

АНАГААХ УХААН

ЭРҮҮЛИЙГ ХАМГААЛАХЫН ЗОХИОН БАЙГУУЛАЛТ



СУДАЛГАА ШИНЖИЛГЭЭ



МЭРГЭЖЛИЙН ЗӨВЛӨГӨӨ, ЛЕКЦ, ТОЙМ



ТУРШЛАГА СОЛИЛЦЬЁ



ХОВОР ТОХИОЛДОЛ



ЭРДЭМТДИЙН ДҮГНЭЛТ ЗӨВЛӨМЖ



ГАДААД ОРНУУДАД

БНМАУ

ЭРҮҮЛИЙГ ХАМГААЛАХ ЯАМ

ЭРДЭМ ШИНЖИЛГЭЭ

ПРАКТИКИЙН

УЛИРАЛ ТУТМЫН СЭТГҮҮЛ

17 дахь жилдээ

3

Индекс 14550

1986

Орон бүхний пролетари нар нэгдэгтүн!

БНМАУ

Эрүүлийг хамгаалах Яам
Эрдэм шинжилгээ-практикийн
улирал тутмын сэтгүүл

АНАГААХ УХААН

17 дахь жилдээ № 3 (59) 1986 он

АГУУЛГА

Анагаах ухааны эрдэм шинжилгээний ажлын байдал, цаашдын зорилт	5
ЭРҮҮЛИЙГ ХАМГААЛАХЫН ЗОХИОН БАЙГУУЛАЛТ	
<i>Ш. Жигжидсүрэн</i> — Анагаах ухааны дифференциаци, интеграци	9
<i>Ө. Омборгаваа, Л. Ролзодмаа</i> — Улаанбаатар хотын зарим эмнэлэгт үзүүлэхээр ирэгчдийн нэг өдрийн судалгааны дүн	15
<i>Д. Намжил</i> — Эмнэлгийн байгууллагын орны ашиглалтанд хийсэн судалгаа	18

СУДАЛГАА ШИНЖИЛГЭЭ

<i>Г. Зуунай, Р. Бямба</i> — Говь-Алтай аймгийн хүн амын өсөлтийн зарим асуудал	21
<i>Ц. Хайдав, Ч. Долгор, Б. Хүрэлчулуун</i> — Арьсны зарим өвчний үед догорын нийлбэр бодистой нохойн хошууны тосыг хэрэглэсэн дүн	25
<i>Б. Шижирбаатар, Г. Пүрэвсүрэн</i> — Зүрхний гажигтай эмэгтэйчүүдийн ургийн байдлыг хэт авиагаар судалсан дүн	28
<i>Ш. Чадрабал, Д. Эржен</i> — Ходоодны архаг үрэвслийн үед хэрэглэх эмчилгээний хоолны асуудал	31
<i>М. Алтанхүү, П. Нямдаваа, Г. Хоньчин, А. Г. Анджанаридзе, Т. Е. Ворожбиева, Е. Батболд, Ж. Оюунбилэг, Т. Гомбосүрэн</i> — Вирус судлалын аргаар ялган оношлосон цочмог гепатитын үндсэн хэлбэрүүдийн клиник-биохимийн төрх	35
<i>К. Анаргул</i> — Мухар олгойн хурц үрэвсэлт өвчний оношийн алдааны зарим асуудал	40
<i>М. Онгар</i> — Баян-Өлгий аймгийн нэгдсэн эмнэлгийн анестези-реанимацийн тусламжийн хүрээ	43
<i>Д. Отгонбаатар, Г. Үүжээ</i> — Салмонелл тифимуриумыг судлах асуудал	45

МЭРГЭЖЛИЙН ЗӨВЛӨГӨӨ, ЛЕКЦ, ГОЙМ

<i>Г. Лхагважав, Л. Ганболд, Д. Нэргүй</i> — Эгмийн доорхи венийг сэтгүүрдэх, түүний хүндрэлээс сэргийлэх	48
<i>Р. Нямаа</i> — Нүдний өвчлөлийн динамикийн зарим үзүүлэлт	51
<i>Л. Эрдэнэбаяр, С. Бямбасүрэн</i> — Архины солиорлыг оношлох, эмчлэх асуудал	53
<i>С. Цоодол</i> — Оношийн үнэний асуудал, оношлогооны алдааны танин мэдэхүйн шалтгаан	58
<i>Г. Энхдолгор, В. Кордач, П. Мартасек</i> — Порфирины өвчний оношлогоо эмчилгээ	61
<i>Г. Навцсан, Г. Оросоо, Д. Батчулуун</i> — Хүүхдийн эрүүл мэндийн тухай ойлголт	64
<i>Д. Жодов</i> — Перитонитын ангиллын зарим асуудал	67
<i>Б. Очир</i> — Гэдэсний халдварт өвчний голомтыг дүн бүртгэлийн аргаар судлах нь	69
<i>Ш. Жадамбаа</i> — Клиник лабораторийн судалгаанд ижилсгэсэн аргуудыг нарийсгах асуудал	71
<i>Ё. Чулуунхүү</i> — Электрокардиограммд зүрхний цахилгаан тэнхлэгийг тодорхойлохын оношийн холбогдол	74
<i>О. Сүхбаатар</i> — Ерөнхий мэдээ алдуулах	76

ТУРШЛАГА СОЛИЛЦЪЁ

- Н. Цэнд, Ч. Чулуунбаатар* — Тэргүүн туршлага нэвтрүүлэх асуудалд 79

ХОВОР ТОХИОЛДОЛ

- Т. Эрхэмбаатар* — Умайн гадуурхи жирэмсний нэгэн ховор тохиолдол 82

ЭРДЭМТДИЙН ДҮГНЭЛТ, ЗӨВЛӨМЖ

- С. Манлай* — БНМАУ-ын сургуулийн сурагчдын харааны байдалд хийсэн эмнэл зүй, эрүүл ахуйн судалгааны зарим асуудал 84

- Г. Батмөнх* — БНМАУ-ын өндөр уулын бүсэд оршин суугч нутгийн хүмүүсийн зүрх судасны системийн үйл ажиллагааны зарим үзүүлэлтийн онцлог 85

ГАДААД ОРНУУДАД

- И. С. Марков, Э. Пүрэвдаваа* — Дархлалын олдмол дутагдлын хам шинж 87

МЭДЭЭ

Пролетарии всех стран соединяйтесь!

Министерство Здравоохранения
МНР
Научно-практический ежекварталь-
ный журнал

МЕДИЦИНА

Выходит 1970г № 3 (59) 1986 г

СОДЕРЖАНИЕ

Современное состояние и дальнейшие задачи научно-исследовательской
работы по медицине 5

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Ш. Жигжидсурен — Дифференциация и интеграция в медицине 9
Ө. Омборгава, Л. Ролзодма — Однодневная перепись обращаемостей
населения в некоторых поликлиниках г. Улан-Батора 15
Д. Намжил — К вопросу анализа использования коечного фонда в ме-
дицинских учреждениях 18

КЛИНИКО-ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Г. Зунай, Р. Бямба — Некоторые вопросы воспроизводства населе-
ния Говь-Алтайского аймака 21
Ц. Хайдав, Ч. Долгор, Б. Хүрэлчулун — Результаты применения
мази, состоящей из суммы веществ карноптериса, при некоторых
кожных заболеваниях 25
Б. Шижирбатор, Г. Пурессурен — Результаты ультразвукового иссле-
дования состояния плода у беременных женщин с пороками
сердца 28
Ш. Чадрабал, Д. Эржен — К вопросу диетотерапии больных хрони-
ческим гастритом 31
*М. Алтанху, П. Нямдава, Г. Хоньчин, А. Г. Анджанаридзе,
Т. Е. Ворожбиева, Е. Батболд, Ж. Оюунбилэг, Т. Гомбосу-
рен* — Клинико-биохимическая характеристика основных форм ост-
рых вирусных гепатитов, дифференцированных при помощи спе-
цифических маркеров 35
К. Анаргул — Ошибки в диагностике острого аппендицита 40
М. Онгар — Анестезиологи-реаниматологическая помощь в объеди-
нённой больнице Баян-Ульгейского аймака 43
Д. Отгог-Батор, Г. Үжэ — К вопросу изучения сальмонелла тифиму-
риума 45

ОБЗОРЫ, ЛЕКЦИИ, КОНСУЛЬТАЦИИ

Г. Лхагважав, Л. Ганболд, Д. Нэргүй — Катетеризация подключич-
ной вены и профилактика ее осложнения 48
Р. Няма — Некоторые показатели динамики глазной заболеваемости
Л. Эрдэнэбаяр, С. Бямбасурен — К вопросу диагностики и лечения
алкогольного психоза 53
С. Цоодол — Проблемы истинности диагноза и гистологические при-
чины диагностических ошибок 58
Г. Энхдолгор, В. Кордач, П. Мартасек — К вопросу диагностики
и лечения Порфириновой болезни 61
Г. Навчсан, Г. Оросо, Д. Батчулун — Понятия о здоровье ребёнка
Д. Жодов — Некоторые вопросы классификации перитонита 67
Б. Очир — Статистический метод изучения очагов кишечных инфекций 69
Ш. Жадамба — К вопросу усовершенствования унцированных мето-
дов в клинико-лабораторном исследовании 71
Ё. Чулунху — Диагностическое значение определения электрической
оси сердца 74
О. Сухэ-Батор — Общее обезболевание 76

ОБМЕН ОПЫТОМ

Н. Цэнд, Ч. Чулунбатор — К вопросу внедрения
передового опыта 79

РЕДКИЙ СЛУЧАЙ

Т. Эрхэмбатор — Редкий случай внематочной беременности 82

ДИССЕРТАЦИОННЫЕ ВЫВОДЫ И РЕКОМЕНДАЦИИ УЧЁНЫХ

С. Манлай — Некоторые вопросы клинко-гигиенического исследования состояния зрения школьников МНР 84

Г. Батмөнх — Особенности некоторых физиологических показателей сердечно-сосудистой системы у коренных жителей в высокогорных условиях МНР 85

ЗА РУБЕЖОМ

И. С. Марков, Э. Пуревдава — Тайственные AIDS гипотезы и факты 87

ХРОНИКА

АНАГААХ УХААНЫ ЭРДЭМ ШИНЖИЛГЭЭНИЙ АЖЛЫН БАЙДАЛ, ЦААШДЫН ЗОРИЛТ

Манай нам, засгаас анагаах ухааны эрдэм шинжилгээний ажлыг сайжруулах, материаллаг бааз, боловсон хүчнээр хангахад байнга анхаарал тавьж ирсэний үр дүнд анагаах ухааны эрдэм шинжилгээний ажлын чанар, түвшин дээшилсээр байна.

1981—1985 онд Эрүүлийг хамгаалах яамны харъяа эрдэм шинжилгээний байгууллагууд 5 даалгавар, 32 сэдвээр эрдэм шинжилгээний ажил хийсний дүнд олон тооны шинэ бүтээл, эм бэлдмэл, оновчтой санал, улсын стандарт, зөвлөмж заавар гарлаа. Эрдэм шинжилгээний байгууллагууд, ЗХУ-ын холбогдох хүрээлэн, институттэй ажил төрлийн холбоотой ажиллаж зарим сэдвээр хамтарсан судалгаа шинжилгээний ажил хийсэн нь зохих ач тусaa өгч байна.

Анагаах ухааны хүрээлэнгийн хамт олон ЗХУ-ын Эрүүлийг хамгаалах яамны харъяа Бүх Холбоотын Нийгмийн эрүүл ахуй, эрүүлийг хамгаалахын зохион байгуулалтын эрдэм шинжилгээний хүрээлэнтэй хамтарч манай орны 170 гаруй мянган хүнийг судалж, БНМАУ-ын хүн амын өвчлөлийн ерөнхий түвшинг тогтоолоо.

Тус хүрээлэнгийн зүрх судасны мэс заслын хамтлаг хүүхдийн зүрхний гажигийг мэс заслаар эрт эмчлэх арга, насанд хүрэгчдийн зүрхний гажигийг төгс эмчилж эдгээх, улмаар хиймэл хавхлага тавьж эмчлэх аргыг эмнэлгийн практикт нэвтрүүллээ. Нээлттэй зүрхэнд хийх хагалгаа улам боловсонгуй болж байна.

Ардын эмнэлгийн хүрээлэн ургамал, амьтаны гаралтай 10 гаруй шинэ эм хийж эмнэлгийн практикт нэвтрүүлэв.

Эх нялхсыг хамгаалах эрдэм шинжилгээний хүрээлэн ЗХУ-ын холбогдох хүрээлэнтэй хамтран хүүхдийн амьсгалын эрхтэний цочмог ба архаг өвчнүүдийн sloш, эмнэл зүйн асуудлыг судалж, цочмог ба архаг түгээмэл өвчнийг үр дүнтэй эмчлэх, урьдчилан сэргийлэх арга, жирэмсэн эхчүүд, эмэгтэйчүүд, бага насны хүүхдийг диспансерчлах систем зэрэг практикийн ач холбогдолтой ажлууд хийлээ.

Анагаах ухааны дээд сургуулийн эрдэмтэн багш нар судалгаа шинжилгээнийхээ ажлын дүнд 4 шинэ бүтээл, 24 оновчтой санал, 23 аргачилсан зөвлөмжийг эрүүлийг хамгаалах байгууллагад шилжүүлжээ.

Эрүүл ахуй, халдвар, нян судлалын улсын институт "В" гепатитын вирусн гадаргуугийн эсрэг төрөгч ялган авах аргачлал боловсруулж, "В" гепатитын эсрэг ийлдсийн вакцин бий болгох ажлын үндсийг тавьсаны дээр амьсгалын эрхтэний цочмог өвчин үүсгэгчийн биологи, экологийн судалгааг хийж байна.

Хүрээлэн байгаа орчныг бохирдлоос урьдчилан сэргийлэх, түүнийг багасгах бүрдэл арга хэмжээ, улс ардын аж ахуйн обьектуудад ариун цэвэр, халдвар судлалын хяналт тогтоох боловсонгуй аргыг тус тус практикт нэвтрүүллээ.

Биобэлдмэл цусны үйлдвэр, шинжилгээний институт 6 шинэ бэлдмэл хийж тэдгээрийг үйлдвэрлэх технологи, стандартыг боловсруулсан байна.

Гэвч эрүүлийг хамгаалахын өнөөгийн тулгамдсан зорилтыг шийдвэрлэхэд өгөөж багатай ажлыг олон жил үргэлжлүүлж, цаг хугацаа алдаж, улмаар эрдэм шинжилгээний ажлын үр ашиг, чанарыг бууруулж байгаа ноцтой дутагдал эрдэм шинжилгээний зарим байгууллагын ажилтны дотор байсаар байна.

Өнгөрсөн таван жилд эрүүлийг хамгаалах салбараас 50-иад хүн эрдмийн зэрэг хамгаалжээ.

Эрүүлийг хамгаалахын хэмжээгээр 200-аад эрдэмтэдтэй болж тоогоор улсаа дээгүүр байранд явж байна. Гэтэл эрдэмтдийн зөвхөн зургааны нэг нь эрдэм шинжилгээний хүрээлэн, институт зэрэг байгууллагад ажиллаж байгаа нь учир дутагдалтай юм.

Эрдэм шинжилгээний нэг сэдэвт зохиол, зөвлөмж, эзэндээ юм уу номын сангийн тавиур дээр хэвтэж эмнэлгийн хэрэгцээний жинхэнэ "түүхий эд" болж чадахгүй байна. 1981—1985 онд эрдэм шинжилгээний байгууллагаас гаргасан зөвлөмж, заавар 200 гаруй хүрсэн боловч түүнээс манай эрүүлийг хамгаалахын тулгамдсан асуудлыг шийдвэрлэхсэн дорвитой бүтээл ховор байгаа нь тэдгээр заавар, зөвлөмжийн "ашигт үйлийн коэффициент", тун тааруу байгааг илтгэж байна. Өнгөрсөн таван жилд томоохон онол, таамналууд дэвшиж гарсангүй. Энэ нь эрдэм шинжилгээний ажлын онолын түвшин, эрдэмтдийн авьяас чадварыг дээшлүүлэх явдал онцгой шаардлагатай байгааг харуулж байна.

Эрдэм шинжилгээний ажлын үр дүн дээшлэхгүй байгаагийн шалтгаан нь нэг талаас эрдэм шинжилгээний ажлын сэдвийг сонгохдоо эрүүлийг хамгаалахын тулгамдсан асуудлыг шийдвэрлэх талаас бий эрдэмтний өөрийн "сайн дурын" сэдэв сонгож байгаагай холбоотой байгаа бөгөөд нөгөө талаас эрдэм шинжилгээний ажлын үр дүнг практикт нэвтрүүлэх механизм боловсронгуй боллоцоогүйтэй холбоотой байна. Зарим эрдэмтэнд шинэ сэтгэлгээ, гоц авьяас дутагдаж байна.

Эрдэм шинжилгээний ажлын үр дүнг практикт нэвтрүүлэхэд ЗХУ-ын туршлагаар "Эрдэм шинжилгээ-сургалт-эмчилгээний хамтлаг" (нэгдэл) байгуулж ажиллуулах нь чухал ач холбогдолтой юм. Энэ тухай 1986 онд Эрүүлийг хамгаалах яамны сайдын 44 дүгээр тушаал гарсан. Ийм хамтлаг буюу "гурван холбоог" зохион байгуулж ажиллуулах нь эрдэм шинжилгээ, сургалт, практикийн интеграцыг гүнзгийрүүлж эрдэмтдийн санал зөвлөмжийг эмчийн одор тутмын ажилд түргэн хугацаанд цаг алдалгүй нэвтрүүлэх боломжтой болгох юм.

МАХН-ын XIX их хурал дээр н. Ж. Батмөнх хэлэхдээ "Шинжлэх ухаан, техникийн ололтыг ашиглахтай холбогдолгүй шийдэх үйлдвэрлэлийн болон нийгмийн нэг ч асуудал байхгүй.

Энэ чухам юу гэсэн үг вэ? Юуны урьд шинжлэх ухаан үйлдвэрлэлийн холбоог бүх талаар бэхжүүлэхээс оор зам байхгүй гэсэн үг. Улс орны амьдралын тэргүүн ээлжинд дэвшигдэн тавигдаж байгаа асуудлыг судалж, шийдвэрлэхэд эрдэм шинжилгээний байгууллага, эрдэмтдийн хүчийг оновчтой төвлөрүүлнэ гэсэн үг. Нөгөө талаар манай яамд үйлдвэр, аж ахуйн байгууллагууд тухайн салбарыг хөгжүүлэх бодлогыг боловсруулж, хэрэгжүүлэхдээ шинжлэх ухаан, техникийн ололтод тулгуурлах ёстой. Тэд шинжлэх ухааны байгууллага эрдэмтэдтэй ажил хэргийн байнгын холбоотой байх ёстой гэсэн үг" гэж эрдэм шинжилгээ, практикийн байгууллагын холбоог бэхжүүлэхийн чухлыг цохон заалаа.

Ийм учраас анагаах ухааны эрдэм шинжилгээний ажлыг эрүүлийг хамгаалахын тулгамдсан асуудал руу, эмнэлгийн байгууллагыг анагаах ухааны эрдэм шинжилгээний ажил руу эргүүлж, шинж-

лэх ухаан, техникийн ололтыг дээд зэргээр ашигладаг болгоход бидний эн тэргүүний зорилт оршиж байна.

Анагаах ухааны эрдэм шинжилгээний ажлыг хөгжүүлэхэд эрдэм шинжилгээний боловсон хүчин гол үүргийг гүйцэтгэх ёстой билээ. Мэргэжлийн зонхилох салбараар эрдэмтэд бэлтгэх тэгэхдээ суурь болон хавсрага судалгааны чиглэлээр бэлтгэж байгаа эрдэмтдийн тооны харьцааг зөв тохируулах явдал их ач холбогдолтойг анхаарах хэрэгтэй.

Манай улсад ажиллаж байгаа анагаах ухааны эрдэмтдийн эрдмийн зэрэг хамгаалсан мэргэжлийн тойм судалгааг гаргаж үзэхэд зохих дүгнэлт хийх зүйл ч ажиглагдаж байна.

Одоо манайд мэс засал, дотор, халдвар судлал, эрүүл ахуй, бичил амь судлал, хүүхэд, эх барих-эмэгтэйчүүд, эрүүлийг хамгаалахын зохион байгуулалтын салбарт тус бүр 7—13 эрдэмтэн байхад халдварт өвчин, урологи, хүүхдийн мэс засал, эндокринологи, вирус судлал зэрэг салбарт нэгээс хэтрэхгүй эрдэмтэн байна. Харшил судлал, хүүхдийн халдварт өвчин зэрэг зарим салбарт эрдмийн зэрэгтэй хүн огт алга.

Эрдэм шинжилгээний ажилтанд тавих шаардлагыг өндөржүүлэх хэрэгтэй байна. Одоо хүүхэд, эх барих-эмэгтэйчүүдийн чиглэлээр 16, эрүүл ахуй, халдвар судлалын чиглэлээр 20-иод эрдэмтэн ажиллаж байгаа боловч урьдчилан сэргийлэх, эх нялхсын эрүүл мэндийг хамгаалах асуудал шаардлагат хэмжээнд хүрэхгүй байгааг энэ салбарын эрдэмтэд зүй ёсоор хуваалцах ёстой.

Эрдэм шинжилгээний байгууллагад он удаан жил ажиллаж эрдмийн зэрэг, цол ахисан "ахмад"-ууд, тэрчлэн эрдмийн зэрэг шинээр хамгаалагчид нь санаа амирлангуй байдалд орж, ажлынхаа эрчийг сулруулж, бүтээлийн тоо ба чанар, практик огоожийг бууруулдаг дутагдал үргэлжилсээр байна.

Аспирантураар боловсон хүчин бэлтгэх, эрдмийн зэрэг гориллох мэргэжлийн чиглэлийг эрдэм шинжилгээний ажлын ойрын болон хэтийн төлөвлөгөөг үндэслэн тогтоох, аспирантурт элсэх болон эрдмийн зэрэг горилогчоор батлуулах хүмүүсийг сайтар сонгох нь эрдэм шинжилгээний боловсон хүчин бэлтгэхэд чухал ач холбогдолтой юм.

Эрдэм шинжилгээний байгууллагын зохион байгуулалт, бүтэц, орон тоог улам боловсронгуй болгох, гүйцэтгэх ажлын чиглэл, хүрээ, ачааллыг тогтоох, удирдлагын боловсон хүчнийг зөв сонгож, шаардлагын өндөр түвшинд ажиллуулах, эрдэм шинжилгээний ажилтны мэргэжил мэдлэгийг байнга дээшлүүлэх, мэргэжлийн дахин шалгаруулалтыг чанар сайтай, хариуцлагатай хийх явдал өнөөгийн нэн чухал асуудал болж байна. Эрдэм шинжилгээний бүтээл багатай, мэдлэг, чадвар тааруухан ажилтныг тодорхой хугацаанд үүрэг өгч ажлыг сайжруулах нэрийдлээр „энхрийлж“ байдаг дутагдлыг эцэс болгох хэрэгтэй байна.

Эрдэм шинжилгээний байгууллагууд эмчилгээ, үйлчилгээний чанар, үр ашгийг дээшлүүлэх, эрүүлийг хамгаалахын хөгжлийг түргэтгэхэд чиглэсэн зангилаа асуудлаар өөр, хоорондоо хамтран ажиллаж тодорхой үр дүнд хүрэх хэрэгтэй. Энэ талаар хөдөлмөр, материал, санхүүгийн нөөцийг нэгтгэн төвлөрүүлэх арга хэмжээ авч болох юм.

Анагаах ухааны эрдэм шинжилгээний ажлыг төлөвлөх, зохион байгуулах ажилд өөрчлөлт гаргахыг цаг үе шаардаж байна. Сүүлийн жилүүдэд хавсрага судалгааны чиглэлийн төлөвлөлт, агуулга хэлбэрийн хувьд арай дээрдсэн юм. Энд Шинжлэх ухаан, техникийн улсын хороо, Эрүүлийг хамгаалах Яамны хувь нэмэр багагүй бий.

Гэвч анагаах ухааны суурь судалгаа, захиалга-даалгавар болон аж ахуйн гэрээний үндсэн дээр гүйцэтгэх ажил хоцрогдож байна.

Төлөвлөлтийг цаашид боловсронгуй болгож, сайжруулах нэг гол арга зам бол программчилсан зорилтот төлөвлөгөөг боловсруулж хэрэгжүүлэх явдал юм. Ийм төлөвлөгөөний үрээр эрүүлийг хамгаалахын тулгамдсан асуудлыг судалж, шийдвэрлэхэд эрдэм шинжилгээний байгууллагын хүч, хөрөнгийг төвлөрүүлэх боломжтой болж, үр дүн ч тодорхой гарах болно.

Одоо эрүүлийг хамгаалах салбарт хавдар судлалын, хоол судлалын гэхчилэн хэд хэдэн зорилтот программ бий. Гэтэл эдгээр программууд "түгжээтэй" байгааг, уул программыг гардан хариуцагч байгууллага хүмүүс анхааралдаа авч ойрын хугацаанд хэрэгжүүлж, биет ажил болгож эхэлбэл зохино.

Эрдэм шинжилгээний ажлыг шаардлагат хэмжээнд хийхэд орчин үеийн аппарат, тоног төхөөрөмжөөр иж бүрэн хангасан материаллаг бааз зайлшгүй чухал.

Манай эрдэм шинжилгээний байгууллагуудын материаллаг бааз тарамдуу байгаад дүгнэлт хийж, эрдэм шинжилгээний байгууллагын туршилт, сорилтын баазыг тоноглох техникийн нэгдсэн бодлого, эрүүлийг хамгаалах салбарын шинжлэх ухаан, техникийн түвшинг тодорхойлж, тус улсын анагаах ухааныг 2000 он хүртэл хөгжүүлэх үндсэн чиглэлийг боловсруулж хэрэгжүүлэх нь нийт эрдэм шинжилгээний байгууллагуудын эрхэм зорилт мөн.

Доцент Ш. ЖИГЖИДСҮРЭН

АНАГААХ УХААНЫ ДИФФЕРЕНЦИАЦИ, ИНТЕГРАЦИ

Улсын клиникийн төв эмнэлгийн ерөнхий эмч, доцент Ш. Жигжидсүрэнгийн бичсэн энэ өгүүлэл нь манай эрүүлийг хамгаалахын хөгжлийн өнөөгийн шатанд эмнэлгийн нарийн мэргэжлийн тусламжийг хэрхэн зохион байгуулах тухай асуудлыг сэдсэн байна. Энэ өгүүлэлтэй холбогдуулан эрдэмтэн, эмч, мэргэжилтэн, эрүүлийг хамгаалахын зохион байгуулагч нар саналаа ирүүлж, манай сэтгүүлийн хуудаснаа бодол, саналаа өргөн солилцохыг урьж байна.

Сэтгүүлийн редакци

Интеграци, дифференциаци нь материйн зохион байгуулалтын бүх үе шатанд байх категори юм. Анагаах ухааны хувьд бол интеграци, дифференциацийг хоршуулан авч үзэх, шийдвэрлэх нь чухал ач холбогдолтой.

Бид хөгжингүй нийгэмд амьдарч байгаа болохоор тавигдаж буй асуудлыг давшингүй шийдвэрлэх явдал тулгарч байна.

Хүний бие махбодын бүтэц, үйл ажиллагаа хүрээлэн буй орчинтойгоо мөн өөр хоорондоо нягт уялдаа шүтэлцээтэй оршдог. Энэ бол биологийн интеграци юм. Нөгөө талаар эрхтэн эд, эс ч бүтэц, үйл ажиллагааны өөрийн гэх онцлогтой нь дифференциаци бөгөөд хүний бие махбод гэгдэх нэгэн бүхэл бүтэн зүйлийн зөвхөн нэг хэсэг нь билээ. Бүхэл бүтэн зүйл дотроо ялгаврыг агуулж байдаг.

Нийгмийн бүрэлдэхүүнийг нас, хүйсээр нь ялган үзвэл интеграци, дифференциацийн бас нэг хэлбэр болно.

Эмч өвчтөний харьцааг авч үзвэл интеграцийн нэг жишээ юм. Ерөнхий мэргэжлийн тухайлбал дотрын эмчийг нарийн мэргэжлийн эмч нарын нийлбэр, цул нь гэж үзвэл зохино. Ийм болохоор ерөнхий мэргэжлийн эмч өвчтөний талаар бүх баримт сэлтийг төвлөрүүлэн цуглуулж, дүн шинжилгээ хийж, зохицуулж байдаг. Энэ тун чухал зүйл бөгөөд эмч нарын ихэнх хэсэг нь дээрх үүргийг гүйцэтгэх зайлшгүй шаардлагатай.

Мэргэжлийн дифференциаци нэлээд олон хүчин зүйлээс хамаарах бөгөөд ерөнхийдөө урсгалаар явагддаг гэж болно.

Анагаах ухааны гумораль (шингэний) онол 2000 шахам жилийн турш оршин тогтнов. Бие мах бодын шингэний харьцаа өөрчлөгдсөнөөс эмгэг үүсэх тул анагаах ухаан эдгээр шингэний өөрчлөлтийг судалж, түүнийг хэвийн болгох арга замыг хайж олоход чиглэх ёстой хэмээн үздэг байжээ.

Гумораль шингэний өөрчлөлтийг засахыг орлодогч эмч нарыг философич, шарх, яс хугарах зэргийг эмчилж ойр зуурын хагалгаа хийдэг эмч нарыг жирийн дархан гэж үзэж байлаа. Бас ус, рашаан, шавраар эмчилж иллэг хийдэг хүмүүс ч байжээ.

XVIII—XIX зуун болоход мэс засал, эх барихын практикт ихээхэн хэмжээний түршлага, мэдлэг хуримтлах бэлснээр шинжлэх ухааны нэр хүндийг олж, мэргэжилтнүүд нь эмч гэгдэх болжээ.

Эдгээр шинжлэх ухааны хөгжилт анатоми, физиологийн шинжлэх ухааны хөгжлийн үр дүнд түүний тодорхой үе шатанд явагдсан дифференциацийн үзэгдэл болно.

Ийнхүү оношлогоо, эмчилгээний арга олширсоор байсан тул эдгээрийг нэг эмч эзэмших боломжгүй болов.

Улмаар физик химийн шинжлэх ухааны ололтыг анагаах ухаанд ашиглах нь нэн өсч, үүний дүнд жишээ нь рентген туяагаар оношлох, эмчлэх-рентгенологи (рентген-радиологи) физикийн хүчнийг хэрэглэн эмчлэх-физиотерапи, байгаль рашаан, шавраар эмчлэх-курортологи (рашаан-сувилал) бие махбодын сэхээн амьдруулах-реаниматологи гэх зэргээр шинжлэх ухааны шинэ салбар, мэргэжил салбарласаар байна.

Бидний амьдраг буй энэ зуунд нийгэм, шинжлэх ухаан урьд үзэгдээгүй хурдаар урагшлах болж анагаах ухаан, эрүүлийг хамгаалахын дифференциаци улам хүчтэй явагдах болов. Бид кардиологи (зүрхний өвчин), пульмонологи (уушгины өвчин) гематологи (цусны өвчин), нефрологи (бөөрний өвчин) зэрэг салбар шинжлэх ухаан хэрхэн хөгжих болсныг нүдээр үзэж биеэр оролцсон билээ.

Халдварт өвчний шалтгааныг нээснээр зөвхөн түүнийг эмчлэх бус үр дүнтэй сэргийлэх санааг төрүүлж улмаар халдвар судлал (эпидемиологи) салбар төрөн гарав. Энэ нь урьдчилан сэргийлэх анагаах ухааны эхлэл байлаа.

Эмчлэх, урьдчилан сэргийлэхээс гадна сэргээн засах анагаах ухаан-реабилитаци амжилттай хөгжиж байна.

Нэг их удалгүй мэргэжлийн анагаах ухаан жишээ нь: инженерийн, жүжигчийн, багшийн, удирдах ажилтны гэх зэргээр цаашид салбарлах болно. Энэ нь хүн бүрийн онцлог байдалд илүү дөхөмтэй анагаах ухаан байх юм.

Дэлхийн эрүүлийг хамгаалах байгууллагын мэдээгээр орчин үеийн анагаах ухааны 172 мэргэжил байгаа ажээ. Одоо шинжлэх ухаанд 10000 өвчин, 100000 орчим шинж, одий тооны эм бүртгэгддэд байна.

Орчин үеийн томоохон эмнэлэгт жил тутам хагас сая орчим сорил тавигдаж, энэ нь 4—5 жил тутам хоёр дахин өсч байна.

Бичил биетнийг нээж, тэдгээрийн эмнэл зүйн нөлөөтэйг тогтоосноор халдварт өвчнийг судлах нэг салбар бий болж салбарлан хөгжсөөр байна. Халдварт өвчний мөн чанарыг мэдэх болсноор өвчнийг зөвхөн эмчлэх бус түүнээс амжилттай урьдчилан сэргийлэх арга замыг боловсруулан хэрэгжүүлэв.

Эрүүл мэндийг хамгаалах тухай эртний шинжлэх ухаан болох эрүүл ахуйн ухаан цоо шинэ төрхийг оля санитарн, эпидемиологи зэрэг хэдэн арван салаа мөчир үүсгэж "урьдчилан сэргийлэх анагаах ухаан" гэж нэрлэгдэх болов.

Эмчилгээ урьдчилан сэргийлэхийн зэрэгцээ орчин үед ондоо нэг анагаах ухаан бий болсон нь сэргээн засах буюу реабилитаци юм.

Мэргэжлийн анагаах ухааны зорилго нь хүн бүрт түүний бие бялдрын онцлог, орчин, хөдөлмөрийн нөхцөлдөө дасах, эрүүл мэндэд муугаар нөлөөлөхөөс сэргийлэх хувь хүнд тохирсон арга хэмжээг авч явуулахад оршиж байна.

Хөгшрөлтийн (геронтологи), удамшлын (генетик) тухай шинжлэх ухаан ч амжилттай хөгжиж байна. Гэтэл зарим салбарыг дан нэг чиглэлд хамааруулж үл болно. Жишээ нь: хооллох тухай ухаан (диетологи) нь урьдчилан сэргийлэх, эмчлэх, хөгшрөлтөөс хамгаалах ач холбогдолтой юм.

Асар удахгүй онго, хөгжим, бүр үнэрээр эмчлэх, урьдчилан сэргийлэх сэргээн засах мэргэжил бий болно.

Ийнхүү анагаах ухааны дифференциацийн цөөн тооны томоохон салбарыг дурдахад ийм байна.

Орчин үед өвчтөн өөрт тохиролдсон эмгэгийг чухам хэн оношлосон болохыг мэдэхэд хэцүү болжээ.

Атеросклерозын шинжийг нүдний эмч анхлан оношлож, зүрхний цахилгаан бичлэгийн мэргэжилтэн хэзээ нэгэн цагт болж өнгөрсөн шигдээсийг илрүүлэх нь цөөнгүй байдаг. Өвчний спошийг олон мэргэжлийн эмч нарын хүч гаргаж цуглуулсан мэдээлэл (шинж тэмдэг) дээр тулгуурлан тогтоодог билээ.

Өвчин эмгэгийн шинэ шинэ шинжийг нээн олж байгаа янз бүрийн эмгэгийн шинж адил төстэй, өвчний эхэн үед тодорхой шинж илрэхгүй тул энсийг тогтоох эмчээс өндөр мэдлэг, баялаг туршлагыг шаардах чимхлүүр ажил юм.

Гэвч анагаах ухаан хэт салбарлан бутарч, цуглуулсан баримт мэдээлэлдээ живж байгаа мэт ойлгож болохгүй.

Анагаах ухааны мэргэжлийн дифференциацийн эзлэх хувийн жин, гүйцэтгэх үүрэг, шинжлэх, эмчлэх аргын хувьд адилгүй байдаг.

Шинжлэх ухаан бүр өөрийн биет юмс, арга зүйн нэгдлээр өөрийн шинж чанараа илэрхийлж байдаг. Биет юмс харьцангуй тогтмол бараг өөрчлөгддөггүй элемент бөгөөд тухайн хүний нас, эрхтэн зэрэг нь объект болно. Харин арга зүй нь хувьсагч хүчин зүйл бөгөөд юмыг танин мэдэх, сорчлех, эзэмшихэд шинэ зам нээж байдаг. Тэгэхээр арга зүй нь дифференциацийн гол тулгуур цөм нь болдог.

Цусны талаархи бидний мэдлэгийг авч үзье. Гематологийн шинжлэх ухаан сдоогийн түвшинд серологи, коагулоги, трансфузологи зэрэг олон салбартай болжээ. Бас улаан цогцосын, цагаан цогцосын, цусны удамшлын өвчний мэргэжилтэн гэж ялган үздэг болов. Дээрх жишээ нь паркийн дифференциацийн үр дүнд гарч ирэх ба биет зүйлийг танин мэдэж, цаашдын чиг замыг зааж өгдгийг харуулна.

Орчин үеийн шинжлэх ухаан, техникийн хувьсгалын шинж төлөв нь урьд оноо хэзээ ч байгаагүй хөгжлийн өндөр хурдаар тодорхойлогдоно. Үүнтэй уялдан арга зүйн хувьд ч шинэ шинэ боломжийг нээн өгч байна. Учир иймээс бид өндөр парийн мэргэжлийн дифференциацийн эрчимтэй хөгжлийн үед амьдарч байна.

Археологийн анагаах ухааны баталж тогтоосноор неандертолчуудын дөнгөж 40% нь 14 насыг түүнээс ердөө 5% нь дөч, тавь насладаг байжээ.

Манай зуун эхлэх үес римчүүд дунджаар 22 нас насалж байлаа.

XIX зууны эдийн засгийн хөгжил бүхий орнуудын хүн амын дундаж наслалт 25 байсан бол одоо 70 хүрээд байна. Орчин үеийн хүн дунджаар 150 наслах боломжтой.

Нөгөө талаар сдоогийн анагаах ухааны дээд сургуулийг шинэ төгссөн эмч 40—50 жилийн урьдах нэртэй профессороос илүү тусламжийг өвчтөнд үзүүлэх чадвар бүхий өндөр мэдлэгийг эзэмшиж байна.

Гэхдээ шийдвэрлэх асуудал олон байна. Зэвсэг хурц бол төдий чинээ анхааралтай ажиллах ёстой.

Мэс заслын хутганаас „хурц“ эм олон болжээ. Ийм бэлдмэл олон зуугаар тослогдох бөгөөд болгоомжгүй хэрэглэвэл тус болохгүй хор болох нь бий. „Тус болохгүй бол хор битгий бол“ гэсэн эртний үг одоо ч сургамжтай хэвээрээ байна. Преднизолон

сайн эм. Гэхдээ болгоомжгүй хэрэглэвэл ходоодны шарх үүсгэж болно. Цитостатик бэлдмэлүүдийг хянуур хэрэглэх ёс бий. Ер жирийн витамин ч гаж урвал нөлөө үзүүлнэ. Хөдөлмөрчдийн дотор эмийн гаж нөлөөг сурталчилах, эмч нарын эмийн мэдлэгийг дээшлүүлэх явдал чухлаар шаардагдаж байна. Эмийг хэдэн арваар нь ууж тариа хийлгэж байвал сэтгэл ханадаг, бүр эмч нарт тулган шаарддаг хүний тоо тун олон болжээ.

Элдэв өвчнийг анагаах эдгээх, урьдчилан сэргийлэх гол арга бол амьдрал, хөдөлмөрийн зөв дэг журам гэдгийг ойлгодоггүй хүн байна гэж үү? Эмч бид нар ч олон эм өгөх арга барилд бас дасжээ.

Хүн бүрийн бие махбодын эмийг хүлээн авах чадвар тун ч олон янз. Нэг эмийн тун нэг хүнд үйлчлэхгүй байхад нөгөөд нь хүчтэй үйлчлэх жишээтэй. Ийм болохоор зарим улс орны томоохон эмнэлгүүдэд "эмгэг зүйн эмийн мэргэжилтэн" ажиллуулж байна.

Анагаах ухаан, эрүүлийг хамгаалахын аль аль нь хурдан хөгжиж шинжлэх ухаан техникийн ололт ирмүүн нэвтэрч байна. Шинжлэх ухааныг байгаль ертөнц, амьдрал, нийгмийн хөгжлийн хуулийг нээн судлах-суурь судалгаа, эдгээр хуулийг практикт нэвтрүүлэн хэрэгжүүлэх-хавсралт судалгаа гэж хуваахыг нийтээр хүлээн зөвшөөрсөн билээ.

Манай орны анагаах ухааны эрдэм шинжилгээний байгууллагууд үндсэндээ хавсралт судалгаа явуулж байна.

Суурь судалгаа явуулсан эмч суугаа эрдэмтэн, лабораторид туршлага үйлдэгч болох нь олонтой. Харин эмчлэгч эмч болох нь ховор байдаг. Ийм эрдэмтэд слон эмгэгийн үүсгэгч, өвчтэй ба эрүүл эрхтэний үйл ажиллагааны нууцыг нээсэн билээ. Гэхдээ зөвхөн энэ хүрээнд асуудлыг авч үзэж болохгүй нь ойлгомжтой.

Зүрхний тэжээл дутах өвчин үүсгэхэд хөдөлгөөн хомсдох, сэтгэл түгших, хөдөлмөрийн автоматжуулалт, механикжуулалт гол нөлөөлж байгааг хүлээн зөвшөөрөх ёстой. Харин эдгээрийг ямар нэг туршилтаар баталж бас үгүйсгэж болохгүй. Нэг хэсэг хүмүүсийг удаан хугацаагаар ажиглаж зүрхний өвчний үүсэхэд чухам ямар хүчин зүйл нөлөөлж байгааг тогтоодог бөгөөд тархалтыг судлах гэж нэрлэдэг билээ. Ийнхүү эмгэгийн тэрхалтыг судлах нь суурь судалгаа боловч бас хавсралт судалгааны чанартай юм. Анагаах ухаанд эрэл хайгуул хийхэд ийм судалгааг илүү өргөн ашигламаар байна. Энэ нь шинжлэх ухаан практикийн интеграци болно.

Анагаах ухааны хэдэн арван салбар түүнээс хавьгүй олон мэргэжлийн уялдаа холбоог яаж сайжруулах вэ? гэдэг өнөөгийн чухал асуудал гарч ирж байна.

Дифференциаци интеграци нь хөгжлийн түүхийг харуулах нэг мөн чанартайн дээр бие биенээ харилцан өөрчилж байдаг.

Анатом, физиологи, дотор ба мэс заслын ухаан зэргээс мэргэжлийн дифференциаци үүсч бие даасан шинжлэх ухаан салбарласан бөгөөд цаашид шинэ шинэ дифференциаци явагдах болно.

Клиникийн ба параклиникийн мэргэжлийн хоорондох уялдаа холбоог дээшлүүлэх нь интеграцийн үүсэлтэй юм.

Клиникийн уламжлалт хоёр багана болох, мэс заслын зэрэгцээ гурав дахь багана параклиникийн мэргэжил клиникийн мэргэжлүүдийн ажиллах уялдааг сайжруулан түүнийг баяжуулж бас өөрчилж байна. Мэс засалчид одоо гол асуудлыг онош зүйд тулгуурлан шийддэг болсон нь урьдах түүхээс ялгагдаж байна.

Тэгэхээр клиник-биохимийн пэгдсэн лаборатори, рентген-оношлогооны төв зэргийг зохисон байгуулах нь эдийн засгийн үр дүн-

гээс гадна дээд зэргийн ижил хэмжээний стандарчлалыг явуулах, "үнэнд" аль болох дөхөж очиход ач холбогдолтой юм.

Ондоо нэг жишээ дурдвал сэхээн амьдруулах, гемодиализыг нэгтгэж болно. Интеграци хийж болох ондоо олон салбарыг нэрлэж болно. Ингэхэд үйлчлэх хүрээ зохион байгуулалтын ойр тал, материал-техникийн ерөнхий зүйл, үйл ажиллагааны нэг чигтэйг харгалзвал зохино.

Аливаа нэг эмгэгийн шалтгааныг нээн тогтоох нь онош зүй, эмчилгээ урьдчилан сэргийлэлтэнд шинэ шинэ арга боломжийг буй болгодог байна. Иймэрхүү маягаар хоёр ба хэд хэдэн мэргэжил дундаас бас нэг мэргэжил үүсч интеграци явагдана. Энд эндокринологи ба иммунологийг хамааруулан авч үзэж болно.

Анагаах ухааны хөгжлийн тодорхой шатуудад түүний аль нэг салбар тэргүүлэгч үүргийг гүйцэтгэж байдаг. Түүний хүрээ ажлын түвшин нь анагаах ухааны онолын сэтгэлгээнд интеграцийн үүрэгтэй байдаг. Саяхан эсийн эмгэг судлалын түвшин эмч нарын онолын сэтгэлгээг тодорхойлж байлаа. Өнөөдөр биохими, генетик зонхилсон молекулын ба эсийн биологийн иж бүрэн интеграци эргэлзээгүй тэргүүлэх болгов.

Мэргэжлийн болон эрүүлийг хамгаалахын салбарыг бие даах чадварыг тодорхойлох хэмжүүр байж болох уу? Энэ асуудлыг эрүүлийг хамгаалахын зохион байгуулалтын үүднээс авч үзвэл анагаах ухааны хөгжлийн түвшинд тулгуурлан нэн ялангуяа өндөр нарийн мэргэжилтнийг сургаж бэлтгэхэд нийгмийн ач холбогдолтой юм. Энд онолын болон эрүүлийг хамгаалахын зохион байгуулалт, эдийн засаг бусад хамаарагдах нөхцөлийн хувьд мэргэжлийн цаашдын хөгжлийн төлөвийг бүрдүүлсэн эсэхийг эрүүлийг хамгаалахын зохион байгуулагч нар судлан тогтоох ёстой.

Бидний бодлоор бол бие даахын эхний хэмжүүр нь арга зүй байх болов уу.

Тэрхүү арга зүйг дээд зэргээр эзэмших чадвартай мэргэжилтэн шаардлагатай бөгөөд энэ арга зүйг эмч бүр тэр болгон эзэмшиж сурахад амаргүй байдаг.

