллагаагаа хэрэгжүүлсэн бөгөөд уг салбарын захирал ЗСБН Арменийн Шинжлэх ухааны академийн сурвалжлагч гишүүн, профессор А. Л. Микаелян зохион байгуулалтын их ажил хийлээ. Дээр нь дурдсан салбарыг ЗСБНХУ-ын Эрүүлийг Хамгаалах Яамны сайд Е. И. Чазоваас удаан дарагдсаны**

\* CRASH-осол, сүйрэл гэсэн утгатай англи үг. Оросоор крах хэмээнэ.

хамшинж өвчтэй хүмүүсийг эмчлэх төв болгон ажиллуулах шийдвэр гаргасны дагуу ийм оноштой нэрвэгдэгсдийг энд бөөгнөрүүлэн, тусламж үзүүлэх ажлыг зохион байгуулах нь бригадын зорилго байсан юм. Энэхүү бригад 1988 оны 12 дугаар сарын 25 хүртэл ажиллахдаа эмчилгээний бүрдмэл арга хэмжээг хэрэгжүүлэн, удаан дарагдсаны хамшинж өвчнийг эмчлэх түр заавар боловсруулж, энэ төрлийн өвчтөнийг нэгэн эмнэлэгт төвлөрүүлэн эмчилсэн юм.

Энэ талаар хуримтлуулсан баялаг туршлага нь эмийн болон мэсзаслын эмчилгээний янз бүрийн аргыг харьцуулан тодорхой дүгнэлт хийх боломжтой болгов.

**Бид юутай тулгарав** Армений газар хөдөлснөөс болж цөөн минутын дотор мянга мянган хүн мурангид дарагдсан билээ. Тэдэнд туслахын тулд улсын төдийгүй Зөвлөлт орны бүх албыг дайчлах шаардлагатай болсон юм. Ийм нөхцөлд эмнэлгийн албыг зөв зохион байгуулахын ач тусыг өндөр үнэлэхгүй байхын аргагүй. Байгалийн гамшиг тохиолдсоны дараахи эхний цагуудаас эмнэлгийн албаны ажлыг нэрвэгдэгсдэд тусламж үзүүлэхэд чиглүүлсэн нь зөвлөлтийн эрүүлийг хамгаалахын нэр төртэй үйл болсныг дурдах хэрэгтэй юмаа.

Эмнэлгийн ажилтнуудыг дайчлан Ереван, Тбилис, Москва хогуудад хэвтүүлэн эмчлэх мэргэжлийн газруудыг нээж, хөдөлгөөнт бригадуудыг байгуулан сүйрэл болсон газруудад явуулж эмийн зүйл багаж хэрэгслэлээр хугацаанд нь хангах, сүйрэлд өртсөн хүмүүсийг зөөвөрлөх агаарын тээвэр Ереван-Москвагийн хооронд тасралтгүй үйлчилж байв. Эхний үед горьдлогогүй гэмээр байсан хүнд хүнд гэмтэл бэртэлтэй хэдэн арван мянган хүний амийг аварлаа. Гэвч үүний зэрэгцээ хойшлуулшгүй арилгавал таарах олон тооны дутагдал ч илэрч байв.

Орон нутгийн эмнэлгийн ажилтнууд болон дунд мэргэжилтний сэтгэхүйн гутрангүй байдал анхны өдрөөс л анхаарал татсан бөгөөд санаачилгыг бригадынхан өөрсөндөө авахаас өөр аргагүй байлаа. Иймэрхүү байдал Ереваны бусад суурин эмнэлгүүдэд ч гарч байв. Эмчлэх болон зохион байгуулах үндсэн ачаалал нь зөвлөлт орны янз бүрийн хэсгээс ирсэн тусламжийн бригадынханд л овоорч байв.

**«Анхны сургамж».** Бүсчилсэн маягаар түргэн хугацаанд зохион ажиллаж чадах бригадуудыг шингэн юүлэх, цус сэлбэх орчин үеийн эрчимт эмчилгээ хийх сэхээн амьдруулах, хүнд хүнд (хавсарсан буюу нийлмэл) гэмтлийг мэсзаслаар эмчлэх, гемодиализ хийх туршлагатай нэлээд төрөлжсөн эмнэлгүүдийн бааз дээр байгуулж, бэлтгэх, сургах зайлшгүй шаардлагатай юм гэсэн дүгнэлтийг анхдугаар сургамжаас хийж байна. Ийм бригадууд нь хамгийн ойр байгаа сүйрлийн голмотод очиж эмнэлгийн өндөр мэргэжлийн тусламж үзүүлэхэд шаардагдах бүх зүйлтэй байвал зохино.

Газар дээр нь тусламж үзүүлэх, нэрвэгдэгсдийг ангилах, нүүлгэн шилжүүлэх

ажлын зохион байгуулалтын зарчим боловсронгуй бус байв. Газар хөдөлсний дараа хотын эмнэлэг нь ганцаар бүтэн үлдсэн Ленинананыг үүнтэй холбогдуулан жишээ болгож болох юм. Ихэнх нэрвэгдэгсэд энд л ирж байлаа. Гэрэл гэгээ, ус байхгүй, бүх өрөө тасалгаанд шархдагсдыг хэт олноор бөөгнүүлсэн, эмч нар хүрэлцээгүй, эмнэлгийн ажилтнууд сэтгэл санаагаар унасан байсан зэрэг нь эмнэлгийн тусламжийн чанарт муугаар нөлөөлж байв. Шархдагсдыг нүүлгэн шилжүүлэхэд гарсан саад бэрхшээл байдлыг улам хүндрүүлэв. Зай завсаргүй цувсан хувийн машинаар гудамж дүүрч эмнэлгийн тээвэр зайчлан явахад саад болж байлаа. Ийм эмх замбараагүй үед найдвар тун багыг мэдсээр байж ажлын байраа багаж хэрэгсэл, эмийн зүйлгүй орхиод төрөл төрөгсдөө аврахаар давхисан, өндөр мэргэжлийн олон эмч дээрх цуваанд явсан нь гайхалтай.

Газар хөдлөлтөд нэрвэгдэгсдийг ачааны машинаар саадгүй тээвэрлэхийг цэргийн ангиудын оролцоотойгоор 12 цагийн дараа арайхийж цэгцтэй болгосон юм. Дараахан нь ийм цуваа Ленинанан-Ереван голын замаар Ленинканаас 20 км зайтай Маралик дахь районы эмнэлэг рүү цуварч эхэлсэн билээ. Жаран ортой энэ эмнэлэг эхний өдрүүдэд 1200 хүн хэвтүүлсэн байна. Мэдээж, энд бас л Ленинананий эмнэлгээс ялгаагүй, эмч, эмийн зүйл хүрэлцээгүй, майхан, дамнуурга байхгүй, өвчтөнөөр хэт дүүрсэн байв.

Ядаж хамгийн шаардлагатай тусламж үзүүлж чадах эмнэлгийн газруудад хүмүүсийг нүүлгэн шилжүүлэх ганц зорилтыг ийм нөхцөлд шийдвэрлэж чаджээ. Үүний тулд нэрвэгдэгсэд замын машинаар, дараа нь эмнэлгийн тээвэрээр районы эмнэлэг, Ереван хотын эмнэлгийн байгууллагуудад очиж байлаа. Ингэснээр нэрвэгдэгсдийг хэт олноор бөөгнөрүүлэлгүй, эмнэлгийн цэгүүдийг хурдан чөлөөлж, эмчийн тусламжийг арай тохь тухтай нөхцөлд үзүүлж байсан нь мэдээж бөлгөө.

**«Хоёр дахь сургамж».** Зохион байгуулалттай холбоотой нэгэн чухал дүгнэлт эндээс гарна. Нэрвэгдэгсдийг аврах, эмнэлгийн анхны тусламж үзүүлэх ажлыг зохион байгуулах, ангилан тээвэрлэх бүхий л хариуцлагыг тухайн бүс дэх армийн салбар ангиуд, иргэний хамгаалалтын байгууллагууд, цагдан сэргийлэх, гал түймэртэй тэмцэх албаныханд ногдуулах нь зүйтэй байна. Тайван цагт хариуцлагатай бие даасан шийдвэр батлан хэрэгжүүлэхийн тулд эдгээр байгууллага зохих хэмжээний бүрэн эрхтэй байж, үйл ажиллагаагаа бүр эхнээс нь уялдуулан зохицуулах хэрэгтэй юм. Найдвартай радио холбоо нэн чухал бөгөөд шархдагсдыг төлөвлөгөөтэй, зүй зохистой нүүлгэн шилжүүлэх боломжоор хангана. Шаардлагатай үед өндөр мэргэжлийн хүмүүсээс радиооор зөвлөгөө авч болно. Техникээр илүү хангагдсан гадаадынхны ажлын туршлага радио холбооны ач тусыг гэрчилдэг билээ.