Клиникийн ухааныг эзэмшсэн хэнд ч гардан хийх зүйл их тул онолын бэлтгэлийн зэрэгцээ (илүү ч байж болно) олон жилийн турш хуримтлуулсан дадлага туршлага, махруу ажиллагаа чухал болно. Ийм өндөр нарийн мэргэжлийн эмч мэргэжлээ бусад нөхдөөсөө онцгой илүү сайн эзэмшсэн ерөнхий мэдлэгийн хувьд бат суурьтай баялаг туршлагатай байх ёстой.

Нарийн мэргэжлийн арга зүйн чухлыг аппарат төхөөрөмжийн үнэ, түүний ховор нандин гэдгээр үнэлж болохгүй. Эзэмшиж буй аппаратаар эзнийг нь үнэлэх гэдэг утгагүй зүйл юм. Гагцхүү шинжлэх ухааны тухайн түвшинг аль хэр тодорхойлж байгаа үр нөлөөгөөр нь үнэлэх ёстой.

Бие даах чадварыг хоёр дугаар үзүүлэлт нь түүний эзлэх хувийн жин болно. Хэт өндөр дифференциаци явагдахад онолын хувьд сонирхолтой атлаа түүний практик ороож нэн тодорхойгүй бол нэг хэсэгтээ хүлээх шаардлагатай болдог.

Гуравдугаар хэмжүүр нь үйлчлэх хүрээ юм. Нэн ялангуяа анагаах ухаан, эрүүлийг хамгаалахын салбаруудыг хооронд нь холбож ажиллах бүрэн боломжтой байх ёстой.

Дээрх шинж чанарыг хадгалж чадсан, тодорхой арга зүй, түүнийг өргөн хүрээтэй ашиглах боломжтой. ангаах ухааны хэд хэдэн салбарт сонирхогдож байвал түүний эх үүсвэр болох шинжлэх ухааныхаа ашиг сонирхолд таарах таарахгүйгээс шалтгаалахгүйгээр өөрийн чиглэлээр бие даан хөгжиж чадна.

Анагаах ухааны дифференциаци бараг аянцаа явагдсан бол интеграцилал аяндаа явагдахгүй, харин ихээхэн хүч зарцуулах шаардлагатай. Эмнэлгийн олон төрөл мэргэжлийг үр дүнгэй нэгтгэж чадах гол баганыг олох хэрэгтэй байна.

Социалист эрүүлийг хамгаалахын үндсэн зарчим нь урьдчилан сэргийлэх, өвчтөнд байнгын системтэй тусламж үзүүлэх-диспансерчлал юм. Диспансерчлал нь өвчнийг аль болох эрт илрүүлэх (тэгвэл эмчлэхэд хялбар) өвчтөнийг байнга анхааран халамжлах сувилах (хаана ч байсан ялгаагүй) өвчтөнийг хөдөлмөрийн чадвар, тэнхээ тамирыг сэлбэн засч, өвчин дахихаас сэргийлэхэдгээр гурван зорилтыг агуулдаг билээ. Нэн ялангуяа архаг өвчнүүдийн хувьд бүр чухал байна.

Эмчилгээний арга дээр үндэслэн салбарласан олон мэргэжлийн эмч нарын ажлын уялдаа, зохион байгуулалтыг сайжруулан үүргийг нь ухамсардуулж чадвал диспансерчлалыг оод татаж болно.

Анагаах ухааны интеграцилах ганц чиглэлээр бус наад зах нь хоёр чиглэлээр явагдах боломжтой. Нэгдэх чиглэлд үндсэн өвчнөөр мэргэшүүлэх, хүн өвчилж эхлэхээс эхлэн шаардлагатай бол бүхий л амьдралын турш эмчлэх туслах мэргэжлийн тусламжаар нь интеграцилахыг оруулж байна.

Нөгөө нэг чиглэл нь хүүхдийн эмч хүүхдийг эрүүл чийрэг, бүр насанд хүрэх хүртэл нь эрүүл байхыг хариуцаж, мэс засалч амь насанд тулгарсан аюулыг мөсээр зайлуулж, сувиллын эмч хөдөлмөрийн чадварыг сэргээж байна.

Ийм системийн хувьд өвчин эсвэл түүнийг үүсгэх шалтгаанаар мөн эмчилгээний аргыг хослон мэргэжжүүлэх шаардлага гарч байна. Ийнхүү хүүхдийн кардиолог, дотрын кардиолог, кардиолог-мэс засалч, кардиолог-сэхээн амьдруулагч гэсэн мэргэжлийн хослол бий болоод байна.

Дээрх дифференциаци эмнэлгийн тусламжийг холбоо уялдаагүй, тусгаар хэсгүүд болгох ёсгүй бөгөөд өвчтөн (эрүүл хүн ч нэг адил) эмчийн байнгын анхааралд байж тусламж авч байх ёстой. Сүрьеэ, хавдар судлал, мэргэжлийн өвчний диспансеруудыг жишээ татаж болно.

Нөгөө талаар өндөр мэргэжлийн даллага туршлагатай заах арга сайтай багш, эрдэмтдийг ийм интеграцилалыг эзэмшсэн төлөөлөгч гэж хэлж болно.

Мэргэжлийн хувьд зүрхний тэжээл дутах өвчнийг эмчлэж буй дотрын эмч, сэхээн амьдруулагч, кардиолог, мэс засалч, сувиллын эмч бас л интеграцилалд байна.

Сүүлийн жилүүдэд эмнэлгийн томоохон барилга байгууламж баригдаж хүчин чадал нь нэмэгдэн, оношлогоо, эмчилгээний шинэ техник нэвтэрч эмч нар гар гараасаа барилцан ажиллаж байна. Гэвч зөвхөн үүгээр интеграцилалыг хангана гэх үндэсгүй юм.

Хүн амын эрүүл мэндийг байнга сахин хамгаалагч тэдэнд хамгийн ойр дот, урьдчилан сэргийлэх, эмчлэх ажлыг гардан хариуцагч хэсгийн эмч нар (хэсгийн эмнэлгийг) онцгой анхаарч тэнд ажиллаж байгаа эмч нарын мэргэжлийг дээшлүүлэх, эмнэлгүүдийг төвлөрүүлэх, материаллаг баазыг бэхжүүлэх явдал чухал болжээ.

Чухам хэсгийн эмнэлэг олон мэргэжлийн больниц жишээ нь район, аймгийн нэгдсэн эмнэлэг, сум дунд, сумын эмнэлэг интеграцилалын гол багана болох ёстой.

Мэргэжлийн хувьд анагаах ухааны "аав", "ээж" болсон мэс засал, дотрын эмч нарын ажлын уялдааг бүр нягт болгох нь зүйн хэрэг юм. Сүүлийн үед эдгээр зонхилох мэргэжлийн аль нэг аргыг эзэмшигчдийн тоо олширч өргөн хүрээний мэдлэг, туршлагатай дотор, мэс заслын эмч цөөрч байх шиг санагдана. Мэргэжлийн

дээшлүүлэх кардиорлогийн курст суугаад "кардиолог" нефрологийн курст суугаад "нефролог" болчихсон эмч нартай цөөнгүй тааралдах болов. Энэ л эмч нараас өвчтөнийг бие бие рүүгээ түүлх шалтаг их гардаг юм. Ер нь эмч бол эмч байх ёстой. Эхлээд эмчийн зайлшгүй мэдэх, хийх ёстой зүйлийг эзэмшиж, цаашид нарийн мэргэжил олж, улмаар аль нэг өндөр нарийн мэргэжлийг гаргууд эзэмшвэл сайнсан. Дээд сургууль төгсөөд эмчийн ажлын амтыг амсалгүй "нарийн мэргэжлийн" "зөвлөх" болчихсон хүн ч манайд цөөнгүй бий. Хэсгийн эмч өвчтөнг ямар мэргэжлийн эмчид явуулах, ер нь шаардлагатай эсэхийг шийдэх чадвартай байх ёстой. Өвчтөнг юм л бол түүнд үзүүл, тэнд оч гэж биеэсээ холтгож хариуцлагаас зайлсхийдэг явдал газар авч байна. Энэ нь мэдлэг дадлага дутахаас илүү энгийн ёс суртахуун, үүрэг хариуцлагаа боддоггүйгээс болж байна.

Хэсгийн эмнэлгүүд зөвлөх поликлиник, районууд (аймаг, сум дунд)-ын эмнэлгийн мэргэжил ажлын холбоог сайжруулах, диспансерчлалыг чанаржуулах, түүний арга барилыг эмч бүрт эзэмшүүлэх ажил хангалтгүй байна. Энд сургалтын арга барилын дутмаг тал ч нөлөөлж байна. Оюутны дадлагыг поликлиникт маш бага хийлгэдэг. ихэнх цагийг стационарын (онош, эмчилгээ нэгт тодорхой) өвчтөнг үзүүлэх, мэс заслын явцыг харуулж өнгөрөөдгөөс урьдчилан сэргийлэх ажил, өвчнийг амбулаториор оношлож, эмчлэх арга барилаас хөндийрүүлж байна.

Анагаах ухааны интеграцчилалын нэг багана нуруу нь эмч бүр өвчтөний тухай мэдэх ёстой зүйлийг мэдэж байхад оршиж байна. Аль мэргэжлийн ч бай урьд үзсэн эмч нарын тавьсан онош, эмчилгээнд үнэлэлт өгч, өөрийн дүгнэлтийг хийж чаддаг, өвчтөнийг шинжлэх, эмчлэх, тактикийн арга барилыг эзэмшсэн байх нь чухал байна.

Ирээдүйн анагаах ухааны гол чиглэл нь интеграцчилал болно. Одоогийн байдаар эмч нар хоорондоо хэл яриагаа төдийлөн ойлголцож чадахгүй байна.

Мэргэжлийн тоо өсч нарийн мэргэжлийн эмнэлгүүд салааги байдалтай байна. Одоогийн нөхцөлд эмнэлгүүдийг аль болохоор төвлөрүүлэн томсгох байдлаар зохион байгуулж харин ийм эмнэлгийн дотор нарийн мэргэжлийн тасгуудыг нээн ажиллуулах нь илүү ашигтай мэт санагдана.

Интеграцчилал нь зөвхөн анагаах ухаан, эрүүлийг хамгаалахын хүрээнд хийгдэх асуудал бас бишээ. Түүний гадна ч нэг адил хийгдэх шаардлагатай. Энэ нь нарийн багаж төхөөрөмж, холбооны хэрэгсэл, мэдээлэл түүнийг боловсруулан ашиглах, материал хангамжийн төвлөрөлтөнд хамаарагдана.

Ө. ОМБОРГАВАА, Л. РОЛЗОДМАА

Э рүүлийг хамгаалах яам

УЛААНБААТАР ХОТЫН ЗАРИМ ЭМНЭЛЭГТ ҮЗҮҮЛЭХЭЭР ИРЭГЧДИЙН НЭГ ӨДРИЙН СУДАЛГААНЫ ДҮН

Улаанбаатар хотын 9 поликлиникт үзүүлэхээр ирэгчдэд нэг өдрийн судалгаа хийв.

Судалгааг амбулатори-поликлиникийн үзлэгийн цагийг зохицуулан үзлэгийн эмч нарын ажлын цагийн ачааллыг жигдрүүлж,

хөдөлмөрчдийн хүлээгдлийг багасган амбулатори-поликлиникийн ажиллагааг боловсронгуй болгох ажлыг зохион байгуулах үндэслэл гаргах зорилгоор хийлээ.

Судалгааг 1985 оны 3 дугаар сарын 25-нд (үзүүлэгчдийн тоо бусад өдрийнхөөс хамгийн их байдаг, даваа гаригт) үзлэгийн бүтэн өдөр нэгэн зэрэг хийв.

Судалгаанд 3381 хүн хамрагдаж, үзүүлэхээр ирэгчдийг тусгай бэлтгэсэн талонд бүртгэн түүнийг статистик аргаар боловсруулав.

Хүснэгт 1

Эмнэлэгт Үзүүлэхээр ирэгчид (Дүнд харьцуулсан хувь)

Цаг	Насанд хүрэгчдийн эмнэлгийн нэр						Хүүхдийн эмнэлгийн нэр				
	УКТЭ	УБХК ТЭ	НрНэ	ОрНэ	АрНэ	Бүгд	АрХЭ	ОрХЭ	НрХЭ	СрХЭ	Бүгд
8—9	65,2	43,3	27,5	41,8	43,0	48,6	51,1	31,9	36,8	35,5	37,8
10—11	22,2	25,7	27,9	28,1	20,5	24,6	38,3	37,5	23,3	32,8	32,4
12—13	10,5	13,8	16,2	8,0	14,7	12,0	8,5	21,3	29,5	14,4	18,4
14—15	2,1	15,0	19,8	17,8	18,6	12,2	2,1	9,3	10,4	15,1	10,5
16 ба дээш	—	2,2	8,6	4,3	3,0	2,6	—	—	—	2,2	0,9
Дүн	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Тайлбар:

УКТЭ — Улсын клиникийн төв эмнэлэг

УБХКТЭ — Улаанбаатар хотын клиникийн төв эмнэлэг

НрНэ — Найрамдлын районы нэгдсэн эмнэлэг

ОрНэ — Октябрийн районы нэгдсэн эмнэлэг

АрНэ — Ажилчны районы нэгдсэн эмнэлэг

АрХЭ, ОрХЭ, НрХЭ, СрХЭ — Ажилчин, Октябрь, Найрамдал,

Сүхбаатарын районы хүүхдийн эмнэлгүүд.

Хүснэгт 1-ээс үзэхэд судалгаа хийсэн эмнэлгүүдэд өглөөний 8—11 цагийн хооронд нийт үзүүлэгчдийн 60,1—89,4 хувь нь ирж байгаа нь үйлчилгээг хүндрүүлж, үзлэг хийж буй эмч нарын тухайн цагийн ачааллыг ихэсгэж, хөдөлмөрчид цаг хугацаа алдаж байна.

Энэ өдөр Улсын клиникийн төв эмнэлгийн стоматологийн 2 дугаар ээлжийн эмчид үзүүлэхээр ирсэн 70 хүний 58 /82,9 / нь өглөө 7—11 цагт ирж номер авч карт олуулжээ.

Гэтэл 2 дугаар ээлж нь 13 цагаас 20 цаг хүртэл ажиллах ёстой байв. Тэдгээрээс 7 цагт ирсэн 4 хүн тус бүр 6 цаг, 8 цагт ирсэн 16 хүн тус бүр 5-аас дээш цаг, 9 цагт ирсэн 21 хүн 4-өөс дээш цаг тус тус хүлээсэн буюу нийтдээ 41 хүн 188 цаг хүлээснийг эдийн засгийн хувьд авч үзвэл хичнээн их зүйл бүтээх цаг хугацаа алдаж байгаа нь тодорхой юм.

Улсын клиникийн төв эмнэлэгт энэ өглөө үзлэг хийх бүх эмч нар цагт 140 хүн үзэх байв. Гэтэл өглөөний 8 цагт 334 хүн, 9 цагт 212 хүн үзүүлэхээр ирсэн байв.

Энэхүү 7—9 цагт ирсэн 546 хүнээс 266 нь 2—3 цаг хүлээж үзүүлсэн байна.

Улаанбаатар хотын клиникийн төв эмнэлгийн поликлиникт энэ өглөө нийтдээ цагт 103 хүн үзэх ёстой байв.

Гэтэл өглөөний 7,8 цагт 153 хүн, 9 цагт 154 хүн, 10 цагт 104 хүн тус тус үзүүлэхээр иржээ. Тэдгээрээс 100 гаруй хүн 2—3 цаг

хүлээсэн байна. Харин өдрийн 12 цагаас хойш үзүүлэхээр ирэгчдийн тоо эмнэлэг бүрт эрс буурч нийт үзүүлэгчдийн дөнгөж 12,6—36,3 хувийг эзэлсэн байна.

Хүснэгт 2

Ээлжээр ажилладаг мэргэжлийн эмч нарын үзлэгийн цагийн ачаалал

Эмнэлгийн нэр нарийн мэргэжил	Ээлж	Үзлэг хийсэн цаг		Эмчийн тоо	Үзүүлэхээр ирсэн хүний тоо	Үзлэгийн цагийн дундаж ачаалал
		эхэлсэн	дууссан			
1	2	3	4	5	6	7
УКТЭ шүд	I	8	15	5	67	2,4
УБХКТЭ шүд	II	13	20	2	70	6,4
	I	8	15	5	135	4,9
НРНЭ Дотор	II	12	19	1	40	7,3
	I	8	16	3	98	5,0
Шүд	II	12	20	1	3	0,5
	I	8	16	1	26	4,7
Мэс засал	II	12	19	1	13	2,4
	I	8	16	1	29	4,5
ОРНЭ Дотор	II	12	20	1	2	0,3
	I	8	17	7	108	2,4
Шүд	II	12	20	1	30	4,6
	I	8	15	2	57	5,2
АРНЭ Дотор	II	14	21	1	24	4,4
	I	8	16	4	92	3,5
Шүд	II	8	15	2	70	6,4
	I	12	20	1	2	0,3
	II	—	—	—	—	—

Хүснэгт 2-оос үзэхэд шүдний эмчийн ачаалал ихэнх эмнэлгүүдэд харьцангуй өндөр, хоёр дугаар ээлжинд ирж үзүүлэгчдийн тоо их байгаа нь энэ ээлжийг сайн зохион байгуулах шаардлагатайг каруулж байна.

Судалгаанаас үзэхэд эмнэлгүүдэд эмчийн ачаалал жигд биш байна. Насанд хүрэгчдийн эмнэлгүүдэд мэдрэлийн эмчийн ачаалал бараг хэвийн хэмжээнд байхад мэс засал, шүдний эмчийн ачаалал ихэнх эмнэлэгт их байлаа. Харин чих, хамар хоолой нүдний эмчийн ачаалал бага, ялангуяа харшил, хавдар судлал, эмэгтэйчүүд зэрэг нарийн мэргэжлийн эмч нарын үзлэгийн цагийн дундаж ачаалал энэ өдөр 1,2—3,0 байв. Насанд хүрэгчдийн эмнэлэгт дотор, шүдний эмчид хамгийн олон хүн үзүүлэхээр иржээ. Үзүүлэхээр ирсэн хүмүүсийн 37,3—65,6 хувь нь энэ хоёр мэргэжлийн эмчид үзүүлсэн байна.

Хүүхдийн эмнэлгүүдэд дотор, чих хамар хоолой, шүдний эмчид хамгийн олон хүүхэд үзүүлэхээр иржээ. Үүнд бүх үзүүлэгчдийн 60,6—83,9 хувь болж байна.

Эмнэлэгт үзүүлэхээр ирэгчдийн ихэнх хувийг эмэгтэйчүүд, ажилчин, албан хаагчид эзэлж байна.

Насанд хүрэгчдийн 5 поликлиникт үзүүлэхээр ирэгчдийн дотор 1051 ажилчид байсан нь хотын иргэдээс энэ өдөр үзүүлэгчдийн 48,7%-ийг эзэлж байна.

Насанд хүрэгчдийн 5 поликлиникт үзүүлэхээр ирэгчдийн 63,6—71,7 нь эмэгтэйчүүд, хотын иргэдийн 48,7% нь ажилчид байсан нь анхаарал татаж байна.

ДҮГНЭЛТ:

1. Хотын эмнэлгүүдэд үзүүлэхээр ирэгчдийг зохион байгуулж хэсэг, амбулатори, поликлиникийн эмч нарын үзлэгийн цагийн ачааллыг жигдрүүлэх талаар одоогоор тодорхой ажил хийгдээгүй байна. Иймээс өглөөний ээлжинд ажиллаж байгаа эмч нар хэт их ачаалалтай, 2 дугаар ээлжинд буюу 12 цагаас хойш ажиллаж байгаа эмчид бараг үзүүлэх хүнгүй болж байна.

2. Эмнэлэгт үзүүлэхээр өглөө эрт ирдгийн гол шалтгаан нь үзүүлж чадахгүй буцахаас болгоомжилдогтой холбоотой байна.

3. Судалгааны дүнг үндэслэж, хотын эмнэлгүүдэд үзүүлэхээр ирэгчдийг зохион байгуулж, эмнэлгүүдийн үзлэгийн цагийн ачааллыг жигдрүүлэн, эмнэлэгт үйлчлүүлэхээр хүлээж цаг хугацаа алддагийг аль болохоор багасгах арга хэмжээг зохион байгуулах нь чухал байна.

Редакцид ирсэн 1985—06—11.

Д. НАМЖИЛ (Монгол улсын их сургууль)

ЭМНЭЛГИЙН БАЙГУУЛЛАГЫН ОРНЫ АШИГЛАЛТАНД ХИЙСЭН СУДАЛГАА

Үйлдвэрлэлийн бус хүрээний санхүүжилтэнд Эрүүлийг хамгаалах салбар онцгой байр эзэлж нийгэм соёлын арга хэмжээнд зориулсан төсвийн хөрөнгийн 22,0 хувийг ашиглаж байна. Эмнэлгийн байгууллагын ажлын чанарын үзүүлэлтийг дээшлүүлэх, дооод нөөц бололцоог олж илрүүлэх, санхүүгийн нөөцийг үр дүнтэй ашиглахад энэ салбарын зорилт чиглэх ёстой.

Эрүүлийг хамгаалах байгууллагын санхүүгийн үйл ажиллагаанд судалгаа хийх, ажлын үр дүнг тодорхойлоход орны ашиглалтыг судлах нь чухал юм.

Орны ашиглалтанд судалгаа хийхэд юуны өмнө ор хоногийн төлөвлөгөөний биелэлтээс эхлэх шаардлагатай байна.

Хүснэгт 1

Нэгдсэн эмнэлгийн төлөвлөгөөт Үзүүлэлтэнд хийх судалгаа

№		Төлөвлөгөө	гүйцэтгэл	т/г-ийн зөрүү
1.	Нийт санхүүжилт (1000 төг)	5680,0	5910,0	+230,0
2.	Эмнэлгийн дундаж орны тоо	260	286	+26
3.	Нэг оронд ногдох дундаж зардал	21,8	20,6	-1,2
4.	Орны ашиглагдах хугацаа (хоногоор)	330	340,8	+10,8
5.	Орны эргэлтийн тоо		18,9	—
6.	Нэг өвчтөний эзлэх дундаж ор хоног		18,0	—
7.	Ор хоног	86800	99464	+12664

Эмнэлгийн ор хоногийн төлөвлөгөөний биелэлтийг орны эргэлтийн тоо, нэг оронд хэвтэж эмчлүүлэх хугацаа зэрэг үзүүлэлтийг нягт уялдаатай судлана.

Орны эргэлтийн тоог дараах томъёогоор тооцно

$$\mathcal{E} = \frac{T}{K} \quad T - \text{орны ашиглагдах хугацаа (хоногоор)} \\ K - \text{өвчтөний хэвтэж эмчлүүлэх хугацаа /хоногоор} \\ \mathcal{E} - \text{орны эргэлт}$$

Өвчтөний хэвтэж эмчлүүлэх хугацааг гүйцэтгэлээр дараах байдлаар тодорхойлно.

$$K = \frac{O}{\Pi} \quad O - \text{ор хоног /гүйцэтгэлээр/} \\ \Pi - \text{өвчтөний тоо /тайлангаар/}$$

Дээрх томъёоноос орны эргэлтийн тоо нь орны ашиглагдах хугацаатай шууд, хэвтэж эмчлүүлэх хугацаатай урвуу хамааралтай байна. Эмнэлгийн практикт үйлчилгээ, эмчилгээний онцлогоос шалтгаалж зарим тасгуудын орны ашиглалт нормативаас 30—40 хоногоор хэтэрч, орны ачааллыг нэмэгдүүлж байна.

Төлөвлөгөөт хугацаанд орны ашиглалтыг жигд байлгахын тулд тасгуудын хооронд орны хөдөлгөөн хийх замаар зохицуулалт хийж болох юм.

Өвчтөний нэг ор эзлэх хоногийн тоог цөөрүүлэхэд орны ашиглагдах хугацаа тогтмол байгаа нөхцөлд орны эргэлтийн тоо түргэсэх сайн талтай боловч энэ нь тасаг бүрийн онцлог, эмчилгээний үр дүнгээс шууд хамаарч байх ёстой.

Нэгөө талаар хэвтэж эмчлүүлэх хугацааг хэт нэмэгдүүлэх нь орны эргэлтийг багасгаж эмнэлгийн хэмжээгээр хэвтэж эмчлүүлэгчдийн тосг бууруулах хандлагатай байдгийг анхаарах хэрэгтэй.

Эмнэлгийн хэмжээгээр (хүснэгт 1) ор хоногийн төлөвлөгөө-12664 ор хоногоор давж биелсэн байна. Ор хоногийн төлөвлөгөөний биелэлтэнд орны тооны өөрчлөлт, орны ашиглагдах хугацаа нөлөөлсөн байна. Нөлөөлөл тус бүрийг авч үзвэл:

1. Орны тоо өөрчлөгдсөнөөс

$$26(260 - 286) \times 330 = 8580,$$

2. Орны ашиглалтын хугацааны өөрчлөлтөөс

$$10,8(330 - 340,8) \times 286 = 3084 \text{ болно.}$$

Ор хоногийн төлөвлөгөөний биелэлтэнд шинжилгээ хийхэд тасаг бүрийн төлөвлөгөөний биелэлтийг судлан орны эргэлт, хэвтэж эмчлүүлэгчдийн тоог нэмэгдүүлэх боломжийг тодорхойлох шаардлагатай.

Хүснэгт 2-оос үзэхэд II, V тасгуудаас бусад нь ор хоногийн төлөвлөгөөг давуулан биелүүлсэн байна. Энэ нь хоёр тасагт орны ашиглагдах хугацаа төлөвлөгөөт хэмжээнд хүрээгүй байгааг харуулж байна.

Өөрөөр хэлбэл орны ашиглагдах хугацааг нормативт хэмжээнд хүргэхээр орны ачааллыг зохицуулж тасгуудын орыг шилжүүлэн ашиглах боломжтой байна.

Хэрэв II, V тасгуудын орыг төлөвлөгөөт хугацаагаар нь (нормативаар нь) ашигласан бол $1260(42 \times 30)$ $460(46 \times 10)$ нийтдээ 1720 ор хоног нэмж ашиглах боломж байв. Өөрөөр хэлбэл нэг өвчтөн дунджаар 17 ор хоног эзэлсэн гэж үзвэл нэмж 100-аад өвчтөн хэвтүүлэн эмчлэх боломж байжээ.

Эмнэлгийн байгууллагад ор хоногийн төлөвлөгөөг тасаг бүрээр биелүүлэх, түүнд хяналт тавих замаар нэг өвчтөний эзлэх ор хоногийг багасгаж орны эргэлтийг нэмэгдүүлж болох юм.

Нэгдсэн эмнэлгийн тасгуудын ор хоногийн төлөвлөгөөний биелэлтийн судалгаа

Эмнэлгийн тасгууд	Орны тоо	Орны ашиглагдах хугацаа		Ор хоног		хэвтэж эмчлүүлэгчдийн тоо	хэвтэж эмчлүүлсэн хугацаа	орны эргэлт
		төлөв.	гүйц.	төлөв.	гүйц.			
I тасаг	48	330	365	15840	17520	921	19	19
II тасаг	42	330	300	13860	12600	735	17	17
III тасаг	50	330	370	16500	18500	1010	18	20
IV тасаг	52	330	335	17160	17420	1040	16	20
V тасаг	46	330	320	15180	14720	798	18	17
VI тасаг	48	330	348	15840	16704	910	18	18
Тасгуудын дүн	286	330	340,8	94380	97464	5414	18	18

Нэгдсэн эмнэлгийн орны ашиглалтанд хийх судалгаа

№	Үзүүлэлт	гүйцэтгэл	тооцоогоор	зөрүү
1.	Ор хоног	97464	97464	=
2.	Орны ашиглалтын хугацаа	340,8	340,8	=
3.	Нэг оронд хэвтэж эмчлүүлсэн хугацаа (хоногоор)	18	16	-2
4.	Хэвтэж эмчлүүлэгчдийн тоо	5414	6091	+677
5.	Орны эргэлт	18,9	21,3	+2,4

Хэрэв эмнэлгийн хэмжээгээр эмнэлэг үйлчилгээний үр дүнт дээшлүүлэн, нэг оронд хэвтэж эмчлүүлэх хугацааг зөвхөн 2 хоногоор багасгахад орны тоо, ашиглагдах хугацааг нэмэгдүүлэхгүйгээр 677 өвчтөнт хэвтүүлж эмчлэж болох байна. Харин хэвтэж эмчлүүлэх хугацааг багасгахад тасаг бүрийн эмнэлэг үйлчилгээний онцлогийг нарийн харгалзан ялгавартай хандах нь зүйтэй.

Эмнэлгийн байгууллагууд дээр дотоод нөөц бололцоог олж илрүүлэн эмнэлгийн үйлчилгээний үр дүнт дээшлүүлэх, орны эргэлтийг түргэтгэх, эмнэлэгт хэвтэж эмчлүүлэгчдийн тоог нэмэгдүүлэх боломжийг судлаж практикт хэрэгжүүлэх нь эмнэлгийн ажилтан бүрийн эдийн засгийн мэдлэгийг дээшлүүлэхтэй холбоотой.

Эмнэлгийн байгууллагын орны ашиглалтанд нөлөөлсөн хүчин зүйлсийг судалж, дотоод нөөц бололцоог бүрэн дайчлахад эрүүлийг хамгаалах байгууллагын ажилтан бүрийн хүч анхаарлыг төвлөрүүлэх хэрэгтэй байна.

СУДАЛГАА ШИНЖИЛГЭЭ

Г. ЗУУНАЙ, Р. БЯМБА (Төмөр замын эмнэлгийн алба)
(Говь-Алтай аймгийн эрүүлийг хамгаалах газар)

ГОВЬ-АЛТАЙ АЙМГИЙН ХҮН АМЫН ӨСӨЛТИЙН ЗАРИМ АСУУДАЛ

Эрүүлийг хамгаалахын удирдлага төлөвлөлтийг боловсронгуй болгож хүн амд үзүүлэх эмнэлгийн тусламжийн хэтийн төлөвийг тогтооход хүн ам зүйн судалгаа чухал ач холбогдолтой билээ. Ялангуяа тодорхой аймаг хотын хүн амын төрөлт, нас баралт, гэрлэлт зэрэг нөхөн үржилтийн үзэгдэл, түүнд нөлөөлж байгаа бодит хүчин зүйлс, тухайн орчны байгаль газар зүй, орон нутгийн онцлогийг тусгасан судалгааны материал нь эрүүлийг хамгаалахын өмнө тавигдаж байгаа асуудалд зөв шуурхай хариу өгөх, зангилаа гол асуудлыг тодруулахад шийдвэрлэх үүрэгтэй юм.

Иймээс бид Говь-Алтай аймгийн төрөх насны эмэгтэйчүүдийн 9 жилийн материалд (1976—1984 он) статистикийн боловсруулалт хийж хүн амын нөхөн үржилтийн байдалд зарим гүнзгийрүүлсэн судалгаа явуулах зорилт тавьсан юм.

Говь-Алтай бол манай орны баруун хязгаарын говь, хээрийн бүс хосолсон 142,5 мянган хавтгай дөрвөлжин талбай бүхий нутагтай, 48 мянган хүн амтай, мал аж ахуй, газар тариалан зонхилон эрхэлдэг аймаг юм.

Нутаг дэвсгэр нь газар зүйн хэвтээ чиглэлээр говь хангай хосолсон төдийгүй, Хан тайшир, Хар азарга, Аж богд, Бурхан Буудай зэрэг далайн түвшнээс дээш 3000—4000 м өндөрт өргөгдсөн уул нуруудын завсар хөндийгөөр алдарт Шарга, Бигэр, Номин, Алаг нуурын говиуд салаавчлан оршдогоос нэгэн хэсэгхэн газрын хувьд хүртэл байгаль газар зүйн хэд хэдэн бүсийг босоо чиглэлээр (вертикаль) үүсгэдэг өвөрмөц нөхцөлтэй юм.

Аймгийн төв Алтай хот Хэнтайширын нурууны бэлд далайн түвшнээс дээш 2160 м өндөрт оршдоороо тус улсын хамгийн өндөрт байдаг хотын тоснд орно. Алтай хотод аймгийн хүн амын 21,7% нь оршин суудаг. Тус аймгийн нутагт хүн ам снйрэг суудаг. Тухайлбал нэг хавтгай дөрвөлжин км нутагт 0,41 хүн ногдож байгаа нь улсын дунджаас бараг 3 дахин цөөн байгаа хэрэг. Хүн амын 51,3% нь эмэгтэйчүүд буюу аймгийн нийт хүн амын 24,2% нь төрөх насны (15—49 нас) эмэгтэйчүүд байгаа нь хүн амын нөхөн үржилтэнд шууд нөлөөлөх хүчин зүйл юм.

Говь-Алтай аймгийн 18 суманд эхчүүдийн төрөхийн өмнөх амрах байрыг нэгдсэн зураг төслөөр барьсан нь хөдөөгийн малчин эхчүүдийг тохьтай амарч, амаржих бодит бололцоогоор хангаж байгаа зохистой арга хэмжээ болжээ.

Тус аймагт аймгийн нэгдсэн эмнэлгээс гадна Баян-Уул, Төгрөг, Бигэрийн сум дундын эмнэлэгт эх барих, эмэгтэйчүүдийн их эмч, бусад сум, зарим бригадад их баригч бага эмч ажилладаг.

Ийнхүү Говь-Алтай аймаг газар нутаг, байгаль цаг уурын нөхцөл, эх барих эмэгтэйчүүдийн тусламжийн зохион байгуулалт, хангамж, хүрэлцээний хувьд бусад аймаг орон нутгийг төлөөлүүлж болох нийтлэг нэлээд шинж чанартай юм.

Бид аймгийн хүн амын зүйн сүүлийн 10 жилийн (1975—1984 он) материалд судалгаа хийж үзэхэд аймгийн хүн ам сүүлийн 10 жилд 17,5% өсч 16 хүртэлх настай хүүхэд хүн амын бараг 50%-ийг эзлэх болжээ. 1984 оны байдлаар тус аймгийн 1000 хүн амд жилдээ 37,4 төрөлт ногдож 27,6 промиллийн цэвэр өсөлттэй байгаа нь улсын дунджаас дээгүүр байгаа үзүүлэлт юм. Аймгийн нийт жирэмсэн эхчүүдийн 30,5%, үүнээс анхны төрөлтийн 24% нь Алтай хотод торж байна. Энэ нь ч зүйн хэрэг. 1981 онд тус аймагт төрсөн нийт эхчүүдийн 19,9% нь анхны төрөлт, 15,7% нь 2 дахь төрөлт, 12,5% нь 3 дахь, 10,8% нь 4 дэх төрөлт болж төрөлтийн дугаар ихсэхийн хэрээр төрөлтийн хувийн жин багассан байна.

Хүснэгт 1

Аймгийн төв ба сумдад төрсөн эхчүүдийн төрөлтийн дугаарын нийт төрөлтөнд эзлэх хувийн жин (1981 он)

	Төрөлтийн дугаар																Бүгд
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII	XIV	XV	XVI	
Аймгийн төвд	24,0	17,6	13,1	12,0	7,5	7,3	4,9	4,7	2,9	2,0	1,8	1,2	0,8	0,2	0,2		100,0
Сумдад	17,6	14,8	12,3	10,2	9,3	8,1	7,0	7,1	4,3	3,0	2,8	2,1	0,7	0,3	0,1	0,1	100,0
Бүгд	19,9	15,7	12,5	10,8	8,7	7,8	6,4	6,6	3,9	2,7	2,5	1,8	0,7	0,2	0,1	0,05	100,0

Харин 5-аас хойших төрөлтийн хувийн жин сумдад харьцангуй их байна.

Хүн амын нөхөн үржилтэнд төрөх насны эмэгтэйчүүдийн насны бүлэг чухал ач холбогдолтой байдаг (3).

Хүснэгт 2

Говь-Алтай аймгийн төрөх насны эмэгтэйчүүдийн төрөх чадварын хөдлөл зүй (1000 эмэгтэйд)
(1976—1984 он)

Он	Төрөх насны эмэгтэйчүүдийн насны бүлэг							Бүгд
	15—19	20—24	25—29	30—34	35—39	40—41	45—49	
1976	45,7	247,3	379,5	330,0	325,2	175,8	61,6	223,6
1977	46,7	242,5	399,8	337,4	317,9	176,8	52,9	224,86
1978	29,9	238,7	384,9	319,6	271,2	179,5	41,2	209,3
1979	37,3	236,3	380,9	273,8	258,3	140,7	52,9	197,17
1980	37,9	242,7	384,2	280,4	265,7	143,2	52,4	200,9
1981	39,7	254,1	401,6	292,4	277,0	149,7	55,0	209,9
1982	41,3	280,4	317,5	163,6	104,3	73,5	16,5	142,4
1983	34,6	301,9	332,5	152,3	99,0	65,2	13,3	142,7
1984	30,7	297,1	324,4	145,9	99,0	64,2	16,9	139,7
Дүн	38,2	260,1	367,2	255,0	224,1	129,8	40,3	187,8

Хүснэгт 2-оос үзэхэд эмэгтэйчүүдийн төрөх чадвар 15—19 насанд хамгийн бага (38,2) промилл, 25—29 насанд хамгийн их (367,2) промилл байгаад цаашдаа аажим буурч, 45—49 насанд эрс буурч 40,3 промилл болж байна.

Дэд эрдэмтэн Р. Гүрийн судалгаагаар Говь-Алтай аймагт эмэгтэйчүүдийн төрөх чадвар 1955—1956 онд 23,8 промилл, 1962—63 онд 41 промилл байсан боловч бидний судалгаагаар 1976—1980 оны хооронд 223,6—139,7 промилл болтол өссөн байна. Энэ нь 1970-аад оны үед эмэгтэйчүүдийн төрөх чадвар маш өндөр болоод цаашдаа аажим буурч тогтвортой байдалд орж байнгийн гэрч юм. Харин эмэгтэйчүүдийн төрөх чадвар нь 20—24 насанд нэмэгдэж байгааг хүснэгтээс ажиглаж болно.

Хүн амын нөхөх үржилтийн чадварт эмэгтэйчүүдийн төрөх чадварын нийлбэр үзүүлэлт (суммарный показатель плодовитости) онцгой ач холбогдолтой. Эмэгтэйчүүдийн төрөх чадварын нийлбэр үзүүлэлт бол нэг эмэгтэй амьдралынхаа туршид хэдэн хүүхэд төрүүлж байгааг 1000 эмэгтэйд гаргасан дундаж үзүүлэлт юм.

Хүснэгт 3

Эмэгтэйчүүдийн төрөх чадварын нийлбэр үзүүлэлт (1976—1984 он)

Насны бүлэг	1000 эмэгтэйн төрөх чадвар	
	жилийн үзүүлэлт	нийлбэр үзүүлэлт
15—19	38,2	191,0
20—24	260,1	1300,5
25—29	367,2	1836,0
30—34	255,0	1275,0
35—39	224,1	1120,5
40—44	129,8	649,0
45—49	40,3	201,5
Дундаж үзүүлэлт	187,8	6573,5

Хүснэгт 3-аас үзэхэд Говь-Алтай аймагт амьдарч байгаа 1000 эмэгтэй амьдралынхаа туршид 6573 хүүхэд төрүүлэх буюу нэг эх дунджаар 6—7 хүүхэд төрүүлж байгаа нь тодорхой байна. Өөрөөр хэлбэл бидний судалгаагаар эмэгтэйчүүдийн төрөх чадварын нийлбэр үзүүлэлт 6,6 байгаа нь харьцангуй өндөр үзүүлэлт юм.

Р. Гүрийн судалгаагаар (1967) тус улсын эмэгтэйчүүдийн төрөх чадварын нийлбэр үзүүлэлт 1955—1956 оны үед 4,6 промилл байснаа 1962—1963 онд 7,0 промилл болж өссөн байна.

Хүн амын нөхөн үржилтийн чухал үзүүлэлтүүд болох нийт төрөлтөнд эмэгтэй хүүхдийн эзлэх хувийн жин (брутто коэффициент) буюу бохир итгэлцүүр, цэвэр итгэлцүүр буюу эмэгтэй хүүхдүүдийн амьдрах магадлалыг тооцож гаргасан үзүүлэлтүүд (нетто коэффициент) чухал ач холбогдолтой юм (4).

Бид эдгээр үзүүлэлтийг тус аймагт 1976—1984 онд төрсөн, нас барсан хүүхдийн тоо болон эмэгтэй хүн амын материалд үндэслэж аймгийн хүн амын наслалтын хүснэгтийг зохих журмаар гаргав.

Говь-Алтай аймагт сүүлийн таван жилийн (1980—1984) дунджаар нийт төрсөн хүүхдэд охидын эзлэх хувийн жин 48,8% байна. Аймгийн эмэгтэй хүн амын наслалтын хүснэгтийн материалд үн-

дэслэж ердийн аргаар дээрх үзүүлэлтүүдийг бодоход Говь-Алтай аймагт брутто үзүүлэлт 3,1, нетто үзүүлэлт 2,4 байгаа нь Р. Гүрийн 1962—1963 оны материалаар тогтоосон үзүүлэлтээс (3,4 ба 2,9) аль аль нь бага байна.

ДҮГНЭЛТ: 1. Говь-Алтай аймгийн хүн амын 51,3% нь эмэгтэйчүүд байгаагийн дотор 15—49 насны эмэгтэйчүүд 24,2%-ийг эзэлж, жилдээ 1000 хүн амд ногдох төрөлт 37,4, хүн амын жилийн цэвэр өсөлт 27,6 промилл байгаагийн үрээр аймгийн хүн ам сүүлийн 10 жилд 17,5% өссөн байна.

2. Гус аймагт төрж байгаа эхчүүдийн 30,5% нь аймгийн төвд 69,5% нь сумдад төрж байгаа нь сум, сум дундын эмнэлэгт ажиллаж байгаа эмч нарт эх барих, эмэгтэйчүүдийн мэдлэг дадлага олгох, тэдний мэргэжлийг дээшлүүлж давтан сургах, нэгдлүүдэд ажиллаж байгаа төрөхийн өмнөх амрах байрны ашиглалт, зохион байгуулалтыг цаашид улам боловсронгуй болгохын чухлыг харуулж байна.

3. Бидний судалгаагаар төрөлтийн дугаар ихсэхийн хэрээр тухайн насны бүлэгт төрөх хувийн жин багасч байгаа бөгөөд эмэгтэйчүүдийн төрөх чадвар 15—19 насандаа хамгийн бага (38,2 промилл), 25—29 насандаа их (367,2 промилл) болж хойших насанд аажим буурч байна. Харин 20—24 насандаа төрөх чадвар өсч байна.

4. Говь-Алтай аймаг 1976—1984 оны хооронд эмэгтэйчүүдийн төрөх чадвар 223,6—139,7 промиллийн хооронд хэлбэлзэж ерөнхийдөө буурах хандлагатай байна.

5. Эмэгтэйчүүдийн төрөх чадварын нийлбэр үзүүлэлт 6,6, брутто үзүүлэлт 3,1, нетто үзүүлэлт 2,4 байгаа нь 1960-аад оны үзүүлэлтээс буурч байгааг харуулж байна. Энэ нь хүн ам соёлжиж сурч боловсрох, хотжих үзэгдлийг дагаж эмэгтэйчүүдийн цөөн хүүхэдтэй байх сонирхол ихэсч байгаатай холбоотой байж болох юм.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. Р. Гүр — Хүн амын эрүүл мэндийн байдалд хийсэн статистик судалгаа. УБ, 1967, 213.
2. Ж. Дугаржав — Пособие к практическим занятиям по санитарной статистике. 1973. 127.
3. И. С. Гусева — Демографическая статистика. 1977. 83.
4. А. М. Мерков, Л. Е. Поляков — Санитарная статистика. 1974. 383
5. Под. ред. И. В. Ильина — Организация родовспоможения и гинекологической помощи в СССР. 1980. 239.

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ВОСПРОИЗВОДСТВА НАСЕЛЕНИЯ ГОБИ-АЛТАЙСКОГО АЙМАКА

Г. Зунай, Р. Бямба

На анализе данных за последние 10 лет, авторами рассчитаны показатели рождаемости, смертности и прирост аймачного населения имеется тенденция снижения динамики плодовитости женщины детородного возраста в аймаке. Население в Гоби-Алтайском аймаке за последние 10 лет увеличилось на 17,5%.

Редакцид ирсэн 1985. 11. 19

Ц. ХАЙДАВ, (Ардын эмнэлгийн хүрээлэн)

Ч. ДОЛГОР, Б. ХҮРЭЛЧУЛУУН (Арьс өнгөний эмгэг судлалын нэгдсэн төв)

АРЬСНЫ ЗАРИМ ӨВЧНИЙ ҮЕД ДОГОРЫН НИЙЛБЭР БОДИСТОЙ НОХОЙН ХОШУУНЫ ТОСЫГ ХЭРЭГЛЭСЭН ДҮН

Манай оронд сүүлийн жилүүдэд эмийн ургамлын хими-фармакологийн судалгаа нэлээд хийгдэх боллоо. Мөн ардын эмнэлэгт өргөн хэрэглэж байсан эмийн ургамлуудаас судлан, анагаах ухаанд янз бүрийн өвчнийг эмчлэхэд хэрэглэсэн нь үр дүнгээ өгч байна. ЗХУ, БНБАУ, БНАГУ-д гоо сайхан болон арьсны өвчинд эмийн ургамлуудыг хэрэглэх судалгааны ажил хийгдэж практикт нэвтэрч байна (8).

Манай оронд сүүлийн жилүүдэд янз бүрийн гарал, шалтгаантай арьсны өвчнүүд багагүй тохиолдох боллоо. Иймээс бид ургамлын гаралтай түүхий эдээр эм бэлдмэл хийж ашиглах зорилгоор догорын нийлбэр бодистой нохойн хошууны тостой бэлдмэл хийж клиникт туршив.

Нийлбэр бодистой тосны найрлага (100 гр-д)

1. Догорын газрын дээд хэсгээс ялгасан флаваноидын төрлийн бодис 5%

2. Өндөр зоосон цэцгийн үндэснээс ялгасан (усан хандаар) хуурай бодис 5%

3. Нохойн хошууны үрийн цэвэр тос 40%

4. Ланолин (суурь) 50% болно.

Энэ тосыг фармакопейн зааврын дагуу (7) бэлтгэв. Уг тосонд орсон түүхий эд, бодисуудыг авч үзвэл:

1. *Caryo pteris mongolica*-монгол догор

Монгол догор нь манай орны эндемик ургамал бөгөөд овгийн догорын төрөлд хамаардаг сөөглөг ургамал юм (2). Химийн талаар нарийн судалгаа хийгээгүй. Харин гликозидын төрлийн „гинолатин 7“ бодисыг ялган авсан болно (3). Фармакологийн судалгаагаар олон талын үйлчилгээтэй болох нь тогтоогдсон (4).

Бид догорын хандны, арьсны хялгасан судасны үрэвслийг намдаах үйлчилгээтэй (4) байдлыг сонирхон физиологийн идэвхт зарим бодисын судалгааг арга зүйн дагуу (1) хийв. Үүнд: флаваноид, сапонин, гликозидын төрлийн бодисууд чанарын урвалжаар илэрсэн. Флаваноидын төрлийн бодис нийлбэрээр 1,7—2% байгаа нь тооны тодорхойлолтоор илэрхийлэгдэв.

Уг нийлбэр бодисыг цэвэршүүлсэн байдлаар ялган авч цаасан хроматографийн аргаар судалгааг хийхэд флаваноидын төрлийн 3 бодис илэрсэн нь гэрчлэгч бодис болон тархалтын коэффициентын байдлаас үзэхэд рутин, кверцетинтэй төстэй байв.

Ер нь флаваноидын төрлийн бодисууд судасны ханыг биежүүлэх, үрэвслийг намдаах үйлчилгээтэй байдаг. Иймд уг нийлбэр бодисыг тосны оронд сонгон авлаа.

2. Нохойн хошуу *Rosa acicularis*

Нохойн хошуу нь сарнайн төрөлд хамаардаг. Манай оронд 9 зүйл нохойн хошуу (*R. acicularis*, *R. Beggerlona*, *R. albertii*, *R. oshucantha*, *R. davurica*, *R. Laxa*, *R. pimpinellifolia*, *R. platyacantha*, *R. kokanica*) ургадаг (2).

Эдгээрийн алийг нь ч эмнэлгийн практикт хэрэглэж болно.

Бид сүүлийн үед нохойн хошууны жимсийг витамин дутагдахад өргөн хэрэглэж байгаатай холбогдуулан үрийн хаягдлыг ашиглах зорилгоор хамгийн элбэг ургадаг өргөст нохойн хошуу (*Rosa acicularis*) -ны дан үрийн тосны физик химийн шинж чанарыг судлав. Үрийн тосыг петролейны эфирээр ялган шинж чанарын тодорхойлолтыг хийв.

хүснэгт I

Өргөст нохойн хошууны дан үрийн тосны физик химийн шинж

Физик химийн шинж чанар	Үзүүлэлт
Өнгө байдал амт	Улаан шаргал өнгөтэй шингэн, амтгүй
Гарц	7—9%
Гэрлийн хугарал 20 нд	1,46
Хэт ислийн тоо	0,11—0,12
Хүчлийн тоо	3,6—4,2
Саванжилтын тоо	188,4—189,6
Эфирийн тоо	184,8—185,0
Исдын тоо	60—65

Хүснэгт I-ээс харахад өргөст нохойн хошууны дан үрийн тос нь 7—9% гарцтай улаан шаргал өнгөтэй шингэн тос бөгөөд тосны ханаагүй хүчлээр баялаг, удаан хадгалах боломжтой сайн чанарын тос болох нь илэрч байна.

ШУА-ийн химийн хүрээлэнгийн судалгаагаар уг тосонд тосны ханаагүй хүчил 60% үүнээс линолин, линолын хүчлүүд 40% эзлэж байгаа нь тодорхойлогдов. Эдгээр шинж чанар нь нийлбэр тосонд хэрэглэхэд чухал нөлөөтэй байлаа.

3. Өндөр зоосон цэцэг — *inula helenium*

Энэ нь нийлмэл цэцэгтний овгийн олон наст овсодог ургамал бөгөөд практикт өргөн хэрэглэж байгаа физиологийн идэвхт олон төрлийн бодисыг агуулсан байдаг.

Уг ургамлын үндсийг ардын эмчлэлт өргөн хэрэглэж байснаас гадна шинжлэх ухааны үндэслэлтэйгээр нэлээд судалжээ (6).

Сүүлийн үеийн судалгаанаас өндөр зоосон цэцгийн үндэс микроб эсэргүүцэх, халдваргүйжүүлэх үйлчилгээтэй болох нь тогтоогдов (8). Иймд бид энэ талын үйлчилгээг харгалзан нийлбэр тосонд усан хандыг хуурайшуулах замаар гарган авсан бодисыг хэрэглэв. (Хэвлэлийн мэдээгээр голдуу усан хандаар хэрэглэдэг).

Дээрх найрлага бүхий тосон бэлдмэлийг арьсны овчнийг анагаахад хэрэглэв.

Нийлбэр тосыг арьсны өвчтэй 32 өвчтөнд өдөрт 1—2 удаа түрхэж хэрэглэв. Үр дүн сайтай үед тосыг 10—12 хоног түрхэв. Харшлын чанарын арьсны үрэвсэлтэй өвчтөнд үр дүн сайн байгаа нь ажиглагдав. Арьс нь их загатнадаг улаан хавтгай үлдийн үед загатнаа намдаах үйлчилгээтэй байв.

Энэ тос загатнаа дарах үйлчилгээтэйгээс гадна арьсыг зөөлрүүлэх давхар үйлчилгээтэй байв. Харин нейродермитын үед төдий л сайн үр дүн өгсөнгүй.

Судалгаанаас үзэхэд арьсны өвчтэй 32 өвчтөний 22-д нь загатнах зовиур багасах буюу дарагдаж, 4 өвчтөнд ямар нэг сайжрал өгөөгүй, 6 өвчтөнд муу нөлөө үзүүлэв. Нийлбэр тосыг хэрэглэсэн 32 өвчтөнд цусны ерөнхий шинжилгээг эмчилгээний өмнө, хойно нь хийв. Үүнд ямар нэгэн өөрчлөлт гарсангүй.

Нийлбэр тосыг зарим арьсны өвчинд хэрэглэсэн үзүүлэлт

Өвчний нэр	хүний тоо	Загатнах нь үгүй болж эдгэрсэн	загатнах шинж хэвээр байгаа	үр дүн өгөөгүй	өвчин ихэссэн
Харшлын чанартай арьсны цочмог үрэвсэл	6	5	—	1	—
Нейродермит	хязгаарлагдмал	4	—	2	1
	түгээмэл	7	2	3	—
Маажуур (почесуха)	2	2	—	—	—
Улаан хавтгай үлд	5	3	2	—	—
Нянгийн гаралтай экзем	5	—	—	2	3
Мөөгөн хэлбэрт микоз	3	—	3	—	—
Бүгд	32	12	10	4	6

ДҮГНЭЛГ 1. Нийлбэр тос нь арьсны өвчинд чухал нөлөө бүхий тосны ханаагүй хүчлээр баялаг, картононд болон флаванойдын төрлийн физиологийн идэвхт бодисууд агуулсан болох нь судалгаагаар тодорхойлогдов.

2. Энэ тос клиникийн судалгаагаар загатнах зовиур ихтэй, архаг явцтай, арьсны өвчтөнд үр дүнтэй байна. (харшлын чанартай арьсны үрэвсэл, улаан хавтгай үлд)

3. Нийлбэр тосыг манай нөхцөлд арьсны зарим өвчний эмчилгээнд хэрэглэх боломжтой гэж үзэж байна.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. Н. И. Гринкевич, Л. И. Сафронич — Химический анализ лекарственных растений. М., 1983
2. В. И. Грубов — Определитель сосудистых растений Монголии. Л., 1982
3. Г. Г. Запесочная, Т. Т. Пончарова — Гиполаетин 7 гликозид карнопт-риса. 1973.
4. И. В. Николаевич, Ц. Хайдав Влияние карнопт-риса монгольского на реактивность капляры кожи и воспалительному агенту. Шинжлэх ухааны академийн анагаах ухааны эрдэм шинжилгээний бичиг. 1965. 9.
5. А. И. Сало — Зеленые друзья человека. Л., 1975.
6. А. Д. Турова — Лекарственные растения СССР и их применение. М., 1974
7. Фармакопей — ГОС Х. Москва., 1968
8. П. Чурбшнов — Фитотерапия в дерматологии и косметике. София., 1979.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ МАЗИ, СОСТОЯЩЕЙ ИЗ СУММЫ ВЕЩЕСТВ КАРИОПТЕРИСА, ПРИ НЕКОТОРЫХ КОЖНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Ц. Хайдав, Ч. Долгор, Б. Хүрэлчулун

Авторами применено мазь, состоящей из суммы веществ кариптериса на масле шиповника, для лечения некоторых кожных заболеваний.

Фитохимическими исследованиями установлено, что изучаемая мазь богата физиологически активными веществами типа каротиноидов и флавоноидов, насыщенными жирными кислотами, обладающими положительными и влияниями на ряд кожные заболевания.

Клиническими испытаниями выявлены нейбольшую эффективность применения данной мази при таких кожных заболеваниях, имеющих длительное хроническое течение с выраженными явлениями зуда, как аллергический дерматит, красный плоский лишай, а при некоторых зудящих дерматозах типа нейродермита не получены лечебного эффекта.

Редакцид ирсэн 1985—10—30

Б. ШИЖИРБААТАР (Анагаах ухааны дээд сургууль)
Г. ПҮРЭВ СҮРЭН (Эх нялхсыг хамгаалах эрдэм шинжилгээний хүрээлэн)

ЗҮРХНИЙ ГАЖИГТАЙ ЭМЭГТЭЙЧҮҮДИЙН УРГИЙН БАЙДЛЫГ ХЭТ АВИАГААР СУДАЛСАН ДҮН

Сүүлийн үед эх барих эмэгтэйчүүдийн практикт хэт авианы оношлогооны аргыг хэрэглэх болсноор ургийн байдлыг үнэн зөв оношилж түүний өсөлт, эхсийн эмгэг, ураг хавийн усны байдлыг ажиглах боломжтой боллоо. Хэт авианы оношлогооны арга нь шинжилгээнд тусгайлан бэлтгэх шаардлагагүй, бие махбодод хорт нөлөөгүй, техникийн хялбар ажиллагаатайгаараа бусад оношлогооны аргаас давуутай юм.

Судалгааны материал, арга

Цусны эргэлтийн алдагдал бүхий зүрхний гажигтай эхээс төрсөн нярайн 29,2% нь хүчилтөрөгчийн архаг дутмагшлын нөлөөнөөс өсөлт нь удааширч тураалтай төрдөг болохыг зөвлөлтийн судлаачид тогтоожээ (3).

Иймд бид зүрхний гажигтай жирэмсэн эмэгтэйчүүдийн ургийн байдлыг судлах зорилгоор зүрхний олдмол ба төрөлхийн гажигтай 50, эрүүл 30 бүгд 80 эмэгтэйн ургийн байдлыг хэт авиагаар оношлов. Эмэгтэй тус бүрд жирэмсний 28, 30, 36, 38 долоо хоногтой хугацаанд хэмжиж динамик ажиглалт хийсэн бөгөөд ургийн зулайн ясны төвгөрүүдийн хоорондох хэмжээ (БПХ), цээжний дундаж хэмжээ (Г), хэвлийн дундаж хэмжээг (А) дээр дурдсан хугацаанд хэмжиж тэдгээрийн 7 хоногийн өсөлтийн байдлыг гаргаж үзлээ.

Зулай ясны төвгөрүүдийн хоорондох хэмжээг тархины авианы дундаж бүтцээс (М-эхо) зулай ясны хоёр төвгөр ижил зайд байхаар тохируулан, дээд төвгөрийн гадна доод төвгөрийн дотор захаар хэмжив. Ургийн цээжний хэмжээг зүрхний хавхлагуудын төвшинд, хэвлийн хэмжээг хүйний венийн эсвэл ургийн хоёр бөөрний төвшинд хэмжив. Судалгааг Япон улсын „Алоке“ фирмийн „Эхокамера ссд 202“ аппаратаар хийв.

Судалгааны дүн. Зүрхний гажигтай ба эрүүл жирэмсэн эмэгтэйчүүдийн ургийн хэмжээнүүдийг харьцуулан үзэхэд эрүүл эмэгтэйн ургийн хэмжээнүүд зүрхний гажигтай эмэгтэйчүүдийн ургийнхаас даруй 0,51—3,63 мм-ээр их байна.

Зүрхний гажигтай ба эрүүл жирэмсэн эмэгтэйчүүдийн ургийн хэмжээнүүдийн харьцаа

Зүрхний гажигтай эмэгтэйчүүдийн ургийн хэмжээнүүд

Жирэмсний хугацаа (долоо хоногтоор)	БПХ (мм) $M \pm m$	Цээжний дундаж хэмжээ (Т) мм $M \pm m$	Хэвлийн дундаж хэмжээ (А) мм $M \pm m$
28	68,5±0,20	69,0±0,24	71,4±0,18
30	72,7±0,22	75,9±0,16	79,5±0,17
36	85,2±0,16	89,6±0,23	92,2±0,25
38	87,8±0,32	93,4±0,21	98,4±0,17

Бидний судалгаагаар тогтоогдсон эрүүл жирэмсэн эмэгтэйчүүдийн ургийн хэмжээнүүд (б), Зөвлөлтийн эрдэмтэн Л. С. Персианинов В. Н. Демидов нарын судалгаагаар тогтоогдсон хэмжээтэй (а) үндсэндээ тохирч байв.

Эрүүл жирэмсэн эмэгтэйчүүдийн ургийн хэмжээнүүд

Жирэмсний хугацаа (7 хоногтоор)	БПХ (мм) $M \pm m$		Т (мм) $M \pm m$		А (мм) $M \pm m$	
	а	б	а	б	а	б
28	70,5	69,3±0,27	71,9	70,5±0,26	73,5	72,1±0,39
30	75,4	74,7±0,18	77,4	76,5±0,24	79,3	80,2±0,22
36	87,7	86,7±0,17	91,8	90,3±0,26	94,8	93,5±0,21
38	91,0	91,4±0,20	95,3	94,3±0,23	99,3	98,4±0,17

Эрүүл жирэмсэн эмэгтэйчүүдийн ургийн БПХ жирэмсний 28—30 долоо хоногтой хугацаанд 7 хоногт $2,68 \pm 0,04$ мм өсөж байхад зүрхний гажигтай эмэгтэйчүүдийн урагт $2,36 \pm 0,06$ мм, ургийн цээжний дундаж хэмжээ энэ хугацаанд эрүүл хүмүүст $3,53 \pm 0,01$ мм нэмэгдэж байхад зүрхний гажигтай эмэгтэйд $1,87 \pm 0,04$ мм, ургийн хэвлийн дундаж хэмжээ эрүүл хүмүүст $4,12 \pm 0,02$ мм, өвчтэй хүмүүст $4,09 \pm 0,08$ мм нэмэгдэж байлаа. Харин жирэмсний 36—38 долоо хоногтойд ургийн хэмжээнүүдийн есолт илт удааширч байгаа нь ажиглагдав.

Үүнд: Ургийн БПХ эрүүл жирэмсэн эхчүүдэд 7 хоногт $2,36 \pm 0,01$ мм, зүрхний гажигтай хүмүүст $1,31 \pm 0,08$ мм, цээжний дундаж хэмжээ $1,87 \pm 0,01$ мм, хэвлийн хэмжээ эрүүл хүмүүст $2,45 \pm 0,02$ мм, өвчтэй хүмүүст $2,39 \pm 0,02$ мм тус тус өсөж байсан болно.

БПХ-ний өсөлт жирэмсний хугацаатай шууд хамааралтай байдаг бөгөөд энэ хамаарал нь: $V = -0,0521 \cdot W^2 + 5,49 \cdot W - 42,4$ (3) гэсэн томъёогоор илэрхийлэгдэнэ.

Үүнд: V —БПХ, W — жирэмсний хугацаа (7 хоногоор). Энэ томъёогоор бодоход жирэмсний тодорхой хугацаанд тохирох БПХ гарна. Гэтэл жирэмсний тухайн хугацаанд тохирох БПХ хэвийн үеийнхээс 2—2,5 долоо хоногоор бага байхаар гарвал ураг хөнгөн хэлбэрийн тураалтай 3—4 долоо хоногоор бага байвал ургийн өсөлт ихээхэн удаашралтай байгаат үзүүлнэ (2,3).

Бидний судалгаанд хамрагдсан 28 долоо хоногийн жирэмсний хугацаатай зүрхний гажигтай эмэгтэйчүүдийн 4(8%)-ийн БПХ нь 62—65 мм, 30 долоо хоногтой үед 3(6%)-ийн БПХ нь 68—70 мм, 36 долоо хоногтой үед 8(16%)-ийн БПХ нь 82—84 мм, 38 долоо хоногтойд 8(16%)-ийн БПХ нь 85—87,5 мм байсан учир ургийг хөнгөн хэлбэрийн тураалтай гэж оношлов. Эдгээр эмэгтэйчүүд нь цусны эргэлтийн алдагдлын 116 зэрэгтэй хүнд хэлбэрийн зүрхний гажигтай хүмүүс байв. БПХ-ний өсөлт зогсох нь ураг өсөлтгүй болсныг гэрчилнэ.

БПХ-г цээж ба хэвлийн дундаж хэмжээнд харьцуулсан харьцаа нь ямагт 1-ээс бага байх ба энэ нь байх ёстой хэмжээнээс 5%-иас илүүгээр ихэссэн байвал ургийн тураал гэж оношлож болох юм.

Энэ харьцаа нь дараах томъёогоор илэрхийлэгдэнэ.

$$V/T = 1,068 - 0,00315 \cdot W$$

$$V/A = 1,0745 - 0,00415 \cdot W \quad (2) \quad \text{Үүнд: } V = \text{БПХ}$$

T — цээжний дундаж хэмжээ.

A — Хэвлийн дундаж хэмжээ

W — Жирэмсний хугацаа (7 хоногоор)

Бидний судалгаагаар 36—38 долоо хоногтой жирэмсний хугацаанд илэрсэн тураалтай 8 ургийн V/T харьцаа 1,05—1,07 байсан нь ураг хөнгөн хэлбэрийн тураалтай байгааг давхар нотолж байлаа.

ДҮГНЭЛТ: 1. Цусны эргэлтийн алдагдал бүхий зүрхний хүнд хэлбэрийн гажигтай жирэмсэн эмэгтэйчүүдийн ургийн өсөлт удаашралтай явагддагаас тэдгээрийн 16% нь хөнгөн хэлбэрийн тураалтай байдаг байна.

2. Жирэмсний хугацаа ахих тутам ургийн өсөлтийн хурдац удааширч байна.

3. Ургийн өсөлтийн удаашралт ба тураалыг БПХ, толгой-цээж (V/T), толгой-хэвлийн (V/A) харьцааг ашиглан оношлох бүрэн боломжтой.

4. Хэт азианы шинжилгээний аргыг цаашид клиникийн болон судалгаа шинжилгээний ажилд өргөнөөр ашиглах шаардлагатай байна.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. А. Н. Валентинова—Риск беременности родов и состояние новорожденных у женщин с пороками сердца. Дис. на соиск. уч. степени канд. мед. наук. М. 1974.
2. В. Н. Демидов—Клиническое значение ультразвукового определения биоприетального размера головки плода. Акуш. и гин. 1979, 8, 50—52
3. Л. С. Персианинов, В. Н. Демидов—Ультразвуковая диагностика в акушерстве. М, Медицина, 1982. 8.95—120

РЕЗУЛЬТАТЫ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ
СОСТОЯНИЯ ПЛОДА У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН С ПОРОКАМИ
СЕРДЦА

Б. Шижир-батор, Г. Пурэвсүрэн

С целью установления внутриутробного состояния плода, авторами подвергнуты к ультразвуковому исследованию 50 беременных с пороками сердца. Исследованием установлено, что по мере прогрессирования беременности постепенно снижается скорости роста размеров плода. В третьем триместре беременности у 16% беременных с пороками сердца наблюдалась легкая степень внутриутробной гипотрофии плода.

Редакцид ирсэн 1985.04.05

Ш. ЧАДРААБАЛ Д. ЭРЖЕН (Анагаах ухааны хүрээлэн)

ХОДООДНЫ АРХАГ ҮРЭВСЛИЙН ҮЕД ХЭРЭГЛЭХ
ЭМЧИЛГЭЭНИЙ ХООЛНЫ АСУУДАЛД

Ходоодны архаг үрэвсэл нь хоол боловсруулах эрхтний овчний дотор хамгийн элбэг тохиолддог. Энэ овчний үед ходоодны салст бүрхэвчид дистрофи-атрофийн шижтэй өөрчлөлт гарахын зэрэгцээ ходоодны шүүсний хэмжээ, найрлагад чанарын өөрчлөлт гардаг.

Ходоодны архаг үрэвсэл нь олон янзын шалтгаанаар үүсэж болох бөгөөд хамгийн гол нь хооллох дэглэмийг зөв баримтлаагүйгээс үүсдэг.

Ходоодны архаг үрэвслийг эмчлэхэд овчний үе шатыг харгалзан хоолыг тодорхой дэглэмтэйгээр зөв тохируулах нь чухал ач холбогдолтой болохыг эрдэмтэд судлан тогтоожээ (1—3).

Судалгааны материал, арга Бид „Оргил“ „Жанчивлин“ рашаан сувилал, хоолоор сувилах төв сувиллын эмчилгээний бодит хоолыг лабораторийн болон тооцооны аргаар тодорхойлж, мөн ходоодны архаг үрэвсэлтэй 134 хүнд хоолны эмчилгээний судалгаа хийв.

Хоолны найрлагыг тооцоолохдоо үндсэн шимт бодисын хэмжээ, харьцаа, хоногийн хоолны илчлэгийг тодорхойлов.

Судалгааны үр дүн.

Судалгаанаас үзэхэд ходоодны архаг үрэвсэлтэй хүмүүсийн хэрэглэж байгаа хоолны илчлэг нь хангалттай байгаа боловч хоногийн хоолны найрлагын тохироо, хооллох дэглэм нь тухайн овчний онцлогт тохироогүй байгаа нь ажиглагдаж байна.

Хүснэгт 1-ээс үзэхэд ходоодны үрэвсэл 30—49 насанд хамгийн олон тохиолдож байгаа бөгөөд нийт тохиолдлын 60,4 хувийг эзэлж байна.

Удаан хугацаагаар хоол идэхгүй байх, хурц хоол идэх, хэтэрхий халуун хоол унд хэрэглэх, цаг баримжаагүй хооллох, архи, тамхийг хэтрүүлэн хэрэглэх нь ходоодны архаг үрэвсэл үүсэхэд нөлөөлдөг болох нь нэгэнт тогтоогдсон бөгөөд бидний судалгаагаар, судалгаанд хамрагдсан нийт хүмүүсийн 68,7 хувь хооллох дэглэмийг нарийн баримталдаггүй хүмүүс байлаа.

Судалгаанд хамрагдсан хүмүүсийн
нас, хүйс

Хүйс	Насны бүлэглэл				
	20—29	30—39	40—49	50—59	60-аас дээш
Эрэгтэй	4	17	18	13	12
Эмэгтэй	10	30	35	14	3
ДҮН	14	47	53	27	15

Хүснэгт 2

Ходоодны архаг Үрэвсэл Үүсэхэд нөлөөлөх
зарим хүчин зүйлийн эзлэх хувийн жин (хувиар)

Үрэвсэл үүсэхэд нөлөөлөх хүчин зүйл	Эзлэх хувийн жин
Хооллох дэглэм баримтлаагүй	68,7
Архи уудаг	8,9
Тамхи татдаг	25,2
Унтахын өмнө хоол иддэг	25,2

Ходоодны архаг үрэвсэл нь удаан хугацаанд үргэлжилдэг архаг өвчин учир ходоодны салст бүрхэвчинд гарах өөрчлөлт нь хэдэн жилийн дараа илэрч болно.

Хүснэгт 3

Ходоодны архаг өвчтэй хүмүүсийн
өвчлөлийн хугацаа

Өвчилсөн хугацаа	Насны ангилал				
	20—29	30—39	40—49	50—59	60-аас дээш
3 жил хүртэл	8	3	9	3	2
4—6 жил	6	19	16	5	2
7—9 жил	—	15	15	8	3
10-аас дээш жил	—	10	13	11	8
БҮГД	14	47	53	27	15

Ходоодны салст бүрхэвчинд органик өөрчлөлт гарахаас өмнө янз бүрийн шинж тэмдэг илрэх үед нь тодорхой эмчилгээ хийлгэх, хооллох дэглэмийг нарийн баримтлахгүй бол удаан хугацаагаар үргэлжлэн даамжирдаг онцлогтой.

Хүснэгт 4-өөс үзэхэд ходоодны архаг үрэвслийн гол шинж нь хоолонд дургүй болох, хоолны шингэц муудах, цээж хорсох, өрцөн дээр өвдөх зэргээр илэрдэг ба бие сулрах, түргэн ядрах шинж тэмдэг нь хоолны шингэн муудаж бодисын солилцооны ерөнхий хямрал үүссэнтэй холбоотой юм.

Ходоодны архаг үрэвслийг цаг тухайд нь эмчилж цаашид даамжрахаас урьдчилан сэргийлэх гол арга нь хоолны найрлагын

Ходоодны архаг үрэвслийн клиникийн зарим шинж тэмдгийн илрэл (хувиар)

Гол шинж тэмдэг	Илэрсэн хувь
Аль нэг төрлийн хоолонд дургүй бодох (хооллох сонирхол хямрах)	100,0
Хэхрүүлэх	67,2
Цээж хэрсох	69,0
Бөөлжис цуггах, хааяа бөөлжих	28,4
Өрцөн дээр өвдөх	70,0
Өтгөн хатах	34,0
Суулгах	22,4
Өтгөн хатах, суулгах ээлжлэх	44,0
Гэдэс дүүрэх	77,6
Цанхайх	28,0
Бие сулрах, түргэн ядрах	77,6

тохироо, хооллох дэглэмийг өвчний үе шалтай уялдуулан зөв тохируулах явдал байдаг.

Бид ходоодны архаг үрэвсэлтэй хүмүүст өгч байгаа хоолны найрлага, илчлэгийг МҮЭ-ийн Төв Зөвлөлийн харьяа хоолны төв сувилал, „Оргил“, „Жанчивлин“ сувиллуудад судлан үзэхэд хоногийн хоолны илчлэг нь шаардлага хангаж ($2641 \pm 163,9 = 3577,2 \pm 150,6$ ккал) байгаа боловч кальци, фосфор зэрэг зарим эрдсийн бодис С витаминь хэмжээ шаардлагаас нэлээд доогуур байлаа.

Ходоодны архаг үрэвсэлтэй хүмүүсийн хэрэглэсэн бодит хоолны найрлага, илчлэг (M+m)

Сувиллын нэр	Уураг (г)	Өөх тос (г)	Нүүрс ус (г)	Илчлэг (ккал)
Хоолны төв сувилал	$106,8 \pm 12,4$	$109,7 \pm 13,1$	$288,6 \pm 17,9$	$2641 \pm 163,9$
„Оргил“ сувилал	$134,5 \pm 10,5$	$95,3 \pm 12,3$	$506,2 \pm 20,5$	$3577,2 \pm 150,6$

Дээрх хоёр сувилалд ходоодны архаг үрэвсэлтэй хүмүүст өгч байгаа хоолны найрлаганд байгаа үндсэн шимт бодис болох уураг, өөх тос, нүүрс усны хэмжээний харьцаа 1:1:2,7—1:07:3,7 байгаа нь түргэн хугацаанд боловсорч шингэдэг онцлогтой нүүрс усны хэмжээ харьцангуй бага байгааг харуулж байна. Мөн „Жанчивлин“ сувилалд ходоодны архаг үрэвсэлтэй хүмүүст өгч байгаа хоолны найрлаганд байгаа өөх тосны хэмжээ харьцангуй их байлаа. ДҮГНЭЛГ. 1. Ходоодны архаг үрэвсэл нь 30—49 насны хүмүүст зонхилон тохиолдож байна.

2. Ходоодны архаг үрэвсэлтэй хүмүүсийн сувиллын нөхцөлд хэрэглэж байгаа хоолны найрлагыг уг өвчний үе шатыг харгалзан нарийвчлан тогтоох шаардлагатай байна.

3. Ходоодны архаг үрэвслийн үед хэрэглэх эмчилгээний үр нөлөөг дээшлүүлэхийн тулд хялбархан боловсрон шингэдэг хүнсний бүтээгдэхүүнээр сувиллын газруудыг хангах, витамин ихтэй хоол өгөх зэрэг зохион байгуулалтын арга хэмжээ авах нь чухал байна.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. В. Х. Василенко, А. Л. Гребенев—Болезни желудка и 12-перстной кишки. М., Медицина, 1981, 48—49.

2. А. А. Покровский, И. С. Савощенко, М. А. Самсонов, М. С. Маршак, М. И. Черников, А. М. Ногаллер—Лечебное питание. М., Медицина 1971, 124—129.

3. М. А. Самсонов—К оценке эффективности диетической терапии. Тезисы докладов II Всесоюзной конференции. М., 1976, 239—240.

4. Справочник по диетологии. Под редакцией А. А. Покровского, М. А. Самсонова. М., Медицина, 1981, 212—216.

К ВОПРОСУ ДИЕТОТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ

Ш. Чадрабал Д. Эржен

Авторами исследовано фактическое состояние лечебного питания больных хроническим гастритом в Центральной диетической столовой, санаториях „Оргил“ и „Жанчивлин“.

Отмечено, что оно в отношении калорийности, хотя и удовлетворяет физиологическим нормам, но не сбалансирован по химическому составу, содержит низкое содержание некоторых витаминов и минеральных веществ.

Среди причин, способствующих возникновению хронического гастрита наибольший удельный вес (68,7%), по материалам авторов, принадлежит несоблюдению больными соответствующего режима питания.

Редакцид ирсэн 1985—06—11.

М. АЛТАНХҮҮ, П. НЯМДАВАА, Г. ХОНЬЧИН, А. Г. АНДЖАПАРИДЗЕ,
Т. Е. ВОРОЖБИЕВА, Ё. БАТБОЛД, Ж. ОЮУНБИЛЭГ, Т. ГОМБОСҮРЭН

ВИРУС СУДЛАЛЫН АРГААР ЯЛГАН ОНОШИЛСОН ЦОЧМОГ ГЕПАТИТЫН ҮНДСЭН ХЭЛБЭРҮҮДИЙН КЛИНИК-БИОХИМИЙН ТӨРХ

Анагаах ухааны хүрээлэн

Эрүүл ахуй, халдвар, нян судлалын улсын институт

Халдварт өвчнийг анагаах клиникийн эмнэлэг

ЗХУ-ын Анагаах ухааны академийн полиомиелит ба вируст энцефалитын эрдэм шинжилгээний хүрээлэн

ЗХУ-ын Анагаах ухааны академийн Д. И. Ивановскийн нэрэмжит вирус судлалын хүрээлэн

Анхдагч цочмог гепатит үүсгэх чадвартай вирусийн тоо нэмэгдэж (1,5, 9—14), тэдгээрийн хавсарсан хэлбэр олширч байгаа (7) нь вируст гепатит (ВГ)-уудыг эмнэлзүйн шинж, биохимийн үзүүлэлт, халдвар судлалын асуумжаар ялган оношлохыг хүндрүүлж, үүсгэгчийнх нь өвөрмөц маркеруудыг (эсрэг төрөгч ба эсрэг биеийг) ялгах оношид ашиглахыг шаардаж байна. Гэвч вирус судлалын лабораторийн шинжилгээг эмнэлгийн бүх нэгж салбарт нэвтрүүлэх техник бололцоо бүрдээгүй байгаа одоо үед ВГ-гийн янз бүрийн хэлбэрийн үе дэх клиник-биохимийн онцлогийг вирус судлалын шинжилгээгээр онош батлагдсан тохиолдолд судалж тогтоох нь онол, практикийн ихээхэн ач холбогдолтой юм (2, 3, 6, 8).

Тиймээс бид энэ судалгаагаар клиник-эпидемиологийн дүгнэлтэд үндэслэн оношилсон ВГ-ийн тохиолдлуудыг вирус судлалын аргаар шинжлэн оношийн тохиролцоог судлах, манай орны нөхцөлд ВГ-гийн үндсэн хэлбэрүүдийн клиник-биохимийн онцлогийг илрүүлэн гаргах оролдлого хийх зорилт тавив.

Судалгааны материал, арга

Улаанбаатар хотын халдварт өвчнийг анагаах клиникийн эмнэлэгт 1983, 1984 оны 9—11 дүгээр сард ВГ оноштой хэвтсэн 136 өвчтөний өвчний түүх, тэднээс авсан цусны ийлдсийг судалгааны үндсэн материал болгов.

Цусны ийлдсэнд биохимийн шинжилгээнүүдийг нийтээр баримталж буй аргаар, үүнд: билирубиныг Ендрашикийн аргаар, аспарат аминотрансфераз (АСТ), аланин-аминотрансфераз (АЛТ)-ын идэвхийг френкель-Райтманы аргаар, тимолын сорилыг Маклаганы аргаар тус тус хийв.

А гепатитын вирусийн эсрэг М иммуноглобулин (АГВ эсрэг Иг-М)-ыг ЗХУ-ын Анагаах ухааны академийн Полиомиелит ба вируст энцефалитын хүрээлэнд боловсруулсан тест-системийг хэрэглэн ферменттэй холбоотой эсрэг биеийн урвал (ФХЭБУ)-аар, В гепатитын вирусийн гадаргуугийн эсрэгтөрөгч (НВ_s А_g)-ийг цус шууд бус наалдуулах урвал (ЦШБНУ)-аар тус тус тодорхойлов.

Үр дүн, шүүмж

Судалгаанд хамрагдэгсэдын 85 (62,5%) нь 19 хүртэлх насны, 51 (37,5%) нь 20 болон түүнээс дээш насны хүмүүс байсан бөгөөд шинжилсэн бүх өвчтөний 44 (32,4%)-д нь А гепатитын өвөрмөц маркер АГВ-эсрэг ИгМ, 58 (42,6%)-д нь В гепатитын өвөрмөц маркер НВ_s А_g илэрч, 34 (25%)-д нь дээрх хоёр маркерын аль

аль нь илэрсэнгүй (хүснэгт 1). Вирус судлалын шинжилгээний дүн эмнэлзүйн оноштой 47%—48%-д тохирч байгаа нь манайд ашиглаж буй клиник-эпидемиологийн ялгах оношийн хэмжүүр учир дутагдалтай байгааг харуулж байна.

Хүснэгт 1

Эмнэлзүйн болон вирус судлалын оношийн тохиролцоо

Эмнэл зүйн онош	Өвчтөний тоо	Үүнээс					
		АГВ-эсрэг ИгМ (+)		HB _s Ag (+)		АГВ-эсрэг ИгМ (-) HB _s Ag (-)	
		тоо	хувь	тоо	хувь	тоо	хувь
Г.А	66	31	47%	24	36,4%	11	16,7%
Г.В	70	13	18,6%	34	48,6%	23	32,9%
БҮГД	136	44	32,4%	58	42,6%	34	25%

Г. А-гепатит А, Г. В-гепатит В

АГВ-эсрэг ИгМ илэрсэн буюу цочмог А гепатитаар өвчилсөн хүмүүсийн 20 (45,5%)-д нь HB_s Ag давхар илрэв. Харин А гепатиттай өвчтөн болон А гепатитаар өвчилсөн HB_s Ag агуулагчдын

Хүснэгт 2

А гепатиттай өвчтөн болон А гепатитаар өвчилсөн HB_s Ag агуулагчдын клиник биохимийн зарим шинжилгээнүүдийн харьцуулсан үзүүлэлт

Шинжилгээ		АГВ-эсрэг ИгМ (+)	АГВ-эсрэг ИгМ (+) HB _s Ag (+)	T	P
Тимолын сорцл		11,3±0,5	9,47±0,64	2,29	<0,05
АСАТ		2,05±0,14	1,89±0,21	0,64	>0,05
АЛАТ		3,50±0,19	3,39±0,09	0,55	>0,05
Дундаж ор хоног		22,9±0,8	23,1±0,26	0,25	>0,05
Хордлогын шинж тэмдэг Үргэлжлэх хугацаа		7,64±0,7	8,6±1,46	0,6	>0,05
Шарлалтын үеийн үргэлжлэх хугацаа		10,6±1,0	9,35±1,5	0,65	>0,05
Билрубин	нийт	46,6±4,3	45,27±7,4	0,15	>0,05
	шууд	31,5±3,1	31,7±5,6	0,003	>0,05
	шууд бус	18,7±1,6	16,33±2,23	0,87	≥0,05

эмнэлзүй-биохимийн шинжилгээнд магадтай зөрөө илэрсэнгүй. (хүснэгт 2). Зөвлөлтийн судлаачдын ажиглалттай (7) манай судалгааны дүн зөрж байгааг зөвлөлтийн судлаачид насанд хүрсэн өвчтөнд судалгаа хийсэн бол манай судалгааны 75% нь 5 хүртэлх насны хүүхэд байснаар тайлбарлаж болох юм.

АГВ-ийн эсрэг ИгМ илрээгүй тохиолдолд HB_sAg бүхий өвчтөнийг бид цочмог В гепатитаар өвчлөгсөд гэж үзэв. В гепатитаар өвчилсөн зарим тохиолдолд HB_sA_2 илрэхгүй байж болох бөгөөд HB_sAg агуулагчид А ч бус В ч бус гепатитаар мөн өвчилж болох учир В гепатитаар шинээр өвчилсөн гэдгийг HB_sAg -ны эсрэг ИгМ байгаагаар батлах ёстой (14, 15, 16) гэж судлаачид үзэхэд хүрч байгаа боловч HB_sAg -ны эсрэг ИгМ илрүүлэх тест-систем бидэнд байхгүй учир HB_sAg -ийг В гепатитын өвөрмөц маркер болгож авахаас өөр арга байсангүй. Тэгээд ч бидний лабораторийн шинжилгээгээр А болон В гепатит гэж үзсэн тохиолдлын насны бүлэг дэх тархалт (хүснэгт 2) нь сүүлийн жилүүдэд манайд бүртгэгдэж буй ВГ-ын халдвар судлалын ерөнхий төрхтэй (4) дүйж байна.

Хүснэгт 3

Гепатитын вирусийн өвөрмөц маркерын илрэлтийг насны байдлаар авч үзвэл

Насны бүлэг	Өвчтөний тоо	Үүнээс							
		АГВ-ийн эсрэг ИгМ (+)		HB_sAg (+)		АГВ-ийн эсрэг ИгМ(-) HB_sAg (-)		Бүгд	
		тоо	хувь	тоо	хувь	тоо	хувь	тоо	хувь
1—4	58	33	75%	18	31%	7	20,6%	58	42,7%
5—9	9	5	11,4%	2	3,5%	2	5,9%	9	6,6%
10—19	18	5	11,4%	12	20,7%	1	2,9%	18	13,2%
20—29	37	1	2,3%	22	38%	14	41,1%	37	27,2%
30—39	10	—	—	3	5,2%	7	20,5%	10	7,4%
40 ба түүнээс дээш	4	—	—	1	1,7%	3	8,8%	4	2,9%
Бүгд	136	44	100%	58	100%	34	100%	136	100%

АГВ-ийн эсрэг ИгМ, болон HB_sAg илрээгүй цочмог гепатиттай өвчтөнүүдийг бид А ч бус В ч бус гепатитаар өвчлөгсөд гэж үзсэн бөгөөд ийм хэлбэрийн гепатитаар өвчлөгсөдийн дийлэнх (41,1%) нь 20—29 насанд бүртгэгдсэн нь ходоод гэдэсний замаар дамжин халдварладаг А ч бус В ч бус гепатитын тархалтын тухай гадаадын судлаачдын бичсэнтэй (12, 13) тохирч байна.

Вирус судлалын лабораторийн шинжилгээгээр А ч бус В ч бус гепатит онош тавьсан тохиолдлын 70,6% нь эмэгтэйчүүд байгаа нь мөн сонирхолтой юм.

Эмнэлзүйн илрэлийн хувьд судалгаанд хамрагдсан бүх тохиолдлын 62% нь хүндэвтэр хэлбэр байсан бөгөөд А гепатитын үед хөнгөн хэлбэр (33,3%), В гепатитын үед хүнд хэлбэр (61,1%) харьцангуй илүү тохиолджээ.

Хүснэгт 4

ВГ-ын үндсэн хэлбэрүүдийн эмнэлзүйн илрэл

Эмнэлзүйн явц	HB _s Ад (+)		АГВ-эсрэг ИгМ (+)		HB _s Аg (-) АГВ-эсрэг ИГМ (-)		Бүгд	
	оо	хувь	тоо	хувь	тоо	хувь	тоо	хувь
Хөнгөн	2	5,7%	12	33,3%	3	10,7%	17	17%
Хүндэвтэр	22	61,1%	21	58,3%	19	67,9%	62	62%
Бүгд	36	100%	36	100%	28	100%	100	100%

Вирус судлалын шинжилгээгээр онош нь батлагдсан ВГ-ын үндсэн хэлбэрүүдийн эмнэлзүйн зарим шинж, биохимийн шинжилгээний үзүүлэлтийг харьцуулан үзвэл (хүснэгт 5) шарлалт ба хордлогын шинж тэмдэг үргэлжлэх хугацаа, тимолын сорил, билирубины хэмжээ, түүний фракцуудын харьцаа нь ялгах оношийн ач холбогдолтой болох нь харагдаж байна.

ДҮГНЭЛТ: 1. Манай улсад тохиолдож буй ВГ-ын нэлээд хувийг А ч бус В ч бус гепатит (25% орчим), ба А, В гепатитын хавсарсан хэлбэр (14,7%) эзэлж байгаа нь ялгах оношийг ихээхэн бархшээлтэй болгож байна.

2. Хэдийгээр ВГ-уудыг халдвар судлал, эмнэлзүй-биохимийн шинжилгээний үзүүлэлтүүдийг үндэслэн ялган оношлож болох боловч магадтай онцлохын тулд гепатитын вируссуудын өвөрмөц маркеруудыг илрүүлэх шинжилгээ хийх зайлшгүй шаардлагатай юм.

3. А, В, ВГ -уудыг ялган оношлоход биохимийн шинжилгээнүүдээс тимолын сорил, билирубины фракц, ГПТ-ын идэвхийг үзүүлэлтийн ялгаа ихээхэн ач холбогдолтой байна.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. М. С. Балаян и др—Вирусный гепатит, сходный по клинике и эпидемиологии с гепатитом А, но отличающийся от него этиологически. ЖМЭИ., 1982, 3, 79—84

2. Ё. Батболд, М. Алтанхүү и др—К вопросу специфической дифференциальной диагностики острых вирусных гепатитов. В кн.: Тезисы докладов четвертой научно-практической конференций „Актуальные вопросы вирусологии“ УБ., 1984. 12—14.

3. Ю. И. Девайте и др—Дифференциальная диагностика вирусных гепатитов А и В. В кн.: „Вирусные гепатиты“ под ред. Е. С. Кетиладзе. М. 1978. 85—88.

4. Г. Жамба и др—Эпидемиологическая характеристика вирусных гепатитов в МНР. ЖМЭИ. 1983, № 1, 86—89.

5. М. И. Михайлов и др—Вирусный гепатит ни А ни В-проблемы изучения. Вопр. вирусол. 1984, 29, 389—399.

6. Э. М. Осна и др—Клинико-лабораторные различия желтушных форм инфекционного и сывороточного гепатитов. В кн.: „Вирусные гепатиты“ под Е. С. Кетиладзе, М., 1978 88—92.

ВГ-ын Үндсэн хэлбэрүүдийн клиник-биохимийн зарим Үзүүлэлтүүдийг харьцуулбал

Өвчтөний бүлэг	НВ _s Ag (+)			АГВ-ийн эсрэг ИгМ (+)			АГВ-ийн эсрэг ИгМ (-), НВ _s Ag (-)		
	НВ _s Ag (+)			НВ _s Ag (+) бүлэгтэй харьцуулахад			НВ _s Ag (+) бүлэгтэй харьцуулахад		
	M±m	t	P	M±m	t	P	M±m	t	P
Тимолын сорил	6,9±0,8	11,3±0,5	<0,01	3,7	6,06±0,71	>0,05	0,8	6,02	<0,001
АСАТ (ГОТ)	2,52±0,15	2,05±0,14	<0,05	2,3	1,84±0,12	<0,001	3,4	1,17	>0,05
АЛАТ (ГПТ)	4,43±0,1	3,50±0,19	<0,01	3,4	3,6±0,23	<0,01	2,76	0,34	>0,05
Шарлалт үргэлжлэх хугацаа	21,5±1,03	10,6±1,0	<0,001	7,5	15,87±1,6	<0,01	2,96	2,92	<0,01
Өнгүрбэн	нийт	79,2±5,8	<0,01	4,53	88,8±8,25	>0,05	0,95	4,54	<0,01
	шууд	54,5±4,3	<0,01	4,34	53,8±6,56	>0,05	1,19	3,09	<0,01
	шууд бус	23,4±1,53	<0,01	2,42	29,4±4,0	>0,05	1,43	2,49	<0,01
Дундаж ор хоног	30,0±1,40	22,9±0,8	<0,01	4,4	22,5±1,99	<0,01	3,23	0,05	<0,05
Хордлогын шинж тэмдэг үргэлжлэх хугацаа	10,4±0,76	7,64±0,7	<0,01	2,7	15,57±2,06	<0,02	2,35	4,04	<0,01

7. Н. А. Фарбер и др.—Смешанная инфекция вирусами гепатитов А и В. Тер. арх, 1984, 2, 77—80.
8. И. В. Шахгильдян и др.—Сравнительная клинико-биохимическая характеристика инфекционного и сывороточного гепатитов у детей, В кн.; „Вирусные гепатиты“ под ред. Е. С. Кетиладзе, М. 1978, 100—107.
9. Blum, H. E., Vyas G. N.—Non—A, non—B hepatitis: a contemporary assessment, *Hematologia*, 1982. 15, 153—173.
10. Bradley D. W.—The aeghts of non—A, non—B viral hepatitis, *J. virol. methods*, 1985. 1. 307—319.
11. Deinhardt, F. Gust, I. D.—Veral hepatitis, *Bull. W. H. O.* 1982. 60. 661—691.
12. Kane, M. A. et. al.—Epidemic non—A, non—B hepatitis in Neal, J. A. M. A, 1984. 252. 3140—3145.
13. Khuroo, M. S.—Study of an epidemic of non—A, non—B hepatitis—Possibility of another human hepatitis virus distinct from post-trans fusion non—A, non—B type, *Am. J. Med.* 1980. 68. 818—824.
14. Kryger, P.—Non—A, non—B hepatitis: Serological, clinical, morphological and prognostic aspects, *Liver*. 1983. 3. 1976—1998.
15. Kryger, P.—Significance of anti—H.B. IgW in the differential diagnosis of viral hepatitis, *J. virol. methods*, 1985. 10. 283—290.
16. Perrillo, R. P.—Perspectitis on viral hepatitis 3, The hepatitis viruses: differential diagnosis, Hepatitis information Center, Abbott Laboratories North Chicago. 1983. p. 16.