Эмгэнэлт явдлын дараах эхний өд- рүүдээс Армений хэд хэдэн районд зөв- лөлт орны өнцөг булан бүрээс ирсэн тө- рөлжсөн бригадууд ажиллаж өндөр мэр- гэжлийн эмч нарын тусламж үзүүлсэн нь сайхан баримт мөн гэдгийг тэмдэглэе. Газар хөдөлсний дараах 3—5 дахь хоно- гоос мэргэжлийн төв, тасгууд байгуул- лагдсан юм. Тухайлбал, Бүх Холбоотын Мэсзаслын Эрдэм Шинжилгээний Төвийн Ереван дахь салбарын бааз дээр удаан дарагдсаны хамшинж өвчтэй насанд хү- рэгсдийг төвлөрүүлэн эмчлэв. Өвчтэй хүүхдүүдийг хүүхдийн больницод хэвтүүлж байлаа. Харин Эребуний эмнэлэгт идээт үрэвслийн хүндрэлтэй өвчтөнүүдийг, Гэм- тэл согогийн хүрээлэнд яс хугарч бэрт- сэн өвчтөнүүдийг эмчлэх зэргээр ажилла- сан юм.

Ийнхүү нэрвэгдэгсдийг аврах, тэдэнд бага эмчийн болон эмнэлгийн анхны тус- ламж үзүүлэх, нүүлгэн шилжүүлэх ажлыг зохион байгуулах асуудлыг өнөөдөр үнд- сээр нь боловсронгуй болгох шаардлага тулгарч байна. Нэрвэгдэгсдэд төрөлжсөн нарийн мэргэжлийн тусламж үзүүлэх ша- танд ажил нэлээд төгөлдөр зохион бай- гуулагдсан юмаа.

**«Гурав дахь буюу гол сургамж».** Ху- римтлуулсан туршлагадаа тулгуурлан эмч нарт краш-синдромын эмнэлзүйн тодорхой төрх, эмгэг жам, эмчилгээний талаарх орчин үеийн ойлголт өгөх шаардлагатай юм.

Гэмтэл бэртлийн хордлого, мноре- наль синдром, «чөлөөлөгдсөний» хамшинж гэх мэтээр янз бүр нэрлэдэг удаан да- рагдсаны хамшинж нь мөчний гол суд- сууд дарагдсантай холбоотой гэмтлийн өвөрмөц хувилбар бөгөөд байшин барил- га нуурж сүйдэх, нурангид дарагдах, га- зар хөдлөх зэрэг ослын үед тохиолдох гэмтлийн 20—30 хувийг эзэлнэ.

**Эмгэгжам.** Удаан дарагдсаны хамшинж өвчний эмгэг жамын үндсэн хүчин зүйлс нь гэмтсэн эсийн задралын бүтээгдэхүүн цусны урсгалд орж цусыг судсан дотор нь бүлэгнүүлэх, гэмтсэн мөч ихээхэн ха- вагнаснаас болж сийвэн алдагдах, төв мэдрэлийн системийн сэрэл саатлын про- цессын ажиллагааг алдагдуулдаг өвдөх почрол зэрэг юм.

Мөч удаан дарагдсанаас бүхэлдээ юмуу хэсэг газарт тэжээл дутах бөгөөд хураагуур судсан дахь зогсонго байдал- тай хавсардаг. Мөн мэдрэлийн судлууд ч гэмтэнэ. Эд гэмтэхэд бодисын солилцоо- ны хорт бүтээгдэхүүн юуны өмнө миогло- бин их хэмжээгээр үүснэ. Тараагуур суд- саны дутмагшил хураагуур судсан дахь зогсонго байдалтай хавсрах нь үе мөчний эд эсийн тэжээлийн дутагдлыг ихэсгэнэ. Бодисын солилцооны улам бүр нэмэгдэх хүчиллэг байдал нь цусны урсгалд мио- глобин орохтой хавсрах нь бөөрний сув- туудын үйл ажиллагааг хямруулж тэдний дахин шингээх чадварыг алдагдуулна. Цус судсан дотроо бүлэгнэх нь шүүлтгийн про- цессыг саатуулна. Иймээс цусанд мио- глобин ихсэж, шээсээр миоглобин гарах нь нэрвэгдэгсдийн хордлогын зэрэг аль

хэр хүнд болохыг тодорхойлох үндсэн хүчин зүйл болно. Цусан дахь калийн хэмжээ ихсэх олонхдоо 7—12 ммоль/л хүрэх нь өвчтөний биеийн байдалд ихээ- хэн нөлөөлнө. Гэмтсэн булчингийн бэдээс цусны урсгалд орох гистамин, уургийн задралын бүтээгдэхүүнүүд, аденилын хү- чил, креатинин, фосфор зэрэг нь хордло- гыг улам ихэсгэнэ.

Удаан дарагдсаны хамшинж өвчний бүр эхний үед цусны сийвэн ихээр алдагд- санаас цус өтгөрч, гэмтсэн эд түнтийн хавагнаана. Хүнд үед судсаар эргэлдэх цусны гуравны нэгтэй тэнцэх сийвэн алдагдах нь ч буй.

Удаан дарагдсаны хамшинж өвчний үед тохиолдох хамгийн айхтар хүндрэл нь бөөрний цочмог дутмагшил бөгөөд өвчний янз бүрийн үе шатанд өөр өөрөөр илэрнэ.

**Эмнэлзүй.** Удаан дарагдсаны хам- шинж өвчний I үе нь даралтаас чөлөөлс- ний дараах 48 цаг хүртэлх хугацаа юм. Энэ үед хэсэг газрын өөрчлөлт, хордло- гын шинж илэрнэ. Энэ үеийн эмнэлзүйн шинжид гэмтэл бэртлийн шокийн шинж давамгайлал, өвдөлтийн хамшинж болон сэтгэхүй-сэтгэл санааны түгшил тодорхой илэрч, цусны үзүүлэлтэд тогтворгүй болж өтгөрөн цусан дахь креатининий хэмжээ ихсэж, шээсээр уураг, бортон эс гарна. Эмийн болон мэсзаслын эмчилгээний үр дүнд өвчтөний биеийн байдал тогтонго- шин богинохон хэсэг хугацаанд овоо болсноо дахин дордож өвчин улам лав- ширна.

Удаан дарагдсаны хамшинж өвчний II үе нь бөөрний цочмог дутмагшилд орох үе бөгөөд 3—4 хоногоос 8—12 хо- ног үргэлжилнэ. Даралтаас чөлөөлөгдсөн мөчний хаан ихсэж, гэмтсэн арьсан дээр цэврүү цус харвалт илэрнэ. Цусны өтгө- рөлт нь шингэрэлтээр солигдож, цус улам багадан ялгарах шээсний хэмжээ багас- саар шээс бүр гарахгүй болно. Цусан дахь кали, креатининий хэмжээ асар их нэмэгдэнэ. Хичнээн эрчимтэй эмчилгээ хийсэн ч энэхүү хоёрдугаар үед нас ба- ралт 35 хувьд хүрнэ.

Өвчний 3—4 дэх долоо хоногоос III үе буюу сэргэх үе эхэлнэ. Бөөрний ажиллагаа засарч, цусны уургийн болон электролитийн хэмжээ хэвийн болно. Эм- чилгээнд хамгийн гол нь идээт хүндрэ- лээс сэргийлэхэд анхаарах нь чухал. Нян- гийн гаралтай үжил болох аюул их бай- даг.

Зарим хүмүүс удаан дарагдсаны хам- шинж өвчний эмнэлзүйн хэлбэрийг үе мөч хэр удаан дарагдсанаас хамааруулан ан- гилдаг. Үүнд: 4 цаг хүртэл дарагдсан бол хөнгөн хэлбэр; 6 цаг хүртэл дарагдсан бол дунд зэрэг; 8 цаг хүртэл дарагдсан бол хүнд хэлбэр, дээд доод мөч, ялан- гуяа доод мөч 8 болон түүнээс илүү ца- гаар дарагдсан бол хамгийн хүнд хэлбэр гэжэ.

Газар хөдлөлтийн улмаас авч хэрэг- жүүлсэн арга хэмжээний туршлага нь удаан дарагдсаны хамшинж өвчний эм- нэлзүйн хүнд, хөнгөн хэлбэрийг тогтооход

дарагдалтын зэрэг, гэмтсэн талбай болон дотоод эрхтэн, яс судасны дагалдах гэмтэл байгаа эсэх нь хамгийн чухал нөлөөтэйг харуулна. Богино хугацааны дарагдалт байлаа ч гэсэн ямар нэг гэмтэлтэй (яс хугарах, гавал-тархины гэмтэл, дотоод эрхтний язрал зэрэг) хавсарвал өвчний явцыг хүндрүүлж, тавиланг муу болгоно.