**КЛИНИКО-БИОХИМИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОСНОВНЫХ
ФОРМ ОСТРЫХ ВИРУСНЫХ ГЕПАТИТОВ, ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫХ
ПРИ ПОМОЩИ СПЕЦИФИЧЕСКИХ МАРКЕРОВ**

М. Алтанху, П. Нямдава, Г. Хоньчин,
А. Г. Анджапаридзе, Т. Е. Ворожбиёва,
Е. Батболд, Ж. Оюунбилэг, Т. Гомбосурен

У 136 больных вирусным гепатитом, госпитализированных в сентябре-октябре 1983 и 1984 годов в клинической инфекционной больнице города Улан-Батора были определены ИгМ-анти ВГА по ELISA, HBsAg по РПГА и сделан сравнительный анализ клинико биохимических показателей. У 44 (32,4%) больных был выявлен ИгМ-анти ВГА, у 58 (42,6%) больных только HBsAg и у 34 (25%) больных не выявлены маркеры вирусов гепатита А и В. Для дифференциальной диагностики различных форм вирусных гепатитов самыми информативными показателями оказались тимоловая проба, общее количество билирубина их фракции.

Редакцид ирсэн 1985. 05.29

К. АНАРГУЛ (Нийгмийг аюулаас хамгаалах яамны төв эмнэлэг)

**МУХАР ОЛГОЙН ХУРЦ ҮРЭВСЭЛТ ӨВЧНИЙ
ОНОШИЙН АЛДААНЫ ЗАРИМ АСУУДАЛ**

Хэвлийн хөндийн мэс заслын өвчний дотор олон тохиолддог мухар олгойн хурц үрэвсэлт өвчний оношийн алдааг судалсан зөвлөлтийн эрдэмтдийн материалд эмч нарын гаргасан оношийн алдаа 39,4%, түүний дотор мэс заслын эмч нарых 7,8%(1,7) жижүүрийн мэс заслын эмч нарых 29,6%(2) байгаа нь оношийн алдаа 27,0—40,9% хүртэл осөх хандлагатайг (3) харуулж байна.

Мухар олгойн хурц үрэвсэлт өвчний оношийн алдаа манайд ч мэдэгдэхүйц байна. Бидний судалсан мухар олгойн хурц үрэвсэлтэй 1112 өвчтөний 287(25,8%)-д эмнэлэгт хэвтэхээс өмнө оношийн алдаа тохиолджээ.

Мухар олгойн хурц үрэвслийн оношийн алдаа

№	Хэвтүүлж эмчлүүлэхээр явуулсан онош	бодит тоо	Өвчт өний насны ялгаа				
			хувь	18—29	30—44	45—55	55-аас дээш
1	Мухар олгойн хурц үрэвсэл	144	50,1	49	34	47	14
2	Хэвлийн хурц үрэвсэл	63	21,9	20	18	25	—
3	Цэсний хүүдийн хурц үрэвсэл	30	10,4	10	2	15	3
4	Нойр булчирхайн хурц үрэвсэл	15	5,2	1	4	6	4
5	Ходоодны цоорсон шархлаа	9	3,1	4	1	3	1
6	Гэдэсний түгжрэл	20	6,9	5	10	2	3
7	Мухар олгойн архаг үрэвсэл	6	2,4	2	2	1	1
	БҮГД	287	100,0	91	71	99	26

Өвчтөн эмнэлэгт хэвтэхээс өмнөх үеийн түргэн тусламж, амбулатор болон бусад тасгийн эмч нар мухар олгойн хурц үрэвсэлт өвчнийг оношлосон оношийн алдааг хүснэгт 2-т харуулав.

Хүснэгт 2

Эмнэлэгт хэвтэхээс өмнөх үеийн оношийн алдаа (хувиар)

Мэс заслын тасагт эмчлүүлэхээр явуулсан эмнэлгийн байгууллага	Алдааны хувь
Түргэн тусламж	47,9
Амбулатор	26,7
Бусад тасаг	25,4
БҮГД	100,0

Хүснэгт 2-оос үзэхэд өвчтөн хэвтэж эмчлүүлэхээс өмнөх оношийн алдааны ихэнхийг түргэн тусламжийн эмч нар гаргажээ.

Оношийн алдааны ихэнх нь мухар олгойн хурц үрэвслийн өвөрмөц явцтай ч холбоотой байдаг байна (4,5).

Клиникийн шинж тэмдэг нь тодорхойгүй, мухар олгойн үрэвсэлт өвчний сэжиг бүхий 57 (54,8%) өвчтөнд жижүүрийн мэс засалч „мухар олгойн хурц үрэвсэл“ онош тавьж, мэс заслын тасагт онош тодруулахаар хэвтүүлсэн 27 өвчтөнд мухар олгойн хурц үрэвсэл гэдгийг батлан хагалгаа хийж, 30 өвчтөний оношийг тодруулж зохих тасагт шилжүүлэн эмчилсэн болно. Хагалгаа хийж авсан 27 мухар олгойн 16 нь улайж үрэвссэн, 8 нь идээлж үрэвсэн, 3 нь үрэвсээгүй байлаа.

Мухар олгойн хурц үрэвслийн эхний үе шатанд мухар олгойн эмгэг морфолог өөрчлөлтөөс хамаарахгүйгээр, клиник шинж тэмдэг тодорхой байдаг нь үрэвслийн процесс зөвхөн мухар олгойд байгаагаар тайлбарлагдана. Өвчний хожуу үе шатанд үрэвслийн процесс мухар олгойгоор зогсохгүй ойр орчмын эрхтэнд нөлөөлж, улмаар олгой үрэвсэж цоорсноос хэвлийн гялтангийн

үрэвслийн шинж тэмдэг илэрч мухар олгойн үрэвслийг оношлоход тувьртэй байдгаас оношийн алдаа гарч байна.

Зөвлөлтийн эрдэмтдийн тэмдэглэснээр мэс заслын тасагт хэвтсэний дараах оношийн алдаа 1,4—4,8% байгаа бол бидний судлагаанд хамрагдсан 1112 өвчтөний 42(3,7%)-д оношийн алдаа гарчээ.

Хүснэгт 3

Мэс заслын тасагт хэвтсэний дараах оношийн алдаа

Батлагдсан онош	Өвчтөний тоо	Хүйсний ялгаа	
		эр	эм
Эмэгтэйчүүдийн өвчин	14	—	14
Шээсний замын өвчин	8	6	2
Ходоодны шархлаат өвчин	1	1	—
Цэсний хүүдий, нойр булчирхайн хурц үрэвсэл	7	4	3
Мухар гэдэсний хавдар	2	2	—
Миккеллийн цүлхэн	2	2	—
Кронийн өвчин	3	2	1
Мухар гэдэс рүү нарийн гэдэс чихэлдэх	5	3	2
Бүгд	42	20	22

Оношийн алдаа гарсан үндсэн шалтгаан нь өвчтөнөөс анамнез дутуу авсан, бодит үзлэг, шинжилгээ хангалтгүй хийсэнтэй холбоотой байлаа.

ДҮГНЭЛТ: 1. Оношийн алдааны шалтгаан нь хэвлийн хөндийн мэс заслын яаралтай эмгэгийн талаарх эмч нарын мэдлэг хангалтгүй байгаагаар холбоотой юм. Алдаанаас урьдчилан сэргийлэхийн тулд эмч нарын мэргэжил мэдлэгийг дээшлүүлэх, өвчтөнийг сайн үзэж, анамнез гүйцэд авч, боломжтой бүх шинжилгээг хийж чадах чадвартай болгох шаардлагатай байна.

2. Оношийн алдааны зарим тохиолдолд өвчтөн эмчид үзүүлэлгүй өөрөө дур мэдэн эмчилгээ хийснээс өвчний клиникийн шинж тэмдгийг бүдгэрүүлж хүндрэлд хүргэж байна.

3. Энэхүү өвчний талаар хөдөлмөрчдөд эмнэлэг гэгээрэл, сурталчилгааны ажлыг өргөн хүрээтэй, эрчимтэй явуулж мухар олгойн хурц үрэвсэлтэй хүмүүсийг цаг тухайд нь ирүүлэхэд туслах ажлыг зохион байгуулах нь зүйтэй юм.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. У. А. Алексеев, М. М. Мурзанов-Диагностика острого аппендицита и некоторые пути ее улучшения. В кн: Ошибки и трудности в диагностике и лечении острых хирургических заболеваний органов брюшной полости. Саратов, 1973, 26—29.

2. Т. У. Алимов, О. Д. Слободняк-Ошибки в клинической диагностике острого аппендицита. В кн: Труды Уральской конференций хирургов. Пермь, 1971, 223.

3. П. И. Андросов, А. Н. Володин-Ошибки и осложнения при остром аппендиците у лиц молодого возраста. В кн: Труды Уральской конференции хирургов. Пермь, 1971, 118—120.

4. А. К. Арсений-Диагностика острого аппендицита. Кишинев, 1978.

5. Ю. И. Датхаев-Об ошибках в неотложной хирургий живота. В кн: Диагностика и тактика лечения экстрен, заболеваний в хирургии, травм. и детской хирургии. Душанбе, 1968, 58—60.

6. В. Ф. Малых, Т. Г. Загребина-Ошибки в диагностике острого аппендицита. В кн: Антибиот. в хирургии, ошибки и ослож. при остром аппенд., новое в хирургии, вопр. краев. патологии. Пермь, 1969, 88.

7. М. М. Мурзанов-Ошибки диагностики острого аппендицита. Дис. канд. Уфа, 1971.

БАЯН-ӨЛГИЙ АЙМГИЙН НЭГДСЭН ЭМНЭЛГИЙН АНЕСТЕЗИ-РЕАНИМАЦИЙН ТУСЛАМЖИЙН ХҮРЭЭ

Бид аймгуудын нэгдсэн эмнэлгүүдийн анестези-реанимацийн тусламжийн одоогийн түвшинг ямар нэг хэмжээгээр тодорхойлох зорилгоор Баян-Өлгий аймгийн нэгдсэн эмнэлгийн анестези-реанимацийн ажлын зохион байгуулалт, үйл ажиллагааг 6 жилээр (1978—1984) авч судлав. Тус эмнэлэг 1978 оноос мэргэжлийн анестезиолог-реаниматолог эмчтэй болж хагалгааны дараах болон хүүхдийн тасгийн эрчимт эмчилгээний өрөөтэйгээр ажиллаад 1982 оноос тасаг болж өргөжин мэргэжлийн эмч, сувилагчтай ажиллаж байна. Энэ тасаг 1983 онд 448 өвчтөнийг хүлээн авч 81,1%-д сэхээн амьдруулах эмчилгээ хийжээ. Ерөнхий мэдээ алдуулалтын тоо 6 жилд гурав дахин нэмэгдэж, эндотрахеал мэдээ алдуулалтын эзлэх хувь нь энэ хэмжээгээр өсч, 1983 оны байдлаар бүх хагалгааны 27,9%-ийг ерөнхий мэдээ алдуулж хагалгаа хийжээ. Сүүлийн үед 0—15 насны хүүхдийн хагалгааг ерөнхий мэдээ алдуулалтаар хийж, байгаа нь бүх мэдээ алдуулалтын 1/3 буюу 37,3%-ийг эзлэж байна.

Хүснэгт I

Ерөнхий мэдээ алдуулж хагалгаа хийсэн өвчтөнийг нас хүйсээр ангилах нь

Нас	хүйс		Бүгд	хувь
	эрэгтэй	эмэгтэй		
0—3	20	14	34	37,3
4—7	33	19	52	
8—15	42	33	75	
16—49	103	117	220	62,7
50—59	11	10	21	
60-аас дээш	17	13	30	
БҮГД ХУВЬ	226 52,3	206 47,7	432	100%

ОШИБКИ В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

К. Анаргүл

Диагностические ошибки при распознавании острого аппендицита наблюдаются до настоящего времени в 27—40,9% случаев. По нашим данным диагностические ошибки острого аппендицита были допущены на догоспитальном этапе у 287 (25,8%) из 1112 больных.

Диагностические ошибки на догоспитальном этапе чаще допускались выездными врачами скорой помощи и врачами других стационаров не хирургического профиля. Среди наших больных диагностические ошибки в стационаре допускались у 42 из 1112 больных (3,7%). Допущенные диагностические ошибки при заболевании острым аппендицитом происходят в основном вследствие недостаточно глубоких знаний врачами общей сети.

Редакцид ирсэн 1984. 07. 07.

Ерөнхий мэдээ алдуулалтын чанар жилээс жилд сайжирч, хэрэглэж байгаа арга, төрөл нь олширсоор байна.

Бүх мэдээ алдуулалттай хагалгааны 1/3 буюу 37,7%-ийг яаралтай хагалгаа эзэлж байгаа бөгөөд 1983 онд ерөнхий мэдээ алдуулалттай төлөвлөгөөт хагалгаа 76,1% болж өссөн байна.

Хөдөө сум дундын эмнэлэг, их эмчийн салбарт дуудлагаар очиж хийсэн хагалгааны ерөнхий мэдээ алдуулалтыг судлахаад бүх мэдээ алдуулалтын дөнгөж 0,7%-ийг эзлэж байна. Энэ нь нь 75—300 км зайд байрлаж байгаа сум дундын эмнэлэг, их эмчийн салбарт мэс заслын ба мэдээ алдуулалтын нарийн мэргэжлийн тусламжийн хүртэмж хангалтгүй, нөлөө талаар наркозын зөөврийн аппаратгүй байгаатай холбоотой байна.

Хүснэгт 2

Мэдээ алдуулалтын төрөл

Он	эндотра- хеал мэдээ алдуулалт	маскаар мэдээ ал- дуулалт	судсаар мэдээ ал- дуулалт	хавсарсан мэдээ ал- дуулалт	перидурал мэдээ ал- дуулалт	Бүгд
1978	17	2	5	11		35
1979	14	11	8	9		42
1980	45	7	5	3		60
1981	41	10	13	5	3	72
1982	71	12	16	10	1	110
1983	57	26	17	2	11	113
Бүгд	245	68	64	40	15	432
Хувь	57,7	15,7	14,8	9,3	3,5	100%

Хүснэгт 3

Төлөвлөгөөт ба яаралтай хагалгааны Үзүүлэлт

Ялгавар		1978	1979	1980	1981	1982	1983	Бүгд
Яаралтай	тоо	19	20	12	26	59	27	163
	хувь	54,39	47,6	20,0	36,1	53,6	23,9	37,7
Төлөв- төгөөт	тоо	16	22	48	46	51	86	269
	хувь	45,7	52,4	80,0	63,9	46,4	76,1	62,3
Бүгд		35	42	60	72	110	113	100%

Дээрх судалгаанаас дүгнэлт хийж үзэхэд:

1. Баян-Өлгий аймгийн нэгдсэн эмнэлгийн анестези-реанимацийн тусламж сүүлийн жилүүдэд өргөжиж ерөнхий мэдээ алдуулалттай хийх хагалгаа, мэдээ алдуулалтын тоо төрөл олширч, тусгай анестези-реанимацийн тасагтай болсон нь мэс засалч, анестезиолог-реаниматолог эмчийн ажлын хүрээ өргөсч, тусламжийн чанар сайжирч байгааг харуулж байна.

2. Хүүхдийн хагалгааг ерөнхий мэдээ алдуулалттай хийж байгаа нь цаашид аймгийн төвд хүүхдийн анестезиолог-реаниматолог эмчтэй болох, анестези-реанимацийн тасагт тусгай мэргэжлийн эмч жижүүр хийх шаардлагатай болж байна.

3. Сум дундын эмнэлэг, их эмчийн салбарт ерөнхий мэдээ алдуулж хагалгаа хийх нь хангагдтгүй (дөнгөж 0,7%) байгаад зохих дүгнэлт хийж сум дундын эмнэлэгт мэс заслын тусламж, ерөнхий мэдээ алдуулалтыг өргөжүүлэх нь хөдөөгийн хөдөлмөрчдөд эмнэлгийн нарийн мэргэжлийн тусламжийг улам ойртуулах зорилтыг биелүүлэхэд томоохон түлхэц болох юм.

4. Анестезиолог-реаниматологийн албаны зохион байгуулалт, үйл ажиллагаа хөдөөгийн эмнэлгүүдэд хоцрогдож байгааг онцлон анхаарах хэрэгтэй юм.

Ихэнх аймаг анестези-реанимацийн тасаггүй, зөвхөн эрчимт эмчилгээний өрөө ажиллуулж байгаа боловч тэр нь мэргэжлийн сувилагчгүй, анестезиолог-реаниматологийн нэгдсэн журам тогтоогүй, тайлагнах систем боловсронгуй бус байгааг цаашид анхаарч тодорхой арга хэмжээ авах хэрэгтэй байна.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. Г. М. Цанава — "Анестезиология и реаниматология" 1977, 5, 25—27.
2. Л. Ф. Косоногов — "Анестезиология и реаниматология" 1984, 1, 59—61.

АНЕСТЕЗИОЛОГИ-РЕАНИМАТОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩИ В ОБЪЕДИНЁННОЙ БОЛЬНИЦЕ БАЯН- УЛЬГЕЙСКОГО АЙМАКА

М. Онгар

В последние годы возрастает объем анестезиологической и реаниматологической помощи и удельный вес общего обезболивания по отношению всему количеству операций. В объединённой больнице Баян-Ульгейского аймака они увеличились в 8,5—27,9% в 1978—1983 г.

Нами использованы все наркотические и другие лекарственные препараты, имеющиеся в нашей стране. В 1983 г в отделений анестези-реанимации находились 448 больных, и эффективность лечения которых составила 81,1%. За последние 6 лет под общим обезболиванием выполнены 37,7% всех экстеренных операции.

Из всех плановых операций под эндотрахеальным наркозом оперировано 57 (50,4%), под масочным—26 (23%), под внутривенным—17 (15%), под комбинированным—13 (11,6%) больных с различными хирургическими заболеваниями.

Наши данные показывают, что наличие крупного анестезиологического реанимационного отделения в объединённой больнице аймака позволяет оказывать сельским жителям все виды специализированной анестезиологической и реаниматологической помощи на современном уровне.

Редакцид ирсэн 1984. 10. 06

Д. ОТГОНБААТАР, Г. ҮҮЖЭЭ (Эрүүл ахуй, халдвар, нян судлалын улсын институт)
(Бактериологийн төв лаборатори)

САЛМОНЕЛЛ ТИФИМУРИУМЫГ СУДЛАХ АСУУДАЛД

Сүүлийн жилүүдэд салмонеллийн өвчлөл бага насны хүүхдийн дунд ихсэж явз бүрийн амьтан, хүнсний бүтээгдэхүүн, малын тэжээл зэрэг гадаад орчноос илрэх ийлдэс судлалын хүрээний трө эрс нэмэгдэж байна.

Эрдэмтдийн ажиглалтаас үзэхэд гэдэсний хямрал, хурц хордлогот хэлбэр нь ихэвчлэн ахуй хавьтлын замаар халдварлах, хоол хүнсэнд үржиж өвчлүүлэх, хоолны хордлогын хэлбэртэй

адил болохыг нотолж байна. Хүн амьтанд илэрч байгаа салмонеллийн хүрээний дэлгэрч байгаад судалгаа хийхэд янз бүрийн оронд ихэнхдээ 4 үндсэн ийлдэс судлалын бүлэг ялгагдаж, ялгасан өсгөврийн 35—70 орчим хувийг салмонелл тифимуриум зонхилж байна. Салмонеллийн шалтгаан судлалд *S. typhimurium*, *S. derby*, *S. halina*, *S. hedelberg* зэрэг 20 гаруй ийлдэс хүрээ зонхилж байна. (1, 2, 4).

Эдгээрийн дотроос салмонелл тифимуриумээр үүсгэгдэх өвчлөлийн тоо түргэн тархацтай өсч байгаа бөгөөд халдвар судлалын онцлогтой, эмнэлгийн дотоод халдварын хэв шинж, тодорхой үүрэгтэй болж байна. Уг халдвараас урьдчилан сэргийлэх арга хэмжээ хангалтгүйгээс өвчин тархаж эмнэлгийн дотоод халдвар болон хувирдаг. Энэ нь эмнэд зүйн илрэлтэй халдварын явц бүхий бактер ялгаруулдгаас илүү аюултай (6).

Эмнэлгийн дотоод халдварыг эмнэлгийн нөхцөлд тэсвэртэй омог үүсгэдэг бөгөөд энэхүү омгуудаар үүссэн халдвар нь ахуй хавьталын замаар зөвхөн хүмүүсийн дунд дэлгэрдэг бөгөөд бага насны хүүхдэд өвчлөл хүнд явцтай, антибиотикт дээд зэргийн тэсвэртэй болдог. ЗХУ-ын судлаачид эмнэлгийн дотоод халдвар үүсгэдэг салмонелл тифимуриумын тодорхой омгууд нь дээрх шинжээс гадна феликсокеллоугийн залгигддаггүй, гадаад орчинд тэсвэртэй, хулгананд хоруу чанар султай, биохимийн идэвхээр зарим омгууд нь лизинийг карбоксилгүйжүүлэх шинжээ алдсан, ийлдэс судлалын шинжээр биеийн 05 эсрэгтөрөгчтэй наалдах урвал өгдөггүй омгууд байгааг тэмдэглэж байна (3).

Манай оронд 1980 оноос салмонелл тифимуриумээр үүсгэгдсэн эмнэлгийн дотоод халдварын хэв шинж тохиолдож байна (5). Бид 1983 оноос зарим аймаг хотод гарсан салмонелл тифимуриумын халдвар судлалын байдалд дүгнэлт хийж, ялгагдсан омгийн биологийн болон ийлдэс судлалын зарим шинжийг судлах оролдлого хийв. Судалгааг эпидемиологийн задлан шинжилгээ хийж, сүүлийн 3 жилийн тайлангийн материал, үүсгэгчийг лабораторийн шинжилгээний ердийн аргаар судлав. Салмонелл тифимуриумын халдвар 1984 онд 10,0 хүн амд 2,6% болж Архангай, Өвөрхангай, Хөвсгөл аймаг, Дархан Улаанбаатар хотод эмнэлгийн дотоод халдварын хэлбэрээр бүртгэгдэж гарсан байна.

Голомтуудаас ялгасан омгийг сулгахад биохимийн болон ийлдэс судлалын шинжээр 100% тохирч, лизин карбоксилгүйжүүлэггүй омог дайралдаагүй ба 3—4% нь 05 оношийн ийлдэсд наалдах урвал өгсөнгүй. Антибиотикт мэдрэг чанарыг цаасан дискийн шингээх аргаар 6 антибиотикт судлахад гентомицинээс бусдад тэсвэртэй байлаа. 8—30 хоног хэвтэж эмчлүүлэгчдийн 69,2% нь өөр өвчний оноштой ирээд халдвар авч 10,3% нь уушгины үрэвсэлтэй, 20,5% нь энтероколит болон шалтгаангүй суулгалтын оноштой байлаа. 2—3 удаагийн давтан шинжилгээгээр тэднээс өвчин үүсгэгч дахин илэрч эмчилгээний үр дүн эдгэрэх хугацаа удааширч, ор хоног 30—45 байлаа.

Салмонелл тифимуриум оноштой хүмүүсийн 60 орчим хувь нь хүнд явцтай, 30 хувь нь дунд зэргийн, үлдсэн хувь нь хөнгөн явцтай байв.

Өвчлөлийн эпидемиологийг судлахад халдвар ахуй хавьтал, нян тээгчийн замаар халдварлаж, хүлээн авахаас эхлээд хүүхдийн сэхээн амьдруулах, эрчимт эмчилгээний тасаг дамжиж байгаа нь шинжилгээгээр нотлогдов.

Эмнэлгийн ажилчдаас 125 хүнд шинжилгээ хийхэд Архангай аймгийн хүүхдийн сэхээн амьдруулах тасгийн 2 сувилагч нян тээгч болох нь илрэв.

ДҮГНЭЛТ 1. Аймаг хотод гарч байгаа эмнэлгийн дотоод халдвар салмонелл тифимуриумээр үүсгэгдэж байна.

2. Эмнэлгийн дотоод халдвар үүсгэж байгаа салмонелл тифимуриум нь антибиотикт мэдрэг бөгөөд гентомицинд тэсвэртэй байгаа нь судлаачдынхтай тохирч байна.

3. Хэвтэж эмчлүүлэгсдийн 62,2% нь өөр оноштой ирээд улмаар халдварлаж байна. Шалтгаангүйгээр суулгалтын 25,5% нь салмонелл тифимуриумаар үүсгэгдэж байгааг тогтоов.

4. Гарч болзошгүй халдварын үүсгэгчийг тогтоож, урьдчилан сэргийлэх арга хэмжээг яаралтай авч мэдээлэл, оношлогоо, халдвар судлалын судалгааг зааврын дагуу хийж эх уурхайг олж тогтоох шаардлагатай юм.

5. Салмонелл тифимуриумын клиник эпидемиологийн зүй тогтолыг нарийвчлан холбож судлах нь чухал байна.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. А. Ф. Блюгер, И. Н. Новицкий, З. Ф. Терезкова — Салмонеллез, Рига, 1975
2. В. А. Килессо, Е. И. Выдрин и др — Распространение отдельных серотипов салмонелл на ряде территории Советского Союза. Акт. воп. эпид. Вып. 2. М., 1970, 129.
3. В. А. Килессо, Л. Ф. Колобовой — В кн: Материалы всесоюзного симпозиума по фагатипированию возбудителей кишечных инфекций, Тбилиси, 1968.
4. Н. И. Лебедев — Салмонеллезы, Минск, 1980.
5. С. И. Третьякова, Л. В. Королева, Г. И. Хохлова, — Об этнологий респираторной синдрома при салмонеллеза у детей. Педиатрия, М., 1981.
6. Л. В. Фелскова и др. — Особенности внутрибольничного салмонеллеза у детей. Педиатрия, 1980, 3.62—63.
7. Г. Үүжээ, Г. Пүрэв, Г. Санжмятав, С. Хишигт, Ч. Цэндээхүү—БНМАУ дахь салмонеллийн шалтгаан судлалын асуудал. Анагаах ухаан, 1983, 31—36.

К ВОПРОСУ ИЗУЧЕНИЯ САЛМОНЕЛЛА ТИФИМУРИУМА

Д. Отгон-батор, Г. Уже

В результате исследования нами установлено, что 69,2% больных доставляются в больницу с диагнозами, не связанными с салмонеллезной инфекцией. Ввиду этого только у 20,5 больных обнаруживаются салмонелл тифимуриум.

Редакцид ирэн 1984. 04. 20

Г. ЛХАГВАЖАВ, Л. ГАНБОЛД, Д. НЭРГҮЙ (Улсын клиникийн төв эмнэлэг)
(Улсын нэгдсэн тусгай эмнэлэг)

ЭГМИЙН ДООРХИ ВЕНИЙГ СЭТГҮҮРДЭХ, ТҮҮНИЙ ХҮНДРЭЛЭЭС СЭРГИЙЛЭХ

Манай орны хот, хөдөөгийн эмнэлгүүдэд төвийн венийг сэтгүүрдэх аргыг сүүлийн жилүүдэд өргөн хэрэглэх боллоо.

Сэхээн амьдруулах, эрчимт эмчилгээ хийх үед их хэмжээний цус, шингэн сэлбэх, хүчил шүлт, давс ус, цусны бүлэгнэх системийн гүнзгий хямралыг богино хугацаанд засах, цусны эргэлтийн системийн зарим нэг үзүүлэлтийг тодорхойлох (төвийн венийн даралт хэмжих гэх мэт), биохимийн шинжилгээнд олон дахин цус авах, зүрхэнд цахилгаан сэдээгч хэрэглэхэд төвийн венийг сэтгүүрдэх шаардлага гарна. Учир нь дээрх зорилгоор захын судсыг сэтгүүрдэхэд бэрхшээл, хүндрэл тохиолддог.

Энэ зорилгоор төвийн аль ч венийг сэтгүүрдэж болох боловч, эгмийн доорхи венийг сэтгүүрдэх нь (1952 онд анх Аубаниас хэрэглэсэн) түгээмэл арга болжээ. Эгмийн доорхи вений судас анатомын байрлалын хувьд тохиромжтой, харьцангуй бүдүүн (насанд хүрсэн хүний судасны диаметр 12—25 мм), цусны урсгалын хурд бусад хэсгээс илүү байдаг тул бүлэн (тромб) үүсдэггүй сайн талтай. Нөгөө талаар нэгэнт сэтгүүрдсэний дараа өвчтөний судсыг олон дахин хатгахгүй, гар, хөлийн хөдөлгөөнийг чөлөөтэй байлгах ба асаргаа, сувилгааг үлэмж хөнгөвчилнө. Эгэм орчмын зөөлөн эдийн

үрэвсэл, цусны бүлэгнэлтийн гүнзгий хямралтай өвчтөнд хэрэглэдэггүй.

Эгмийн доорхи венийг сэтгүүрдэхэд дараах багаж, хэрэгсэлийг урьдчилан бэлтгэсэн байна. Үүнд:

1. Судас хатгах ариутгасан бүдүүн зүү буюу Селдингерийн зүү

2. Ариутгасан сэтгүүрүүд. (Сэтгүүрийн урт 15—18 см, гадна диаметр 1—1,8 мм байвал зохино).

3. Металл буюу поли хлорвинил хөтлөгч (хөтлөгчийн урт сэтгүүрийн уртаас 2,5—3,5 дахин их байна)

4. 10 мм-ийн багтаамжтай шприц зүү

5. Хайч, скальпель зүү баригч, торгон утас, арьсны зүү

6. Спирт, иод, 0,25%—0,5%-ийн новокаины уусмал

7. Ариутгасан материал, лейкопластырь

Эгмийн доорхи венийг сэтгүүрдэхэд асептик, антисептикийн дүрмийг нарийн чанд сахина. Эмч хагалгаа хийх гэж байгаа мэт гараа угааж, эгэм орчмын талбайг сайтар ариутгаж, ариутгасан материалаар хулдаж тусгаарлана. Их хэмжээний цус, шингэн алдсан өвчтөний хөл талыг өндөр байрлуулна. Энэ үйлдлийг ихэвчлэн хэсгийн мэдээ алдуулалтаар хийх боловч бага насны хүүхэд, сэтгэл санааны хямралтай өвчтөнд ерөнхий мэдээ алдуулалтаар

хийх нь зүйтэй. Сэтгүүрийг зүүн талын судсанд тавихад лимфийн судас гэмтэж болох учир ихэвчлэн баруун талд тавьдаг.

Эгмийн доорхи венийг хатгах цэгүүд олон байдаг боловч ихэнхдээ дараах цэгүүдээс хийдэг.

1. Aubaniac - ийн цэг. Эгмийг 3 хуваасны дотор талд, эгмээс 1 см доорхи цэг

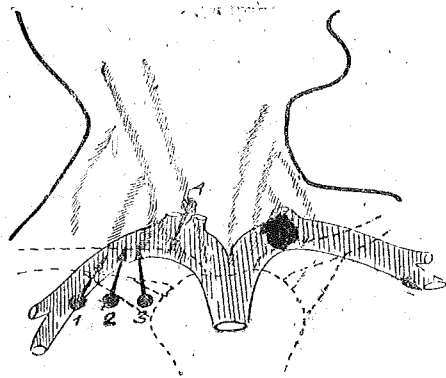
2. Wilson - ийн цэг. Эгмийн дунд шугамаар эгмээс доош 1 см орчим зайд орших цэг.

3. Giles - ийн цэг. Өвчүүнээс гадагш 2 см, эгмийн доор 1 см зайд уулзах цэг

4. Woffa - ийн цэг. Эгмийн дээрээс хатгах цэг

Зураг 1.

Эгмийн доорхи венийг сэтгүүрдэх цэгүүд



Эгмийн доорхи венийг сэтгүүрдэх 2 арга байдаг.

1. Том хөндийтэй зүүгээр хатгаж, дотуур нь сэтгүүрдэх

2. Сельдингерийн аргаар хөтлөгч хэрэглэж сэтгүүрдэх

Сэтгүүрийг арчлах

Эгмийн доорхи венийн судсанд тавьсан сэтгүүрийг хүндрэл гаргалгүй удаан хугацаагаар ашиглах нь түүнийг хэр зэрэг арчилснаас ихээхэн хамаарна. Үүний тулд:

1. Сэтгүүрийн орчмыг өдөр бүр ариутгах уусмалаар сайтар цэвэрлэж, боолтыг сольж байх.

2 Шингэн юүлэх эмчилгээний үед дуслын системийг 24 цагаас илүү хэрэглэхгүй байх.

3. Сэтгүүрийг 4—6 цагийн зайтай 1:1000-ын гепарины уусмалаар угааж байх, харин засварлах бүрийд гепарины уусмал 2—3 мл хийж, тусгайлан ариутгаж бэлтгэсэн бөглөөгөөр бөглөнө. Ихэнх судлаачид сэтгүүрийг 7—14 хоногос хэтрүүлэхгүй хэрэглэхийг зөвлөдөг боловч нягт, нямбай арчилж чадвал 1—2 сар хүртэл хугацаагаар хэрэглэж болно.

Манай хот, хөдөөгийн эмнэлгүүдэд өргөн хэрэглэж байгаа дээрх аргын үед янз бүрийн хүндрэл тохиолдож болзошгүй учраас эгмийн доорхи венийг сэтгүүрдэх үед гарах хүндрэлээс урьдчилан сэргийлэх талаар эмч, эмнэлгийн дунд мэргэжилтнүүд сайн мэдэж, болгоомжтой хандаж байх нь зүйтэй.

Эрдэмтдийн судалгаагаар хүндрэлийн тохиолдол янз бүр байна. Зөвлөлтийн судлаач А. П. Магомедов, В. Н. Родионов (1981 он) нарын судалгаагаар 4,9%, М. С. Маргулис, В. Б. Савченко (1980 он) нарынхаар 2,8% байхад Г. А. Рябов, Glaris нар 6—9% хүртэл хүндрэл тохиолдож болох тухай мэдээлжээ.

Эгмийн доорхи венийг сэтгүүрдэх үед гарах хүндрэлийг 3 ангилна.

1. Судас хатгах үед гарах хүндрэл

2. Сэтгүүрдэх үед гарах хүндрэл

3. Сэтгүүр судсанд удаан хугацаагаар байснаас гарах хүндрэл

1. СУДАС ХАТГАХ ҮЕД ГАРАХ ХҮНДРЭЛ

а) Эгмийн доорхи артерийг ташаарч хатгах

Энэ хүндрэл М. С. Маргулис, А. Г. Магомедов нарын судалгаагаар 0,3—1,1% тохиолдож байна. Хэрэв артерийн судас ташаарч хатгасан бол үүнийг зүрх-судасны дутагдал, цус их алдсан өвчтөнд оношлоход бэрхшээлтэй байдаг. Учир нь хатгах үед зүүний нүхээр төдийлөн их даралттай цус гардаггүй. Артерийн судас ташаарч хатгасан үед арьсан дор цус хурна. Хэрэв судсыг цээжний гялтантай давхар хатгавал цээжний хөндийд цус хуралдах тул яаралтай хагалгаа хийхээс өөр аргагүй болно.

б) Цээжний гялтан хальсыг хатгах (пневмоторокс)

Дээрх судлаачдынхаар энэ хүндрэл 0,3—2% тохиолдоно.

Цээжний гялтан хатгасан үед цээжээр өвдөх, амьсгаадах, тогшиход тэр талдаа хэнгэргэн дуу сонсдох зэрэг шинж тэмдэг гардаг.

Хэрэв эдгээр шинж тэмдэг идэрвэл яаралтай гэрэлд харж, оношийг тодруулан арга хэмжээ авах хэрэгтэй.

в) Судсаар хий сорогцох

Амьсгал авах үед дээд хөндий венийн даралт эрс багасдаг.

Энэ үед судсаар хий сорогдож болзошгүй юм. Судсаар хий сорогдсон шинж тэмдэг илэрвэл, үйлдлийг зогсоож зүрх-судас, амьсгалын үйл ажиллагааг дэмжих эмчилгээг яаралтай эхлэнэ.

Энэ хүндрэлээс урьдчилан сэргийлэхийн тулд хэсгийн мэдээ алдуулж зүүнээс шприцээ салгаж, судсанд сэтгүүр хийх үедээ өвчтөнөөс амьсгалахгүй бага зэрэг дүлж байхыг шаардах буюу зохиомол амьсгалтай үед амьсгалын замын даралтыг ихэсгэнэ.

Мөн өвчтөний хөл талыг Тренделенбургийн байрлалд оруулж, хатгах үед зүүгээ уусмал бүхий шприцтэй холбосон байх нь энэ хүндрэлээс урьдчилан сэргийлнэ.

г) Мөрний мэдрэлийн сүлжээ гэмтэх

Энэ нь маш ховор тохиолдох боловч, тохиолдвол гарны хэвийн ажиллагааг алдагдуулж болох талтай. А. Г. Магомедов 5200 удаа хатгахад энэ хүндрэл 4 (0,07%) тохиолдож байсан тухай мэдээлсэн байна. Эдгээрээс гадна эгмийн доорхи венийг хатгахад лимфийн судас, цагаан мөгөөрсөн хоолой, бамбай булчирхай гэмтэх тохиолдол байдаг.

2. СЭТГҮҮРДЭХ ҮЕД ГАРАХ ХҮНДРЭЛ

а) Сэтгүүрийг гүн тавьснаас гарах хүндрэл

Судсанд сэтгүүрийг хэтэрхий гүн тавьснаас сэтгүүрийн үзүүр баруун ховдолд орж, зүрхний хэм алдагдах хүндрэл гарч болохоос гадна сэтгүүр буюу хөтлөгчийн үзүүрээр зүрхний ханыг цоо хатгасан тухай хэвлэлд тэмдэглэсэн байна. А. Г. Магомедов, В. Н. Родионов нар (1981 он) эгмийн доорхи венийг сэтгүүрдэх үед зүрхны ханыг цоолсон хүндрэл 2 удаа тохиолдож, үхлээр төгссөнийг мэдээлжээ. Ялангуяа энэ хүндрэл зүрхний булчингийн үрэвсэл (миокардит), сорвижсон (кардиосклероз) үед тохиолдоно.

Зарим үед сэтгүүр, хөтлөгчийн үзүүрээр венийн ханыг нэвт хатгах хүндрэл тохиолддог. Эдгээр хүндрэлээс урьдчилан сэргийлэхэд сэтгүүрийг судсанд 7—10 см-ээс илүүгүй оруулах ба заавал үзүүртээ туялзууртай металл буюу полихлорвинил хөтлөгч хэрэглэх нь зүйтэй.

б) Сэтгүүр тасарч алдрах

Энэ хүндрэл ховор тохиолдох боловч зарим үед судсанд хатгасан зүүгээ салгалгүй сэтгүүрийг гэдэрг татсанаас зүүний хурц үзүүрт сэтгүүрийн хагас огтлогдон үлдэж болно. Ийм учраас том хөндийтэй зүү-

гээр хатгаж, дотуур нь сэтгүүрдэх үед онцгой анхаарах нь зүйтэй. Үүнээс гадна сэтгүүр судсан дотор зангирах, нугарах хүндрэл нь хэтэрхий уян хатан, зөөлөн сэтгүүр хэрэглэснээс болох ба зангирсан сэтгүүрийг хагалгаа хийж авахаас өөр аргагүй болно.

3. СЭТГҮҮР СУДСАНД УДААН БАЙСНААС ГАРАХ ХҮНДРЭЛ

а) Венийн судасны үрэвсэл
Хэвлэлд мэдээлснээр энэ хүндрэл 0,3—0,5% тохиолдож байна.

Сэтгүүрдсэний дараах 3—5 хоногт ихэвчлэн тохиолдох ба энэ үед эгмийн дээд талд улайж хатуурах, зарим үед гүрээний судас дагаж улайж хавдах, биеийн халуун нэмэгдэх зэрэг шинэ тэмдэг илэрнэ.

Хэрэв дээрх шинж тэмдгүүд илэрвэл сэтгүүрийг авч, антибиотик эмчилгээ хийхийн хамт,

хавдаж улайсан газар гепарины буюу Вишневскийн тосоор бооно.

б) Сэтгүүр бөглөрөх

Сэтгүүрийг зохих ёсоор арчлалгүй, удаан хугацаагаар байлгаснаас цусны бүлэнгээр бөглөрөх хүндрэл тохиолддог. Иймд сэтгүүр бөглөрсөн эсэхийг тогтмол шалгаж, дээр дурдсан аргаар сэтгүүрийг угааж байх хэрэгтэй. Мөн сэтгүүр орчмын зөөлөн эд үрэвсэн идээлэх хүндрэл тохиолддог. Ийм учраас сэтгүүр тавих буюу тавьсны дараах үед халдвар хамгааллын дэглэмийг нарийн чанд сахих шаардлагатай.

Дээр дурдсан хүндрэлүүдээс урьдчилан сэргийлж, сэтгүүрийг сайтар арчилж чадвал эгмийн доорхи венийг сэтгүүрдэх арга нь олон төрлийн хүнд өвчин, мэгэгийн үеийн сэхээн амьдруулах эрчимт эмчилгээнд хэрэглэж болох сайн арга юм.

Редакцид ирсэн 1985—01—04

Р. НЯМАА (Анагаах ухааны дээд сургууль)

НҮДНИЙ ӨВЧЛӨЛИЙН ДИНАМИКИЙН ЗАРИМ ҮЗҮҮЛЭЛТ

Манай оронд эрүүлийг хамгаалах талаар авч байгаа байнгын арга хэмжээний үрээр хүмүүсийн эрүүл мэнд дээшилж нүдний өвчлөл, үүсэх шалтгаан, бүтэцийн хувьд өөрчлөлт гарлаа.

О. Б. Гейликманы 1939 онд бичсэн „Монголд нүдний хараагүй болох шалтгаан“ гэсэн судалгааны өгүүлэлд хараагүй болох шалтгааны дотор нэгдүгээрт эвэрлэг бүрхэвчийн үүл, цагаа, хоёрдугаарт тэмбүүгийн гаралтай нүдний өвчнүүд, гуравдугаарт глауком өвчин эзэлж байна гэжээ (1).

Н. Н. Назаров 1951 онд бичсэн өгүүлэлдээ монголд хараагүй болгох шалтгаанд дээрх

өвчнүүдийг дурдаад, харин глаукомын эзлэх хувь өссөн гэсэн байв (2).

Тэр үеэс хойш манай оронд нүдний өвчлөл, хараагүй болох шалтгаан өөрчлөгджээ. Нам, засгаас авсан арга хэмжээний үр дүнд цагаан цэцэг, тэмбүү, хүйтэн, сахуу зэрэг өвчнөөс хараагүй болох явдал бүрмөсөн устаж сүрьеэгийн гаралтай нүдний өвчлөл эрс цөөрөв.

Нүдний тусламжийн түвшинг илтгэх гол үзүүлэлтүүд нь нүдний өвчлөл ерөнхийдөө буурч, түүний бүтэц өөрчлөгдөх, хараагүйн коэффициент багасан түүний дотор эдгэрч болох хараа алдалтын хувь харьцангуй буурах зэргээр то-

дорхойлогддог. Үүнийг судлахын тулд бид архивын материалгаас Улсын клиникийн төв эмнэлгийн нүдний тасагт хэвтэж эмчлүүлэгсдийн өвчлөлийн бүтцийг судлан үзээд 30-аад оныхтой харьцуулахад мэдэгдэхүйц өөр байна. Хэрэв 30-аад оны үед эвэрлэгийн үүл сорив 28%, трахом 20,1%, болорын бүдэгшил 7,9%, нүдний хүйтэн 1,5% тус тус эзлэж байсан бол одоо хэвтэж эмчлүүлэгсдийн өвчлөлийн бүтцэд болорын бүтэгшил 20,6%, глауком 17%, эвэрлэгийн үрэвсэл 14%, осол гэмтэл 11%-ийг тус тус эзлэж байна. Үүнээс үзэхэд трахом, нүдний хүйтэн мэтийн нийгмийн халдварт өвчин устаж, харин катаракт болон глаукомын эзлэх хувь харьцангуй өсөх хандлагатай боллоо. Энэ нь дундаж наслалт уртассан, зүрх судас, бодисын солилцооны өвчний нөлөөтэй холбоотой юм. Нүдний осол гэмтэл гол төлөв бага насны хүүхдэд илүү тохиолдож байна.

Амбулаторт ирж эмчлүүлэгчдийн өвчлөлийн бүтцэд нэгэн адил өөрчлөлт орсон байна. 30-аад онд конъюнктивит 40%, трахом 8%, эвэрлэгийн үүл цагаа 4% эзлэж байсан бол одоо төрөл бүрийн конъюнктивитын эзлэх хувь багасч, трахом бүр тохиолдохгүй болж, харин хараа засах шил тааруулах, катаракт, глауком зэрэг өвчний учир үзүүлэх нь олширлоо.

Дээрх үзүүлэлтээс үзэхэд амбулаториор эмчлүүлэгсдийн дотор салт ба эвэрлэгийн өвчний хувь хэмжээ багасч трахом мэтийн өвчин тохиолдохгүй болж, харааны хугарлын гажиг засах, шил тааруулах явдал нэмэгдэв.

Үүний зэрэгцээ бид хараагүй болох шалтгааныг судлав. Одоо дэлхийд 10-аас илүү сая хараагүйчүүд байна гэж ДЭХБ-ын мэдээлэлд дурдсан байдаг. Хөгжил буурай орнуудад хараа алдах шалтгааны дотор хурц

ба архаг өвчин, трахом, кератомалаци, ксерофтальм, онхоцеркоз гэх мэтийн өвчин зонхилж байхад хөгжингүй орнуудад гол төлөв миопи, катаракт, глауком, удамшлын ба төрөлхийн өвчин эзлэж байна.

О. Б. Гейликманы судалгаанаас үзэхэд дээхэн үед хараагүй болоход эвэрлэгийн үүл сорви, нийгмийн халдварт өвчин, глауком, трахом байсан бол одоо бидний судалгаа, ажиглалтаар хараагүй болох шалтгаанд глауком, харааны мэдрэл ба торлог бүрхэвчийн өвчин төрөлхийн эмгэг шалтгаан эзлэж байна. Орчин үед хөгжингүй орнуудад глауком өвчин зонхилох хувийг эзлэх болжээ.

Ийм учраас нүдний эмч нарын анхаарлыг татаж энэ өвчинтэй тэмцэх дэс дараатай, эрчимтэй арга хэмжээ авах шаардлагатай байна. Гол нь урьдчилан сэргийлэх идэвхтэй аргыг хэрэглэн өвчнийг далд болон эрт үед илрүүлэн диспансерийн хяналтанд авч эмчлэх нь чухал юм. Цаашдаа глаукомын кабинетыг улмаар улсын чанартай диспансер болгон өргөжүүлэх, аймаг дундын нүдний тасаг болон глаукомын кабинет байгуулан, урьдчилан сэргийлэх ажиллагааг эрчимтэй явуулах нь зүйтэй байна.

Нэг нүдний хараагүй болох нь харах ажиллагааг хязгаарлан хүний эрүүл мэнд амьдралд муугаар нөлөөлдөг. Үүний гол шалтгааныг нүдний осол гэмтэл эзэлж байна. Нүдний осол гэмтлээс урьдчилан сэргийлэхийн тулд хүүхэд багачууд, эцэг, эх, багш, хүмүүжүүлэгчдэд осол гэмтлийн хор холбогдлыг тайлбарлан таниулах, бага насны хүүхдийн асаргаа сувилгааг сайжруулах, нүдний гэрэл хугалах гажгийг эрт илрүүлэх, шилээр засах, хялрыг засах, харааны эрүүл ахуйд онцгой анхаарах нь чухал байна. Насанд хүрэгчдийн хувьд юуны өмнө глауком өвч-

нөөс урьдчилан сэргийлэх, үүний тулд эрт илрүүлэх диспан-

срийн хяналтыг сайжруулах явдал нэн чухал байна.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. О. Б. Гейликман — Слепота в МНР и её причины В. О. 1939.
2. Н. Н. Назаров — „Опыт изучения заболеваемости глазами болезнями в МНР М. 1951.

Редакцид ирсэн 1985—12—02

Л. ЭРДЭНЭБАЯР, С. БЯМБАСҮРЭН (Эрүүлийг хамгаалах яам)
(Сэтгэл мэдрэлийн өвчнийг эмчлэх улсын клиникийн эмнэлэг)

АРХИНЫ СОЛИОРЛЫГ ОНОЦЛОХ, ЭМЧЛЭХ АСУУДАЛД

Архины хор хүний мэдрэл сэтгэхүйг гэмтээдгийн нэг жишээ нь архины солиорлууд илрэх явдал юм. Архины солиорол архаг архичдын 20 орчим хувьд нь илэрдэг.

Архины солиорлын хэлбэрүүдийг архины цагаан солио, архины сонсголын хий үзэгдэл, хардлагат дэмийрэл, Корсаковын солиорол, архины ганихрал, архины ухаан тэнэгрэл, архины шалтгаант унадаг өвчин гэж ангилдаг.

Архины солиорол нь шартах үед болон архины хуурамч дон завсардасны дараа ихэвчлэн илэрдэг. Архины солиорол нь хэд хоногоос хэдэн сараар үргэлжилж болно. Архины солиорлын 80 орчим хувь нь цагаан солионы хэлбэрээр илэрдэг тул энэ хэлбэрийн солиорлыг тухайлан авч үзэх шаардлагатай юм.

Архины цагаан солио (белая горячка)-ны эмнэл зүйн үндсэн шинжийн нэг нь ухамсарт ухаан дэмийрэн балартах явдал мөн.

Архийг удаан хугацаанд хэтрүүлэн хэрэглээд түр завсарласан буюу шартсан үед цагаан солио илэрдэг. Цагаан солионы эмнэл зүйг солиорлын өмнөх үе, солиорлын шинж тэмдэг тодрох үе, солиорлын дараах үе гэсэн 3 үе шатаар авч үздэг.

Солиорлын өмнөх үед өвч-

төн тайван биш болж, шөнө элдэв муу муухай зүүд зүүдлэн түүнээс айн цочин сэрж, түгшүүрлэн улмаар үе үе шалтгаангүйгээр айдас бий болж дотныхоо хүнийг хардаж сэрдэх болно. Үүний зэрэгцээ зүрх судас, амьсгалын эрхтэний үйл ажиллагаа хямарч, хордлогын байдал бий болно. Үүний дараа солиорлын шинж тэмдэг тодрох үе эхлэнэ. Өвчтөнд харааны сонсголын хүрэлцэхүйн мэдрэхүйн зэрэг хий үзэгдлүүд бий болж хорхой шавьж, могойд баригдах, хэлхээ яс, хохимой толгой элдэв янзын араатан амьтан үзэгдэж, чихэнд нь өөрийг нь доромжилж муучилсан үг сонсогдон биеийг нь ноцох, хазгах, ороох, боох баглах мэт хүртэхүйн хий үзэгдлүүдэд автагдана.

Эдгээр хий хоосон юмс үзэгдлийг архины цагаан солиотой өвчтөн үнэн зүйл гэж итгэн айн сандарч, байх газраа олж ядан наашаа, цаашаа гүйх, хашгирах, хамгаалах, зугатаах, довтлох мэт үргэлжийн хөдөлгөөнд орж дошгирно. Архины цагаан солио олонх тохиолдолд оройн цагаар эхэлж, шөнийн цагаар ширүүсдэг.

Солиорлын дараах үед өвчтөн сул дорой байдалтай болно. Энэ үед өвчтөн 40—41° хүртэл халуурч, цусны даралт бууран бүх бие нь хөлрөн, үе

үе татаж, мэдээгүй бие засч зарим үед комын байдалд орж, амьсгал, зүрх судасны амин чухал төвийн үйл ажиллагаа нь сэргахгүй нас барах ч үе тохиолддог.

Иймээс архины цагаан солиотой өвчтөнг солиорлын өмнөх үед нь оношлож шаардлагатай арга хэмжээг цаг алдалгүй авч амь насыг нь аврах хэрэгтэй юм. Хоёр жишээ авч үзье.

I. Өвчтөн Ш. 45 настай, дээд боловсролтой, архийг 25 настайгаас хэрэглэж эхэлсэн. Сүүлийн 5 жил архийг их хэмжээгээр удаан хугацаанд хэрэглэх болсон. Хамт олон, эхнэр хүүхэд нь архи уулгахгүй гэж олон янзаар тэмцсэн боловч Ш. архийг уусаар байсан Мартын 8-ны оройн архидалтаас хойш нойр нь өнгөц болж элдэв янзын аймшигт зүүд зүүдлэн, бие нь тавгүйтэж, үе үе шалтгаангүй айдас төрж түүнээсээ айж тайван биш байх болсноо мэргэжлийн эмчид өөрөө үзүүлж эмнэлгийн тусламж авч архинаас гарах эмчилгээ хийлгэж дээрх зовиургүй эдгэжээ. Энэ хүний онош нь: Архины цагаан солионы солиорлын өмнө үе байв.

II. Өвчтөн Д. 48 настай, бага боловсролтой, архийг 15 жил уусан. Архины эмчилгээ 2 удаа хийлгэсэн боловч муу нөхдийн нөлөөнд автан архийг дахин ууж ухаангүй эмнэлэгт иржээ. Өвчтөнг үзэхээр ороход өвчтөн хөнжлөөрөө толгойгоо ороон палатынхаа буланд хагас суусан байв. Хөнжлийг нь татахад муухай орилон хана туурга руу заан аллаа, намайг аллаа та минь гэж янз бүрийн хамгаалах үйлдэл хийн тасалгаан дотор үсчин, тэр тэр адуу мал дайрлаа гэж орилон амьтэмцэн хөнжилгэйгөө ноцолдоно. Өвчтөний хамаг биеийн хөлс гарч, гар хөл нь салгалан чичирч үе үе дальдчин гарч гүйх гэнэ. Эмчилгээний дараа дээрх шинж арилсан.

Цагаан солио өвчний эмчилгээ

Цагаан солио өвчтэй хүмүүст цаг тухайд нь эмнэлгийн яаралтай тусламж үзүүлэхгүй бол солиорлын эрхээр өөртөө болон нийгэмд аюултай хэрэг үйлдэх, эсвэл тэдний амин чухал эрхтэнүүдийн үйл ажиллагаа алдагдан улмаар нас барж болдог. Иймд цагаан солио өвчтэй хүмүүсийг сэтгэл мэдрэлийн өвчнийг эмчлэх эмнэлэг буюу наркологиын тасагт, хөдөө орон нутагт мэдрэлийн тасагт яаралтай хэвтүүлэн эрчимт эмчилгээ хийх шаардлагатай.

Нийгэмд аюултай хэрэг үйлдэхээс сэргийлж өвчтөнийг цаг минут бүр хатуу хяналт, хараанд байлгана.

Цагаан солио өвчний үндсэн эмчилгээ бол амь нас алдахад хүргэдэг амин чухал эрхтэнүүдийн өөрчлөгдсөн үйл ажиллагааг хэвийн болгох, архины хордлогыг тайлах, солиорлын шинж тэмдэг болох сэтгэц эмгэгийн байдлыг арилгахад чиглэгдсэн эм тариануудыг венийн судсанд хийх иж бүрэн эрчимт эмчилгээ байх ёстой.

Цагаан солио өвчний үед өвчтөний зүрх судас, уушги, тархи, элэг бөөрний үйл ажиллагаа алдагддаг учраас амин чухал эрхтэнүүдийн өөрчлөгдсөн үйл ажиллагааг хэвийн болгоход чиглэгдсэн эмчилгээг хамгаас түрүүнд хийх шаардлагатай.

Цагаан солио өвчний үед хамгийн хүнд гэмтдэг эд, эрхтэний нэг бол зүрх-судасны систем юм. Зүрх-судасны өөрчлөгдсөн үйл ажиллагааг хэвийн болгох эмчилгээг сонгож авахад анхаарах зүйл бол артерийн судасны даралтын байдал юм.

Архины хордлогоос үүссэн зүрхний булчингийн агших чанар буурах, бие махбодын шингэн алдагдах, судасны хурц дутагдал үүсэх, муужран унах тохиолдлуудад артерийн судасны даралт буурдаг.

Зүрхний үйл ажиллагааны дутагдалтай холбогдон арте-

рын судасны даралт буурахад зүрхний авианууд бүдгэрэх, арьсны венийн цусны эргэлт зогсонги байдалд шилжих, судасны цохилт олшрох, захын эрхтэнд цианоз үүсэх шинжүүд илэрнэ. Энэ тохиолдолд строфантин, коргликон зэрэг зүрхний үйл ажиллагааг сайжруулах эм хэрэглэнэ. Бие махбодын шингэн алдагдсанаас үүссэн артерийн судасны даралт буурах үед цусны даралт буурах, их хөлрөх, ам цангах, шээс бага ялгарах шинжүүд ажиглагдана. Энэ үед бие махбодоор эргэж байгаа цусны хэмжээг ихэсгэхэд чиглэгдсэн эмчилгээ хийнэ. Энэ зорилгоор 5%-ийн глюкозын уусмал болон гемодез эсвэл реополиглюкинг венийн судсанд дулаар хийнэ.

Судасны хурц дутагдлаас үүссэн артерийн судасны даралт буурах үед цусны даралт гэнэт буурах, арьс цайх, зүрхний авианууд бүдгэрэх, судасны цохилт олшрон бүдэг болох шинжүүд илэрнэ. Ийм тохиолдолд судасны хүчдэлийг ихэсгэх үйлчилгээтэй эм болох 0,1%-ийн 1—2 мл адрналины уусмалыг 5%-ийн 100 мл глюкозын уусмалтай хамт венийн судсанд минутанд 30—60 дуслын хурдтай хийнэ. Муужран унах үед 0,1%-ийн 0,5 мл адрналины уусмалыг эсвэл 0,2%-ийн 0,5 мл норадренолины уусмалыг венийн судсанд хийнэ. Муужран унах үед хоногт 50—150 мг преднизолонг венийн судсанд, эсвэл 75—125 мг гидрокортисонг булчинд хийж болно.

Цагаан солиогийн үед үүсдэг амь насанд аюултай нэг өөрчлөлт бод уушгины хаван юм. Уушги хавагнах үед хөөсөрхөг цэр ихээр ялгарах, уушгины бүх гадаргаар хэржигнүүр сонсогдох шинжүүд илэрнэ. Энэ тохиолдолд зүрхний үйл ажиллагааг сайжруулах эм (строфантин, коргликон) хэрэглэхээс гадна венийн судсанд 100—150 мг кокорбаксилос, 10%-ын

10 мл хлорид кальци, 20—30 мг димедрол, 2,4%-ын 5—10 мл эуфиллины уусмал (маш удаанаар), 100—150 мг гидрокортисонг 5%-ын 100 мл глюкозын уусмалын хамт, 30—60 мг преднизолонг тус тус тарина.

Цагаан солиогийн үед илэрдэг, амь алдах аюулд хүргэдэг, яаралтай тусламж шаарддаг өөр нэгэн өөрчлөлт бол тархины хаван юм. Тархи хавагнах үед огиулах, бөөлжих, толгой өвдөх, ухаан нойрмоглон балартах, нүдний алим чичирхийлэх, амьсгал өөрчлөгдөх, цусны эргэлт хямрах, халуурах зэрэг шинж үүсдэг.

Уушги ба тархи хавагнахын эмгэг жамын үндэс бол цусны осмос даралт буурах, бие махбод дахь ус ба ионуудын өөр хоорондын тэнцвэр алдагдах үзэгдэл юм. Иймд уушги ба тархины хавантай тэмцэхийн тулд цусны осмос даралтыг ихэсгэх ба бөөрөнд натрийн ион буцан шимэгдэхийг багасгахад чиглэгдсэн эмчилгээ хийх шаардлагатай.

Цусны осмос даралтыг ихэсгэх зорилгоор 0,85%-иас илүү их концентрацитай уусмалуудаас хэрэглэх хэрэгтэй. Үүний тулд глюкоз, эуфиллин, мочеви, маннитол, хүхэр хүчлийн магнизын уусмалуудаас тархагаар хэрэглэх нь зүйтэй.

Уушгины ба тархины хаванг бууруулахын тулд 2,4%-ын 10 мл, эсвэл 24%-ын 1 мл эуфиллины уусмалыг 40%-ын 20 мл глюкозын уусмалтай, холнод венийн судсанд удаан тарьдаг. Эуфиллин бол зүрхний агшилтыг сайжруулах, цусны даралт бууруулах, судас өргөсгөх, тархи ба бөөрний цусны эргэлтийг сайжруулах, шээс ялгаруулах, хаван багасгах ба тархины дотоод даралтыг бууруулах үйлчилгээг бие махбодод үзүүлдэг зүрх, судасны бүлгийн эм юм.

Бөөрний үйл ажиллагааны өөрчлөлтгүйгээр тархи хавагнасан тохиолдолд биеийн 1 кг

жинд 1 грамм хуурай бодис ног-дохоор бодож 30%-ын мочевины уусмалаас эсвэл 1 кг жинд 1—1,5 грамм хуурай бодисоор бодож 20%-ын маннитолын уусмалаас венийн судсанд дуслаар хийнэ. Шээсний шинжилгээнд өөрчлөлт илэрсэн үед тархины хаванг бууруулах зорилгоор бөөрөнд натрийн ионы буцан шимэгдэхийг багасгаж шээс ялгарахыг ихэсгэдэг үйлчилгээтэй эм болох гипотиазад, лазикс (фурасемид)-ын аль нэгийг альдостерон гормоны эсрэг нөлөөт эм болох спиролактон (верошпирин)-тай хавсран хэрэглэх шаардлагатай. Ингэснээр бие махбод дахь ус-ионы тэнцвэр хадгалагддаг.

Цагаан солиогийн үед элэгний үйл ажиллагаа хямран элэг томрох ба хөндүүрлэх, биеийн энд тэнд судасны цацраг хэмээх шинж үүсэх, алга улайх, арьс ба салст бүрхэвчүүд шарлах, гэдэс ба ходоодны ажиллагаа хямрах, цусанд билирубин ихсэх, протеин буурах, глобулин ихсэх өөрчлөлтүүд илэрдэг. Элэгний үйл ажиллагаа өөрчлөгдсөн үед концентраци ихтэй глюкозын уусмал (биеийн 1 кг жинд 1 грамм хуурай глюкоз ногдох)-ыг инсулин (4 грамм глюкозд 1 нэгж инсулин оногдох)-тай хамт, мөн түүнчлэн витамин С (5%-ын 20 мл), В-гийн төрлийн витаминууд, кокорбаксидоз, метионин (хоногт 0,25—0,5 грамм, 3—4 удаа уух), сирепар (хоногт 2—3 мл, 1 удаа булчинд) преднизолон, гидрокортизон (хоногт биеийн 1 кг жинд 2—4 мг ногдох) хэрэглэдэг.

Цагаан солио өвчин бол нэг талаас архины солилцооны завсрын хорт бүтээгдэхүүнүүд, нөгөө талаас архины шалтгаант бие махбодын өөрчлөлт, бодисын солилцооны хямралаас үүссэн хорт бодисуудын нөлөөгөөр бий болсон хордлогын солиорол юм. Иймд цагаан солиог эмчлэх шалтгааны эмчил-

гээ нь бие махбодод үүссэн хордлогыг тайлахад чиглэгддэг. Архины хордлогыг тайлж архины солиорлоос гаргахын тулд шээс ялгаруулах үйлчилгээтэй эмтэй хамт эсвэл бие махбодод үүссэн бодисын солилцооны завсрын бүтээгдэхүүн ба хорт бодисуудтай химийн урвалд орж тэдгээрийг саармагжуулдаг үйлчилгээтэй эм бэлдмэлүүд болох унитол, метилен хөх, тиосульфат натри, инсулины аль нэгийг, эсвэл бие махбодод үүссэн хорт бодисуудтай холбогдон саармаг нэгдэл болж биеэс гадагшладаг эмийн бэлдмэл болох гемодезыг, эсвэл биеэс гадагшлах замаар цусан дахь хорт бодисын хэмжээг бууруулах үйлчилгээг бие махбодод үзүүлдэг физиологийн шингэн бүхий олон бодисын найрлагатай уусмал болох Л. В. Штерев, В. М. Неженцев нарын санаачилсан стандарт шингэнг хэрэглэдэг.

Энэ уусмалын найрлаганд физиологийн уусмал 800 мл, 40%-ын глюкоз—150 мл, 1%-ын хлорид кали 50 мл, 10%-ын глюконат кальци 10 мл, кордиамин—2 мл, инсулин—8 ед, 6%-ын витамин В₁—5 мл, 6%-ын витамин В₆—2 мл, витамин С ба РР аль аль нь 5 мл, седуксин 10 мг ордог.

Архины хордлогыг тайлах зорилгоор В. П. Кутин, Г. В. Кутин (1983) нарын санаачилсан физиологийн уусмал бүхий олон бодисын найрлагатай № 1, № 2 уусмалуудын аль нэгийг цагаан солио өвчний үед венийн судсанд дуслаар хийдэг. Эдгээр уусмалын бүтцийг авч үзье.

Уусмал №—1-ийн найрлаганд физиологийн уусмал 800 мл, 40%-ын глюкозын уусмал 100 мл, 1%-ийн хлорид кали 50 мл, 10%-ийн глюконат кальцийн уусмал 10 мл, кордиамин 2 мл, кокорбаксидоз 100 мг, инсулин 6—8 нэгж;

Уусмал №—2-ын найрлаганд физиологийн уусмал 500 мл,

кокорбаксидоз 100 мг, кордамин 2 мл, 5%-ийн аскорбины хүчил 5—10 мл, 1%-ийн никотины хүчил 5—10 мл, 6%-ийн тиамин уусмал 2,5—5 мл, рибофлавины уусмал 2—3 мл, 5%-ын пиридоксин уусмал 2—5 мл, инсулин 6—8 нэгж тус тус ордог.

Цагаан солио өвчний үед амин чухал эрхтэнүүдийн өөрчлөгдсөн үйл ажиллагааг хэвийн болгох, архины хордлогыг тайлах эмчилгээ хийхээс гадна солиорлын илрэл болох сэтгэц эмгэгийн шинж тэмдгүүдийг арилгах зорилгоор сэтгэц нөлөөт болон бусад эм бэлдмэлийг хэрэглэдэг.

Цагаан солиогийн үед илэрдэг хий үзэгдэл, дэмийрэл, айдаас, түгшүүр болон хөдөлгөөний дошгиरोлыг намдаах ба нойрын өөрчлөлтийг хэвийн болгох зорилгоор тайвшруулах үйлчилгээтэй нейролептикуудаас хэрэглэдэг.

Цагаан солио өвчний хүнд хэлбэрийн үед амин чухал эрхтэнүүдийн үйл ажиллагаа хүндээр гэмтдэг тул нейролептикийг ялангуяа фенотиазины гаралтай эмүүдийг хэрэглэхэд онцгой анхаарах хэрэгтэй. Фенотиазины гаралтай нейролептикууд (аминизан, тизерцин) бол артерийн судасны даралтыг огцом бууруулах, судасны ханын нэвчимтгий чанарыг ихэсгэж тархинд хаван үүсгэх, тархины цусны эргэлтийн өөрчлөлтийг улам гүнзгийрүүлэх үйлчилгээтэйгээс гадна элэгний үйл ажиллагаанд сөрөг нөлөө үзүүлдэг. Иймд зүрх судас, тархи элэгний үйл ажиллагаа зонхилон өөрчлөгддөг. Цагаан солиогийн хүнд хэлбэрүүдийн үед илэрдэг айдас, түгшүүр, хөдөлгөөний дошгирол, нойрны өөрчлөлтийг намдаах зорилгоор фенотиазины гаралтай нейролептик болох аминазин ба тизерцин хэрэглэхийг хориглож оронд нь зүрх, судас, тархи элгэнд эмгэг төрүүлэгч нөлөө багатай

эм, бутирофеноны гаралтай нейролептик болох 0,5-ын 1—2 мл галоперидолыг димедролтой хамт 2—4 удаа булчинд эсвэл галоперидолыг булчинд, седуксенг венийн судсанд тарих нь зүйтэй.

Нойр хүрэхгүй болох, цагаан солио өвчний өмнөх үе, цагаан солио өвчний шинж тэмдэг тодрох үе, уналт таталтын шинж тэмдэг бүхий цагаан солио өвчний үед олонтоо хэрэглэдэг эмийн бэлдмэлүүдийн нэг нь Поповын уусмал юм.

Энэ уусмалыг бэлтгэхийн тулд 0,3—0,4 гр нунтаг фенобарбиталыг 96%-ийн 20—40 мл спиртэнд уусгаад 100—150 мл ус нэмдэг. Хэрэв фенобарбитал нь шахмалаар байвал түүнийг сайтар нунтаглах хэрэгтэй. Фенобарбитал (люминал) бол их тархины хөдөлгөөний төвийн сэрлийг бууруулах, мэдрэл тайвшруулах, нойрсуулах, булчингийн таталтыг зогсоох нөлөөг бие, мэдрэл, сэтгэцэд үзүүлдэг нойрсуулах бүлгийн эм бөгөөд спиртэнд түргэн уусдаг юм. Поповын уусмалыг бэлдэнгүүг өвчтөнд уулгадаг. Үүнтэй нэгэн зэрэг 2 мл кордаминг арьсан дор тарина. Энэ уусмал нь архитай ойролцоо бүтэцтэй учир өвчтөн түүнийг дуртай ууж 6—8 цаг бөх унтдаг. Поповын уусмалыг 2—3 өдөр хэрэглэхэд нойр хүрэхгүй бол оронд нь нойрсуулах үйлчилгээтэй өөр эм хэрэглэх нь зүйтэй.

Цагаан солио өвчний хүнд хэлбэрүүдийн үед эмгэг жамын эмчилгээний зорилгоор витамин В-гийн бүлэг, витамин С болон бусад витаминьг их тунгаар хэрэглэдэг.

Цагаан солио өвчнөөр өвчилж байсан архинаас гарах эмчилгээ хийгдээгүй хүмүүсийн ихэнх нь өөрийн өвчинг танин мэдэх чадваргүй, өвчиндөө хандах өөрийн шүүмжлэл алдагдснаас болж архийг дайтган хэрэглэж өмнөхөөсөө хүнд хэлбэрийн солиоролд орж, за-

рим нь нас барах тохиолдол байдаг. Архинаас гарах эмчилгээ хийлгэлгүй дахин архины солиоролд автсан хүмүүсийн зарим нь нийгэмд аюултай хэрэг үйлддэг байна.

Иймээс цагаан солио туссан өвчтөнүүдийн эрүүл мэнд болон нийгмийн эрх ашгийн үүднээс солиорлыг эмчилсний дараа үргэлжлүүлэн архинаас гаргах өвөрмөгц эмчилгээг хийх хэрэгтэй.

Архинаас гаргах өвөрмөгц эмчилгээтэй хамт биеийн ерөнхий эсэргүүцлийг сайжруулах, солиорлын дараа үүссэн сульдын байдлаас гаргах зорилгоор инсулин (бага тунгаар), глютамын хүчил, метионин,

аминалон зэрэг амин хүчлүүд, фосфор, мышьяк, төмрийн бэлдмэлүүд, пантокрин, зуун настын ханд, шиллэг бие зэрэг биологийн стимулятор, седуксен зэрэг сэргээх үйлчийгээ ихтэй транквилизатор-стимулятор хэрэглэнэ.

Архины солио туссан өвчтөнүүдэд архинаас гаргах эмчилгээ хийсний дараа тэднийг сэтгэл мэдрэлийн диспансер буюу наркологийн кабинетын хяналтанд шилжүүлэн батжуулах эмчилгээ хийнэ. Өвчин дахисан тохиолдолд өвчтөнг эмнэлэгт яаралтай хэвтүүлэн давтан эмчилгээ хийнэ.

Редакцид ирсэн 1975—12—16.

С. ЦООДОЛ. (Эрүүл ахуй, халдвар, нян судлалын улсын институт)

ОНОШИЙН ҮНЭНИЙ АСУУДАЛ, ОНОШЛОГООНЫ АЛДААНЫ ТАНИН МЭДЭХҮЙН ШАЛТГААН

Оношийн үнэний асуудал бол эмчилгээний практикийн хувьд төдийгүй нийгмийн чухал ач холбогдолтой юм.

Оношлогооны чанарыг дээшлүүлэхэд юуны өмнө оношийн алдааны хэмжээг бууруулах, үүний тулд алдаа гарахад хүргэж буй шалтгааныг судлах асуудал онолын талаас ч, практикийн талаас ч тэргүүн зэргийн ач холбогдолтой юм. Оношийн алдааны шалтгааныг судлах асуудал эмч эрдэмтдийн анхаарлыг татсаар байгаа боловч түүнийг тодорхойлох нэгдсэн чиг баримтлал тогтоогүй байна. Зарим судлаачид оношлогооны алдааны шалтгааныг өвчнөөс, өвчтөнөөс, эмчээс, гадаад нөхцөл байдлаас гэсэн дөрвөн үндсэн бүлэгт хувааж байгаа боловч үүнийг олонх эрдэмтэд алдааны шалтгааныг түүний гарал үүсэлтэй хольж хутгаж байгаа явдал гэж үзэж байна.

Иймээс оношлогооны алдааг танин мэдэхүйн өргөн дүн шинжилгээгээр авч үзэх асуудал зүй ёсоор дэвшигдэж байна.

Мэдлэгийн үнэн буюу худал болох нь бидний ухамсраас ангид, түүнээс шалтгаалахгүй оршиж байгаа юмс үзэгдлийн жинхэнэ бодит байдал, уг юмс үзэгдлийн бидний тархинд бүрэлдэн тогтсон "хуулбар" хоёр хоорондоо тохирох эсэх тухай асуудал юм.

Оношлогооны гол зорилго бол ерөнхий утгаараа өвчин, өвчтөний үнэн бодит байдлыг эмч тархи толгойдоо үнэн зөвөөр хуулан буулгах явдал мөн. Иймээс оношлогооны алдааны шалтгааныг судалгааны объектоос эрж хайх өөрөөр хэлбэл алдааны шалтгааныг өвчтөн, түүний өвчинд тохих ямарч үндэсгүй болох нь тодорхой.

— Өвчний нарийн төвөгтэй шинж тэмдэггүй буюу гажиг

явц, өвчтөний мартамхай, анхааралгүй байдал зэрэг нь оношийг зөв тогтооход бэрхшээл учруулах нь маргаангүй боловч эдгээрийг алдаа гарах шалтгаан гэж үзэж болохгүй.

Алдааны шалтгаан бол танин мэдэх үйл явцын нарийн төвөгтэй, эсрэг тэсрэг шинж, оношлогосны тухайн шатанд танин мэдэхүйн өрөөсгөл хязгаарлагдмал байдалд оршино гэж үздэг. Орчин үед оношийн алдааны шалтгааныг объектив, субъектив гэж хоёр хувааж байна.

Оношийн алдааны объектив шалтгаан гэдэгт анагаах ухааны хөгжлийн орчин үеийн төвшинд зарим өвчин гүйцэд судлагдаагүй, хүний зарим эрхтэн системийг хурдан хугацаанд шууд үзэж, шинжлэх арга боловсонгүй болоогүйтэй холбоотой байна. Тухайлбал хорт хавдар, сэтгэц гэм судлалын нэлээд өвчнийг эрт, зөв оношлох явдал хамгийн туршлагатай эмчийн хувьд ч нэн төвөгтэй хэвээр байна. Цаашилбал аливаа өвчин хүн бүрд онцлог шинж тэмдгээр илрэх олон хувилбар нь онош тогтооход ноцтой бэрхшээл учруулж байна. Гэвч анагаах ухааны хөгжил нь эдгээр объектив шалтгааныг удам бүр багасгаж цаашид бүрэн арилгах боломжтойг түүхэн туршлага харуулж байна.

Объектив шалтгаан нь алдаанд зайлшгүй хүргэх ёстой мэт ойлгож болохгүй. Оношлогоо нь танин мэдэх үйл ажиллагаа болохын хувьд оношийн алдаа нь танин мэдэхүйн субъектийн үйл ажиллагаагаар зайлшгүй дамжин илрэх учраас дээрх объектив шалтгаан нь алдаа гарахад бололцоо төдий холбогдолтой юм.

Иймээс оношийн алдаа гарахад субъектив шалтгаан шийдвэрлэх нөлөөтэй гэж үзэх бөгөөд субъектив шалтгааны дараах хэлбэрүүд байна. Үүнд: Эмч өвчтөнийг анхааралгүй,

яаруу, өнгөц, дутуу үзэж, шинжлэх явдал хамгийн түгээмэл байдаг. Үзлэг судалгааг дутуу хийснээс өвчтөний биеийн байдлын тухай баримт бүрэн бус, өрөөсгөл шичжтэй болох бөгөөд овчний мөн чанарын талаар үнэн зөв дүгнэлт гарах үндэслэл болж чадахгүй, тавьсан онош алдаатай болоход хүрдэг байна.

Өвчтөнд илэрсэн янз бүрийн шинж тэмдгийг буруу үнэлэх, харгалзан үзэхгүй байх, уялдаа холбоог нь эс тооцох нь оношийн алдааны түгээмэл шалтгаан болдогийг туршлагатай эмч нар тэмдэглэж байна. Алдаанд хүргэж буй эдгээр шалтгааныг гаргахгүй байхын тулд, нэгдүгээрт: өвчтөнийг үзэж, шинжлэхдээ тодорхой арга зүй, дэс дараалал, бүх талыг хамрах зарчмыг хатуу баримтлах, хоёрдугаарт: өвчтөний биеийн байдлын талаарх мэдээ, баримтад бодитой хандах, өвчний шинж тэмдгийн ач холбогдлыг үнэлэхдээ хийсвэрлэхгүй байх шаардлага хангах явдал юм.

Өвчтөнийг өнгөц дутуу үзэж шинжилснээс гарах алдааны зэрэгцээ эмч нарын мэдлэг, дадлага дутагдсанаас шалтгаалан гарах алдаа ихээхэн хувийг эзэлдэг байна. Эмч нарын онолын бэлтгэл, орчин үеийн клиникийн мэдлэгийн дулимаг байдал нь оношийн алдааны нэн чухал субъектив шалтгаан юм. Судлаачид үзэхдээ орчин үеийн клиник анагаах ухааны оношлох боломж, түүнийг нийт эмч нарын практикт хэрэгжүүлж байгаа байдлын хооронд ихээхэн зөрөө гарч байна. Тухайлбал эмч нар лабораторийн шинжилгээ, аппарат хэрэгслэлийн тусламжаар авсан мэдээлэлд дүгнэлт өгөх чадвар дутагдалтайгаас тэдгээр нь үр дүнгээ өгөхгүй байна гэж тэмдэглэж байна. Үүнтэй холбоотой эмч бэлтгэх, давтан бэлтгэх, сургалтын чанарыг сайжруулах, нийт эмч нарт мэргэ-

жилдээ есөх, шинжлэх ухааны ололтыг түргэн эзэмших явдлыг байнгын хэрэгцээ гэж үздэг хүмүүжил олгох, эмнэлгийн хамт олны дотор мэргэжлийн хоцрогдол, үхширмэл байдлыг үл тэвчих уур амьсгал, бүтээлч эрэл хайгуул хийх, шинжлэх ухааны шинэхэн ололт бүрийг эзэмших эрмэлзэл бий болгох нь онцгой ач холбогдолтой болж байна.

Эмчийн сэтгэлгээний системгүй, эмх журамгүй, чиглэсэн тодорхой зорилгогүй байдал, сэтгэлгээний логик хууль зүйг зөрчих явдал нь оношийн алдааны бас нэгэн чухал субъектив шалтгаан юм. Баримтуудыг яаруу нэгтгэн дүгнэх, тохиолдлын шинжтэй өнгөц шинж тэмдэгт тулгуурлан онош тавих зэрэг хэлбэрээр илэрч байна. Энэ алдаанаас сэргийлэхийн тулд юуны өмнө эмч бүрт өвчтөнийг үзэх аргачлалыг дадлага зуршил болгон эзэмшүүлэх, өөрийн дүгнэлтэд шүүмжлэлтэй ханддаг чадвар тогтоох нь чухал юм.

Түүнчлэн үйл явдлын болж өнгөрсөн цаг хугацааны дарааллаас шалтгаант холбооны дүгнэлтийг яарч хийх тухайлбал өвчтөн, түүний төрөл садны ярианд эмч хэт автагдаж хэдийд юу идсэн, ямар өвчнөөр өвчилж байсан гэх мэтийг өрөөсгөлөөр үнэлэн, өөрийн мэдлэг, үзлэгийн үед илэрсэн бодит баримт зэргийг үл хайхран дүгнэлт хийснээс оношийн алдаа гарна.

Энэ хэлбэрийн алдаанаас сэргийлэхийн тулд үзлэгийн үед эмч өөрөө нөхцөл байдлын эзэн байж, өвчтөнийг өөрийн төлөвлөгөөний дагуу үзэж шинжилж, өвчтөний үгэнд анхааралтай хандах, хэт автагдахгүй байхыг зөв хөсөлж, дүгнэлтийг хүний үгээр биш өөрийн мэдлэг дадлага, баримт материалын бодит байдалд тулгуурлан гаргах, өвчний гажиг хэлбэр, хүч бүрт өвөрмөц байдалаар илэрдэгийг тооцон үзэх,

үзэгдэл юмсын хоорондын харилцан холбоо, шалтгаадлыг тодорхойлох логикийн энгийн (адилтгах, ялгах) гэх мэт шаардлагыг хэрэглэж чаддаг байх ёстой.

Оношлогооны алдаанд дүн шинжилгээ хийж, бодит үнэнд хүрэх замын ямар үе шатанд, яагаад эмчийн сэтгэлгээ хазайхад хүрэн гэдгийг тогтоож арилгахад онош зөв тавигдаж байгаа эсэхийг тогтоох шалгуур боловсруулж практикт хэрэглэх нь нэн чухал юм.

Энэ чиглэлээр орчин үед амбулаторийн оношийг больниц, клиникийн оноштой, клиникийн оношийг эмгэг анатомийн задлан шинжилгээний оноштой тохируулан шалгаж байгаа бөгөөд энэ нь харьцангуй шинжтэй боловч ихээхэн үр дүнтэй юм. Эмнэлгүүдийн дэргэд эмгэг анатомын алба байгуулж, клиник эмгэг анатомын бага хурал явуулж байгаа нь манай эрүүлийг хамгаалахын нэг ололт юм. Задлан шинжилгээ нь орчин үеийн нөхцөлд оношийн үнэнийг хэмжих хамгийн найдвартай арга боловч цорын ганц хэмжүүр гэж үзэж болохгүй.

Цаашилбал оношийн үнэн зөвийг өвчтөний эмчилгээний үр дүнгээр хэмжих санал дэвшигдэж байна. Эмнэлгийн байгууллагын ажлын чанарын хэмжүүр нь хүн амд үзүүлж буй эмчлэн сэргийлэх тусламжийн үр ашгийн дээшлэлт мөн боловч ерөнхий утгаар авч үзвэл оношлогооны чанар сайжирсныг эмнэлгийн үйлчилгээний хангамж дээшилж, эмчилгээний шинэ арга нэвтрэх зэргээс гарч буй үр дүнгээс ялган салгахад бэрхшээлтэй болох юм. Оношийг зөв тавьсан эсэхээс эмчилгээний үр дүн нь харьцангуй хамаарах төдийгүй зарим эвчнийг гүйцэд оношлосон бодовч эмчилгээ авахдаа муу байдаг зэргийг харгалзан үзвэл эмчилгээний үр дүнт дан ганц оношлогоотой холбон үзэх

нь учир дутагдалтай. Иймээс энэ хэмжүүрийг туйлын өвөрмөц эмчилгээ шаардах болон мэс заслын өвчнүүдийн үед хэрэглэх нь тохиромжтой юм. Түүнчлэн өвчтөний эмгэгийн динамик хөгжилд эмнэл зүйн ажиглалт хийх аргаар анхны оношийн үнэн зөвийг үнэлэх нэг шалгуур болгон үзэж байна.

Ийнхүү оношлогооны үнэн

зөвийг хэмжих төгс боловсролгүй хэмжүүр бий болоогүй хэдий боловч дээрх практик шалгууруудын аль нэгийг тохиромжтой хэлбэрээр нь сонгон авч оношлогооны чанарыг үнэлж дүгнэж байх нь оношийн алдааг бууруулах, эмчилгээний чанар үр дүнт дээшлүүлэхэд чухал ач холбогдолтой юм.

Редакцид ирсэн 1986—1—28

Г. ЭНХДОЛГОР, В. КОРДАЧ, П. МАРТАСЕК

ПОРФИРИНЫ ӨВЧНИЙ ОНОШЛОГОО ЭМЧИЛГЭЭ

Порфири бол гемийн синтезд оролцдог ферментүүдийн согогсоос шалтгаалж үүсдэг өвчин. Энэ согог нь ихэвчлэн төрөлхийн байдаг бөгөөд хамгийн олон тохиолдох (Porphyria cutanea tarda) хэлбэр нь ихэвчлэн олдмол байдаг.

Порфиринууд нь гем болон В₁₂ витамин, цитохром, хлорофил зэргийн найрлагад ордог амьдралын нэн чухал хэрэгцээт бодис юм. Порфирины солилцоо нь бие махбодод үйлчилдэг хүчилтөрөгчийн солилцоотой шууд холбоотой явагдах учраас амьдралын үндсэн нөхцөлийн нэг болдог. Хэвийн нөхцөлд бие махбодод порфирины нийлэгжилт маш нарийн зохицуулагдаж маш бага хэмжээгээр ялгаран гарч байдаг. Харин порфири өвчний үед порфиринууд нэлээд их хэмжээгээр хуримтлагдан ялгардаг (6, 8). Порфири өвчнийг синтезийн буюу хуримтлалын гол төвүүдийнх нь дагуу эритропоэтийн, эритрогенаталлийн, гепаталлийн гэж гурав ангилна. Үүнээс эхний хоёр хэлбэр нь ховор тохиолдоно. Гепаталлийн хэлбэр нь харьцангуй элбэг тохиолдох бөгөөд дотор нь цочмог, архаг гэж ангилж болно (5).

1. Бодисын солилцооны төрөлхийн архаг гажиг клиникийн шинж тэмдгээр илрэхийг цочмог порфири гэнэ. Өвчин цочмог илрэхэд дараах хүчин зүйл нөлөөлнө. Үүнд: сэтгэл санааны болон биеийн хүчний хямрал, халдварт өвчнөөр өвчлөх, мэс засал хийлгэх, жирэмслэх зэрэг болно. Порфири өвчин үүсгэх бодис цөөнгүй. Тухайлбал: согтууруулах ундаа, сульфонамидын бүлгийн эмүүд, барбитуратууд, хлордиазепоксид, глутетимид, гризеофуловин, хидантонол, мепробамат, эстрогенууд, жирэмслэлтээс хамгаалах эмүүд, хүнд металл мөнгө, тугалга, цайр, алколоид карта гэх мэт.

Цочмог порфири ихэвчлэн 20—30 насны хүмүүст (ялангуяа эмэгтэйчүүдэд) олонтаа тохиолдоно. Өвчин маш олон янзын эмнэл зүйн шинж тэмдэг, тэдгээрийн олон төрлийн хослолоор илэрдэг учраас оношийг буруу тавих гол шалтгаан болдог. Цочмог порфири өвчний илрэх үндсэн шинж тэмдгүүдийг хэдэн бүлэг болгоно.

— Хэвлий хүчтэй өвдөх, дотор муухайрах, бөөлжих, өтгөн хатах буюу хааяа шингэрнэ. Хэвлийн өвдөлт нь цочмог буюу байнга хүчтэй өвдөж улмаар хэдэн цаг, өдрөөр ч үргэлжилнэ.

Саа, саажилт байдлаар хөдөлгөөний өөрчлөлт тэнцвэр алдагдах, удаан хоолой зангирах, юм хоёр харагдах, дуугүй болох, нүүрний мэдрэл саажих, өтгөн, шингэн задгайрах гэх мэтийн мэдрэлийн өвчний шинж тэмдгүүд нь заавал хэвлийн өвдөлттэй хавсран илэрдэг.

Зүрхний цохилт олшрох, цусны даралт ихсэх, зүрхны давхаргын өөрчлөлтүүд зүрхний цахилгаан бичлэгт илрэх зэргээр зүрх судасны тогтолцооны талаас согог илэрнэ.

Сэтгэцийн зарим өөрчлөлт тухайлбал нойр хүлжих, сэтгэл санаа тогтворгүй, тайван бус, гутранги буюу хөөрөнги байдалтай болох, ухаан самуурах, ухаан балартах явдал ч гарна (2,4).

Эмчилгээ:

— Эмнэлэгт хэвтүүлж хэвтрийн дэглэмд байлгах

— Порфири өвчин үүсгэгч шалтгаан байж болзошгүй бүхий л нөхцөлийг өөрчлөх

— Шинж тэмдгийн эмчилгээ хийх. Үүнд: Гухайн өвчтөний биеийн байдалд тохируулан 10% глюкозын уусмалыг их хэмжээгээр венийн судсаар хийх, өвчин намдаах промедол, морфин зэргээр эмчилнэ.

— Гэдэсний саажилт үүссэн буюу удаан хугацаагаар өтгөн хатахад неостигмин, прозерин хэрэглэнэ.

— Цусны даралт бууруулах зүрх судасны талаас гарсан согогт β -блокаторууд, индерал зэргийг өгнө.

— Сэтгэцийн согогт—аминазин, электролитуудын солилцоог хэвийн болгох, шингэн алдагдахын эсрэг эмчилгээ хийнэ (1).

II. Элэгний архаг порфири буюу (porphyria cutanea tarda) өвчний шинж тэмдэг нь харьцангуй хөнгөн хэлбэрээр илэрнэ. Порфиринууд нь гэрлийн энергийг их хэмжээгээр шингээдэг бодис юм. Иймээс өвчтөний арьсанд нэлээд хэмжээгээр хуримтлагдсан порфирин гэрлийн энергийг ихээр шингээснээс болж иммунологийн болон бусад олон өөрчлөлт үүсч арьсыг гэмтээнэ.

Үүнд: цэврүүтэх, арьсны ил хэсэгт нөсөөжилт ихсэх, арьс амархан шалбарах, гуужих зэрэг шинж тэмдэг илэрнэ. Энэ нь бодисын солилцооны өөрчлөлтөнд элэг гүнзгий нэрвэгдсэний зөвхөн гадаад илрэл юм. Порфиринууд элгэнд хуримтлагдан исэлдэж хорт бодис болж хувирах бөгөөд элгийг гэмтээдэг.

БНСЧСУ-ын Карлын их сургуулийн эрдэмтэн доктор, профессор В. Кордачийн хийсэн судалгаанаас үзэхэд порфири өвчнөөр өвчлөөд эмчилгээ хийлгээгүй нас барсан өвчтөнүүдийн 64% нь элэгний хатангиралтай, 47,2% нь элэгний хавдар, хатангирал хосолсон байжээ.

Порфири өвчин нь даамжирч элэгний хатангирал, ялангуяа элэгний анхдагч хорт хавдартай болсон өвчтөнийг эмчлэхэд төвөгтэй бөгөөд заримдаа эмчилгээ авдаггүй.

Тийм ч учраас порфири өвчтэй хүмүүст цирроз буюу элэгний хорт хавдраас урьдчилан сэргийлэх эмчилгээ хийх нь чухал юм (5).