**Гэмтлийн голомтод ангилал, ялгал хийх нь.** Нэрвэгдэгсдийг даралтаас чөлөөлснийхөө дараа тэднийг ангилан ялгаж, нүүлгэн шилжүүлэх төлөвлөгөө боловсруулах хэрэгтэй. Гэмтэл бэртлийн шок нь яаралтай шингэн юүлэх, цус сэлбэх эмчилгээ хийх заалт болно. Цусны хөдлөлзүйг тогтвортой болгоод мэргэжлийн эмнэлгийн байгууллагад шилжүүлэн эмчилнэ.

**Эмчилгээ.** Удаан дарагдсаны хамшинж өвчний орчин үеийн эмчилгээ нь өвчний тодорхой үе шатанд тус тусдаа шийдвэрлэх нөлөөтэй хэд хэдэн эмчилгээний аргын бүрдэлд үндэслэнэ. Үүнд:

**Судсаар хийх эмчилгээгээр** хөлдөөж хадгалсан шинэ сийвэн (насанд хүрсэн хүнд хоногт 1 л хүртэл) заавал хийхээс гадна реополиглокон, хордлого тайлах шингэн (неогемодез, неокомпенсан, дисоль) хийнэ. Плазмаферезийг нэг удаа хийхдээ 1,5 л сийвэн авна. Плазмаферез хийх давталтын тоог цусан дахь ерөнхий уургийн хэмжээ, хордлогын илрэлтийн зэргийг харгалзан тогтооно. **Өндөр даралттай хүчилтөрөгчөөр эмчлэх** (гипербарооксигенаци) нь цусны бичил эргэлтийн саатлыг арилгах, захын эд өсийн хүчилтөрөгчийн дутмагшлыг багасгах зорилготой. **Тараагуур болон хураагуур судасны хооронд эрт холбоос тавьж, гемодиализ хийнэ.**

Бөөрний цочмог дутмагшлын үед (ялангуяа их хөдрөх үед өдөр болгон) гемофильтраци хийхдээ цусан дахь калийн түвшинг хянаж байж гүйцэтгэнэ. **Үхжсэн эдийг авч хаях, мөч тайрах, хальсанд зүслэг хийхдээ** заалтыг (үхжил үүссэн хийх, мөчний тодорхой хэсэг тэжээлийн дутмагшилд орсон, хэт чинэрсэн байх зэрэг) хатуу баримтлана. **Шингээх эмчилгээний аргад** энтеродезийг амаар өгч, мөч тайрсан, хальсанд зүслэг хийсний дараа тэр газарт нүүрслэг эд АУГ—М хэрэглэнэ. Ариун цэвэр, халдвар хамгааллын журмыг хатуу баримтлан бүх өрөө тасалгааг кварцаар ариутгана. Бөөрний цочмог дутмагшлын үед хоолны дэгийг хатуу сахина (шингээнийг багасган, жимсний зүйлийг цээрлэнэ).

**Удаан дарагдсаны хамшинж өвчний эрчимтэй эмчилгээний үе шат.** Анхны тусламжаар гэмтсэн мөчийг хөдөлгөөнгүй байрлалд боож өвчин дарах, тайвшруулах эм тарина.

**Их эмчийн анхны тусламжаар** судсаар эмчилгээг (артерийн даралтаас хамааралгүй) хийж, үе мөчийн боолтыг шалган засч, заалтаар өвчин намдаах болон тайвшруулах эмчилгээг хийнэ. Судсаар эхлээд хийх шингэн нь реополиглокон, 5 хувийн глюкозын уусмал, 4 ху-

вийн гидрокарбонат натрийн уусмал байх нь ашигтай.

**Бөөрний цочмог дутмагшлын шинж илрээгүй хордлогын үед хийх эмчилгээ.** Аль нэг гол хураагуур судсанд хатгалт хийх, гуурс тавихын зэрэгцээ цусны бүлэг, резус хүчин зүйлийг тодорхойлно.

Шингэн юүлэх-цус сэлбэх эмчилгээ хийнэ. Судсанд хийх нийт шингэний хэмжээ хоногт 2000 мл-ээс багагүй байх бөгөөд уг шингэний найрлагад хөлдөөж хадгалсан шинэ сийвэн 500—700 мл, аскорбины хүчил болон В бүлгийн витамин бүхий 5 хувийн глюкоз 1000 мл хүртэл, 5—10 хувийн альбумин 200 мл, 4 хувийн гидрокарбонат натрийн уусмал 400 мл, глюкоз-новокайны холимог 400 мл орно. Шингэний найрлага болон сэлбэх хэмжээг хоногийн шээс, хүчил-шүлтийн тэнцвэр, хордлогын зэрэг, хийсэн мэсзаслын байдлыг харгалзан зохицуулна. Ялгарах шээсний хэмжээг нарийн хянаж, шаардлагатай бол давсганд гууре тавина.

Хордлогын илэрхий шинжтэй, 4 цагаас илүү дарагдсан, бэртсэн үе мөчний хэсэг газрын тодорхой өөрчлөлттэй (дарагдсан талбайн хэмжээнээс хамаараагүй) бүх өвчтөнд плазмаферез хийнэ.

Эдийн хүчилтөрөгчийн дутагдлыг бууруулах зорилгоор хоногт 1—2 удаа өндөр даралттай хүчилтөрөгчөөр (гипербарооксигенаци) эмчилнэ.

Эмийн эмчилгээнд дараах зүйл орно. Үүнд:— Шээс ялгаралтыг сайжруулахын тулд лазиксыг хоногт 80 мг хүртэл, 2,4 хувийн зуфиллинийг 10 мл-ээр тарина;— Гепарин 2,5 мянган нэгжээр хоногт 4 удаа хэвлийн арьсан дор тарина;— Тромбоцитийн наалдалтыг багасгах зорилгоор курантил буюу трентал тарина;— Уургийн солилцоог эрчимжүүлэхийн тулд ретаболит 1 мл-ээр дөрөв хоногт нэг удаа тарина;— Шаардлагатай бол зүрх судасны эмийг заалтын дагуу өгнө. Антибиотик тарина.

Гэмтсэн үе мөчний тэжээлийн дутагдлын зэрэг, биеийн байдлаас хамааран мэсзаслын тактикийг сонгоно.

**Тэжээлийн дутагдлын ангилал. I зэрэг:** Зөөлөн эд бага зэрэг хатуурч хавагнасан байна. Арьс цайж, гэмтсэн хэсгийн хязгаар нь эрүүл арьснаас дээш овоино. Цусны эргэлтийн саатлын шинж илрэхгүй. Эмийн эмчилгээ сайн үр дүн өгнө.

**II зэрэг:** Зөөлөн эд нэлээд хатуурч хавагнаж, чинэрсэн байна. Арьс цайж зарим газраа дөхөрнө. 24—36 цагийн дараа тунгалаг шар шингэн агуулсан цэврүү үүсч болох бөгөөд цэврүүг хадгалахад чийглэг, улаан ягаан шарх үүснэ. Дараагийн өдрүүдэд нь хаван нэмэгдсээр байвал хураагуур судсан дахь цусны эргэлт болон лимфийн урсгал саатсаны шинж болно. Эмийн эмчилгээг буруу хийвэл цусны бичил эргэлтийн хямралыг улам нэмэгдүүлж, бичил тромбо үүсгэн хаван хийгээд булчингийн эдийн дарагдалтыг ихэсгэнэ.

**III зэрэг:** Ихээхэн хатуу хаван үүсч зөөлөн эд чинэрсэн байна. Арьс хөх саа-

рал буюу «гантигийн» өнгөтэй болж температур нь их буурна. 12—24 цагийн дараа цусархаг шингэн агуулсан цэврүүнүүд үүснэ. Цэврүүг хагалвал хүрэн улаан өнгийн нялбагар шарх илэрнэ. Хатуу хаван, хар хөх өнгө түргэн нэмэгдвэл цусны бичил эргэлт хэт саатаж, хураагвур судсанд тромб үүссэний шинж юм. Энэ үед эмийн эмчилгээ үр дүн өгөхгүй, эд үхжихэд хүрнэ. Харин булчинг бүрхсэн хальсанд өргөн тууш зүслэг хийж эдийн шахагдан дарагдахыг багасгана. Ингэснээр цусны урсгал сайжирч, шархны гадаргаар их хэмжээний сийвэн нэвчин гарч хордлогын зэргийг буруулна.