Эмчилгээ: — Юуны өмнө согтууруулах ундаа хэрэглэхийг хориглох.

— Өгөх, тос багатай, халуун ногоо холиогүй, шарж, хайраагүй хоол идэх.

— Биеийн ил хэсгийг нарнаас хамгаалах

— Элэгний үйл ажиллагааг сайжруулах эмчилгээ хийх.

B_6 , B_{12} , PP зэрэг витамин өгөх.

— Карболен их хэмжээгээр өгөх

— Цус авч эмчлэх (500 мл цусыг долсо хоногт 1 удаа) бүгд 4 удаа, 14 хоногийн завсарлагатай 2 удаа, сарын дараа нэг удаа

авах (3). Цус авч байгаа үед NaCl, гемодез зэрэг шингэн хийх зэрэг болно.

Дээрх курс эмчилгээ хийсний дараа хлорохиний бүлгийн эмийг бага хэмжээгээр өгөхөд үр дүн сайтай байдаг. Тухайлбал Делагил 125 мг-аар долоо хоногт хоёр удаа 10—12 сарын туршид өгнө.

Эмч нарын олонх нь порфири өвчнийг ховор тохиолддог гэж үздэг төдийгүй энэ өвчнийг оношлоход лабораторийн нарийн шинжилгээ, тусгай багаж хэрэгсэл шаардлагатай мэт буруу ойлгодог тал ч бий. Архаг порфири (porphyria cutanea tarda) болон цочмог порфирийг орон нутгийн нөхцөлд ч оношлож болно. Дараах шинжилгээ нь хялбар бөгөөд оношлогооны онцгой ач холбогдолтой.

Талькт сорилоор шээсэнд порфирин тодорхойлох

Хуруу шилэнд 10 мл өлөн шээс хийгээд 2—3 дусал цууны ханасан хүчлээр исэлдүүлнэ. Халбаганы үзүүрээр бага зэрэг тальк нэмж сэгсэрнэ. Ингэхэд тальканд порфирин шингэдэг. Талькийг тундасжсаны дараа шээсийг асгаж үлдсэн талькан дээрээ 10 мл 5% давсны хүчил хийж сэгсрээд тавина. Уусмал тундасжсаны дараа харанхуй өрөөнд ультра ягаан гэрлийн туяанд харахад:

а) Хөх ногоон өнгөтэй байвал-урвал сөрөг

б) ягаан өнгийг-бага зэргийн эерэг (500—800 микрограмм порфиринийг 24 цагт ялгаруулж байна)

в) улаан өнгөтэй байвал-нэн эерэг (800 микрограммаас илүү порфирин ялгарч байна гэж үздэг) (6).

Цочмог порфиритэй өвчтөний шээсийг гэрэлд тавихад өнгө нь харладаг. Энэ үзэгдэл өвчтөний шээсэнд хүчил холиход улам тодорхой болно. Цочмог порфирийн үед шээсээр их хэмжээний порфобилиноген ялгардаг бөгөөд үүнийг шээсэнд порфобилиноген тодорхойлох C. Watson, S. Schwartz нарын аргаар мэдэж болно. Үүнд: 1 мл шээсэнд 1 мл эрлийн уусмал (2% пара-диметиламинобензоладенид; 20% давсны хүчлийн уусмалтай) 2 мл ханасан CH_3COONa хийхэд ягаанаас улаан ягаан өнгөтэй болж байвал уг урвал эерэг гэнэ. Гэхдээ уробилиноген мөн ийм өнгө өгдөг бөгөөд ялгахын тулд ойролцоогоор 2 мл хлороформ нэмж сэгсрэхэд уг уусмалууд холилдож байвал уробилиноген, хэрвээ холилдохгүй тус тусдаа ялгарч байвал порфобилиноген байна гэж үзнэ. Энэ ялбар шинжилгээний дүнд цочмог порфири өвчнийг оношлож болохоос гадна архаг порфиритэй хүн хэвлийн хурц өвчин хүрсэн тохиолдолд цочмог порфири өвчнөөс ялган таньж болно.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. Л. И. Идельсон—„Нарушения порфиринового обмена в клинике“ 1968.
2. Н. П. Кузнецова, Б. С. Панков и др. „Порфирин“ 1981.
3. Б. Рагчаа—Порфириний солилцоо алдагдах өвчний эмчилгээний асуудалд. УБ. 1931.
4. V. Kordav. P. Martasek—Aktuini jaterni porphyrie vaz lek vez 33. 1984 (1009—1014).
5. V. Kordac—Porphyrie v klinicke praksi. 1978.
6. A. Kappas, S. Sassa, K. E. Anderson—The porphyrias in: J. B. Wyngaarden, J. B. Stanburg, D. S. Fredrickson, J. L. Goldstein Brown MS eds. The metabolic basis of inherited disease. 5 th ed New York Me. Gar—Hill. 1983. 1301—84
7. L. Malina, A. Chlumsky. A Chlumsky—Porphyria cutanea tarda. 1974.
8. R. N. Pimstone—Porphyria Cutanea Farda Sem. Iv. Dis. 2. 1982. 132—142.

Редакцид ирсэн 1986.02.24.

Г. ОРОСОО, Г. НАВЧСАН (Эх нялхсыг хамгаалах эрдэм шинжилгээний хүрээлэн)

Д. БАТЧУЛУУН (Эрүүл ахуй, халдвар, нян судлалын улсын институт)

ХҮҮХДИЙН ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ТУХАЙ ОЙЛГОЛТ

Социалист эрүүлийг хамгаалахын үндсэн гол онцлог бол урьдчилан сэргийлэх чиглэл мөн. Ялангуяа хүүхдийн эрүүл мэндийг хамгаалахад урьдчилан сэргийлэх ажил маш чухал ач холбогдолтой.

Эрүүл хүүхдийн насны онцлогийг мэдэхгүй, хүүхдийн бие махбодын хөгжлийн зүй тогтолыг ойлгохгүй, тэдэнд нөлөөлөх гадаад орчны хүчин зүйл, насны онцлогт тохирсон хоол, бусад дэглэм хүмүүжлийн арга хэмжээ зэргийг харгалзахгүйгээр аливаа өвчнөөс урьдчилан сэргийлэх ажлыг оновчтой зохион явуулж болохгүй юм.

Мөн хүүхдийн насны анатом физиологийн онцлогийг мэдэхгүйгээр аливаа өвчин эмгэгийг оношлох, тухайн өвчин төгс эдгэсэн эсэхийг гүйцэд тогтоогоогүй болон зарим эмнэлэг урьдчилан сэргийлэх байгууллагын зохион байгуулалт боловсронгуй биш, хүүхдийг диспансерийн хяналтанд хамруулах ажил хангалтгүй зэрэг дутагдлууд байна.

Хүүхэд эрүүл байхдаа л эмч, эрдэм шинжилгээний байгууллагын байнгын хяналтанд байх ёстой (3). Зөвлөлтийн хүүхдийн нэрт эмч, академич Г. Н. Сперанский "Физиологи бол амьдрал, хэвийн амьдрал билээ. Эрүүл хүүхдийн тоо, өвчтэй хүүхдийн тооноос хавьгүй олон гэдэг нь хэнд ч мэдээж. Ганц энэ баримт нь эмч нар физиологийг судлахын чухлыг харуулж байна. Учир нь физиологи нь эмгэгийг ойлгоход тусалж, тэр ойлголт нь физиологийн зүй тогтлын мэдлэгийг гүнзгийрүүлнэ" гэж хэлсэн нь одоо ч ач холбогдлоо алдаагүй байна (5).

Хүүхдийн өсөлт хөгжилт, гадаад орчинд дасан зохицох, түүнтэй харилцан үйлчлэх, бодисын солилцоо, дархлаа, биеийн эсэргүүцэл зэрэг нь насанд хүрэгчдийнхээс чанарын ялгаатай байдаг учир хүүхдийн бие махбод хөгжлийн тодорхой нэгэн үе шаттай байдаг.

Сүүлийн жилүүдэд хүүхдийн тэргүүний байгууллагын үйл ажиллагааг "Эрүүл мэндийн-индекс" буюу нэг ой хүртлээ нэгч өвчлөөгүй хүүхдийн тоогоор үнэлэх болж байна.

Бидний үзэж байгаагаар бол "Эрүүл мэндийн индекс"-д хүүхэд зөвхөн өвчлөөгүй байхаас гадна тэдний бие бялдар мэдрэл сэтгэхүйн хөгжилтийг нэгэн адил авч үзэх нь зүйтэй.

Дэлхийн эрүүлийг хамгаалах байгууллага "Эрүүл гэж зөвхөн өвчин согоггүй байх төдийгүй нийгэм, бие бялдар, оюун санааны өв тэгш байхыг хэлнэ" гэж тодорхойлж байна.

Эрүүл гэдэг ойлголт нь байгалийн шинжлэх ухааны "хэвийн байдал" гэдэг категортой нэлээд дүйх юм. Гэтэл хүний ялангуяа хүүхдийн хэвийн байдлын хязгаарыг тогтооход төвөгтэй юм (4).

Эмч нар өдөр тутмынхаа үйл ажиллагаанд өргөн ашигладаг үзүүлэлтүүдийн нэг бол эрүүл хүний бие махбодын бүтэц үйл ажиллагааны үзүүлэлт болох хэвийн хэмжээ юм. Энэ нь эрүүлийг эмгэгээс ялгах хэмжүүрийн нэг болно.

Альч үеийн эмч нар хүний эрүүл үеийн бүтэц үйл ажиллагааны тухай өөрийн гэсэн ойлголттой байж чухам үүн дээрээ тулгуурлаж өвчин эмгэгийг оношлон таньдаг байсан боловч хэвийн хэмжээ гэж юу болох, бүтэц үйл ажиллагааны чухам ямар

үзүүдэлтийг хэвийн гэж үзэх талаар онолын нэгдсэн дүгнэлтэнд хүрэхэд санал зөрдөг аж. Үүний учир нь уг ухагдахууны агуулга нь хүн төрөлхтөний мэдлэгийн түвшинтэй уялдан байнга баяжин, өөрчлөгдөн шинэчлэгдэж байдаг оршино. Тиймээс одоо ч гэсэн уг ухагдахууны нийтээр зөвшөөрсөн тодорхойлолт байхгүй байна.

Хэвийн хэмжээ гэдэг ухагдахууныг зөв тодорхойлохын тулд аялгуугаараа ялгаатай боловч олон тохиолдолд адил утгаар хэрэглэдэг хэвийн байдал (норм), хэвийн хэмжээ (норматив) гэдэг хоёр ухагдахууныг ялган салгах хэрэгтэй.

Хүүхдийн бие махбодын үйл ажиллагааны хэвийн байдал нь тэдний нас хүйс, удамшил, яс угсаа болон бусад олон хүчин зүйлээс шалтгаалж харилцан адилгүй байх ба физиологийн, биохимийн нийгмийн зэрэг олон хэлбэртэй байж болно (4).

Эрүүл гэдэг сйлголт нь нэлээд өөрчлөлт бүхий хэлбэлзэлтэй байх боловч бие махбодод чанарын өөрчлөлт гарахгүй гэсэн үг юм.

Өсөн хөгжиж буй хүүхдийн хувьд бол эрүүл гэдэг нь физиологийн үйл ажиллагаа насандаа тохирч байхыг хэлнэ гэж Ю. Ф. Змановский бичсэн нь нэлээд тохиромжтой дүгнэлт болжээ.

Хэвийн байдлын хэлбэлзэл нь ямар нэг өвчний эхлэл, өсөн хөгжиж буй бие махбодын дасан зохицохын өөрчлөлт зэргийг харуулах учир нэгэнт тогтоосон хэвийн байдал, хэмжээний хэлбэлзэл бүрийг эмгэг гэж үзэж болохгүй (5).

Хэвийн байдал, эмгэг хазайлт, хувийн ба "хэцүү" хүүхэд, дасан зохицолт ба үл зохицолт, бүтцийн ба үйл ажиллагааны өөрчлөлт эрүүл ба өвчтэй зэрэг категориудын хоорондын зааг тогтооход төвөгтэй хэвээр байна.

Хүүхдийн бие махбодын дотоод орчин гадаад орчинтойгоо харьцах онцлог "Зааг байдал" үүсэх нөхцөлийг бүрдүүлдэг.

Бие махбодын дотоод орчноо тэнцвэржүүлэх чадвар их, тэр нь гадаад орчны нөлөөн дор байнга хувьсан өөрчлөгдөж байдаг учир туйлын хэвийн байдал гэж байдаггүй.

Хүүхдийн өвчин судлалын практикт "зааг байдал" гэж өвчний шинж тэмдгүүд тод илрээгүй, идэвхтэй өвөрмөц эмчилгээ шаардахааргүй өөрчлөлтүүдийг хамруулан үзэж байна. Зааг байдал маш олон янз байх ба тодорхой ангилал одоогоор байхгүй байна.

Зааг байдал бүхий хүүхдийг диспансерийн хяналтанд авч эмчилгээ, оношилгооны дараах онцлогуудыг анхаарах хэрэгтэй.

1. Эмнэл зүй, лаборатори, өвчтөний зовиур шаналгааг динамиктай ажиглаж эмчилгээ оношлогоонд болгоомжтой хандах.

2. Оншийг хэтрүүлэн тавьж яаран эмнэлэгт хэвтүүлж эмчлэхээс болгоомжлох.

3. "Зааг байдал"-тай хүүхдийг нарийвчлан үзэж "өртөмтгий" байдлын бүлэг тогтоох.

4. Бие махбодын өөрийн нь нөөц чадварыг дайчлахад ихээхэн анхаарч антибиотик эмчилгээг аль болох хойшлуулах.

5. Урьдчилан сэргийлэх тарилга, ясли цэцэрлэгт өгөх эсэхийг зөв анхааралтай шийдэх хэрэгтэй (3).

Мөн орчин үед хүүхдийн эрүүл мэндийн бүлэг тогтоож байна.

С. М. Грамбах (1965) хүүхэд архаг өвчтэй эсэх, эрхтэн системийн үйл ажиллагааны байдал, бие махбодын эсэргүүцэл дархлаа, урвал чанар, бие бялдар мэдрэл сэтгэхүйн хөгжилт зэрэг шалгуур шинж тэмдгүүдийг харгалзан хүүхдийн эрүүл мэндийн бүлэг тогтоож болно гэж бичжээ.

ЗХУ хүүхдийн эмчлэн сэргийлэх байгууллагуудын үйл ажиллагаанд судалгаа хийж эрүүл мэндийн 5 бүлэг тогтоожээ.

Нэгдүгээр бүлэг

Ажиглалтын хугацаанд өвчлөөгүй буюу 1—2 удаа хөнгөн өвчилсэн, хүүхдийн эрүүл мэндэд нөлөөгүй жижиг гаж хөгжилтэй, тухайн үед ямар нэг өвчин эмгэгийн шинж тэмдэг илрээгүй хүүхдүүд орно.

Хоёрдугаар бүлэг

Нийгэм, биологи удамшлын сөрөг нөлөөлөлгүй, жилд олон дахин буюу удаан өвчилсэн, өвчин архагшиж магадгүй хүүхдүүд багтана.

Дараах заалтыг харгалзан эрүүл мэндийн хоёрдугаар бүлэг тогтоожээ.

- Жирэмслэлт, төрөхтэй холбоо бүхий эмгэг
- Эцэг-эх нь өвчтэй, архи уудаг, хагас буюу бүтэн ончин, "эцэг"-гүй хүүхэд зэрэг гэр бүлийн тааламжгүй байдал.
- Сульдаагийн нэгдүгээр зэрэг, эхлэл буюу үлдэцийн үе
- Биеийн жин өхдөх, багадаахын нэгцүгээр зэрэг
- Шүүдэст эмзэгшил, хоол болон эмэнд харшилтай байх
- Мэс заслын эмчилгээ шаардахааргүй төрөлхийн гаж хөгжлүүд
- Хавтгай тавхайтай (ултай) буюу төрөх үед зулай том бага буюу битүүрсэн байх зэрэг гажгууд
- Зүрх судасны системийн үйл ажиллагааны оорчлолт, цусны даралт ихсэх, багасгах хандлага, ачааллын үед гарах оорчлолт их байх.
- Гүйлсэн булчирхайн томролт хоёрдугаар зэрэг, хамрын таславч муруйсан байх, уушгины үрэвсэл, вирусын гаралтай хурц өвчнөөр олон өвчлөх.
- Цусны геомоглобин багасах.
- Сэрээ булчирхай томрох
- Мэс заслын эмчилгээ шаардлагатай шүдний гаж хөгжлүүд, шүдний зуулт оөрчлөгдөх, 6—8 шүд хорхойтох.
- Мэдрэл сэтгэцийн хөгжилт хоцронго байх, дультаа байх, мэдрэлийн өвчнүүд.
- Хоолонд дургүй, үе үе бөөлжиж гүйлгэх, хэвлийгээр өвдөх
- Хялар, ойрын хараа муудах
- Сүрьеэгийн сорил эргэлзээтэй байх
- Удаан үргэлжилсэн халдварт ба халдваргүй өвчний эдгэрэлтийн үе.

Гуравдугаар бүлэг

Цөөн дахидаг архаг өвчтэй, ээнэгшлийн үедээ байгаа төрөлхийн гажгууд, хавсарсан өвчнөөр жилд 4-өөс дээш өвчилсэн хүүхдийн биеийн байдалд онц нөлөөгүй архаг өвчтэй хүүхдүүд орно.

Ээнэгшлийн байдлыг зөвхөн өвчилсэн эрхтэний талаас гарах үйл ажиллагааны оорчлолттай, бусад эрхтэн системийн талаас оорчлолтгүй байдлаар тогтооно.

Дөрөвдүгээр бүлэг

Ээнэгшил алдагдах үедээ орсон архаг өвчин, олдмол гажгууд, бие бялдрын хөгжилт хоцронго байх, үндсэн өвчний дахилт хүнд бие боловч дахилтын дараа хүүхдийн биеийн байдал оорчлогдох, хавсарсан өвчнүүд удаан эдгэх зэргийг харгалзан тогтооно. Ээнэгшил алдагдах шатанд зөвхөн өвчилсэн эрхтэний талаас төдийгүй бусад эрхтэн системийн үйл ажиллагааны хямрал илрэнэ.

Тавдугаар бүлэг

Хүнд архаг өвчтэй буюу ээнэгшил алдагдсан төрөлхийн гажгууд өөрөөр хэлбэл хүүхдийг тахир дутуу болгоход хургэсэн өвчнүүд орно. Хүүхдийн эрүүл мэндийн бүлгийг хамгийн хүнд явцтай өвчний байдлаар тогтооно (2).

Манай орны байгаль, цаг уур, хүн амын амьдралын өвөрмөц байдалтай холбон юуны өмнө хүүхдийн насны онцлогийг өөрийн орны нөхцөлд судлаж эрхтэн системийн хэвийн байдал, хэмжээг тогтоох шаардлагатай байна. Улмаар бүх насны хүүхдийн онцлогийг тэдний хүрээлэн буй орчин гэр бүл, ясли цэцэрлэг сургууль, сургуулийн дотуур байрны үйл ажиллагаа, зохион байгуулалттай уялдуулан судлах хэрэгтэй байна.

Эдгээрийн үндсэн дээр хүүхдийн эрүүл мэндийн бүлэг тогтоож тэдний эрүүл мэндийг үнэлж хүүхдийг 100 хувь диспансерийн хяналтанд байлгах нь зүйтэй юм.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. К. Н. Дорожнова—Роль социальных и биологических факторов в развитии ребенка. М. Медицина, 1983, 160.
2. М. П. Матвеев, А. В. Чебуркин—Пограничные состояния у детей. Педиатрия, 1981, 12, 8—12.
3. А. Ф. Тур—Изучение возрастных особенностей здоровых детей несоблюдение условий дальнейшего успеха. Педиатрия, 1958, 6, 3—7.
4. М. Я. Студенников, Л. К. Скорнякова и М. Н. Никитина—Медицинские проблемы роста и развития детей. Педиатрия, 1971, 6, 5—9.
5. Медицинские проблемы роста и развития здорового ребенка—ведущее направление программы научных исследований в педиатрии. Педиатрия, 1983, 4, 3—6.
6. Г. Дашзэвэг, П. Нямдаваа, Ц. Эрдэнэсамбуу—Хүний биеийн бүтэц, үйл ажиллагааны хэвийн хэмжээ. 1980.

Редакцид ирсэн 1986—01—12.

Д. ЖОДОВ (Анагаах ухааны дээд сургууль)

ПЕРИТОНИТЫН АНГИЛЛЫН ЗАРИМ АСУУДАЛ

Яаралтай мэс засал шаарддаг хэвлийн хөндийн цочмог өвчнүүдийн дотор перитонит дунджаар 16—20%-ийг эзэлдэг болохыг зарим эрдэмтдийн судалгаа харуулж байна (5,6, 10).

Хэвлийн хөндийд хийх мэс заслын тоо олширч арга нь улам нарийн төвөгтэй болсноос мэс заслын дараагаар үүсэх перитонит ихсэж, өвчтөн эндэх явдал буурахгүй байгаа тухай эрдэмтэд тэмдэглэсэн байна (1,7). Перитонитыг цаг алдалгүй оношилж, эмчилгээний тактикийг зөв зохистой боловсруулахад доорх ангилал чухал үүрэгтэй.

Перитонитын ангилал дотроос үрэвсэл хэвлийн хөндийгөөр тархан байрлах тухай асуудал нэг мөр болоогүй байна.

В. С. Савельев (5), В. И. Стручков (6) зэрэг судлаачид перитонитыг хэсгийн (местный), өөр хэсэг рүү шилжсэн тархмал (разлитой) гэж үндсэн хоёр ангид хуваадаг. Хэсгийн перитонитыг гэр үүсгэсэн буглаа маягийн хязгаарлагдмал (осумкованный), болон тархах хандлага бүхий задгай гэж хоёр хуваана.

В. Д. Федоров (10), В. Д. Савчук (7), В. И. Казанский (2), В. С. Маят (3), Г. Л. Ратнер (4) З. А. Топчашигили (8) зэрэг олон судлаачид хэвлийн хөндий дэх идээт голомтоос үүссэн хэсгийн перитонит нэвчин (диффузный) тархаж улмаар түгээмэл (общий) перитонит болон хувирдаг гэж үздэг.

Тархмал, нэвчсэн, тархан нэвчсэн гэх мэтээр өөр хооронд нь салгах нарийн зааггүй нэр томъёог хэрэглэсэн байдаг. Жишээ нь:

В. Н. Тонқовын хэвлийн урд ханыг 9 хэсэг болгож хувааснаар В. Д. Савчук (7) тэр 9 хэсгийн 2—5 хэсэгт перитонит үүсвэл түүнийг нэвчмэл перитонит гэж нэрлэсэн байдаг. Хэвлийн хөндийд байгаа үрэвслийг ханаар нь мэдэж оношлох бололцоогүй учир үүнийг практикийн ач холбогдол багатай гэж үздэг байна.

В. Д. Федоров (10) хэвлийн хөндийн олон зайнуудын аль нэгийг үрэвслийг хэсгийн перитонит гэж үзээд хөндлөн бүдүүн гэдсээр хоёр хуваагддаг хэвлийн хөндийн дээд, доод хэсгийн аль нэг нь үрэвссэн байвал тархмал, хэвлийн хөндий нийтээр үрэвссэн байвал түгээмэл перитонит гэж нэрлэжээ.

А.А. Шалимов (11) зэрэг судлаачид перитонитыг анхдагч хэсгийн хязгаарлагдмал, түүнээсээ нэвчин тархаж түгээмэл шинжийг олдог, мөн хоёрдогч хязгаарлагдмал байдаг гэж ангилсан байна. В. П. Петров (9) перитонитыг хэвлийн хөндийн зай завсраар гэр үүсгэн хязгаарлагдсан буюу эсвэл хязгаарлагдаагүй (хэсгийн, тархмал, түгээмэл) гэж үндсэн хоёр ангитай ангилал зохиожээ.

Эдгээр ангилал нь перитонитыг хязгаарлагдсан байдлаар хураангуйлан ойлгоход хялбар болгосон бөгөөд үрэвслийн голомтонд байгаа хэсгийн перитонит аажмаар нэвчин тархсаар түгээмэл болдог энэхүү өвчний дэс дарааллыг ихэд анхаарсан байна.

Бид перитонитын талаар дээр өгүүлсэн олон тооны ангиллын дагуу өөрсдийн дагаж мөрддөг ангиллын хувилбарыг баяжуулж, эмч нарын өдөр тутмын практикт хэрэглэдэг байдлаар нь танилцуулав.

Перитонитыг хэсгийн ба тархмал гэж ангилдаг бөгөөд хэсгийнхийг нь гадуураа гэр бүхий буглаа хэлбэрийн, эсвэл үрэвслийнхээ голомт тойроод байгаа гэр үүсгээгүй задгай гэж хоёр хуваадаг. Хэсгийн перитонитын үед өвчтөний биеийн байдал хөнгөн, шинж тэмдэг нь үндсэн өвчнөөр илрэх ба мэс засал хийхдээ идээт голомтыг арилгаад ором руу нь гуурс тавина. Хэсгийн перитонит голомтоосоо хальж өөр хэсэг рүү нэвчиж шүүрч орсон бол тархмал перитонит гэнэ. Хязгаарлагдмал байгаа ийм тархмал перитонитыг бид хязгаарлагдсан тархмал перитонит гэж нэрлэв. Энэ үед өвчтөний биеийн байдал хүндэвтэр, хордлогын гүнхны шинжүүд илэрч эхлэх ба хэвлийн хөндийн голомтот үрэвслийн шинж тархмал байдалтай болно. Эмчилгээ нь; Голомтыг арилгаж ором руу нь гуурс шургуулах ба үрэвсэл шилжсэн хэсэг рүү нэмэлт зүслэгээр хэвлийн хөндийд, угтуулсан хоёрдохь гуурсыг тавина.

Хязгаарлагдсан тархмал перитонит цаашдаа зогсолтгүй нэвчин тархсаар хэвлийн хөндийн дөрөвний гурваас илүү зайг хамарсан буюу аарцгийн ёроолоос өрцний хүнхрийг хүртэлх зайг хамарсан бол түүнийг түгээмэл тархсан перитонит гэж нэрлэнэ. Энэ үед өвчтөний биеийн байдал маш хүнд байх бөгөөд хордлого ч түгээмэл шинжтэй илэрнэ.

Түгээмэл тархсан перитонитыг эмчлэхдээ голомт хаана байгааг үл харгалзан аюулхайгаас умдаг хүртэл хэвлийн гол шугамаар хагалгаа хийж голомтыг арилган хэвлийн хөндийг асептикийн дэглэмийн дагуу цэвэрлэнэ. Дараа нь хүйсний баруун, зүүн, дээр, доор нэмж зүсээд тэдгээрээр гуурс хийж мэс заслын дараах угаалга, диализ зэрэг эмчилгээ хийнэ.

Иймээс үрэвслийн эзлэх талбай өвчний явцаас үүдэн гарсан бидний баримталж байгаа энэ ангиллаас эмчлэх арга нь өөр байдаг.

Ходоод, гэдэс цоорох, цул, эрхтэн хагарч цус алдсанаас үүсэх, сүрьеэ, шалтгаан нь тодорхойгүй цочмог түгээмэл перитонит энэ ангиллын хэлбэрт хамаарахгүй.

1. А. И. Древина, Н. И. Конолова-Вестн. хир, 1977, 8. 16—21
2. В. И. Казанский -В кн.: Многоотомное руководство по хирургии. М, 1960, 648—702
3. В. С. Маят, В. Д. Федоров, Т. М. Никитан-Хирургия, 1970, 10, 155—156
4. Г. Л. Ратнер, Г.И. Демидов, А.Ю. Саножков. Клин хир 1980, 4, 21—24,
5. В. С. Савельев, -В кн: Всероссийская конференция хирургов. М, 1970.
6. В. И. Стручков, В. А. Сахаров. В кн; Функциональные методы исследования при хронических заболеваниях и травмах органов грудной и брюшной полости. М. 1980, 38, 78—80
7. В. Д. Савчук-Гнойный перитонит. М., 1979.
8. З. И. Тончавили, В. Л. Кассиль, Н. М. Янюшин и др Хирургия, 1970, 2 3—6
9. В. П. Петров-Хирургия, 1932. 11, 98.
10. В. Д. Федоров Лечение перитонита. М. 1974.
11. А. А. Шалимов, В. И. Шапошников, М. П. Пинчук-Острый перитонит. М. 1981, 3—14.

Редакцид ирсэн 1985—01—08.

Б. ОЧИР. (Анагаах ухааны дээд сургууль)

ГЭДЭСНИЙ ХАЛДВАРТ ӨВЧНИЙ ГОЛОМТЫГ ДҮН БҮРТГЭЛИЙН АРГААР СУДЛАХ НЬ

Халдварт өвчтэй хүн, нян тээгчийн оршин буй орон сууц, эд юмс, өвчтөнөөс ялгарсан нянгаар бохирдсон байж болох бүх хүмүүс болон объектыг халдварт өвчний эпидемийн голомт гэнэ. Зарим үед эпидемийн голомт нь ажлын газартай холбоо бүхий өргөн хүрээтэй байж болно.

Гэдэсний халдварт өвчний эпидемийн голомтыг тооны байдлаар нэг өвчлөлтэй, олон өвчлөлтэй гэж хуваана.

Нэг өвчлөлтэй голомтын үед халдварыг дамжуулах хүчин зүйл нь голдуу гэр орны хавьтал, ахуйн зам байдаг.

Олон өвчлөлтэй голомтууд нь үүсч байгаа шинжээрээ харилцан адилгүй.

1. Улаан суулга өвчин нууц үедээ нэг айлын хэд хэдэн хүнийг өвчлүүлж болно. Ийм голомтыг нэг зэрэг үүссэн олон өвчлөлтэй голомт гэнэ. Халдварыг дамжуулагч хүчин зүйл нь голдуу ус ба хоол хүнсний зүйл байдаг.

2. Улаан суулга өвчнөөр нэг айлын нэг хүн өвчилж нууц үе өнгөрсний дараа дахин шинээр хүн өвчилж болно. Ийм голомтыг хоёр дахь өвчлөлтэй голомт гэнэ. Хоёрдахь өвчлөлтэй голомт үүсэх нь анхдагч голомтод сэргийлэх арга хэмжээ хангалтгүй хийснээс болно.

Дээрхээс үзэхэд олон өвчлөлтэй голомтын үүсч байгаа шинж чанар ялгаатай нь халдвар дамжсан хүчин зүйлүүд харилцан адилгүйгээс хамаарна.

Гэдэсний халдварт өвчний тархалтад нөлөөлж байгаа дамжуулагч хүчин зүйлийг тодорхойлохдоо голомт бүрийг судалсан материалыг нэгтгэн боловсруулж судлахаас гадна голомтуудын үүсч байгаа шинж байдлын үзүүлэлтийг сар, улирлаар гаргах нь ач холбогдолтой юм.

Голомтын үүсч байгаа шинж байдлыг доорх үзүүлэлтээр тодорхойлно. Үүнд:

1. Голомтын ерөнхий үзүүлэлт
2. Нэг зэрэг үүссэн олон өвчлөлтэй голомтын үзүүлэлт
3. Хоёр дахь өвчлөлтэй голомтын үзүүлэлт
4. Голомтын үргэлжлэх бодит хугацааны дундаж үзүүлэлт зэрэг болно.

Голомтын ерөнхий үзүүлэлтийг гаргахдаа тодорхой хугацаанд гарсан бүх өвчтөн, нян тээгчийн тоог хамрагдсан голомтын тоонд хуваана.

Тухайлбал 7-р сард улаан суулга өвчнөөр 50 хүн өвчилж 20 нян тээгч илэрсэн, эдгээр нь 48 голомтод байжээ

$$\text{Голомтын ерөнхий үзүүлэлт нь: } \frac{50+20}{48} = \frac{70}{48} = 1,8$$

Голомтын ерөнхий үзүүлэлт нь нэгээс их болох тутам олон өвчлөлтэй голомт олширч байгааг илтгэнэ. Нэг зэрэг үүссэн олон өвчлөлтэй голомтын үзүүлэлтийг гаргахдаа нууц үеийн дотор үүссэн уг голомтонд хамрагдсан өвчтөн ба нян тээгчдийн тоог хамрагдсан голомтын тоонд хуваана.

Тухайлбал: 7-р сард нэг зэрэг үүссэн олон өвчлөлтэй голомт 9 гарсан ба түүнд 21 өвчтөн хамрагджээ.

$$\text{Нэг зэрэг үүссэн олон өвчлөлтэй голомтын үзүүлэлт нь: } \frac{21}{9} = 2,3$$

Нэг зэрэг үүссэн олон өвчлөлтэй голомтын үзүүлэлт 2-оос бага байх ёсгүй. Хоёроос их болох тутам дамжуулагч нийтлэг хүчин зүйл илэрч байгаа нь харагдана.

Хоёрдахь өвчлөлтэй голомтын үзүүлэлтийг гаргахдаа уг голомтонд байгаа өвчтөний тоог хамрагдсан голомтын тоонд хуваана.

Тухайлбал: 7-р сард улаан суулга өвчний хоёрдахь өвчлөлтэй голомт 8 гарсан ба түүнд 12 өвчтөн хамрагджээ.

$$\text{Хоёрдахь өвчлөлтэй голомтын үзүүлэлт нь: } \frac{12}{8} = 1,5$$

Энэ үзүүлэлт нэгээс их болох тутам анх илэрсэн голомтонд авсан сэргийлэх арга хэмжээ хангалтгүйг харуулах ба халдвар нь голдуу хавьтал ахуйн замаар дамжсан байна.

Голомтын үргэлжлэх бодит хугацааны дунжийг голомт бүрийн үргэлжилсэн хугацааг нэг бүрчлэн бодож тодорхойлно.

Нэг голомтын үргэлжлэх бодит хугацааг өвчин эхэлсэн өдрөөс төгсгөлийн халдваргүйтгэл хийсэн өдөр хүртэлх хоногоор гаргана.

Тухайлбал: 1985 оны 3-р сарын 1-нд өвчин эхэлсэн 6а мөн сарын 3-нд эмчид үзүүлж тэр өдөртөө эмнэлэгт хэвтэж, төгсгөлийн халдваргүйтгэл хийлгэв. Үүнээс хойш энэ голомтоос дахин өвчин гараагүй.

Голомтын үргэлжлэх бодит хугацаа 3-р сарын 1-нээс 3 хүртэл бүгд 3 хоног болно. Хэрвээ энэ голомтоос 3-р сарын 9-нд дахин хүн өвчлөх буюу нян тээгч илэрсэн бол голомтын үргэлжлэх бодит хугацаа 3-р сарын 1-нээс 9 хүртэл бүгд 9 хоног гэж үзнэ.

Нян тээгчийн хувьд голомтын үргэлжлэх бодит хугацааг тодорхойлохдоо шинжилгээний материал авсан өдрөөс эмнэлэгт хэвтүүлж төгсгөлийн халдваргүйтгэл хийсэн өдөр хүртэлх хугацааг авна.

Хэрвээ өвчтөн эмнэлэгт хэвтээгүй бол өвчин эхэлсэн өдрөөс голомтонд байнгын халдваргүйтгэл хийж эхэлсэн өдөр хүртэлх хугацааг авна.

Голомтын үргэлжлэх бодит хугацааны дундаж үзүүлэлтийг гаргахдаа голомт нэг бүрийн үргэлжилсэн бодит хоногийг голом-

туудын тоогоор үржүүлж гарсан тооны нийлбэрийг бүх голомтын тоонд хуваана.

$$\text{Бодох томъёо: } M = \frac{\sum V \cdot P}{n}$$

M—голомтын үргэлжлэх бодит хугацааны дундаж

V—голомтын үргэлжилсэн бодит хугацаа

P—голомтын тоо

n—бүх голомтын тоо

Σ—нийлбэр

Тухайлбал: 7-р сард улаан суулга өвчний 48 голомт үүсжээ.

Эдгээр голомтуудын үргэлжилсэн бодит хугацаа харилцан адилгүй байв. 3 хоног үргэлжилсэн голомт 20, 4 хоног үргэлжилсэн голомт 16 гэх мэт. Үүнийг доорхи хүснэгтээр үзүүлье.

Хүснэгт 1

V	P	V·P
3 хоног	20 голомт	3×20=60
4	16	4×16=64
8	8	8×8=64
10	2	10×2=20
12	1	12×1=12
20	1	20×1=20
	48	240

$$M = \frac{240}{48} = 5$$

Энэ үзүүлэлт нь халдварын нууц үеэс бага болох тутам халдвар дамжуулах хүчин зүйлүүд олширч байгааг харуулах ба нууц үеэс их болох тутам оношлолт, хэвтүүлэлт хожуу, голомтонд авсан сэргийлэх арга хэмжээ хангалтгүйг илэрхийлнэ.

Голомтуудын үргэлжлэх бодит хугацааны дундаж үзүүлэлт богиносч, голомтын ерөнхий үзүүлэлтүүд ихсэх нь гэдэсний халдварт өвчний дамжуулагч хүчин зүйлүүд олширч нийтлэг замтай (ус, хоол, хүнс) болж байгаагийн дохио болно.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. Н. И. Абрамова — Очаговости кишечных инфекции 1974.
2. И. И. Елкин — Эпидемиология. 1979
3. В. М. Жданов — Общая эпидемиология. 1959

Редакцид ирсэн 1985—04—15

Ш. ЖАДАМБА (Анагаах ухааны дээд сургууль)

КЛИНИК ЛАБОРАТОРИЙН СУДАЛГААНД ИЖИЛСГЭСЭН АРГУУДЫГ НАРИЙСГАХ АСУУДАЛД

1940-өөд оноос клиник (эмнэлгийн) шинжилгээний аргыг нарийсгах шинжилгээний чанарыг сайжруулахад ихээхэн анхаарах болсон байна.

Орчин үед эмнэлэгт сонгомол арга зүйг хэрэглэх нь онцгой ач холбогдолтой бөгөөд үр дүн нь аль ч лабораторт ижил байвал уг арга зүйн шинжилгээний алдаа нэг ижил байдаггүй. Алдаа тохиолдлын, тогтмол гэсэн хоёр янз байна.

— Тохиолдлын алдаа нэлээд тохиолддог ба жингийн болон эзэлхүүний хэмжилт, бодисыг халаах явц, цаг хугацаа зэргээс хамааран гардаг учраас шинжилгээнд хэрэглэж байгаа шимүүр, эзэлхүүн бүхий савууд нэг төрлийн байхаас гадна түүнд засвар хийсэн байх шаардлагатай. Бодисуудыг тодорхой градуст халаахдаа аль болох жигд халаах, явагдаж буй урвалын цаг хугацааг нарийн баримтлах, хэрэглэх дээжүүдийг зөв бэлтгэх нь чухал юм.

Тогтмол алдааг тохиолдлын алдаан дээр нэмсэн алдаа гэж үзэх үндэстэй бөгөөд хэрэглэж байгаа стандарт, жиших муруйг байгуулсан байдал, багаж төхөөрөмж, урвалж бодисуудын чанар зэргээс хамааран илэрдэг. Стандартаас гарсан алдаа тохиолдлын ч байж болох талтай, Хоёр лабораторт өөр өөр стандарт хэрэглэж байвал дүн зөрөөтэй гарч болох тул стандартын хувь, концентрацийг шалгаж байхын гадна, хийж байгаа шинжилгээний их багаас хамаарах боловч стандартаас нэлээд хэмжээгээр авч хэрэглэх нь алдааг багасгана. Жиших муруйг 1—4 стандарт уусмалаар (харьцуулах журмаар) босгох нь үр дүн сайтай болно. Тэхдээ маш болгоомжтой, удаан, нямбай хийх ёстой.

Урвалжуудаас уусмал бэлтгэх, уусмалаас уусмал бэлтгэхдээ хэмжээ, эзэлхүүн ихтэй бэлтгэж, уусмалын орчин (ph)-ыг (ялангуяа комплекс нэгдэл үүсгэх процесс, ферментэн урвалд) анхаарах нь чухал. Ер нь тохиолдлын, тогтмол аль ч алдаа байлаа гэсэн алдаа гарсан шалтгааныг дор нь илрүүлж зогсоох хэрэгтэй. Тохиолдлын алдаа уг арга зүйн үр дүнг, тогтмол алдаа түүний зөвийг тодорхойлдог. Тохиолдлын алдааг тогтмол алдаанаас ялгахад шинжилгээний маш нарийн арга зүйгээр шалган харьцуулж олон давталттай тодорхойлолтоор үнэлгээ өгнө. Энэ ажлын гол зорилго нь үндсэндээ арга зүйн үр дүнгийн шинжилгээ юм. Өөрөөр ажиглагдаж буй шинжилгээний алдааг гарч, болох тогтоогдсон хязгаартай (математикийн боловсруулалт хийсэн үр дүнгийн хэлбэлзлийн хязгаар) харьцуулж уг арга зүйг хэрэглэх эсэхийг шийдэж болох юм.

Дээрх хязгаарын тодорхойлогдох аргууд янз бүр боловч үндсэнд нь:

1. Клиникийн шаардлагад чиглэсэн
2. Мэргэжлийн нэлээд клиник-оношлолын лабораторийн гаргасан үр дүнгийн зөвд чиглэсэн гэж хоёр хэсэгт хуваана. Энэ алдааны хязгаар нь арга зүй тус бүрд тодорхойлогдох ёстой. Эмнэлгийн гарч болох алдааны хязгаарыг тогтоох зарчмуудын талаар олон санал байдаг боловч арга зүйн алдааны хэмжээ нь хяналтын материалын судалгааны давтамжаар гарган авсан дүнгийн 2 дундаж квадратын хэлбэлзлэл ($2S$)-ээр үнэлэгдэнэ. Иймд гарч болох алдааны хязгаар өөрчлөлтийн коэффициент (коэффициент вариации) -ээр илэрнэ гэж ойлгож болох юм.

Алдааг хянах нэг хүчин зүйл бол лабораторид дотоод, гадаад гэсэн хяналт тавих шаардлагатай. Үүний тулд дээр бичигдсэн бүх аргууд, алдаа гарах хүчин зүйлүүдээс аль болох болгоомжлон шинжилгээнд авч буй тухайн ийлдэст бүх үзүүлэлтийг тодорхойлж тооны боловсруулалт хийж, үр дүнг харьцуулан тооцох хэрэгтэй. Жишээ нь: Цусны ийлдэст сахар (глюкоз)-ын хэмжээг орто-толуидины аргаар тодорхойлоход математикийн дундаж $M = 100\text{мг}\%$ дундаж квадратын хэлбэлзлэл (S) ± 8 гарлаа гэж үзвэл $M \pm 2S$ буюу 100 ± 16 ; болох учир сахарын хэмжээ $84 - 116\text{мг}\%$ байна. Үүнээс өөрчлөлтийн коэффициентийг гаргавал:

$$\frac{S \cdot 100}{M} = \frac{8 \cdot 100}{100} = 8\%$$

Гарч байгаа коэффициент 5% гарвал үр дүн нэлээд сайн гэж үзэж болох юм. Хэрэглэж байгаа арга зүйн нарийвчлал (үр дүн)-ыг шалгахын тулд мөн дээжинд уг аргаар өөр лабораторт шалгуулах, өөр улсад хийсэн шинжилгээний дүнтэй харьцуулах зэргээр гадаад хяналт тавих хэрэгтэй. Харин өөрийн лабораторт хяналт тавихын тулд шинжилгээний карт хөтлүүлж алдааг хянах нь тохиромжтой байдаг.

Карт хөтлөхөд онцгой анхаарах зүйл бол карт дээр өөр өөр арга зүйгээр гаргасан үр дүнг хөтөлж болохгүй. Тодорхой арга зүй хэрэглэж гарсан үр дүнгийн зөв эсэхээс клиник лабораторийн шинжилгээний чанар хамаараад зогсохгүй оношлогоо, эмчилгээний цаашдын явц шууд хамаарах учраас клиник лабораториудад хамгийн сонгомол, хялбар нэг төрлийн арга зүйг хэрэглэх нь тухайн шинжилгээний үр дүнг болон оношлогоо эмчилгээний асуудлыг зөв шийдэхэд ихээхэн ач холбогдолтой юм.

Редакцид ирсэн 1985—10—25.

ЭЛЕКТРОКАРДИОГРАММД ЗҮРХНИЙ ЦАХИЛГААН ТЭНХЛЭГИЙГ ТОДОРХОЙЛОХЫН ОНОШИЙН ХОЛБОГДОЛ

Зүрхний булчингийн сэрлийн үед үүсэх цахилгаан хөдөлгөгч хүчний векторуудын дундаж чиглэлийг зүрхний цахилгаан тэнхлэг (ЗЦТ) гэж нэрлэх ба хэвийн нөхцөлд энэ нь зүрхний сууриас орой тийш чиглэсэн уртааш тэнхлэгтэй тохирч байдаг. Энэ тэнхлэг нь стандарт I-р холболтын буюу зүүн тийш хандсан хэвтээ тэнхлэгтэй өнцөг үүсгэснийг альфа өнцөг гэнэ. Практикт ЗЦТ-ийг альфа өнцгөөр илэрхийлэх ба эрүүл хүнд $+40^\circ - +70^\circ$ гэж үзэх боловч 0° -аас $+90^\circ$ -ын хооронд хэлбэлзлэлтэй байж болно. Альфа өнцөг үүсгэлтээр нь ЗЦТ-ийн $0^\circ - +40^\circ$ -ыг хэвтээ, хагас хэвтээ, $+40^\circ - +70^\circ$ -ыг үндсэн, $+70^\circ - +90^\circ$ -ыг хагас босоо, босоо байрлал гэж үзэхээс гадна $0^\circ - -30^\circ$ байвал зүүн хазайлт, -30° -аас бага (-90° хүртэл) бол хэт зүүн хазайлттай, $+90^\circ - +120^\circ$ байвал баруун хазайлт, $+120^\circ$ -аас их (180° хүртэл) бол хэт баруун хазайлттай байрлал гэж тодорхойлдог. ЗЦТ нь зүрхний булчингийн зөвхөн электрофизиологийн процессын тусгал учраас оношийн холбогдлын үүднээс авч үзэхдээ цээжний хөндийд байрлаж байгаа зүрхний анатомийн байрлалтай адилтгаж болохгүй.