**IV зэрэг:** Хатуурч хавагнах нь дунд зэрэг боловч эд маш их чинэрсэн байна. Арьс баргар хөх өнгөтэй, хүйтэн болно. Энд тэнд цусархаг шингэн агуулсан цэврүү үүснэ. Хучаас шингэн нь авбал хар хөх өнгөтэй хуурай шарх илэрнэ. Дараагийн өдрүүдэд хаван бараг нэмэгдэхгүй. Энэ нь цусны бичил эргэлт гүнзгий хямарч, тараагуур судасны цусны урсгал хангалтгүй, хураагуур судсанд хааяагүй тромб үүссэнтэй холбоотой юм.

Энэ үед эмийн эмчилгээ үр дүн өгөхгүй. Хальсанд өргөн зүслэг хийснээр цусны урсгалыг аль болох хэмжээгээр сэргээн, алслагдсан хэсэгт үүссэн үхжлийн процессыг хязгаарлан, хортой бүтээгдэхүүн шимэгдэх эрчмийг бууруулна. Үе мөчид тайрах мэсзасал хийх шаардлага гарвал хамгийн зах үзүүр талд нь хийнэ. Энд өгүүлсэн ангилал нь тэжээл дутагдах процессийг бүрэн тусгаагүй ч аль болох эрт хугацаанд эмчилгээний зөв тактикийг сонгон авч, мөч тайрах эмчилгээг эрс цөөрүүлэх боломж олгоно.

Мэсзасал хийх үед онцгой анхаарвал зохих зүйлс нь мэдээгүйжүүлэх арга (урьтал наркозод барбитурат хэрэглэж болохгүй), шингэн юүлэх-цус сэлбэх эмчилгээний тактик болно (500 мл хүртэл цус алдалтыг нөхөхөд улаан эсийн бэлдмэл 300 мл хүртэл хийхдээ хөлдөөж хадгалсан сийвэн заавал хамт юүлэх хэрэгтэй) юм. Удаан дарагдалтын хамшинж өвчний үед нээлттэй остеосинтез хийхдээ цусны бичил урсгал бүрэн хэвийн болж сайжирсан үед хийнэ. Өөрөөр хэлбэл тэр болтол хойшлуулах хэрэгтэй гэдгийг тэмдэглэе.

**Үе мөч тайрсан, хальсанд зүслэг хийсний дараа бөөрний цочмог дутмагшлын шинж илрээгүй өвчтөнүүдэд хийх эрчимтэй эмчилгээний онцлог.** Судсанд сэлбэх шингэний хэмжээг хоногт 3000—4000 мл хүртэл нэмнэ. Сэлбэх шингэний найрлагад хөлдөөж хадгалсан шинэ сийвэн 1000 мл, бэртсэн гадаргаар алдсан сийвэнгийн хэмжээнээс хамааран 10 хувийн

альбумин 500 мл хүртэл орно. Өвчин дарах болон мансууруулах эмийг заалтыг нь чанд баримтлан, бөөрний цочмог дутмагшлын шинжийн илрэлийг харгалзан тарина. Өндөр даралттай хүчилтөрөгчөөр хоногт 2—3 удаа эмчилнэ. Шарханд АУГ—М маягийн нүүрслэг эд хэрэглэнэ.

Хоногт 400 мл хүртэл неогемодез судсанд юүлэн, эктеродез юмуу идэвхжүүлсэн нүүрс байнга өгч хордлого тайлах эмчилгээг эрчимжүүлнэ.

Димексид хэрэглэн шарханд байнгын боолт тавих шаардлагатай бөгөөд шархны шингэнээс өсгөвөр авч нянгийн антибиотикт мэдрэг чанарыг эрт тодорхойлсон байвал зохино.

**Бөөрний цочмог дутмагшлын эмчилгээ.** Шингэний хэмжээг хязгаарлана. Цусан дахь азот агуулсан хорт бүтээгдэхүүнээс гадна хоногт ялгарах шээсний хэмжээ 600 мл хүртэл багассан үед гемодиализ хийнэ. Шээс гарахаа болих, цусан дахь калийн хэмжээ 6 ммоль/л-ээс ихсэх, уушги болон тархи хавагнах зэрэгт гемодиализ хийхийг хориглоно. Их хөлөрч байгаа өвчтөнд гемодиализаци (4—5 цагийн туршид 1—2 л шингэн) хийнэ.

Диализийн завсар хооронд судсаар хийх эмчилгээнд хөлдөөж хадгалсан шинэ сийвэн, альбумин, 4 хувийн гидрокарбонат натрийн уусмал, 10 хувийн глюкоз зэрэг орох бөгөөд хоногийн нийт хэмжээ нь 1,2—1,5 л (мэсзасал хийсэн үед 2 л) байна.

Уреми болон цус судсандаа хааяагүй бүлэглэснээс болж цус гоожих үед плазмаферез яаралтай хийж 1000 мл хөлдөөж хадгалсан шинэ сийвэн (олгойдуулж юмуу хурдан дуслаар 30—40 минутад багтаан) сэлбэнэ. Протеаз ферментийн үйлчлэлийг саатуулагч эм (трасилол, гордокс, контрикал) өгнө.

Эрчимтэй эмчилгээг зөв, цагийг нь олж хийвэл бөөрний цочмог дутмагшил 10—12 дахь өдрөөс арилна.

**Удаан дарагдсаны хамшинж өвчний III үе.** Юуны өмнө удаан дарагдсаны хамшинж өвчний хэсэг газрын илрэл, идээт хүндрэлийг эмчлэх зорилт тулгарна. Халдвар тархан үжил болж хүндрэлээс сэргийлэхэд гол анхаарлаа хандуулах хэрэгтэй. Идээт халдварыг эмчлэх зарчим нь ерөнхий мэсзаслын эмчилгээнийхтэй адилхан.

Ийнхүү удаан дарагдсаны хамшинж өвчний эрчимтэй эмчилгээ нь өвчний тодорхой үе шатанд тус бүрдээ шийдвэрлэх үүрэгтэй эмч нарын (мэсзасалч, мэдээгүйжүүлэгч, дотрын, бөөрний гэх мэт) хам хамтлагийн идэвхтэй хоршсон ажиллагааг шаардана.

«Медицинская газета» сонин 1989 оны 32 дугаараас Э. Пүрэвдаваа орчуулав.

## ДУТАГДЛАА АРИЛГАВАЛ АМЖИЛТ АРВИЖНА

Өмнөговь аймгийн Эрүүлийг хамгаалах газар МАХН-ын XIX их хурлаас эрүүлийг хамгаалах ажлыг сайжруулах талаар дэвшүүлсэн зорилт, МАХН-ын Төв Хорооны Улс төрийн товчооны (1984 оны) 102 дугаар тогтоол, эрүүлийг хамгаалах хуулийг хэрэгжүүлэх талаар зохиож байгаа ажлын үр дүнд аймаг, хотын эрүүлийг хамгаалах газруудын социалист уралдаанд сүүлийн хоёр жилд шагналт байр эзэлсэн ч гэсэн эмнэлэг үйлчилгээний чанарын зарим үзүүлэлтээрээ улсын дунджаас доогуур түвшинд байгаа юм.

Аймгийн хүн амын эрүүл мэндийг хамгаалах 2000 он хүртэлх хугацааны программыг боловсруулахаар эхэлж, их эмч, эмзүйч нарыг атгестатчилах, бага эмч нарын мэргэжлийг дээшлүүлэх, сумдад эмийн бус эмчилгээний цэг байгуулах, эмч нарын болон эх нялхсын бүрдмэл үзлэг, сумдад захиралт үзлэгийг хийх, аймгийн төвд эхчүүдийн амрах байр, хүүхдийн сувилал байгуулах, насанд хүрэгчдийн дотрын хэсгийг нэмэх зэрэг арга хэмжээ авч зохион байгуулсан нь хөдөөгийн хөдөлмөрчдөд эмнэлгийн тусламжийг ойртуулах талаар намаас дэвшүүлсэн зорилтыг хэрэгжүүлэхэд ач холбогдолтой арга хэмжээ болжээ.

Гэвч эмч, эмнэлгийн ажилчдын дунд социалист уралдааныг өрнүүлж, тэдний хөдөлмөрийн идэвхийг бадраах, анагаах ухааны орчин үеийн ололт амжилт, тэргүүн туршлагыг эмчилгээ оношлолд нэвтрүүлж ажлын чанарыг сайжруулах, хүмүүсийн хариуцлага, хөдөлмөрийн сахилга, ёс суртахууны хүмүүжлийг дээшлүүлэх талаар аймгийн Эрүүлийг хамгаалах газраас зохиож байгаа ажил хангалтгүйгээс ажлын ололт амжилтыг бууруулах дутагдал, доголдол багагүй байна.

Аймгийн эмнэлэг, урьдчилан сэргийлэх байгууллагуудыг мэргэжлийн удирдлагаар хангаж хяналт тавих зохион байгуулах штаб болсон Эрүүлийг хамгаалах газрын аппаратын ажил хангалтгүй байгаа нь нийт цэг салбарын ажилд нөлөөлж, ажил нь хэвийн болоод байгаа мэт бодох, өөрчлөлт, шинэчлэлийг соргогоор тусган авахгүй нэг хэвийн хэвшмэл байдал ноёлж байна.

Эрүүлийг хамгаалах яам жил бүр өөрийн салбарт 17 нэгж, 8 мэргэжлээр тэргүүний байгууллага, аврага эмч, мэргэжилтнийг шалгаруулдаг бөгөөд тус аймгийн эрүүлийг хамгаалах байгууллагаас сүүлийн таван жилд салбарын тэргүүний байгууллага (Эрүүлийг хамгаалах газраас өөр), аврага эмч, мэргэжилтэн гараагүй нь уг болзолд байгууллага, хүнээ тодорхойлдоггүй, тэргүүний байгууллага, хүнийг тодруулах ажил зохиодоггүйтэй холбоотой юм.

Эрүүлийг хамгаалах газар, аймгийнхаа хэмжээнд социалист уралдааныг зо-

хион байгуулдаггүйн гадна яамнаас зарласан аливаа уралдааны болзлыг нэгжид хүргэх төдийгөөр ажлаа хязгаарладаг ажээ.

Аймгийн эрүүлийг хамгаалах газар социалист уралдаанд байр эзлээд байгаа хэрнээ түүний амжилтыг бүрдүүлэгч Нэгдсэн эмнэлэг, Ариун цэвэр, халдвар судлалын станц, сумын эмнэлэг нь дэвсгэрийн байгууллагуудын дотор дээгүүр байр эзэлж чадахгүй байгаа явдал социалист уралдааныг дүгнэж байгаа үзүүлэлт, арга барилыг боловсронгуй болгох нь зүйтэйг харуулж байна.

Социалист уралдааныг өрнүүлэх, болзлыг биелүүлэх ажлыг зохион байгуулах нь Эрүүлийг хамгаалах газрын удирдлагын арга барилын гол асуудал бөгөөд уралдаанд хайнга хандах нь удирдлага үүргээ биелүүлээгүй байгаа хэрэг, хамт олны хөдөлмөрийг зөв дүгнэж, үнэлэхгүй, тодорхойлохгүй байгаа явдал нь ажил хариуцсан ажилтан, хамт олны өмнө хариуцлага алдаж байгаа явдал мөн.

Удирдлага, зохион байгуулалт, хяналт шалгалтын ажлыг тогтмол, даацтай хийдэггүйгээс нэг жил шагналт байр эзэлсэн дараагийн улиралд ажлын гол үзүүлэлтээр доголдож зөрчил дутагдал нэмэгдэх зэргээр ажлын амжилт тогтвортой бус байгаа нь салбарын уралдаанд шалгарсан хамт олны төдийгүй, шалгаруулсан яамны ч ажлын зохисгүй үзүүлэлт болох учраас амжилтаа хамгаалж батгах, нэр төрөө бодохын төлөө эмч, мэргэжилтэн, ажилтан бүр чармайх ёстой.

МАХН-ын XIX их хурлаас хүн амыг үе шатчилан диспансерчлах, эрүүлийг хамгаалахын удирдах ажилтны (1989 оны) зөвлөлтөөнөөс урьдчилан сэргийлэх ажлыг шинэ дээд шатанд гаргах талаар дэвшүүлсэн зорилтыг хэрэгжүүлэх ажлыг хангалтгүй зохион байгуулж байна.

Аймаг, сумын хүн амд эрүүл мэндийн үзлэг хийж, диспансерийн хяналтад авах ажил ч дуусаагүйн гадна нүүдлийн амбулатори ажилласан сумдын хүн амаас өвчтэйг илрүүлсэн боловч сумын эмч диспансерийн хяналтын өвчтөний карт нээж өнгөрснөөс бус, эрүүлжүүлэх төлөвлөгөө, дорвитой зохиосон ажил алга байна.

Ханбогд, Цогтцэций сумдын эмч нар диспансерийн хяналтад өвчтөн авсан гэж цөөн карт үзүүлэх боловч тэдгээр өвчтөний амбулаторийн картыг үзэхэд сүүлийн хоёр жилд үзлэг хийгээгүй байв.

Сумдын эмнэлгүүдэд анхан шатны бүртгэл, амбулаторийн карт, оношийн талон, диспансерийн хяналтын карт, алсын дуудлагын болон эмнэлэгт хэвтэгсдийн журнал огт хөтлөдөггүй буюу хагас дутуу хөтлөж байгаа нь аймгийн Эрүүлийг хамгаалах газраас гаргаж байгаа тайлан, мэдээ үзүүлэлт үнэн магадгүй эсэхэд эргэлзээ төрүүлж байна.

Сүүлийн хоёр жилд Эрүүлийг хамгаалах газар, нэгдсэн эмнэлгийн дарга, ерөнхий эмчийн тушаалаар 34 хүн, хууль сэргийлэх байгууллагаар 15 хүн арга хэмжээ авагдсны шалтгаан нь өвчтөнд тавих анхаарлыг сулруулснаас эмчилгээ, онош оройтуулсан, өвчтөнийг үзээгүй атлаа үзсэнээр бичсэн, мэдээ тайланг үндэслэлгүй гаргасан, хууль бусаар үр хөндсөн зэрэг ноцтой зөрчлүүд эзэлж байна.

Эмч, эмнэлгийн ажилчдын нэр хүнд, ёс суртахуунд харш дутагдал гаргах явдал тууштай буураагүй байгаа нь аймгийн Эрүүлийг хамгаалах газар, нэгдсэн эмнэлгийн захиргаа, нам олон нийтийн байгууллагаас хүнтэй муу ажилласантай холбоотой байна.

Хэвлэлийн шүүмжлэл, хөдөлмөрчдийн санал, эрэлт хүсэлтийн мөрөөр зохиох ажил, авах арга хэмжээ ч дутагдалтай байна. «Говийн мэдээ» сонинд аймгийн нэгдсэн эмнэлгийн сэхээн амьдруулах тасгийн сувиллагчийг хүлээн авахынхтай давхар ажиллуулж байгаагаас эмнэлэгт хэвтэхээр ирсэн хүн хүлээж чирэгдэж байгааг шүүмжилсэн байхад түүний мөрөөр удаан хугацаагаар тодорхой арга хэмжээ аваагүй байна. Хөдөлмөрчдийн санал өргөдөл гомдлын 1988 оны тайланг үзэхэд тус аймгийн Эрүүлийг хамгаалах газарт гомдол нэг ч удаа ирээгүй мэт боловч шалгаж үзэхэд хоёр ч гомдол өгснийг шалган барагдуулсныг өргөдөлд оруулсан байлаа. Энэ мэт тайлан мэдээг будлиантуулах, хариуцлагагүй хандах явдал гарч байгаа нь хяналт, шалгалт сул байгаатай холбоотой юм.

Халдварт гепатит, менигококкийн халдвар тууштай буурахгүй байгаагийн шалтгаан нь хэсгийн эмнэлэг, халдвартын кабинет, халдвар судлагч эмч нарын хамтын ажиллагаа хангалтгүйгээс болж байна.

1989 оны I улиралд аймгийн төвд гарсан халдварт гепатитын 40 хувь нь ОСГ-ны нэг, хоёрдугаар хороонд гарсан байхад дурдсан хорооны дарга, хариуцсан хэсгийн эмчийн аль аль нь энэ тухай тодорхой мэдэхгүй байжээ.

Үйлдвэрийн ажилчдын хөдөлмөрийн чадвар түр алдах өвчлөлийг хөдөлмөрийн нөхцөлтэй нь холбож судлан өвчлөлийг бууруулах ажлыг хийгээгүй байна.

Аймгийн хэмжээнд хүн амын төвлөрсөн усан хангамжийн 71 эх булгийн 57-д нь арнун цэврийн хамгаалалтын бүс тогтоогоогүй, бохир ус ил задгай урсч хөрсийг бохирдуулах, халдварт өвчин тархах нөхцөлийг бүрдүүлэх явдал ч байсаар байна.

Аймгийн хүнс, худалдаа, нийтийн хоолны цэг, салбарын 37,8 хувь, хүүхдийн байгууллагын 41,8 хувь, үйлдвэрийн 20,0 хувь, нийгэм хангамжийн объектын 32,0 хувь нь өөрийн байгууллагадаа мөрдөх арнун цэврийн дүрэм, журмыг мөрдөж биелүүлэхгүй байна.