Орон зайн хувьд фронталь хавтгайд тусгал нь илрэх стандарт болон мөчний хүч нэмэгдүүлсэн нэг туйлт холболтуудад ЗЦТ-ийг тодорхойлох үйлдэл хийнэ. Ингэхдээ тосгуурын сэрлийн тусгал P шүд, ховдлын сэрлийн тусгал QRS , ховдлын реполяризацийн тусгал T шүд тус бүрийн цахилгаан тэнхлэгийг тодорхойлох боловч ховдлын иж бүрдлийн тэнхлэгээр ЗЦТ-ийг тогтооно. ЗЦТ-ийн үндсэн байрлалын үед ховдлын иж бүрдлийн R шүдний амплитудын харьцаа $R_{II} > R_I > R_{III}$, баруун хазайлтын үед $R_{III} > R_{II} > R_I$, зүүн хазайлтын үед $R_I > R_{II} > R_{III}$ байна.

ЗЦТ-ийн байрлал ба хазайлтыг дурдсан холболтуудын тусгалын R , S шүдний амплитудын хэмжээ, харьцааг үндэслэн хүснэгтээс харж тодорхойлохоос гадна ЭКГ дээр нүдээр харж шууд тодорхойлж болох зарим байрлал байдаг. Альфа өнцөг $+90^\circ$ буюу ЗЦТ эгц босоо байрлалын үед $R_{II} = R_{III} > R_I$, $R_I = S_I$ байх ба aVL тусгал дээр rS , aVF тусгалд R шүд өндөр бичигдэнэ. Альфа өнцөг $+60^\circ$ байрлалтай үед R шүдний харьцаа $R_{II} > R_I > R_{III}$ байхаас гадна таних гол үзүүлэлт нь aVL тусгалд $R = S$ байна. ЗЦТ $+30^\circ$ -ын байрлалын үед $R_I = R_{II} > R_{III}$, $R_{III} = S(Q)_{III}$ байна. Альфа өнцөг 0° -тай тэнцүү үед $R_I > R_{II} > R_{III}$, $S_{III} > R_{III}$ байх ба таних гол үзүүлэлт нь aVF тусгалд $R = S$ байна. Альфа өнцөг -30° -тай тэнцүү үед $R_I > R_{II} > R_{III}$, $S_{III} > R_{III}$, aVL тусгалд өндөр R , aVF тусгалд $S > R$ байхаас гадна таних гол үзүүлэлт нь $R_{II} = S_{II}$ гэх мэтчилэн байна.

Үүнээс гадна зүрхний байрлалаас шалтгаалж альфа өнцгөөр илэрхийлэгдэхгүй ЗЦТ байдаг. Тухайлбал стандарт гурван холболтын тусгалуудад тод гүнзгий S шүд бичигдэхийг $S_I S_{II} S_{III}$ хэлбэрийн байрлал гэж тодорхойлох ба энэ нь зүрхний орой ар тийш эргэлтгүйг харуулна. $S_I S_{II} S_{III}$ хэлбэрийн байрлал нь ихэвчлэн уушгины өвчнүүд (эх физем, пневмосклероз, уушгины зүрх зэрэг), баруун ховдлын гипертрофи үед тохиолдохос гадна эрүүл хүнд

ялангуяа астеник галбиртай хүмүүст бичигдэж болно. Зарим тохиолдолд ЗЦТ-ийн Q_I Q_{II} Q_{III} хэлбэрийн байрлал байж болох бөгөөд энэ нь зүрхний орой урагш эргэлттэйг харуулна.

Эрүүл хүмүүст үндсэн байрлалаас гадна зүүн ба баруун хазайлт тодорхойлогдож болно. Гиперстеник бие галбиртай болон таргалснаас өрц өргөгдсөн эрүүл хүмүүст ЭКГ-ийн бусад өөрчлөлтгүйгээр бага зэргийн зүүн хазайлт бичигдэж болно.

Бага насны хүүхэд болон астеник бие галбиртай хүмүүст бага зэргийн баруун хазайлт бичигдэх нь элбэг байна. Иймд ЗЦТ-ийн дан баруун ба зүүн хазайлтыг зүрхний булчингийн эмгэг өөрчлөлтийн шинж гэж үзэхгүй бодовч ЭКГ-ийн бусад өөрчлөлтийг харгалзах хэрэгтэй.

ЗЦТ-ийн босоо байрлал, баруун хазайлт нь баруун ховдлын гипертрофи, Гисийн багцны баруун хөлийн хоригийг үүсгэж болох өвчнүүд тухайлбал бага эргэлтэд даралт ихэсгэх уушгины архаг өвчнүүд, зүрхний митраль хавхлагийн нарийсал гажиг, ховдол хоорондын таславчийн цоорхой, тосгуурын таславчийн цоорхой, уушгины артерийн нарийсал, Фаллогийн дөрвөл зэрэг зарим гажгуудын үед тодорхойлогдохоос гадна кардиосклероз, зүрхний шигдээс, цусны даралт ихсэх өвчний үед тодорхойлогдож болно. Харин хэт баруун хазайлт нь баруун ховдлын гипертрофи, Гисийн багцны баруун хөлийн хоригийг харуулах тод шинж тэр болгон болж чадахгүй.

ЗЦТ-ийн хэвтээ байрлал, зүүн хазайлт нь зүүн ховдлын гипертрофи, Гисийн багцны зүүн хөлийн хориг үүсгэх өвчнүүд тухайлбал зүрхний булчингийн ялангуяа зүүн ховдлын булчингийн үрэвсэлт болон хатуурал бүхий эмгэг өвчнүүд, шигдээс, даралт ихсэх өвчин, митраль хавхлагийн дутагдал, аортын хавхлагийн гажигууд зэргийн үед тодорхойлогдоно. ЗЦТ-ийн хэт зүүн хазайлт нь зүүн ховдлын гипертрофи, Гисийн багцны зүүн хөлийн хоригийг харуулах тод шинж биш болно.

ЗЦТ-ийн хэт зүүн ба баруун хазайлт нь ихэвчлэн Гисийн багцны хөлийн салаануудын хоригийн үед тодорхойлогдоно. Тухайлбал альфа өнцөг -60° ба үүнээс бага байх нь Гисийн багцны зүүн хөлийн урд салааны хоригийг илэрхийлэх тод шинж юм. Энэ үед ЭКГ-ийн шүднүүдийн харьцаа $R_I > R_{II} > R_{III}$, $S_{III} > R_{III}$, $S_{II} > R_{II}$, $R_{aVR} \geq Q(S)_{aVR}$ байна. Гисийн багцны зүүн хөлийн урд салааны хориг нь зүрхний цус тасалдах архаг өвчин, ялангуяа зүүн ховдлын урд хана, ховдол хоорондын таславчийг хамарсан кардиосклероз, шигдээс, зүрхний булчингийн үрэвсэлт өвчнүүдийн үед тохиолдоно. Мөн зүүн ховдлын тэлэгдэл томролтод хүргэх өвчнүүд болон дамжуулах системийн склероз, кальциноз өвчний үед бичигдэж болно.

ЗЦТ-ийн хэт баруун хазайлт буюу альфа өнцөг $+120^\circ$ -аас их байх нь Гисийн багцны зүүн хөлийн хойт салааны хоригийг илэрхийлэх тод шинж юм. Энэ үед ЭКГ-ийн шүднүүдийн харьцаа $R_{III} > R_{II} > R_I$, $S_I > R_I$, $R_{aVR} \geq Q(S)_{aVR}$ байна. Гисийн багцны зүүн хөлийн хойт салааны хориг нь ихэвчлэн зүрхний цус тасалдах архаг өвчин, зүүн ховдлын арын ханын шигдээс, дамжуулах системийн склероз, кальциноз өвчний үед тодорхойлогдохоос гадна уушгины архаг өвчний улмаас нөхцөлдөх баруун ховдлын гипертрофи, зүрхний босоо байрлал, декстрокарди, Вольфа-Паркинсон-Уайтийн хам шинжийн үед бичигдэж болохыг анхаарах хэрэгтэй.

ЕРӨНХИЙ МЭДЭЭ АЛДУУЛАХ

О. СУХБААТАР (Анагаах ухааны хүрээлэн)

Шинжлэх ухаан техникийн дэвшлийн эрин үед анагаах ухааны нарийн мэргэжлийн шинэ салбарууд хөгжиж, эмнэлгийн практикт орчин үеийн оношлогоо, эмчилгээний шинэ арга, багаж хэрэгслүүд нэвтэрч байна. Үүний нэг нь мэдээ алдуулах аргыг хэрэглэн дэлхийн хүн амын ихэнхэд нь тохиолдож байгаа зүрх судасны өвчнүүд, төрөлхийн ба олдмол гажгийг засах нарийн төвөгтэй хагалгаа хийж олон хүний амь насыг эдгэшгүй өвчнөөс аварч байгаа явдал юм.

Эрт дээр үеэс хүн төрөлхтөн "Мөнхийн усны" тухай мөрөөдөн өвчдөлтгүй болгох, үхсэн хүнийг сэхээн амьдруулах аргыг эрэн сурвалжилж байжээ. Тийм мөрөөдөл оюун ухаантны сэтгэл санааг эртнээс эзэмдсээр танин мэдэхүйн материалист диалектик судалгааны аргын үр дүнд шинжлэх ухааны үндэслэлтэй тогтоогдож анагаах ухааны шинэ салбар мэдээ алдуулах сэхээн амьдруулах (Анестезиология-реаниматология) шинжлэх ухаан болон хөгжиж байгаа билээ. Амгд бие махбодын амьдралын үйл ажиллагаа нь хүрээлэн байгаа орчны харилцан үйлчлэлийн дор явагддаг. Гэтэл аливаа шалтгаанаар гэмтэл учрах физик-химийн хүчин зүйлүүд болон янз бүрийн өвчин бие махбодод хортойгоор үйлчилснээс өвдөг. Хэрэв өвдөхийг зогсоохгүй бол амь насанд аюултай хүндрэх нь цөөнгүй билээ. Өвдөх нь бие махбодыг гадны хортэй үйлчлэлээс хамгаалах хариу урвал юм. Бие махбод гадна орчинтэй хэрхэн харцаж байдаг тухай олон жишээ хэлж болно. Эрдэмтэн Рене Ларше хэлэхдээ: Өвдөхийг ялах гэдэг нь эмгэг процессыг ялна гэсэн үг юм гэж тун оновчтой тодорхойлсон байдаг. Хагалгаа хийх үед мэдээ алдуулах нь анагаах ухааны чухал асуудлын нэг болж байна. Хагалгаа нь өвчнийг мөс заслын аргаар эмчлэн өвчтөнийг өвчнөөс ангижруулдаг хэдий боловч хагалгааны өвдөхийг дарахгүй бол бие махбодод гажуу нөлөө үзүүлж хүндрэлийн шалтгаан болох нь цөөнгүй.

Манай сн тослосос 3—5 мянган жилийн өмнө Эберсийн муутуу цаасанд оний мандрагор, белладоныг шингээж хэрэглээд өвчингүй болгосон тухай мэдээлсэн байдаг. Анх Кордус хүхрийн хүчил ба архинаас эфирийг синтезээр гарган авч, 1540 онд Парацельс эфир нь өвчин дарах шинж чанартай болохыг тогтоосон байна.

Английн эрдэмтэн Гикмана азотын дутуу ислийн өвчин намдаах, сэтгэд сэргээх үйлчилгээг илрүүлэн "Хөгжөөгч хий" гэж нэрлэжээ. 1844 онд Х. Уэлса азотын ислийн өвчингүй болгох чанарыг өөртөө туршин шүдээ авч байсан бол эрдэмтэн Тамос Мортон 1846 онд анх нийтийн өмнө эфирээр мэдээ алдуулан хавдарт хагалгаа хийснээр ерөнхий мэдээ алдуулах эх үндсийг тавьжээ.

1847 онд оросын алдарт мөс засалч эрдэмтэн Н. И. Пирогов Эфирийн мэдээ алдуулах аргыг дайны талбарт хэрэглэж мэдээ алдуулах үеийн клиникийн сцдлогийг шинжлэх ухааны үндэслэлтэй судлан тогтоогоод аппарат хэрэгслийг зохион бүтээж эфирийн мэдээ алдуулах аргыг хэрэглэн ихээхэн амжилт олжээ. Ийнхүү мэдээ алдуулах алба үүсэж улмаар хөгжин хүний амь нас аврах найдвартай шинэ салбарын нэг болжээ. С. К. Кликович, Эндрюс нар 1868 онд хүчилтөрөгчийг анх мэдээ алдуулахад хэрэглэж Тренделенбург мэдээ алдуулан мөгөөрсөн хоолойд гууре тавих аргыг клиникийн практикт нэвтрүүлсэн нь хагалгааны үед хийн

солилцоог хэвийн байдалд байлгах хүчилтөрөгчийн дутагдлаас урьдчилан сэргийлэх, өвчтөний ямар ч байрлалд хагалгаа хийх боломжийг олгоход онцгой ач холбогдолтой болсноос гадна анестезиологийн шинжлэх ухааныг цаашид хөгжүүлэхэд чухлаар нөлөөлөв.

1902 онд Н. П. Кравков, С. П. Федоров нар гедоналыг венийн судсаар хийж амьсгалын бус замын мэдээ алдуулах аргыг эхлэн хийжээ. Хагалгааны үед мэдээ алдуулахыг удирдан явуулах, эрхтэн системийн үйл ажиллагааг хэвийн байдалд байлгах ба хянах, мэдээ алдуулах бодисын тун хэмжээг нарийн тооцоолох, хагалгааны үед гарсан эмгэг өөрчлөлтийг илрүүлэн засах хүндрэлээс урьдчилан сэргийлэх өвчтөний биед аюулгүй байдлыг хангаж хагалгаа хийх бүрэн тохиромжтой нөхцлийг мөс засалчдад бүрдүүлж өгөх хариуцлагатай үүргийг өндөр мэргэжлийн анестезиологч нар гүйцэтгэж байна.

Орчин үеийн ерөнхий мэдээ алдуулах нь амьдралын амин чухал эрхтэнүүдийг шилжүүлэн суулгах, зүрхний булчингийн зарим хэсэг, хавхлага, гол судсыг нийлэг эдээр орлуулах, мэдрэлийн мөс засал, жирэмсэн эхчүүдийг өвдөлтгүй төрүүлэхийг шийдвэрлэхэд чухал үүрэг гүйцэтгэж байна.

Манай оронд 1956 он хүртэл бүх төрлийн хагалгааг А. В. Вишневскийн хэсгийн мэдээ алдуулах аргаар амжилттай хийж байсан боловч энэ арга хагалгааны үед өвчтөний биед аюулгүй байдлыг бүрэн хангаж чадахгүй байснаас хүндрэл гарах нь цөөнгүй байжээ. Тэр үед ЗХУ болон бусад оронд хөгжиж байсан ерөнхий мэдээ алдуулах аргыг өөрийн орны нөхцөлд хэрэглэх, хөгжүүлэх талаар санаачлага гарган ажилласан хүмүүсийн нэг нь академич Т. Шагдарсүрэн юм.

Мэдээ алдуулах бодисыг клиникийн практикт хэрэглэх, ЗХУ-ын болон бусад орны мэргэжилтэн урьж ирүүлэх, тэднээс суралцах, үндэсний мэргэжилтэн бэлтгэх ажлыг уйгагүй хийж 1959 оноос ерөнхий мэдээ алдуулах аргыг өргөн хэрэглэдэг болжээ.

Уушги, улаан хоолойн янз бүрийн хагалгаанаас гадна Академич Т. Шагдарсүрэн 1960 онд өвчтөн "Н"-д ерөнхий мэдээ алдуулах аргаар зүрхний 2 хавтаст хавхлагын нарийсалтыг тэлж зүрхний анхны хагалгааг хийсэн нь тус оронд зүрхний мөс засал хийх боломжийг нээсэн юм.

Сүүлийн 10 гаруй жилд манай оронд зүрх судасны мөс засал амжилттай хөгжиж төрөлхийн ба олдмол гажгийг мөс заслын аргаар эмчилж анагаах ухааны хөгжилд зохих хувь нэмрээ оруулж байна.

Ямар нэг шалтгаанаар хүний цусны эргэлт зогсоход юуны түрүүнд уураг тархины эс үхдэг ба энэ нь 5 минутаас дээш хугацаагаар үргэлжилбэл өвчтөн үхэхэд хүрнэ.

Эрдэмтдийн судалгаа шинжилгээнээс үзэхэд бага температурт бие махбодын бодисын солилцоо удааширч хүчилтөрөгчийн хэрэгцээ буурдаг байна. Биеийн температурыг зохиомлоор 30 градус хүртэл буулгахад цусны эргэлт 8—10 минут зогсож болох бөгөөд уураг тархины эд эс ба амь насанд аюулгүй байдаг нь нотлогджээ.

Анагаах ухааны практикт бага температурын энэ нөлөөг ашиглан зарим өвчнийг эмчлэх, зүрхний таславч хоорондын цоорхойг оёх ба нөхөх, хавхлагын нарийслийг тэлэх зэрэг хагалгааг цусны эргэлтийг түр зогсоон "нээлтэй" зүрхэнд хийж байна.

Зүрх, уушги, мэдрэл, бусад нарийн төвөгтэй хагалгаа хийхэд мэдээ алдуулах тохиромжтой онцлог нөхцөлийг урьдаас бүрдүүлэх, хагалгааны дараа эрхтний үйл ажиллагааг хэвийн байдалд

шилжүүлж тэнцвэртэй болгох, өвчтөний амь насыг аврахад анестезиологи-реаниматологи шийдвэрлэх үүрэг гүйцэтгэж байна.

Одоо манай улсад ерөнхий мэдээ алдуулах нь шинжлэх ухааны хөгжлийн орчин үеийн түвшинд хийгдэж байгаа нь анагаах ухааны шилдэг ололт амжилтуудын нэг болов.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. Б. Дэмбэрэл, М. А. Ибрагимов — Очерки по истории развития здравоохранения МНР М., Медицина.. 1977.
2. И. С. Жоров — Общее обезболевание. М., 1964.
3. Е. Н. Мешалкин, В. П. Смольников — Современный ингаляционный наркоз. М., 1959
4. Т. Шагдарсүрэн — Зүрхний зарим төрөлхийн гажгийн клиник, онош эмчилгээ, УБ., 1970.
5. Т. Шагдарсүрэн, Ж. Моондой — Мэс заслын өвчнүүд. УБ., 1980.

Редакцид ирсэн 1985. 03. 10.

ТЭРГҮҮН ТУРШЛАГА НЭВТРҮҮЛЭХ АСУУДАЛД

Хүн амын эрүүл мэндэд нөлөөлдөг биологи, анагаах ухааны хүчин зүйлийг гүнзгий судалж, орчин үеийн ололт, нээлтийг эмнэлэг, үйлчилгээний ажилд тууштай нэвтрүүлэх нь бидний чухал зорилт мөн.

ЗХУ болон социалист бусад орны эх нялхас, эмнэлгийн байгууллагын тэргүүн туршлагыг бүтээлчээр эзэмших нь эмчилгээ үйлчилгээнд өндөр амжилт гаргахын нэг үндэс юм.

Эрүүлийг хамгаалахад нэвтэрч байгаа тэргүүн туршлага, шинжлэх ухаан-техникийн ололтын зонхилох нь аливаа өвчлөлөөс урьдчилан сэргийлэх, эмчлэх, оношлох аргыг болсвронгүй болгох, чанарыг сайжруулах, үр дүнг нэмэгдүүлэхэд чиглэгддэг. Сүүлийн жилүүдэд эмчилгээ, онцлогоонд илүү ашигтай, үр дүнтэй арга цөөнгүй нэвтэрч байна. 1981 оноос ургийн усыг шинжлэн бүтэлтийг эрт оношлох, хүүхдийн байрлалыг зөв тодорхойлох, хүүхдийн зарим эмгэг, цул эрхтэний өвчнийг эрт оношлоход хэт дуун авиан шинжилгээг хэрэглэж байна. Эдгээр нь цус алдах, хүүхдийг төрөхийн аливаа гэмтлээс сэргийлэхээс гадна төрөхийн хүндрэлийг бууруулахад сайн үр дүнтэй юм.

Хүүхдийн боөрний өвчнийг илрүүлэх „хурдавчилсан“ аргыг практикт нэвтрүүлэв. Үүний үр дүнд уг өвчнийг эрт оношилж, хүндрэлээс сэргийлэх боломжийг нэмэгдүүлж цаг, хүч хэмнэж байна.

Улсын хүүхдийн клиникийн төв эмнэлэгт хүүхдийн уушгины стафилококкт үрэвслийг оношлох эмчилгээний бүрдмэл арга, сонсгол муутай хүүхдийн хэл яриаг засах, цэцэрлэгийн насны хүүхдийн сонсголын гажгийг эмчлэх аргуудыг нэвтрүүлж байгаа нь үр дүнгээ өгч байна.

Гэмтэл согогийн эмнэлэгт ЗХУ-ын профессор А. Г. Илизаровын нээлт, туршлагыг судалж хугарсан ясыг эвлүүдэн эмчлэх аргыг ажилдаа тууштай нэвтрүүлснээр эмнэлэгт өвчтөн хэвтэх, эдгэрэх хугацааг эрс богиносгов.

Манай эмч нар тархинд цус хурах өвчнийг мэс заслын аргаар эмчлэх, тархи, нугасанд мэс засал хийх үед цус тогтоох, гавлын ясны гэмтлийг засах, нөхөх зэрэг 20 гаруй шинэ арга хэрэглэж чаддаг болов. Хавдар судлалын нэгдсэн төвд улаан хоолой болон бусад эрхтэний зарим хавдрыг завсарлагаатай шарах аргыг практикт нэвтрүүлэв.

Хүүхдийн зүрхний төрөлхийн гажиг, насанд хүрэгчийн зүрхний хавхлагын олдмол гажгийг оншдох, „нээлтэй“, „хуурай“, зүрхэнд хагалгаа хийх үед цусны зохиомол эргэлт бий болгох, биеийг хөргөх аргыг хэрэглэж байна.

Орон нутгийн болон байгалийн нөөц бололцоог ашиглаж элэг, цөсний өвчнийг анагаахад „бэрхэсазин“, цус тогтоох үйлчилгээтэй „алтан утас“, аржирмин шарх анагаах „алюмекатин“ зүрхний эмгэгийг эмчлэх „алтан хундага“ биеийн тэнхээ тамирыг сайжруулж сэргээх үйлчилгээний „дендронизид“ зэрэг 10 гаруй шинэ эм, хуурай сийвэн, альбумин, антистафилококкын гаммаглобулин үйлдвэрлэн, эмчилгээний практикт үр ашигтай хэрэглэж байна.

Анагаах ухааны удамшил зүйн шинэ салбар амжилттай хөгжиж, хүний хромосомыг хялбар аргаар тодорхойлдог болсон нь, удамшин дамжих өвчнөөс сэргийлэхэд нэн ач холбогдолтой юм. Мөн радио изотопын аргаар цул эрхтэний байдлыг тогтоох, зүрх, тархины цахилгаан бичлэг, зүрх сэтгүүрдэх, хөндий эрхтэн дурандах ходоодны шүүсийг хаймсуургүйгээр авах зэрэг оношлох аргыг олон эмнэлэгт хэрэглэх болов.

Улсын клиникийн төв эмнэлэгт даралттай хүчилтөрөгчөөр эмчлэх барокамерын тасаг, нүдний өвчнийг лазерын туяагаар эмчлэх, хэвлийн хөндийн эрхтэнүүдийн эмгэг, судасны төрөл бүрийн өвчнийг оношлох кабинетуудыг байгуулах ажил үндсэндээ хангалттай болов. Энэ нь орчин үеийн ангаах ухааны ололтыг өөрийн орны эмнэлгийн практикт нэвтрүүлэхэд том алхам болж байгаа юм. Люменесценцийн микроскоп, спектофотометр дархан туяарлалт бичил харуурын аргаар эсрэг бие илрүүлэх зэрэг аппарат багаж, шинжилгээний арга хэрэгслийг өргөн нэвтрүүлснээр шинжилгээний чанар дээшилж, оношлогоо сайжрав. Үүний зэрэгцээ бөөр орлох, хөндий эрхтэн дурандах, эс молекулын түвшинд оношлох лабораторийн аргууд нэвтрэв. Жил бүр шинэ бүтээл оновчтой саналын үзэсгэлэн гаргаж өөрийн орны эрүүлийг хамгаалах байгууллагын тэргүүний хамт олон, хүмүүсийн туршлагыг нэвтрүүлж байгаагийн зэрэгцээ гадаад орнуудад явж туршлага судалсан хүмүүсийн ажилдаа хэрэглэсэн, санаачилсан зүйлээр үзэсгэлэн байгуулж, улмаар нийтийн хүртээл болгож байна.

Эмнэлгийн практикт орчин үеийн ангаах ухааны нээлт, ололтын зэрэгцээгээр биологи, физик, хими зэрэг шинжлэх ухааны ололт нэвтэрч байх ёстой.

Тэргүүн туршлага бүх нийтийн хөдөлгөөн болон хөгжих нь нийгмийн хөгжлийн зүй тогтол юм, Зарим үед тэргүүн туршлага, ажлын тэргүүний арга хэлбэрийг нэг түвшинд тавьж „тэргүүн туршлага“ гэж тайлан мэдээ гэрвэх хандлага байна. Тэргүүн туршлага нэвтрүүлэх ажлыг дутуу үнэлэх, түүнд ёс төдий хандах, хашин хойрго байх, хоосон яриа болгож төлөвлөгөө, жагсаалт гаргаснаар ажлаа хязгаарладаг дутагдал бол тэргүүн туршлагын ач холбогдол, үр ашгийг бүрэн сайн ухамсарлаж ойлгоогүйтэй холбоотой юм.

Эмч, эмнэлгийн ажилтан, ажилчдын хөдөлмөрийг шинжлэх ухааны үндэстэй зохион байгуулахад ЗХУ болон социалист бусад орны эмнэлгийн байгууллагын туршлага, ололтыг улам илүү нэвтрүүлэх хэрэгтэй байна.

Тэргүүн туршлага нэвтрүүлэх ажлыг дараах үе шаттайгаар нэвтрүүлэх нь зүйтэй юм. Үүнд:

а/үе шат

б/үе шат бүрт зохиох ажлын чиглэл

олж илрүүлэх
ба мэдээлэх

— туршлагаа сонгох
— нэвтрүүлэх объектоо тогтоох
— сонгож авсан туршлагад хувийн хэрэг нээх.
— сонин хэвлэл, суртал нэвтрүүлгийн олон хэлбэрийг ашиглаж мэдээлэх.

судлах

— нэвтрүүлэх объект дээр нь хичээл заах
— үзүүлэх сургууль хийх
— холбогдох материал ном, хэвлэл ашиглах

төлөвлөх

- нэвтрүүлэх аргаа сонгон тогтоох
- нэвтрүүлэх объектын нөхцөл бололцоог судлах
- материалын ба зардлын тооцоо хийх
- аргачлалаа боловсруулж төлөвлөгөөг батлах

Бэлтгэлийг хангах

- туршлага эзэмших хүмүүст туршлагын ач холбогдлыг сайтар ойлгуулах
- социалист уралдаанд үүрэг авахуулах
- туршлага эзэмших хүмүүст бүтээлч ба тодорхой даалгавар өгүүлэх.
- эд материалын болон оюун санааны шаардлагатай туслайцаа үзүүлж урьдчилсан нөхцөлөөр хангах

Зохион байгуулж үр дүнг сурталчлах

- туршлага эзэмших хугацаа дараалал тогтоох
- үр ашгийг тооцож мэдээлэх
- байнгын хяналт тавьж туслах
- явц, үр дүнг төв, орон нутгийн сонин хэвлэлд бичих.

зэрэг ажлуудыг зохион явуулах нь зүйтэй юм.

В.И. Ленинний хэлснээр "... манай гол зорилтыг биелүүлэхийн тулд практик дээр туршиж, нэгэнт олсон үр дүнгээр шалгагдсан ажил хэрэгч арга хэмжээ арга барил, заалтуудыг аль болохоор их болгох" тийм зарчмыг баримталж, тэргүүн туршлагыг судалж, дэлгэрүүлэх ажлыг зохиох явдал эмнэлэг урьдчилан сэргийлэх байгууллагын гол зорилт болж байна.

Дэд эрдэмтэн Н. Цэнд
Их эмч Ч. Чулуунбаатар

Редакцид ирсэн 1986—04—30

Т. ЭРХЭМБААТАР. (Клиникийн I амаржих газар)

УМАЙН ГАДУУРХИ ЖИРЭМСНИЙ НЭГЭН ХОВОР ТОХИОЛДОЛ

Хөврөл умайн дайврууд болон хэвлийн хөндийн ямар нэгэн эрхтэнд байрлах хөгжихийг умайн гадуурхи жирэмсэн гэдэг. Умайн гадуурхи жирэмсэн гол төлөв умайн үрийн хоолойд байрлах боловч хааяа хэвлийн хөндийн ямар нэгэн эрхтэнд байрлах тохиолдол байдаг. Үүнийг хэвлийн жирэмсэн гэнэ.

Хэвлийн жирэмсэн ховор тохиолдох боловч эхийн эрүүл мэндэд аюултай хүндрэл боздог. Хэвлийн жирэмсэнг анхдагч хоёрдогч гэж хуваана. Хэвлийн хөндийн ямар нэгэн эрхтэнд хөврөл анхлан бэхлэгдэн байрлавал анхдагч хэвлийн жирэмсэн, хэвлийн хөндийд хөөгдөн байрлавал хоёрдогч хэвлийн жирэмсэн гэнэ.

Хэвлийн хөндийн жирэмсэн зарим үед хугацаа гүйцсэн жирэмсний хэмжээнд хүрч болно.

Умайн гадуурхи жирэмсний дотроос нэн ховор тохиолддог хэвлийн жирэмсний тухай товч өгүүлье.

Л.Ш. 55 настай, өвчний түүх №0055. 1986 оны 1-р сарын 14-ны 22 цаг 15 минутанд клиникийн I амаржих газрын эмэгтэйчүүдийн I тасагт хөдөөнөөс шилжин ирж хэвтсэн. Хэвтэх үедээ тамир тэнхээ муу, ам их хатна, хэвлийн доод хэсгээр хөндүүрлэж өвдөнө, шээсний сүвээр хатгаж өвдөнө, шээс мэдээгүй гарна гэсэн зовиуртай байв.

Өвчтөний өгүүлснээр 34 жилийн өмнө жирэмсэлж, жирэмсний хугацаа 9 сартай болсон боловч төрөөгүй, яваандаа хүүхэд нь хөдлөхөө больж хэвлийн хэмжээ аажмаар багасжээ.

1985 оны 12-р сарын 10-наас эхлэн хэвлийн доод хэсгээр өвдөж, шээс мэдээгүй гардаг болсон учир сумын эмнэлэгт 19 хоног аймгийн нэгдсэн эмнэлэгт 4 хоног хэвтэж эмчлүүлээд сайжраагүй тул Улаанбаатар хотод шилжүүлдгээ.

Өвчтөний биеийн байдал ядрангуй, арьс салст цайвар өнгөтэй, зүрхний авиа тод жигд, судасны цохилт 1 минутанд 86 удаа, хүчдэл дүүрэлт сайн, уушгинд цулцангийн амьсгалтай, хэвлий зөөлөн, гялтан хальсны цочмог үрэвслийн шинж тэмдэг тод илрэхгүй боловч хэл цайвар өнгөтэй, ялимгүй хуурайвтар байв.

Үтрээний үзлэгээр гадна бэлэг эрхтэний хөгжил хэвийн, үтрээ уужим, умайн хүзүү хаалттай, умай тодорхой тэмтрэгдэхгүй, бага аарцгийн хөндийд 20 долоо хоногийн жирэмсний хэртэй тэгш биш гадаргуутай ирмэгүүдтэй үүсвэр тэмтрэгдэж байв. Шээсний сүв, хөшногоор ургийн ясны хэлтэрхий мэт зүйл гарч байв. Бор саарал өнгийн эхэстэй төстэй зүйл шээсний сүвээс цухуйж харагдана. Төлийн шинжлэхэд умайн хүзүү цэвэр, ялгадасгүй байлаа.

Эмч нарын хамтарсан үзлэг хийж өвчтөний өгүүлэл, бодит үзлэгт илэрсэн байдлыг үндэслэн хэвлийн хөндийн жирэмслэлт, давсаг-хэвлий-шулуун гэдэсний доорол, хордлого, цус багадалт гэж оношилж хагалгаа яаралтай хийхээр шийдвэрлэв.

1986—1—16-нд ерөнхий мэдээ алдуулж хэвлийн хөндийг нээхэд давсагны арын хана, шулуун гэдэсний урд ханатай нягт наалдсан, бага аарцгийн хөндий дэх үүсвэрт ургийн яс болон бусад хэсэг тэмтрэгдэж байлаа. Уг үүсвэрийн бүх талаас бүдүүн гэдэс, сэмж, давсаг тойрч бүрхэн гэр маягтайгаар хушиж наалджээ.

Давсаг бүдүүн гэдэсний хананы наалдцыг хурц аргаар салгаж, бага аарцгийн хөндийг нээхэд бор саарал өнгийн шингэн, ургийн яснууд, эхэстэй төст зүйлс байсныг авлаа. Ургийн ясны байдлаас үзэхэд 9 сартай (36 долоо хоногтой) ураг байжээ гэж үзэх үндэстэй байв. Давсагны арын хананд 8 см хэмжээний, мөн S хэлбэрийн гэдсэнд 10 см цоорол тус тус үүссэн байв. Давсагны цоорхойг битүүлэн оёж, харин S хэлбэрийн гэдсэнд өөрчлөлт нэвчдэл ихтэй байсан учраас түүнийг тайрч дээд, доод талын төгсгөлийг хэвлийн зүүн хажууд нь гаргаж тус тусад нь бэхлэн оёлоо. Умайн өндгөвчинд уйланхайцар байсныг авлаа.

Ийнхүү өвчтөнд эхлэж тавьсан онош хагалгаагаар бүрэн нотлогдов. Өвчтөн хагалгааны дараа 22 хоног эмчлүүлээд Улсын клиникийн төв эмнэлэгт дараах шатны эмчилгээг үргэлжлүүлэхээр шилжив.

Хэвлийн жирэмслэлт хааяа тохиолдох боловч иймэрхүү хүндэрсэн тохиолдол нэг ховор тохиолддог билээ.

Энэ байдлаас үндэслэн эх барих-эмэгтэйчүүдийн эмч нар хэвлийн жирэмсэнг зөв оношлож, холбогдох эмчилгээг цаг алдамгүй хийх шаардлагатай байна.

ЭРДЭМТДИЙН ДҮГНЭЛТ, ЗӨВЛӨМЖ

С. МАНЛАЙ (Хүүхдийн клиникийн төв эмнэлэг)

БНМАУ-ЫН СУРГУУЛИЙН СУРАГЧДЫН ХАРААНЫ БАЙДАЛД ХИЙСЭН ЭМНЭЛ ЗҮЙ, ЭРҮҮЛ АХУЙН СУДАЛГААНЫ ЗАРИМ АСУУДАЛ

ДҮГНЭЛТ: 1. Сурагчдын хараа муу байгаагийн гол шалтгааныг нүдний гэрэл хугарлын төрөл бүрийн гажиг (20.2%) эзэлж байна. Судалгаанд хамрагдсан бүх хүүхдийн дотор тохиолдлоороо ойрын хараа хугарал (миопи) 8.3%, зөрүү хугарал (астигматизм) 6,5%, холын хараат хугарал (гипермерон) 5,5% тус тус эзэлж байна. Хугарлын гажгийн дотор ойр хараа 41,3%, зөрүү хараа 32,4%, хол хараа 26,3%-ийг эзэлж байна.

2. Хүүхдийн анги ахих тутам хугарлын гажгийн үндсэн хэлбэр болох ойр хараат хугарал нь нэмэгдэж, хол хараат хугарал нь багасаж байгаа нь зүй тогтлын дагуу гэж үзэж байна.

3. Ойр хараат хугарлын хүч 3,0 Д хүртэлх хөнгөн хэлбэрээр тохиолдож (биологийн вариант) 89,6% эзэлж байна. Харин (—) 6,0 Д-с дээш хүнд хэлбэр 2 хувийг эзэлж байна.

4. Хугарлын гажигтай хүүхдийн дотор 62,5%-ийг охид эзэлж байгаа бөгөөд энэ нь ойр хараат гажиг зонхилж байна. Хол хараат гажигт нас хүйсний ялгаа ажиглагдсангүй.

5. Хүүхдийн нас ахих тутам ойр хараат гажиг ихсэж байгаа нь аль ч хүйсэнд тохиолдох ерөнхий зүй тогтол боловч охидод хөвгүүдээс 1—2 насаар эрт илэрч байна.

6. Газар нутгийн байршилтаар авч үзэхэд хугарлын гажиг ялангуяа „ойр хараат хугарал“ Улаанбаатарт 1000 хүүхэд 109,2, аймагт 62,3, суманд 36,1 тохиолдож байгаа нь нүдний энэ гажиг хот суурин газар хэдөөгөөс 1,8 дахин их байгааг харуулж байна.

7. Судалгаанд хамрагдсан хот хөдөөгийн сургуулиудад байгалийн гэрэлтүүлэг сайн байлаа.

8. Судалгаанд хамрагдсан 2—3 ээлжтэй ихэнх сургуулиудад чухал шаардлагатай байдаг зохиомол гэрэлтүүлгийн хэмжээ эрүүл ахуйн нормативтэй тохирохгүй байна.

9. Сурагчдын ажиллаж амьдардаг гэр орон, сууцанд байгалийн ба зохиомол гэрэлтүүлгийн хэмжээ нормативт хэмжээнээс бага байна.

10. Ойр хараат хугарал нь гэрэлтүүлэгтэй шууд холбоотой нь тогтоогдоогүй боловч гэрэлтүүлэг хараанд нөлөөлөхгүй гэсэн дүгнэлт биш билээ.

11. Сурагчдын дунд асуулгын аргаар судалгаа хийж үзэхэд сурагчдын өдрийн дэглэм сахих, уншиж бичих, телевизор үзэх зэрэгт эрүүл ахуйн хамгийн энгийн дэглэм алдагдсан байна. Судалгаанаас үзэхэд хүүхдүүдийн 11 хувь нь халдварт өвчнөөр өвчилж байсан, 35 хувь нь сйрын төрөл байв.

ЗӨВЛӨМЖ: 1. Хүүхдийн хараа хамгаалахад авах арга хэмжээний талаар нэгдсэн төлөвлөгөө хийж хүүхдийн нүдний тусламжийн норматив боловсруулах;

2. Улаанбаатар хотод хүүхдийн хараа хамгаалах бүх асуудлыг хамарсан улсын хэмжээний зохион байгуулалт-аргачлалын төвийн үүрэг гүйцэтгэхүйц хараа хамгаалах тусгай кабинетыг байгуулан ажиллуулах;

3. Хүүхдийн харааны шилний шаардлага ба хэрэгцээ хангамжийг цаашид судлах нь зүйтэй байна.

Редакцид ирсэн 1985—05—04.

Г. БАТМӨНХ (Анагаах ухааны дээд сургууль)

БНМАУ-ЫН ӨНДӨР УУЛЫН БҮСЭД ОРШИН СУУГЧ НУТГИЙН ХҮМҮҮСИЙН ЗҮРХ СУДАСНЫ СИСТЕМИЙН ҮЙЛ АЖИЛЛАГААНЫ ЗАРИМ ҮЗҮҮЛЭЛТИЙН ОНЦЛОГ

ДҮГНЭЛТ: БНМАУ-ын цаг уур, газар зүйн өөр өөр бүсэд оршин суугч нутгийн хүмүүсийн зүрх судасны системийн физиологийн зарим үзүүлэлтийг судлахдаа нам уулын бүсээс Сэлэнгэ аймгийн Сүхбаатар хотыг, бэсрэг уулын бүсээс Улаанбаатар хотыг, өндөр уулын бүсээс Говь-Алтай аймгийн Алтай хот, Архангай аймгийн Хангай сумыг тус тус төлөөлүүлэн авч нутгийн 20—70 насны 3174 хүний артер, венийн даралт, хялгасан судасны хананы нэвтрэх чанар, судасны цохилтын тоо, зүрхний цахилгаан бичлэгийн зарим онцлогийг судлан хэвийн хэмжээний зааг ба дундаж хэмжээг тогтоож, зүрх судасны системийн үйл ажиллагааны зарим онцлогийг илрүүлэн түүнийгээ П. К. Анохины үйл ажиллагааны системийн онолын үндсэн дээр биологи, анагаах ухаан дахь дэвшилтэт шинэ чиглэл болох системт хандлагын байр сууринаас үнэлж дараахь дүгнэлт хийв.

1. БНМАУ-ын бэсрэг ба нам уулын бүсэд оршин суугч нутгийн хүмүүсийн судасны цохилтын дундаж хэмжээ минутад $72 \pm 0,62$ байна.

2. Өндөр уулын бүсэд оршин суугч нутгийн хүмүүсийн судасны цохилтын дундаж тоо минутад $75 \pm 0,52$ байна. БНМАУ-ын өндөр уулын бүсэд оршин суугчдад судасны цохилтын тоо харьцангуй олон байдаг бололтой.

3. Судалгаа хийсэн гурван бүсийн оршин суугчдын артерийн цусны их, бага даралт эрэгтэйд $89-163/57-103$ мм, эмэгтэйд $85-165/55-103$ мм мөнгөн усны баганатай тэнцүү байна.

4. БНМАУ-ын цаг уур газар зүйн онцлогийг бодолцон 20—70 насны хүний артерийн цусны их, бага даралтын хэвийн заагийг ($M \pm 2\sigma$) тогтоовол:

а) Нам уулын бүсэд оршин суудаг эрэгтэйд $93-157/55-101$ мм эмэгтэйд $91-159/56-92$ мм мөнгөн усны багана

б) Өндөр уулын бүсэд оршин суудаг эрэгтэйд $88-166/57-105$ мм, эмэгтэйд $85-169/58-104$ мм мөнгөн усны багана,

в) Бэсрэг уулын бүсэд оршин суудаг эрэгтэйд $88-162/58-100$ мм, эмэгтэйд $85-163/53-103$ мм мөнгөн усны баганатай тус тус тэнцүү байна.

5. Өндөр ба бэсрэг уулын бүсэд оршин суугчдыг бодвол нам уулын бүсэд оршин суугч, нутгийн хүмүүс артерийн цусны их, бага даралтын даралт багасалт статистикийн үнэн магадлалтай ($P < 0,01$) тогтоогдов. Артерийн цусны даралтын даралт ихсэх нь өн-

дөр ба бэсрэг уулынханд нас хүйс харгалзахгүйгээр үнэн магадлалтай ($P < 0,001$) илрэв.

6. Артерийн цусны их, бага даралтын нягт дундаж хэмжээ ($M \pm \sigma$) нам уулын бүсийнхэнд $125 \pm 16,7/77 \pm 11,1$ мм, бэсрэг уулын бүсийнхэнд $125 \pm 19,1/79 \pm 11,4$ мм, өндөр уулын бүсийнхэнд $127 \pm 20,4/81 \pm 11,8$ мм судалгаа хийсэн гурван бүсийн хүмүүст $126 \pm 18,9/79 \pm 11,8$ мм мөнгөн усны баганы түвшинтэй тус тус тэнцүү байна.

7. Өндөр уулын бүсийн нутгийн хүмүүсийн артерийн даралтын дундаж хэмжээг бэсрэг ба нам уулынхантай харьцуулбал их байгаа нь үнэн магадлалтай ($P < 0,05$) байв.

8. Венийн даралтын нягт дундаж хэмжээ нам уулын бүсийнхэнд $80 \pm 2,5$ мм, бэсрэг уулын бүсийнхэнд $84 \pm 1,5$ мм, өндөр уулын бүсийнхэнд $102 \pm 1,8$ мм, бүх гурван бүсийнхэнд $90 \pm 3,8$ мм мөнгөн усны баганы өндөртэй тэнцүү байв.

Судлагдсан гурван бүсийн хүний венийн даралтын дундаж хэмжээ нийтээр хүлээн зөвшөөрсөн хэвийн хэмжээний дээд заагт (венийн даралт 50—120 мм усны багана) байгаа ба газрын өндөр нэмэгдэх тутам венийн даралтын дундаж хэмжээ нэмэгддэг нь үнэн магадлалтай ($P < 0,001$) байв.

9. Хялгасан судасны хананы нэвтрэх чанарын дундаж хэмжээ нам уулын бүсийнхэнд шингэн $4,36 \pm 0,03$ мл, уураг $7,08 \pm 0,05\%$, дунд уулын бүсийнхэнд шингэн $4 \pm 26 - 0,01$ мл, уураг $6,34 \pm 0,03\%$, өндөр уулын бүсийнхэнд шингэн $4,04 \pm 0,01$ мл, уураг $5,17 \pm 0,03\%$, судалгаа хийсэн бүх гурван бүсийн хүмүүсийнх шингэн $4,22 \pm 0,02$ мл, уураг $6,19 \pm 0,04\%$ байв.

Иймд БНМАУ-ын цаг уур, газар зүйн гурван бүсийн нутгийн хүмүүсийн хялгасан судасны хананы нэвтрэх чанар нийтээр хүлээн зөвшөөрсөн хэмжээний дээд заагаар байна.

10. Нам, бэсрэг ба өндөр уулын нутгийн хүмүүсийн зүрхний цахилгаан бичлэгийг судлахад зүрхний баруун хэсэгт ачаалал ихэссэнийг тусган илтгэх зүрхний цахилгаан тэнхлэгийн баруун тийш хазайлтыг тодорхойлон харуулж байгаа зүрхний цахилгаан бичлэгийн үзүүлэлтүүдийн өөрчлөлтүүд нэлээд олон тохиолдов. Зүрхний цахилгаан тэнхлэгийн баруун тийш хазайсныг дундаж, хэмжээгээр тогтоовол:

- а) нам уул бүсийнхэнд α өнцөг $59,3^\circ \pm 1,4^\circ$
- б) бэсрэг уулын бүсийнхэнд α өнцөг $62,1^\circ \pm 1,6^\circ$
- в) өндөр уулын бүсийнхэнд α өнцөг $79,8^\circ \pm 1,6^\circ$
- г) бүх гурван бүсийнхэнд α өнцөг $66,2^\circ \pm 0,9^\circ$ -тай тус тус тэнцүү байна.