Албан үйлдвэр, ахуйн байгууллага, айл өрх, хувь хүний эрүүл ахуйн мэдлэг

гийг дээшлүүлж, эрүүл аж төрөх ёсыг хэвшүүлэхгүй хүн амын эрүүл мэндийг дан ганц эмнэлгийн байгууллагын үйл ажиллагаагаар сайжруулж чадахгүй нь ойлгомжтой.

Тус аймагт 1987, 1988 онд нас барагчдын 50,9 хувь нь гэртээ нас барсан нь эмнэлгийн яаралтай тусламжийн үйлчилгээ хангалтгүй, эсвэл өвчтөн хүндэрсэн үед эмнэлгээс гаргадаг зохисгүй явдлын илрэл юм.

Аймгийн 14 сумын 11-нд нь хоёр их эмч ажиллаж байгаа хэрнээ (1988 оны тайлангаар) амбулаторийн нийт үзлэгийн 70,9 хувийг бага эмчийн үзлэг эзэлж байгаа нь хүн ам их эмчийн тусламжид хамрагдаж чадаагүйг харуулж байна.

Аль ч аймагт амбулаторийн үзлэгт их эмчийн үзлэг давамгайлж тус улсын хүн ам их эмчийн үйлчилгээнд бүрэн хамрагдсан гэж үзэж байгаа энэ нөхцөлд тус аймагт их эмчийн үзлэгийн хувийн жин сүүлийн жилд буурч байгаад тус аймгийн Эрүүлийг хамгаалах газар дүгнэлт хийж арга хэмжээ аваагүй байна.

Эмч, ажилчдын мэдлэг, мэргэжлийг дээшлүүлэх ажлыг зөвхөн семинар, лекцээр хязгаарлаж, биеийн нь даалгаж мэргэжил дээшлүүлэх, мэргэжлийн ном, хэвлэлийн ашиглалтыг тооцох, клиник, эмгэг анатомийн бага хурлын чанарыг сайжруулах талаар хангалтгүй ажиллаж иржээ.

Хүүхдийн эмч гэхэд л хүүхдийн хоолны талаар мэдлэг муутай, суурь өвчнийг эмчилдэггүй, өвчтэй хүүхдийг үзэхээс бус урьдчилан сэргийлэх, төгс эмчилж эрүүлжүүлэх талаар бага анхаарч байна.

Зарим сумдын их эмч нар жирэмсэн эх, нэг хүртэлх насны хүүхдийг өөрөө үзэж хяналтандаа авахгүй, бага эмч нарт даатгаж орхидог явдал Сэврэй, Гурвантэс зэрэг сумдад шалгалтаар илэрч байжээ.

Ажилд алдаа дутагдал байдаг ч гэлээ гэсэн ажлаараа түрүүн эгнээнд яваа газрын ажилд арилсан байвал зохих ноцтой дутагдал архагшин байсаар байгаад Өмнөговь аймгийн Эрүүлийг хамгаалах газар зүй ёсоор шүүмжлэлтэй дүгнэлт хийх ёстой.

Ажилд байдаг «ялимгүй» дутагдлыг сүр бадруулан товойлгож байгаа хэрэг бус, дутагдал нэлээд даамжирч, үүндээ нүд дасч тайвшрах хандлагатай байгааг зоринд тэмдэглэх нь зүйтэй. Дутагдлыг бага гэхгүйгээр цаг тухайд нь арилгахгүй бол ямар ч том амжилтыг бууруулдаг билээ.

Эрүүлийг хамгаалах газрын аппаратаас эхлэн бригадын бага эмчийн салбараа хүртэл бүх шатанд өвчлөл бага, үзүүлэлт гайгүй байгаад найдах бус, хамт олны бүтээлч хөдөлмөрөөр олсон амжилтыг бататган, оршиж буй дутагдлыг арилгах нь тус аймгийн Эрүүлийг хамгаалах байгууллага, эмч, ажилчдын нэн тэргүүний зорилт мөн.

Б. Лхагважав



## ҮЗЛЭГ БОЛОВ

Энэ оны зургаадугаар сард Ховд аймагт Улсын ариун цэврийн ерөнхий байцаагчийн ээлжит үзлэг болж, уг үзлэгт Монголын радиогийн сурвалжлагч, баруун гурван аймаг, Улаанбаатар хотын зарим районы Ариун цэвэр, халдвар судлалын станцын ерөнхий эмч нар оролцлоо.

Үзлэгт Ховд хот, ОСГ-ны 9 хороо, 16 сум, 248 үйлдвэр нэгж, албан байгууллага, хөдөө аж ахуйн 16 бригад, хэсэг, 1300 гаруй айл өрхийг хамарчээ. Аймаг, сум, албан газрын дэргэд үзлэгт бэлтгэх комисс, групп ажиллаж, албан газар, айл өрхийн ариун цэвэр, соёлжилтыг сайжруулах хоёр жилийн аяныг зохион байгуулж, ажлын явц, үр дүнгийн байдалд аймгаасаа хоёр удаа үзлэг хийж, аймгийн төв, нийт сум, ОСГ-ны хороод албан байгууллага, айл өрхийн 30—40 хувийг хамарч, цаашид зохиох ажлын чиглэлийг гаргаж өгсөн нь үр дүнгээ өгч, үзлэгт бэлтгэх хугацаанд хот суурин газрын тохижилт ариун цэврийг сайжруулах орчныг бохирдлоос хамгаалах, хүн амын ариун цэврийн материаллаг нөхцөл, соёлын хэмжээг дээшлүүлэх талаар нэлээд зүйлийг санаачлан хийж энэ ажилд нийтдээ 8 сая орчим төгрөг зарцуулжээ.

Аймаг, сум нийт айл өрх, суурь хэргүүд хөрсийг бохирдлоос хамгаалахад ихээхэн анхаарч, хүч хөрөнгө зарцуулсны үр дүнд аймгийн хэмжээний энгийн бие засах газар, бохир усны цооногийн 60 гаруй хувь нь ариун цэврийн шаардлага хангаж, 10 сум, Ховд хотын ОСГ-ны 9 хороонд гэдэсний халдварт өвчин урьд онуудаас буурч, аймгийн төвийн нэг хүнд дунджаар, 8—10 литр ундны цэвэр ус ногдох боломж бүрджээ.

Үзлэгт аймгийн төв, сумдын албан байгууллага, үйлдвэр, аж ахуйн газруудын 87 хувь, айл, өрхийн 81,1 хувь нь сайн дүн авч

Үенч сум, аймгийн барилга угсралтын трест, Усны аж ахуйн барилга угсралтын контор, Эмийн сангуудыг удирдах контор, Банкны салбар зэрэг байгууллагууд үзлэгт амжилттай бэлтгэжээ.

Гэтэл Ховд хотын гуравдугаар цэцэрлэг, барилга засварын сантехникийн угсралтын анги зэрэг байгууллага сүүлийн байранд орж, 24 хүн БНМАУ-ын эрүүлийг хамгаалах хууль, ариун цэврийн дүрмийн дагуу захиргааны арга хэмжээ авахуулсан байна. Аймгийн барилга угсралтын трестийн захиргаа ажилчдынхаа эрүүл мэндийг хамгаалах, нийгмийн асуудлыг шийдвэрлэхэд ихээхэн анхаарч, уг ажилд 771,2 мянган төгрөг зарж, ажилчдыг өдрийн цагаар амруулж сувилах 25 ортой сувилал, барилгачидын спорт хэмүүжлийн төв, амрагчдын байр, 24 айлын тохилог сууц зэргийг барьж ашиглалтад оруулсны гадна 22 айлд 4,2 мянган төгрөгний тусламж үзүүлжээ. Эдгээр арга хэмжээний үр дүнд барилгачдын эрүүл мэнд сайжирч, цочмог халдварт өвчин тодорхой хэмжээгээр буурчээ.

Тус аймаг хоёр жилийн дотор нэлээд ажил хийсэн боловч хүн амын эрүүл мэндийг хамгаалах, ахуй нөхцлийг сайжруулах, ариун цэвэр, эрүүл ахуйн тохиромжтой хэм хэмжээг хэвшил болгоход багагүй дутагдал оршиж байна гэж үзлэгт оролцогсод дүгнэж цаашид зохиох ажлын чиглэлийг заасан Улсын ариун цэврийн ерөнхий байцаагчийн зөвлөмжийг Ховд аймгийн АДХ-ын Гүйцэтгэх захиргаанд гардуулав.

Үзлэгийн дүнг аймаг, сумын төвийн хөдөлмөрчдийн хурал, цуглаанаар мэдээлж ажлын ололт дутагдлыг харуулсан дүрс бичлэг үзүүлж, гэрэл зургийн самбар гаргаж сурталчлав.

Г. Цэвэгмид

## «ОРБИС» ХАМТЛАГ МАНАЙ ОРОНД

Саяхан манай улсын засгийн газар, Эрүүлийг хамгаалах яам, эмч нарын нийгэмлэгийн урилгаар олон улсын сайн санааны энэрэнгүй үйлсийн «Орбис» хамтлаг манай оронд хорин нэг хоног ажиллаад малийз орныг зорин нислээ.

Тус хамтлагийн бүрэлдэхүүн Америк, Канад, Филиппин, Тайланд, Сингапур, Хятад, Энэтхэг, Англи зэрэг есөн орны өндөр нарийн мэргэжлийн нүдний эмч, сувилагч, инженер техникийн ажилтнуудаас бүрджээ. Уг хамтлаг 1982 онд АНУ-ын Техас мужийн эмч нарын санаачилгаар байгуулагдаж нислэгт гарснаас хойш дэлхийг бараг дөрөв дахин тойрохдоо 55 оронд очиж, 75000 хүнд нарийн мэргэжлийн хичээл зааж, нүдний эмч, сувилагчдын мэдлэг мэргэжлийг дээшлүүлж, нүдний өвчтэй 7000 гаруй хүнийг үзэж эмчилж, зөвлөгөө өгчээ. Энэхүү хамтлагийн онцлог нь, эмчилгээ үйлчилгээ,

сургалт нь ямарч үнэ төлбөргүй, хараа муутай болж зовсон хүмүүст туслахад оршдог ажээ.

Тус хамтлагийнхантай манай нүдний эмч сувилагчид богинохон хугацаанд хамтран ажиллаж багатгүй зүйлийг сурч, мэдлэг мэргэжлээ дээшлүүлж, туршлагаа харилцан солилцов. Энэ хугацаанд тус хамтлагийн эмч, мэргэжилтнүүд нүдний эмгэгтэй 600 гаруй хүнийг үзэж 65 хүнд мэс засал хийлээ. Зарим мэс заслыг манай эмч нартай хамтран хийв.

Тус хамтлагийнхан манай нүдний эмч нарын нийгэмлэгт хоёр нүдний уг харагч дуран, мэргэжлийн өндөр түвшинд хийсэн мэс заслын бичлэгтэй хуурцагт бичлэгээ бэлэглэв.

Ийнхүү манай эмч, сувилагчид эднээс богино хугацаанд чамлалтгүй зүйлийг сурч мэдсэнээ ажил хэрэг болгохоор урам зориг дүүрэн үлдлээ.

*Ц. Алтанцэцэг*

## ШИНЭ НОМ

Эмч, мэргэжилтнүүдийн номын сан доорх номоор баяжлаа.

1. **Эмнэлзүйн лабораторийн оношлолын гарын авлага.** Орчин үеийн эмнэлзүйн цуссудлал, эсүүдал зэрэг лабораторийн оношлолын аргуудыг оновчтой тодорхой нэгтгэн дүгнэжээ. Энэ ном нь мэргэжил дээшлүүлэх курст суралцаж байгаа эмч нар болон төрөл бүрийн мэргэжлийн клиникийн болон лаборант—эмч нарын гарын авлага болох юм.

2. **Төвдийн анагаах ухааны ургамал.** Энэ ном нь Новосибирскийн «Наука» хэвлэлийн газраас нийтэлж байгаа Төвдийн анагаах ухааны уламжлалт бүтээлүүдийн ээлжит цуврал нь юм. Уг номд Төвдийн анагаах ухааны эмийн ургамал, ялангуяа элэгцесний өвчнийг эмнэхэд хэрэглэдэг эмийн ургамлын судалгаа, жор, эмийн үйлчлэлийн шинж чанар зэргийг орчин үеийн түвшинд судалсан бүтээл юм.

Эл номыг эмзүйч, эм судлагч, ургамлын химич, ургамал судлагч, эмч нарт зориулжээ.

3. **Фролькис А. В. Нарийн гэдэсний дутмагшил.** Хоол боловсруулах зам бол хоодод гэдэсний өвчний үед нарийн гэдэсний дутмагшил үүсэх шалтгаан, оношлох, эмчлэх аргыг дэлгэрэнгүй өгүүлсэн, ЗХУ-д анх удаа гарч байгаа ном юм.

Эл номыг дотрын болон мэс заслын эмч нарт зориулжээ.

4. **Лешинский Л. А. Дотрын эмчийн десктологи.** Энэ номд дотрын эмч нараас өвчтөн, дотрын өвчтөн, түүний төрөл төрөгсөд, мэргэжил нэгт нөхөдтэйгээ харилцах, ёс суртахууны асуудал, тэдний үүрэг хариуцлагын талаар өгүүлжээ. Дотрын эмч өөрийгөө хүмүүжүүлэх асуудлыг онцгойлон авч үзжээ.

Эмч, ялангуяа дотрын эмч нарт их тустай бүтээл юм.

5. **Ерохин И. А., Белый В. Я., Вагнер В. К. Үрэвсэл бол биологийн түгээмэл урвал мөн.** Энэ бүтээлийг хүндрэл их өгдөг хэвлийн хөндийн гялтан хальсны үрэвслийн онцлогийг олон жил судалсан судалгааныхаа үндсэн дээр эмгэг жам, дархлал судлал, биомолекулын талаас нь судалж сонирхолтой дүгнэлт хийжээ. Зохиогчид хэвлийн гялтангийн үрэвсэлд хүргэдэг олон өвчнүүдийг тал бүрээс нь нэгтгэн судалжээ.

Нийт эмч нар, эрдэм шинжилгээний ажилтан нарт зориулжээ.

6. **Павлова М. П. Хүүхдийн өвчин (гарын авлага).** Хүүхдийн эмчийн өдөр тутмын практикт олонтаа тохиолддог цусны эмгэгүүд, түүний шалтгаан, эмгэгжам, эмнэлзүй, оношлол, эмчилгээ, урьдчилан эргийлэх аргыг оновчтой тодорхойлжээ.

Хүүхдийн эмч, цусны эмч нарт зориулав.

7. **Коляденко В. Г. и др. Арьс өнгөний эмч, ажилчдын ёс суртахуун, хариуцлага.** Уг номд арьс өнгөний өвчтөн эмч нарын хоорондын харилцаа, ялангуяа арьс өнгөний өвчнөөр шаналж, сэтгэл санааны өөрчлөлттэй болсон өвчтөний болон энэ чиглэлийн мэргэжлийн эмчилгээ, ариун цэвэр—гэгээрлийн суртал-нэвтрүүлгийн ажлын ёс суртахуун үүрэг хариуцлагын талын асуудлыг өргөн тусгажээ.

Номыг арьс өнгөний, хүүхдийн, дотрын, сэтгэл засал, мэс заслын зэрэг мэргэжлийн эмч нарт зориулжээ.

8. **Анагаах ухааны нэвтэрхий толийн 30 дахь дугаар хэвлэгдэн гарлаа.** Энэ ботид түрүүчийн хэвлэсэн 29 ботид орсон бүх өгүүлэл, бүтээлүүдийн жагсаалт, он тооллын хүснэгт, бусад лавлах зүйлийг дэлгэрэнгүй оруулжээ.

9. **Блюгер А, Новицкий И, Вирусийн гепатит.** Энэхүү гарын авлагад вирусийн гепатитын орчин үеийн онош, эмчилгээ, урьдчилан сэргийлэх арга замыг тодорхой өгүүлжээ. Ялангуяа Зөвлөлт Холбоот Улс болон дэлхийн нэрт эмч мэргэжилтний вирусийн гепатитын талаарх бүх үзэл бодол, онол нээлтийг нэгтгэн дүгнэсэн чухал ач холбогдолтой.

Гарын авлагыг төрөл бүрийн мэргэжлийн эмч, юуны өмнө дотор, халдварт, хүүхдийн эмч нарт зориулжээ.

10. **Толгой эргэх шинж тэмдэг.** Английн нэрт эмч М. Р. Динс, Дж. Д. Худ нарын редакторласан энэхүү нэг сэдэвт бүтээлд толгой эргэх шинж тэмдэг илэрдэг гол гол өвчнүүдийн шалтгаан, эмгэгжам, онош, эмнэлзүй, эмчилгээ, урьдчилан сэргийлэх асуудлыг өргөн хүрээтэй авч үзжээ.

Энэ ном нь мэдрэлийн, чих хамар хоолой, нүд, сэтгэл мэдрэлийн болон аль ч мэргэжлийн эмч нарт чухал хэрэгцээтэй ном юм.