11. Судлагдсан гурван бүсийн нутгийн хүмүүсийн зүрхний цахилгаан бичлэгийг өөр хооронд нь харьцуулан судалж үзвэл газрын өндөр нэмэгдэх тутам зүрхний цахилгаан тэнхлэгийн баруун тийш хазайлтын тохиолдол нэмэгдэх хандлагатай нь илрэв.

12. БНМАУ-ын нам, бэсрэг ба өндөр уулын бүсд оршин суугч нутгийн хүмүүст бидний илрүүлж тогтоосон зүрх судасны системийн онцлогуудыг тухайн газрын цаг уур, газар зүйн тодорхой нөхцөлд явагдах дасан зохицох механизмын үр дүн гэж үзэх хэрэгтэй.

13. БНМАУ-ын нам, бэсрэг ба өндөр уулын бүсд оршин суугч нутгийн хүмүүсийн зүрх судасны системийн нэлээд хэдэн физиологийн үзүүлэлтээр гаргасан дээрх хэмжээнүүдийг эмч нар практикийн ба эрдэм судлалын ажилд хэрэглэх боломжтой гэж үзэж байна.

Редакцид ирсэн 1986—05—04.

И. С. МАРКОВ. Э. ПУРЭВДАВАА

ДАРХЛАЛЫН ОЛДМОЛ ДУТАГДЛЫН ХАМ ШИНЖ

Сүүлийн үед барууны орнуудад хэдэн мянган хүний амь насыг нэгэнт бүрэлгэж амжсан энэ нууцлагдмал өвчнийг „AIDS-ийн довтолгоон“ „XX зууны тарваган тахал“ „Шинэ цар тахал“, „Эмчилгээгүй өвчин“ гэх зэргээр нэрлэн ихэд шуугиж, „Штерн“ „Лайф“ „Квик“ гэх мэт сэтгүүлийн хавтаснаа энэ өвчний золиос болж, одоо нэгэнт үгүй болсон хүмүүсийн зургийг хүртэл тавьж байна. Энэ өвчин бүртгэгдэж байгаа орнуудад (ДЭХБ-ын мэдээгээр АНУ, Канад, ХБНГУ, Англи, Франц, Дани, Бельги, Голланд, Нсрвег болон Ази, Африк, Латин америкийн 40 гаруй оронд өвчлөл бүртгэгдээд байна) тарваган тахал, проказын адил үзэж байгаа бөгөөд ялгаа нь гэвэл хөгжилтэй орнуудад тарваган тахал бараг бүрэн устсан байхад энэ өвчин босгон дээр тулж ирээд байгаад хэргийн учир оршиж байгаа аж.

Айх сандрах явдал газар авч, уг өвчнөөр өвчилсөн хүнийг улс орноос албадан зайлуулах нэн хатуу дэглэмд тусгаарлахыг засаг захиргаанаасаа шаардаж, янз янзын санал тавьж байгаа нь цаашид ч нэлээд хугацаанд үргэлжлэх төлөвтэй байна.

AIDS-гэж нэрлэгдсэн, нууцыг нь одоогоор бүрэн тайлж чадаагүй байгаа энэ аюултай зүйл чинь чухам юу вэ?

Мэргэжилтнүүдийн үзэж байгаагаар (ЗХУ-д энэ асуудлаар профессор М. С. Балаян, халдвар судлалын эрдэм шинжилгээний төв институтын захирал академич В. И. Покровский, Дархлал судлалын эрдэм шинжилгээний институтын орлогч захирал Р. М. Хайтав нарын саналыг анхааран үзэж байна) хөдөлбөргүй тогтоогдсон баримт сэлт түүнчлэн олон янзын таамаглалаас энэ өвчний үнэн „нүүр царай бүдэг бадаг, бүрэн тодорхой биш байна. AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome) буюу дархлалын олдмол дутагдлын хам шинж (ДОДХШ) гэж ЗХУ, (усад зарим сронд нэрлэж байгаа энэ өвчин бол дархлалын системийг давуутай хамран гэмтээдэг, шинэ хурц халдварт өвчин юм. Хүний бие махбол нь халдварт өвчнийг үүсгэгч болон бусад харийн шинжтэй элдэв бодисын эсрэг дархлалыг (иммунитет) бий болгож, тэдгээр өвчнөөр өвчлөхгүй байх, эдгэрэх, ерөөс амьдрах бололцоогоо хамгаалж чаддаг гайхамшигтай чанартай.

Дархлал хамгааллын онцлог, механизмыг судалж тогтоосон орчин үеийн ололтоос үзэхэд энэ төгс боловсронгуй системийн үйл ажиллагаа хямарч өөрчлөгдөх нь ревматизм, рак, элэгний цирроз, чихрийн шижин, гломерулонефрит зэрэг оргон тархсан, хүнд өвчнүүд үүсэхэд шууд нөлөөлдөг болох нь тогтоогдоод байна. Түүнчлэн уушгины хатгалгаа, ангин, мухар олгойн үрэвсэл, гепатит зэрэг өвчний явц, төгсгөл ямар байх нь ч дархлалын системийн байдлаас ихээхэн шалтгаалж байна. Гэтэл ДОДХШ энэ өвчин чухамхүү бие махбодыг өвчин үүсгэгч гаднын элдэв хүчин зүйлээс хамгаалдаг гол „зэвсэг“ болсон дархлалын системийг сонгон гэмтээдэг байна. Ийм нөхцөлд архаг өвчнүүд хурцдаж, явц нь хүндрээд зогсохгүй олонтоо тохиолддог хөнгөн явцтай халдварт өвч-

нүүд болох амьсгалын дээд замын халдварт өвчин, томуу, гэдэсний савханцараар үүсгэгдсэн өвчин зэрэг нь ч нэн хүнд явцтай болж, олонхи тохиолдолд үхлээр төгсөж байна. АНУ-ын харшилын ба халдварт өвчний хүрээлэнгээс „Ю. С. Ньюс энд Уорлд рипорт“ сэтгүүлд хэвлүүлсэн илтгэлдээ дархлалын олдмол дутагдлын хам шинж (ДОДХШ)-ээр өвчилсөн хүмүүсийн 50 хувь нь үхэж байгааг тэмдэглэжээ. Өөрөөр хэлбэл дээрх өвчнүүдийн үед тохиолдож байгаа үхлийн хувь нь урвах тахал, янз бүрийн балнад энцефалит зэргээс мэдэгдэхүйц давж байна. ДОДХШ-нь тахал байдлаар тархаж байсан нь түүнийг халдварт өвчин байж болох талаар анхны таамаглал нь 1983 онд АНУ-ын хэвдэр судлалын улсын институтын Роберт Галло, Парисын Пастерын нэрэмжит институтын эрдэмтэн Люк Монтагнер нарын судалгаагаар бүрэн батлагджээ. Үүнд энэ өвчний үүсгэгч нь урьд нь судлагдаж мэдэгдээгүй, өвчин үүсгэх чадвар маш ондөртэй, хүний III хэв шинжийн ретровирус (HTLV—III) байсан байна. Энэ вирус нь бие махбодод удаан хугацааны туршид, далд байдлаар үржин өсөж, хуримтлагдаж байдаг „удаан“ вирусын бүлэгт хамаарагдана. ДОДХШ-ийн нууц үеийн хугацаа нь халдварлагдсан механизмаас хамгааран 3—9 сар цаашилбал 5 жил хүртэл үргэлжилж болно гэж үзэж байна.

Энэ өвчний үед халдвар нь арьс, салст бүрхүүлийн гэмтсэн хэсгээр дамжих бөгөөд хоол боловсруулах болон амьсгалын замаар дамжсан тухай баримт одоогоор байхгүй байна. Өвчний үүсгэгч, түүний хэсгүүд нь шүлс нулимс, нугасны ус, өтгөн шингэнээс олдож байгаа боловч үүсгэгчийг дамжуулагч үндсэн хүчин зүйл нь цус, цусны бэлдмэлүүд гэж үзэж байна. Бэлгийн замаар халдах явдал давамгайл тохиолдож байгаа бөгөөд ийм ч учраас уг өвчний анхны тохиолдолууд нь бэлгийн харьцааны гаж буруу, садар самруун явдал үйлдэгчдийн дунд илэрсэн байна.

Үүнтэй холбоотой эхний үед AIDS-өвчнийг зан суртахууны-ялзралын үр дагавар гэж үзэж байлаа. Хэсэг хугацааны дараа энэ өвчин хар тамхичдын дунд ариун бус шприцээр дамжин тархаж байгаа талаар мэдээлж эхлэв.

Дараа нь цус, цусны бэлдмэлүүдийг байнга хийлгэдэг гемофиль болон цусны бусад өвчнөөр өвчилсөн хүмүүст цусаар дамжин халдварлаж байгаа нь тогтоогдов. Түүнчлэн нярай хүүхэд эхээс нь ихээр дамжин халдварласан ДОДХШ оношлогдсоны дараа л сая В хэлбэрийн вируст гепатиттай адил төсөөтэй өвчин болох нь тодорхой боллоо. Гепаднавирусын язгуурын В гепатитын вирус нь 20 гаруй жилийн өмнө нээгдсэн боловч одоо болтол уг вирусын элэгний эсэнд үржиж өсөх онцгой чанарт нэлээж чадах арга, хэрэгсэл бүтээж чадаагүй хэвээр байна.

Үүнтэй холбоотой В гепатиттаар өвчлөгсдийн 5 хувьд өвчин архаг гепатит болон элэгний циррозод шилжиж байна. В гепатитын вирус нь мөн „аажим“ вирусын бүлэгт хамаарагдах ба элэгний цирроз үүсэх нь далд хэлбэртэй, шинж тэмдгийн онцлог илрэлгүйгээр 10—15 жил цаашилбал 20 жил хүртэл хугацаанд үргэлжилдэг байна. ДОДХШ өвчилсөн хүмүүсийн 90 хувьд нь В гепатитын вирус илэрч байгаа нь эдгээр өвчний хооронд харилцан холбоо, уялдаа байж болзошгүйг харуулж байна. Ингэж үзвэл одоо дэлхий дээр ДЭХВ-ын мэдээгээр 120 сая хүн В гепатитын вирус агуулж байгаагаас зөвхөн АНУ-д 100—150 мянган хүн-вирус агуулагч байгаа нь ДОДХШ-ийн халдварын эх уурхай болж байж болзошгүй юм гэсэн таамаглал байна. HTLV—III вирус нь бие махбодод халдах явдлыг судалсан судалгааны урьдчилсан дүнгээс

үзэхэд энэ вирусын „довтолгоонд“ юуны өмнө дархлал үүсэх механизмд туслах зохицуулах үүргийг гүйцэтгэдэг лимфоцит (Т-хелпер) өртдөг байна.

ДОДХШ-ийг үүсгэгч вирусээр халдварлагдсанаар хэдэн мянган жилийн туршид боловсорч ирсэн дархлалын хэвийн ажиллагаа алддагддаг болох нь тодорхой. Энэ вирусын нөлөөгөөр гэмтсэн Т-лимфоцит нь өөрийн дархлалын үйл ажиллагааг зохицуулах чадвараа алдаж, олонтоогоор мөхдөг байна. Үүний зэрэгцээ HTLV—III нь гранулоцит зэрэг цусны цагаан цогцосны бусад хэлбэр, тархины эд эсэд амьдарч, үржиж байгаа нь тогтоогдов. Дээрх байдлаас үндэслэн зарим тохиолдолд ДОДХШ-ийг Т-хелперийн өвчин гэж нэрлэж байна.

Дархлалын хамгаалалтаа алдсан бие мохбодод урьд нь арьс, салст бүрхүүл, хоол боловсруулах замын эрхтэнд гэм хоргүйгээр оршиж байсан вирус, нян, мөөгөнцөр зэрэг нь ямар ч хяналт, саадгүйгээр их хэмжээгээр үржиж эхлэдэг байна. Онцгой ихээр үржиж өссөн тэдгээр бичил биетнүүд нь ихээхэн хүнд явцтай бөгөөд эмчилгээний аргад бараг дарагддаггүй халдварт өвчнүүдийг үүсгэдэг байна. Бие махбодын эрүүл, хэвийн нөхцөлд янз бүрийн эд эрхтэнд генетикийн мутацийн үр дүнд өдөр бүхэн үүсэх боловч тэр даруйдаа бие махбодын хамгаалах урвалын нөлөөгөөр үхэж, сарнидаг хавдар үүсгэгч вирус нь саад, хаалтгүйгээр үржиж өссөнөөс өмөн үү болон хавдарын бусад хэлбэрийн өвчнүүд үүсэх зам нээгддэг байна.

Энэ мэт байдлаас шалтгаалан хэдийгээр ДОДХШ өөрөө үхлийн шууд шалтгаан болохгүй боловч түүгээр халдварлагдсанаас хойш 2 жилийн дотор гэхэд өвчилсөн хүмүүсийн тал хувь нь нас бардаг ажээ. АНУ-д судлаачид, ойрын үед ДОДХШ-ийн өвчний үхлийн шалтгааны дотор зүрх судасны болон хорт хавдрыг гүйцэж түрүүлэн эхний байранд гарч ирэх хандлагатай байгааг тэмдэглэж байна.

ДОДХШ-ийн эмнэл зүйн илрэл нь олон янз бөгөөд чухам энэ өвчний үед зайлшгүй илэрч байдаг шинж тэмдэг гэж ялган гаргаж чадахгүй байна. ДЭХБ-ын мэдээгээр (1983 он) онош тогтооход бүрэн хүрэлцээтэй үндэслэл болж чадахгүй боловч биеийн ерөнхий байдал муудах, даамжирсан сулралт болох, анхаарал, ажлын чадвар буурах, лимфийн булчирхайнууд нэлэнхүйдээ томрох, шалтгаангүйгээр удаан хугацаагаар халуурах, шөнийн цагт их хөлрөх, өтгөн тогтворгүй болох, биеийн жин мэдэгдэхүйц (7—10 кг-аар) буурах, улаан цогцосны тунах хугацаа хурдсах зэрэг ерөнхий шинж тэмдгүүд энэ өвчний үед илэрдэг болохыг тогтоожээ.

Цаашид хэсэг хугацааны дараа уушгины хөндийт үрэвсэл буюу Каношийн хавдар гэж нэрлэгддэг хагас хорт хавдар үүсдэг байна.

Дархлалын систем хэвийн, эрүүл хүмүүст ховор тохиолддог энэ өвчин ДОДХШ-ээр өвчилсөн хүмүүсийн 9/10-д тохиолдож байгаа бөгөөд цаашдаа өвчлөгсдийн 75%-д нь үхлийн шалтгаан нь болдог. Өвчлөгсдийн 30%-д нь тархины эдийн буглаа, тархины судасны гэмтэл, тархины лимфийн хавдар, мөөгөнцөрийн шалтгаантай менингит зэрэг төв мэдрэлийн системийн эмгэгүүд илэрнэ.

ДЭХБ-ын дүгнэлтээр ДОДХШ- нь архаг буюу дахих явцтай халдварт өвчнөөр өвчилсөн хүмүүст олонтаа илэрч байгаа нь энэ өвчний үед эсийн дархлалын механизм гэмтдэг болохыг харуулж байна.

Гэхдээ гадна байдлаас үзвэл уг өвчин байж болзошгүй шинж тэмдэг илрэх нь оношийн алдаа гарахад хүргэж болох юм. Өөрөөр хэлбэл хүн амын анагаах ухааны мэдлэг эрс дээшилсэнтэй холбоо-

той. ДОДХШ нь чухамдаа огт байхгүй „газарт“ илэрч болох талтайг судлаачид анхааруулж байна.

Цаашилбал хүний амьдралын янз бүрийн үе шатанд бие махбодын биологийн хэмнэлийн үечлэлтэй холбоотой, эсвэл даарах, өлсөх, цацраг туяаны нөлөөлөлд орох, хэт ядрах, сэтгэл санааны хямралд автагдах зэрэг гадаад орчны тохиромжгүй нөлөөллийн дор эсийн дархлалын системийн түр зуурын дутагдал буюу дархлалын хоёрдогч дутагдал үүсч болдог. Ийм үед халдварт өвчний явц нь ужиг буюу үе үе сэдэрх байдлаар явагдах нь олонтой тохиолддог.

Бидний судалгаагаар (1983 он) вирус гепатитын хурцдах, дахих нь гол төлөв Т-лимфоцитийн үйл ажиллагааны идэвх хямарсан өвчтөнүүдэд тохиолдож байгаа нь ажиглагдлаа. Дархлалын хоёрдогч дутагдлын гол ялгаа нь богино хугацаанд хэвийн байдалдаа эргэж орох зарим үед физиологийн ерийн хэлбэлзэл шинжтэй байдагт оршино. Гэтэл ДОДХШ бүрэн оношлогдсон нэг ч тохиолдолд дархлалын үйл ажиллагааны алдагдал өөрөө аяндаа буюу эмчилгээний үр дүнд хэвийн байдалдаа эргэж орсон нь тэмдэглэгдээгүй бөгөөд эмгэг байдал нь эргэлт буцалтгүй шинжтэй болдог байна.

ДОДХШ-ийг лабораторийн аргаар оношлох явдал эхлэлийн төдий шатаандаа байна. Оношийг хэдөлбөргүй батлах арга нь өвчтөний цусанд HTLV—III вирусын эсрэг өвөрмөц эсрэг биенийг илрүүлэх явдал мөн.

Үүнд шаардагдах лабораторийн шинжилгээний оношлуурыг урьд В гепатитын радио ба энзимо-иммуны аргаар оношлоход хэрэглэдэг оношлуурыг гаргаж нэрд гарсан „Органон“ „Эббот“, зэрэг пүүсүүд бага хэмжээгээр үйлдвэрлэж байна.

Дархлалын системийн үйл ажиллагааг бүхэлд нь шинжлэн үзэх замаар ДОДХШ-ийг тойруу замаар оношлож болох юм.

Бүх тохиолдолд Т-эс юуны өмнө Т-хелпер сонгомлоор багасантай холбоотой лимфопения болно.

(1 мм³ цусанд 400 хүртэл буурна) Т-супрессор эсийн индекс нэг хүртэл буурах нь өвөрмөц онлог шинж болно.

Дархлалын В системд өөрчлөлт бараг гарахгүй боловч арьсанд эсрэг төрөгчөөр харшил судлал (туберкулин г. м) тавихад мэдрэг бус болох нь онцлог байдалтай.

ДОДХШ-ийг эмчлэх үр дүнтэй арга одоогоор байхгүй байна. Дархлалын системийн Т эсийн үйл ажиллагааг идэвхжүүлдэг сэрээ хэлбэрийн булчирхайны гормон, өсөлтийн гормон, Левамизол, цэврээр ялгасан лимфоцит, интерферон зэргийг хэрэглэсэн үед түр зуурын нааштай байдал ажиглагддаг байна.

Нилээд бэлдмэлүүдийг туршиж байгаа боловч одоогоор тодорхой үр дүнд хүрч чадаагүй байна. Зарим оронд генийн инженерчлэлийн аргаар HTLV—III вирусын дарангуйлах нөлөөллөөс Т лимфоцитыг хамгаалах чадвартай синтетик вакцин гарган авах оролдлого хийж байна.

В гепатитын эсрэг вакцинаар тариулсан хүмүүст ДОДХШ ховор тохиолдож байгаа баримт анхаарал татаж байна. ДОДХШ-ээр өвчлөсөн хүнтэй хавьтал болсон үед В гепатитаас сэргийлэхэд чиглэсэн дэглэмийг баримтлах нь зүйтэй боловч энэ өвчний нууц үеийн хугацаа маш удаан үргэлжилдэг учраас хамгаалах дэглэмийн арга хэмжээ үр дүн өгөх нь эргэлзээтэй байна.

Анагаах ухааны дэд эрдэмтэн И. С. Марковын бичсэнийг орчуулсан С. Цоодол

МАХН-ын XIX их хурлын шийдвэр
амьдралд

ШИНЭ ЗОРИЛТ, ШИНЭ АРГА БАРИЛ,
ШИНЭ ҮР ДҮН

МАХН-ын XIX их хурал хуралдаж дууссаны дараахан хот, хөдөөд нийт эрүүлийг хамгаалах, урьдчилан сэргийлэх байгууллагуудын эмч, мэргэжилтэн ажилчид цуглаан хийж, намаас эмнэлгийн ажилчдын өмнө дэвшүүлэн тавьсан шинэ, нухацтай зорилтыг халуунаар хүлээн авч өсөөгийн ажлынхаа байдалд дүн шинжилгээ хийж, хойшид хэрхэн ажиллах талаар тодорхой шүүмжлэн ярилцлаа.

Улаанбаатар хотын эрүүлийг хамгаалах байгууллагын удирдах ажилтны цуглаан дээр Эрүүлийг хамгаалах яамны сайд Ч.Цэрэннадмид эрүүлийг хамгаалах байгууллагын ажилд оршиж байгаа дутагдал, доголдын шалтгааныг шинжлэн дүгнээд, шинэ сэтгэлгээ цоо шинэ арга барилаар уйгагүй ажиллаж байж, хэвшиж тогтсон үзэ өнгөрөөсөн сэтгэхүй, ажлын арга барилаас салж чадна гэж онцлон тэмдэглэв.

Эмч, мэргэжилтэн нар өвчтөнд мэргэжлийн дээд түвшинд онош тавьж, эмчилгээ хийж байгаа нь тодорхой билээ.

Гэвч тэдний удирдаж байгаа эмнэлэг, тасаг, кабинетын эмч, сувилагч, асрагч нар өвчтөнийг асрах эмчилж сувилах, халамжлах нь жигд бус байдаг нь нууц биш зүйл юм. Эрүүлийг хамгаалах байгууллага нь хамгийн олон эрдэмтэнтэй салбарын нэг. Гэтэл хөдөөгийн эмнэлэг, урьдчилан сэргийлэх аль нэг салбарт үр бүтээлтэй ажиллаж байгаа эрдэмтэд өдрийн од шиг цөөхөн байгааг эмч, мэргэжилтнүүд зүй ёсоор шүүмжлэв.

„Хөдөөгийн хүн амд зориулсан эмнэлгийн үйлчилгээг өргөтгөн сайжруулахад ойрын жилүүдэд гоц анхаарал тавих нь зүйтэй“ гэж МАХН-ын XIX их хурлаас заасан чухал заалтыг биелүүлэхэд эн тэргүүн нарийн мэргэжлийн эмч, эрдэмтэн нэн чухал үүрэг гүйцэтгэх ёстойг цуглаанд оролцсон олон хүн яриу.

Урьдчилан сэргийлэх ажлын зохион байгуулалтыг олон талаас нь буурьтай бодож хот, хөдөөгийн амбулатори, поликлиникин үйлчилгээг өргөтгөх, эмийн бус эмчилгээний тасаг, кабинет олноор байгуулах, эмч, өвчтөний аль алиных нь „Сайн эмээр туушандах“ эмчилгээний сэтгэхүйг даван туулах зэрэг ажилд Эрүүлийг хамгаалах яамны хариуцсан газар, хэлтэс, тасгууд цаг алдалгүй зоригтой шамдан орох нь зүйтэй байна гэж цуглаанд оролцогчид ярилаа.

Энэ таван жилээс эхлэн цааш үргэлжлэх эх нялхсын эрүүл мэндийг сайжруулах томоохон программд зориулсан хөрөнгийг оновчтой ашиглаж эцсийн үр дүн болох эх нялхсын эрүүл мэндийн гол үзүүлэлтүүд сайжирсан байх маш хариуцлагатай ажил Эрүүлийг хамгаалах яамны онцлон анхаарах ажлын нэг болж байна.

Зарим өвчнийг тодорхой хэмжээгээр бууруулах арга замын талаар эрдэм шинжилгээний байгууллагын хийж байгаа ажил удаашралтай, хамгийн гол нь практикт нэвтэрсэн оношлогоо эмчилгээ-

ний дорвитой бүтээл бар ага байхгүй байгааг эмч, мэргэжилтэн нар шүүмжиллээ.

Хөдөлмөрчдөөс зүй ёсоор гарч байгаа гомдол, шаардлагын дагуу эмнэлгийн хамт олон эмч, сувилагч, асрагч нар дүгнэлт хийж, алхам тутамдаа хянамгай, боловсон, шуурхай ажиллах арга ажиллагааг эзэмших цаг болжээ гэдгийг олон хүн тэмдэглэлээ.

Зарим эмнэлгийн хаалга хананд "нэг ч хүнийг гомдоохгүй үйлчилье" гэсэн уриа лоозон хадсан байдаг мөртлөө, үйлчилгээ тийм сайнгүй байдаг зэрэг хэлбэрдсэн зүйл их байгааг бас шүүжлэн ярилцав.

Ялангуяа эмч, эмнэлгийн ажилчдын хүнтэй харьцах хандлага, ёс суртахууны хүмүүжилд эрс өөрчлөлт гаргах нь зүйтэй байна гэж хот, хөдөөгийн цуглаанд оролцогсод үзлээ.

Эрүүлийг хамгаалах байгууллагын тулгамдсан эдгээр зорилгыг биелүүлэхэд орон нутгийн нам, улсын байгууллагууд шинэ арга барилаар яв цав тохирсон ажил өрнүүлэх нь зүйтэй байна.

Ш. Ванчаарай

ХУРАЛДААН БОЛОВ

1986 оны 4 дүгээр сард Энэтхэг улсын Шинэ Дели хотноо Дэлхийн Эрүүлийг Хамгаалах Байгууллагын Зүүн өмнөд азийн бүсийн Анагаах ухааны эрдэм шинжилгээний зөвлөх хорооны 12 дугаар хуралдаан болж, ДЭХБ-ын Зүүн өмнөд азийн бүсийн хорооноос анагаах ухааны эрдэм шинжилгээний ажлыг хөгжүүлэх талаар хийж буй ажил, ДЭХБ-ын Төв Штабын Анагаах ухааны эрдэм шинжилгээний зөвлөх хорооны 27 дугаар хуралдааны дүн, эрүүлийг хамгаалахын холбогдолтой дэвшилтэт шинэ технологийг хөгжингүй орнуудаас хөгжин буй орнуудад шилжүүлэн авах тухай, эрүүл аж төрөх дадал заншлын тухай, эрүүлийг хамгаалах системийн судалгаа, эрүүлийг хамгаалахын эдийн засгийн судалгаа, халдварт бус өвчинтэй тэмцэх чиглэлд бүсийн хэмжээнд баримтлах чиглэл, гишүүн орнуудын эрдэм шинжилгээний хүчин чадлыг бэхжүүлэх тухай зэрэг асуудлыг хэлэлцэж зөвлөмж гаргав.

Уг хорооны ээлжит 13 дугаар хуралдааныг БНМАУ-ын засгийн газрын урилгаар 1987 оны 6 дугаар сард Улаанбаатар хотноо хийхээр тогтов.

П. Нямдаваа

Ухамсартай сахилга хүнийг
захирч удирдана

ХАРИУЦЛАГА БОЛ УХАМСАРТАЙ САХИЛГЫН ХЭМЖҮҮР МӨН

Эмч хүн бол ард түмний аз жаргал, эрүүл энхийн төлөө хэзээд бэлэн байдаг дайчин байлдагчид юм. Эмчлэх үйлс бол шинжлэх ухаан бас урлаг мөн гэж эрдэмтэд үздэг. Эмчийн ажил нь ухаанаар хийх ажил болохоос биш зөвхөн дадлагаар хийдэг ажил биш. Нэр хүндтэй олондоо алдартай сайн эмч больё гэвэл хүний

сайхан чанар бүгдийг эзэмшсэн байх хэрэгтэй. Эмч хүн хөдөлмөрчин олон, ард түмэндээ үргэлж хүндлүүлэн хайрлагдах учиртай. Иймээс ч бид нам засаг, ард түмэн, эх орныхоо өмнө тангараг өргөсөн юм. Өвчтөн, түүний ар гэрийнхэн эмч бид нарт хамаг итгэлээ хүлээлгэдэг. Ер нь олны хүндэтгэл гэдэг чинь орчлонд ховор шагнал юм.

Өвчтөний ариун сайхан санааг эмч хүн хөсөрдүүлэхгүйн тулд төгс хүмүүжилтэй, хүний зан чанарын хамгийн сайн сайхнаар биеэ чимсэн, цуцашгүй хөдөлмөрч, харьшгүй хатан зоригтой, энэрэнгүй зөөлөн өрөвч сэтгэлтэй эмч л өвчтөний амь амьдралыг нь зөв шийддэг билээ. Эмч өвчтөнийг хүлээн авангуутаа оношийг нь зөв тогтоож эмчилнэ гэдэг тийм ч хялбар зүйл бишээ. Оношийг зөв тогтооход мэргэжлийн чадвараас гадна өвчтөнд тавих хайр халамж хамгаас чухал юм.

Өвчтөнийг ямар ч нөхцөлд үзсэн тааж барагцаалах, бусдаас дуулж сонссон мэдээллээр хам хум үнэлэлт өгөх, үл тоомсорлох, хайнга байдлаар хандаж болохгүй. Хүний хамгийн сайхан сэтгэл өндөр дээд чанар нь бусдад хүргэж байгаа тусаар илэрдэг. Авсан тус багадаагүй, өгсөн тус ихэддэггүй. Хүн бүр хүч гаргаж уйтагүй зүтгэж, идэвхтэй тэмцэж ажилласнаар амжилтанд хүрдэг билээ.

Даяар дуурсагдах алдар цууг эмч хүнд юу өгдөг вэ? гэвэл ухамсарт, бүтээлч, ариун цагаан хөдөлмөр өгнө. Нийгэм, хамт олныхоо өмнө хүлээсэн үүргээ биелүүлэхэд нь тэр хүнд ямар туслалцаа хэрэгтэй байна вэ? гэдгийг яг цаг хугацааг нь олж тусалбал үр дүн өгдөг. Хүнтэй ажиллахад тэр хүний зан араншин бодол санааг сайн судалж ямар аргаар ажиллавал таарах вэ гэдгийг ойлгоход л эмч ажилтнууд байнга анхаарах нь чухал. Өөртөө өндөр шаардлага тавьж, шинийг бодож сэдэж ажилд бүтээлчээр хандах нь эмч бидний анхаарвал зохих зүйл мөн. Ажилдаа тааруу хүнтэй ажиллахад учир шалтгаан нөхцөлийг нь судалж үзэхгүйгээр уурлаж зандчих, тэгэх ингэх ёстой гэж мэдэмхийрэхгүй, эелдэг даруу, энгийн ягуухан сургаж зөвлөх нь чухал байдаг. Өнөө үед аливаа ажил асуудалд намаас тавьж байгаа шаардлагын хэмжээгээр хандахгүй бол ажлыг зохион байгуулах арга ажиллагаа маань олон түмэнд гологдож хамт олны анхаарал, санаа бодлыг татаж чадахгүйд хүрнэ.

Өөрөөр хэлбэл хуучин арга барилаар амжилт гаргаж чадахгүй болж олны итгэлийг алдагдуулахад хүргэж болно. Ийм учраас хөдөлмөрчин олон түмний улс төр, хөдөлмөрийн идэвх ухамсар их өссөн түвшингөөс ажлынхаа арга барилыг байнга цэгнэн үзэж дүгнэлт хийж байх нь чухал юм. Хүн өөрийн ажлын арга барил үр дүнд сэтгэл тайвширч шүүмжлэл дүгнэлтгүй хандвал алдаа гарахад хүрнэ. Эмнэлгийн ажил бол хүнтэй ажиллах шинжлэх ухаан гэж хэлж болно. Энэ ажлын эцсийн зорилго нь хүнийг эрүүл энх, урт удаан наслуулах нийгэмд хүн бүрийн гүйцэтгэх үүрэг эзлэх байрыг нь тодорхойлж тэр залуу ажил хөдөлмөрөө хийж үр бүтээлтэй ажиллахад оршино.

Эмч мэргэжилтэн жилээс жилд олширч төрөл бүрийн нарийн мэргэжил эзэмшигч олноор төрөн гарч үйлчлэх хүрээ өргөжин эмч нарын эгнээ залуужсаар байна.

Залуу хүнд өөрт нь ашиглагдахгүй байгаа ноёц асар их байна. Сэггэл зүтгэлийн ноёц, сэтгэлгээ оюуны ноёц, цаг завьн ноёц, санаачлага идэвхжлийн ноёц, энэ их хэмжээлшгүй ноёцийг хэрхэн зохистой ашиглаж байгаа байдал, чин ариун сэтгэл, ган халуун эрмэлзлэл, бие хайргүй хөдөлмөр бүхэн тэр цагтаа төдийгүй он жилүүдийн урсгалд тодордог. Энэ их ноёцөө ашиглахгүй, аж.

лаа хөнгөн байлгахыг бодож бие бие рүүгээ өвчтөнийг дамжуулан чирэгдүүлэх явдал гаргаж болохгүй. Хамгийн их хариуцлагатай ажиллахыг шаардаж байгаа өнөө үед өвчтөнийг хамтран үзэж зөвхөн оношийг богино хугацаанд зөв тогтоох боломж бүрэн байна. Эмчийн хөдөлмөр их эмзэг хүнд хөдөлмөр, ямагт хичээл зүтгэлтэй байхгүй бол ямар ч цаг мөчид алдаж болно.

Үүнд эмч бүхэн шүүмжлэлээр нөхрөө хийж, сурлагаар ханиа хийж буурал ахмадуудын сургаалийг үргэлж сонсож өөрийнхөө сурсныг бусдад мэдүүлж байх зорилготой байх ёстой. Эдүгээ эмч нарын ихэнх алдаа мэргэжил мэдлэггүйдээ биш, гол нь өвчтөнийгөө энэрэн хайрлах сэтгэл дутаж, тэднийг хүндэлж үнэн санаанаасаа эмчлэхээр хүч нөөцөө дайчлаагүйгээс гарч байгаа нь харамсалтай.

Эмнэлгийн ажилчин гэдэг үг өндөр хариуцлага энэрэнгүй сэтгэл гүн хүндэтгэлийг илэрхийлнэ. Өвчин эмгэгийн уй гашуунд нэрвэгдсэн хэн бүхэн юуны өмнө эмнэлгийн тусламж эрнэ. Эрүүл саруул болж зовлонгоос ангижирсан хэн бүхэн эмчээ дурсан санаж хайрлаж явах нь лавтай.

Эрүүлийг хүссэн хэн бүхэн эмчээс асууж лавлах зүйл их байдаг. Энэ бүхэн эцсийн эцэст эмч хүний нандин чанар ёс суртахууны онцлогийг илэрхийлнэ. Үнэхээр ч эмнэлгийн ажилтан хүн, хүний амьдралд гүнзгий нэвтэрч амь насыг нь хариуцан эрүүл мэндийг нь хамгаалдаг онцлог мэргэжил эзэмшээний хувьд ёс суртахууны өвөрмөц хэм хэмжээтэй байдаг. Эмчийн өвөрмөц ёс суртахууны хэм хэмжээ нь тухайн нийгмийн үзэл суртал ёс суртахууны хэм хэмжээнд үндэслэгдэж, түүний нийгэмтэйгээ харьцах харилцаа эмч сувиллагчдын хоорондын харилцаа эмч нар хоорондоо харьцах харилцаагаар тодорхойлогдоно. Эмч хүн үнэхээр сэтгэл зовж ажиллавал хүч хүрэхгүй алдах нь ховор байдаг.

Өнгөрснийг дурдахад би оюутны ширээний араас 1941 онд Өмнөговь аймгийн Луус суманд очоод бүтэн жил ажиллаж, дараа нь ардын хувьсгалт цэргийн албанд татагдаж байсан маань он жил улиран өнгөрөвч огт мартагддаггүй юм.

1945 онд милитарист японыг бут цохиж, тэр тусмаа тэмцлийн фронтод ахаг дүү шиг нөхөрлөн дасаж эх орон, ард түмнээ гэсэн нэгэн санаа зоригийг зүрхэндээ тээж явсан бидний оргилуун залуу явсан минь тэртээ 40 жилийн өмнө билээ. Зөвлөлтийн улаан армийн дайчдын хамт мөр зэрэгцэн аагим халуун, элсэн манхан ээрэм тал, аадар бороо, зэрэг байгалийн түмэн бэрхшээл, дайсны эсэргүүцэл, агаарын олон удаагийн дайралтыг сөрөн туулсан олон мөч тулгарч байсныг бидний дайчин нөхөд сайн мэднэ. Тэр үеийн идэр залуу дайчин бид өнөө 60 гарсан буурлууд болжээ. Гэхдээ эх орныхоо энхийн бүтээн байгуулалтын энэ хөгжлийн түргэн алхаатай хөл нийлүүлэн, хөдөлмөрийн талбарт хүч чадлаа сорьж ирлээ.

Эмнэлгийн ажлыг 45 жил хийж, зөвлөлтийн мэргэжилтэн нөхөлтэй хамт ажиллаж тэдний ажлын арга туршлагаас өөртөө шингээж авах юмсан гэж дагаж ажилладаг байлаа. Зөвлөлтийн хүмүүс өндөр соёлтой, өрөвч сэтгэлтэй, хүмүүс байдаг.

Бид тэдний тэр сайхан чанарыг эзэмшинэ гэдэг нэр төрийн хэрэг ээ. Бидний үеийхэн тэднийг дууриаж ажиллахыг их хичээдэг байлаа.

Ахмад бид аз жаргал, баяр цэнгэл, алдар хүндэтгэлийг бишгүйдээ сонсож нас ахивч сэтгэл итгэл улам залуугаараа байна.

Насны наран хэлбийн чадал буурлаа гэж сэтгэл мохолгүй идэрийн золбоогоор явдаг нь манай настан буурлуудын бахархалтай сайхан чанар билээ.

Ер нь эмч хүнд анхаарууштай зүйл байдаг. Үүнд: мэдлэг мэргэжлээ байнга дээшлүүлж ном хэвлэлийг байнга уншдаг зуршилтай болсон байх хэрэгтэй. Өөртөө үзүүлэхээр ирсэн өвчтөнийг ямар ч өвчтөн байлаа гэсэн үзүүлэх ёстой тусламжийг үзүүлж байж, дараа нь мэргэжлийн эмчид шилжүүлэх хэрэгтэй. Эмч хүнд нэрэлхэх, бие тоох, явцуу ашиг сонирхлыг урьдал болгох хаяагаа манах, хал балгүй хялбар арга хайх, нүд хуурах, хүнд суртал гаргах, хэлбэрдэх, асуудлыг дээш доош нь идэвхгүй дамжуулах зэрэг буруу явдал хэзээ ч гаргаж болохгүй.

Эмч өөрөө шийдэж мэдэхгүй зүйлийг ноходтөйгээ заавал зөвлөж, хамтран шийдэж байх нь чухал.

Эмч өвчтөнд халуун дотно сэтгэлээр тусалж, цаг, биеэ хайрлахгүй үйлчлэх хэрэгтэй.

Эмч хүн бол ёс суртахууны өндөр соёлтой, улс төр, хуулийн мэдлэгтэй, ажлын хариуцлага сайтай, зарчимч байх ёстой.

Эмч хүн шинэ нохцол шаардлагатай уялдуулан шинээр сэтгэл, хэвшмэл байдлыг алс хэтийн өндөр үр дүнд хүргэх эрмэлзлэлийн үүднээс зоригтой халан оорчилж, идэвхтэй санаачлах явдал намын бодлого, ард түмний хүсэлд гүнээ нийцэх нь эргэлзээгүй юм.

Эмч хүн ололтонд зоригжиж, дутагдалд хатуужиж, шүүмжлэлд урагшлах ёстой.

Хүнд бэрх цаг үед нам улс, эх орныхоо үүрэг даалгаврыг нэр төртэй биелүүлж хүчин зүтгэж явсан ахмад эмч бидний үсэнд мөнгөн сор сууж, нас сүүдэр өндөр боллоо ч гэсэн нам засаг биднийг халамжилж залуу хойч үе маань гүн хүндэтгэж байдаг бид сэтгэл зүрхнээсээ баярлаж, мэдэх чадах бүхнээ эрүүлийг хамгаалах, эх орон, нам засаг залгамж хойч үедээ зориулах хүсэл эрмэлзлэл дүүрэн байна.

*Цэргийн дугаар ангийн бага
эмч П. Бямбажав*

ЭМНЭЛГИЙН ХЭВЛЭЛИЙН НЭГДСЭН РЕДАКЦИЙН ЗӨВЛӨЛ

Ж. Раднаабазар (Эрхлэгч) Л. Буджав, Ш. Ванчаарай (Харнуцлагатай нарийн бичгийн дарга) Б. Гоош, Б. Дэмбэрэл, Г. Дашзэвэг, Ч. Долгор, Ш. Жигжидсүрэн, Т. Зориг, Ж. Купул, Э. Лувсандагава, П. Нямдаваа, Б. Рагчаа, Г. Цагаанхүү, Б. Шижирбаатар, Н. Шура

Техник редактор Б. Болат Хянагч Д. Ундармаа

Өрөлтөнд 1986 оны 6 сарын 20-нд орж 2248 ш хэвлэв
Цаасны хэмжээ 70 X 108 1/16. Хэвлэлийн хуудас 6,0
х. н. х. 8,4 Зах № С—113

Д. Сүхбаатарын нэрэмжит Улсын хэвлэлийн комбинатад
хэвлэв. Д. Сүхбаатарын талбай—6



ВОЛЬТАРЕН (Диклофенак—натрий)

Фармакологийн үйлдэл. Бэлдмэлд агуулагдах нестероид бүтэц бүхий биологийн идэвхт бодис нь үрэвслийн эсрэг, өвдөлт намдаах, халуун бууруулах үйлчилгээтэй.

Хэрэглэх заалт: Цочмог хэрх өвчин, хэрхийн артрит, Бехтеревийн өвчин (анкилозирующие спондилоартрит), артроз, спондилоартроз, үе-ний бус хэрх, хүчтэй өвдөлт бүхий хэрхийн бус үрэвслүүд, бэртэлтийн дараах үрэвсэл ба хаван зэрэгт хэрэглэнэ.

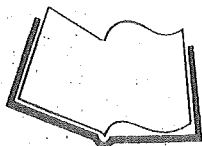
Хэрэглэх арга, тун: Мөхлөг нь гадуураа бүрхүүлтэй тул ходоодны шүүсний нөлөөнд задардаггүй. Мөхлөгийг хоолны дараа зажлахгүй залгина. Насанд хүрэгчдийн хоногийн тун өвчний байдлаас шалтгаалан 75—150 мг (3—6 мөхлөг). Удаан хугацаатай эмчилгээний үед хоногийн тун 75—100 мг байхад хангалттай, 6-аас дээш насны хүүхдэд биеийн 1 кг жинд өдөрт 2—3 мг ногдохоор тооцоолон тунг тогтооно. Хоногийн тунг 2—3 хувааж хэрэглэнэ. Тарилгын уусмалыг голдуу үрэвсэлтэй буюу дегенераци өөрчлөлттэй хэрх өвчний эхний үед мөн хүчтэй өвдөлт бүхий хэрхийн бус үрэвслүүдийн үед хэрэглэнэ.

Хориглох үе: Ходоод ба 12 хуруу гэдэсний шархлаа, бронхийн багтраа цочмог ринит, крапивниц өвчтэй хүмүүс, жирэмсний эхний 3 сард хэрэглэхийг хориглоно. Мөн ходоод, гэдэс, элэг бөөрний өвчтэй хүмүүст болгоомжтой хэрэглэнэ.

Гаж нөлөө: Вольтарен ерөнхийдөө зохимж сайтай боловч зарим хүмүүст өрцөн дор өвдөх, гулгих, бөөлжих, суулгах, заримдаа толгой өвдөх эргэх зэрэг гаж нөлөөтэй. Эдгээр нь голдуу аяндаа арилна. Хааяа харшлын шинж илэрдэг.

Эмийн хэлбэр, савлах. 0,025 г-ын мөхлөгийг 30, 100, 1000, хүүхдэд зориулсан 0,025 г-ын лаг 10 ба 50, 0,05 г-ын мөхлөгийг 20 ба 100, 0,05 г-ын лаг 10 ба 50, ширхэгээр 0,1-ийн лаг 5 ба 50, 75 мг бодис бүхий 3 мл (2,5) 3 мл ампулыг 5 ба 50, 400 ширхэгээр савлана.

Улсын эм хангамж үйлдвэрлэлийн газрын мэдээлэл технологийн тасаг



Я. ДОНДОГ — Зүрх судасны тогтолцоог багажаар хэмжихүй

Зүрх судасны өвчин хамгийн их түгээмэл өвчний нэг учир түүний судлах арга техник, багаж төхөөрөмжийн тоо олширч, өдөр тутмын практик ажиллагаанд нэвтэрч байна.

Тэдгээр багажийг эзэмших явцад багагүй гардаг бэрхшээлийг хөнгөвчлөх арга замын тухай энэ номонд бичжээ.

Манай эмнэлгийн практик бүрэн нэвгэрсэн электрокардиограмм, фонокардиограмм, поликардиограмм, сфигмограмм, реокардиограмм, реноэнцефалограмм, реогепотограмм, реовазограмм, реопульмограмм, апискардиограмм, эхокардиограмм зэрэг шинжилгээний төрөл бүрийн арга, уул шинжилгээний дүнг эрүүл, өвчтэй хүмүүст харьцуулах сорилт хийх аргаар шалгасан байдлыг багтаан бичжээ.

Г. ЗОРИГ — Байгаль орчин эрүүл энхийн өлгий

Энэ товхимолд хүрээлэн байгаа байгаль орчин, хүний эрүүл мэндэд хэрхэн үйлчилж нөлөөлдгийг шинжлэх ухааны хялбарчилсан хэлбэрээр бичжээ.

Түүнчлэн байгалийн хүчин зүйлс хүний бие махбодын нөөц бололцоо, хүч чадлыг дайчлан хэрхэн эрүүлжүүлж, тэсвэр хатуужилтай болгодог, байгалийн шавхагдашгүй баялаг, амьтан ургамлын нөөцийг хүний эрүүл мэндийн тусын тулд хэрхэн бүрэн төгс ашиглах талаар тодорхой өгүүлжээ.