11. **Бэлгийн замаар халддаг халдварт өвчнүүд.** Энэ номд тэмбүү, зэг хүйтэн зэрэг бэлгийн замаар халддаг халдварт өвчнүүдийн онош эмчилгээ, урьдчилан сэргийлэх арга замыг тодорхой өгүүлжээ.

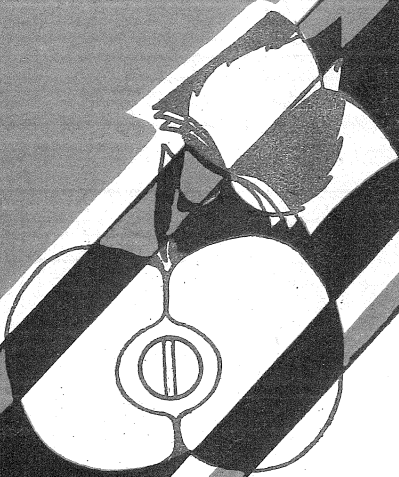
Арьс өнгө, эх барих эмэгтэйчүүд, хүүхэд, дотор, бөөрний болон халдварт судлагч, лаборант эмч нарт зориулжээ.

12. **Степанковская Г. К., Сольский С. Я. Амаржсаны дараах халдварт.** Энэ номд аяндаа юмуу мэс заслын тусламжтайгаар амаржсан эхчүүдийн умай, үтрээний идээт үжилт өвчнүүдийн шалтгаан, онцлог, эмчилгээний арга, урьдчилан сэргийлэх талаар өгүүлжээ.

Эх барих эмэгтэйчүүдийн эмч нарт зориулав.

13. **Васильева Л. И., Окотова Л. М. Эмнэл зүйн нэр томъёоны гарын авлага.** Орчин үед эмнэлгийн нэр томъёо олширч эмч, оюутан сурагчид, нийт хүн ам анагаах ухааны мэдээллийг солилцоход ихээхэн саад бэрхшээл учирч байна. Энэ номд латин, грек гаралтай нэр томъёог орчуулах, журамлах, хэрэглэхийн анагаах ухаан, хэл шинжлэлийн үндсийг жишээ баримттайгаар тодорхой өгүүлжээ.

Нийт эмч нар, ялангуяа ухааны дээд, дунд сургуулийн оюутан, сурагчдад зориулжээ.



### НИДРАЗИД

**Найрлага:** 1 шахмал 100 мг изониазид агуулна.

**Фармакологийн үйлчлэл.** Сүрьеэгийн микобактерийн өсөлтийг зогсоох идэвхтэй үйлчилгээтэй. Бусад өвчний үүсгэгчид төдий л нөлөөлдөггүй. Хоол боловсруулах эрхт нээр сайн шимэгдэн цусанд орж бөөрөөр дамжин гадагшилна.

**Хэрэглэх заалт:** Сүрьеэгийн бүх хэлбэрийн үед ялангуяа цочмог явцтай буюу, арга-хагшаагүй хэлбэрт хэрэглэхэд үр дүн сайтай. Стрептомицин, ПАСК, циклосериний аль нэгтэй хослуулан хэрэглэхэд идэвх нь илүү сайн. Сүрьеэ өөр өвчинтэй хавсарсан байвал бусад антибиотик, сульфаниламидын бэлдмэлтэй хослуулж хэрэглэнэ. Харин сүрьеэгийн хатингар бүхий хэлбэрийн үед нидразидаар эмчлэхэд онцгой засрал авахгүй тал олонтаа байдаг.

**Хэрэглэх арга, тун:** Насанд хүрэгсдэд хоолны дараа 0,2 г-аар өдөрт 3 удаа уулгана. Уг эм сайн зохиж байгаа өвчтөнд тунг ихэсгэж 0,3 г-аар өдөрт 3 удаа уулгана. Харин ямар нэг нөлөө илэрвэл тунг хоногт нэг удаа 0,3 г уух хүртэл бууруулна. 50 кг-аас хөнгөн жинтэй насанд хүрэгсдэд 0,15 г-аар өдөрт 3 удаа өгнө. Насанд хүрэгсдэд хоногт биеийн 1 кг хүндийн жинд дунджаар 0,003—0,01 г, хүүхдэд хоногт биеийн 1 кг жинд 0,006—0,015 нэгдохоор бодож, өдөрт 1—2 удаа өгнө. Нидразидыг стрептомицин болон сүрьеэгийн эсрэг хэрэглэх бусад эмтэй өргөн хослуулж хэрэглэнэ. Өглөөгүүр өлөн байх үед ууж болно.

**Цээрлэх:** Мэдрэлийн системийн тэмбүү, судасны өвчин, таталт, сэтгэхүйн зарим өвчний үед хэрэглэхийг хориглоно. Харин элэг бөөрний өвчин, харааны мэдрэлийн эмгэг, невралгийн үед болгоомжтой хэрэглэнэ.

**Гаж нөлөө:** Энэ бүлгийн эмүүдийг удаан хэрэглэхэд толгой өвдөх, эргэх, огих, бөөлжих, зүрхний орчим өвдөх, арьсанд харшлын тууралт гарах, өвчтөн хэт цочромтгой болох, нойр муудах, мартамтгай болох, элэг гэмтэх, ам цангах зэрэг гаж нөлөө илэрч болно.

**Нидразидыг 3—4 долоо хоногийн турш хэрэглэх шаардлагатай.**

**Эмийн хэлбэр, савлалт:** 100 мг х 50 шахмалаар шилэн саванд савлан гаргал.

**Хадгалалт:** «Б» дансанд бүртгэж, бараан өнгийн шил саванд гэрлээс хамгаалсан нөхцөлд хадгална. БНСЧСУ-д үйлдвэрлэдэг.

### ФУНГИЦИДИН

**Найрлага:** Сахартай шахмал 500000 нэгж, үтрээний шахмалд 100000 нэгж, тосонд 100000 нэгж нистатин тус тус агуулна.

**Фармакологийн үйлчлэл.** Фунгицидиныг гэдэг омгийн мөөгөнцрийн бүтээгдэхүүнээс гарган авах бөгөөд мөөгөнцрийн эсрэг үйлчилгээтэй. Ялангуяа кандидын төрлийн мөөгөнцрүүдэд идэвхтэй сайн нөлөөлнө. Харин бактерт төдий л нөлөөлөхгүй. Энэ нь бие махбодоос ходоод гэдэсний замаар ялгаран гарах тул кандид мөөгөнцрөөр үүссэн нарийн бүдүүн гэдэсний үрэвсэлд онцгой сайн нөлөөлдөг юм. Эл өвчний үед сахартай шахмалыг ууж хэрэглэнэ.

**Хэрэглэх заалт.** Кандид төрлийн мөөгөнцрөөр үүссэн өвчнийг эмчлэх, урьдчилан сэргийлэхэд хэрэглэнэ. Ялангуяа ходоод гэдэс, уушги, бөөр, үтрээний кандидомикоз өвчнийг эмчлэхэд хэрэглэнэ.

**Хэрэглэх арга, тун.** Уулгах, гадуур тос хэлбэрээр түрхэх буюу үтрээнд хийж хэрэглэнэ. Насанд хүрэгсдэд 1 шахмалаар 3—4 удаа, нэг хүртэлх насны хүүхдэд 1/4 шахмал, 1—3 настай хүүхдэд 1/2 шахмалаар өдөрт 3—4 удаа өгнө. 13 хүртэлх насныханд хоногт 2—3 шахмалыг 4 удаа ууна. Ээлж эмчилгээ 7—10 хоног үргэлжилнэ.

**Тосыг өвчилсөн газар нь хэд хэдэн удаа нимгэн үеэр түрхэнэ.**

**Үтрээний шахмалыг хоногт 1—2 удаа хэрэглэнэ.** Шахмалыг буцалсан бүлээн усанд дүрээд өглөө, орой үтрээнд хийнэ.

**Гаж нөлөө.** Эмчилгээнд хэрэглэж байх үед ходоод гэдэсний ажиллагаа хямарч, огих, бөөлжих, суулгах гаж нөлөө илэрч болно.

**Эмийн хэлбэр, савлалт.** 20 ширхэг сахартай шахмал, 10 гр тос, 15 ширхэг үтрээний шахмалыг тус тус шилэнд савлан гаргана.

**Хадгалалт.** «Б» дансанд бүртгэж хуурай сэрүүн газар хадгална. БНСЧСУ-д үйлдвэрлэдэг.

Улсын эм хангалт үйлдвэрлэлийн газрын мэдээлэл зохион байгуулалтын тасаг.