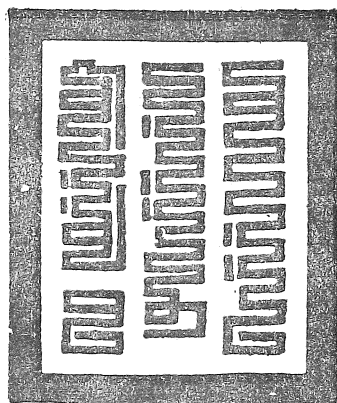




МОНГОЛЫН АНАГААХ УХААН

1992. 4

МОНГОЛЫН АНАГААХ УХААН

ЭМЯ, ЭМЧ НАРЫН ЭРДЭМ ШИНЖИЛГЭЭНИЙ
НИЙГЭМЛЭГИЙН ЭРДЭМ ШИНЖИЛГЭЭ—ПРАТИКИЙН
УЛИРАЛ ТУТМЫН СЭТГҮҮЛ

33 дхь жийдээ

№ 4/81

1992он

ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН БОДЛОГО

Н. НЯМДАВАА — Монгол улсын үндэсний эмийн бодлогын асуудлууд 3

СУДАЛГАА ШИНЖИЛГЭЭ

Л. ШАГДАР — Дунд чихний архаг булаг өвчний үед сонсголын ясыг шилжүүлэн суулгаж, сонсгол сайжруулах мэс заслын асуудлууд 13

Н. ДАВААСҮРЭН — Хүний шүдний хатуу эдийн найрлагын
М. ЮНДЭН — үндсэн бүрэлдэхүүн хэсгүүдийн агуулгын ха-
Ц. НОРВПИЛ маарал 18

С. ТҮНДЭВРЭНЦЭН — Эмч эмнэлгийн ажилчдын мэргэжлийн
Г. МӨНХБАТ — үйл ажиллагааны дутагдалд хийсэн дүн шин-
Д. ТАМЖИДМАА — жилгээ (1981—1989) 22

Ж. КУПУЛ, Т. ДОЛЖОО — Кампилобактериоз өвчний эпидемио-
Т. ГҮНСМАА, Т. ЧИНБАТ — логийн төлөв байдал 24

В. И. МИНАЕВ, В. Г. ЖУКОВЕШКИЙ
Б. АВИРМЭД, Ч. ДОЛГОР — Хамуу өвчний идэвхжилийн зүй
П. ЦОЛМОН, Л. ЭНХБААТАР — тогтлыг судалсан дүнгээс 27

Л. МЯГМАР — Элгэнд цөс үүсэн ялгарахад космозинны нө-
С. НАРАНТУЯА — лөөлөх үйлдэл 30

Л. ЖАМСРАН — Нурууны мэдрэлийн ёзоорын үрэлвсэл өвч-
С. МАЖИГСҮРЭН — нийг тарваганы арьсан бэлхэнцгээр эмчил-
сэн үр дүн 34

ЛЕКЦ, ТОЙМ ЗӨВЛӨГӨӨ

П. ОНХУУДАЙ — Дүрслэх оношлогооны ирээдүй, цөмийн соронзон
резонансын томографи 35

Б. БҮДЭЭ — Өвдөлт түүнийг хориглоор эмчлэх нь 37

ХЭ—ЖИН—ЗУ — «Ши шуань» билчирт хануур хийж мэдрэ-
лийн үрэвслийг эмчлэх арга 43

АСУУДАЛ ДЭВШҮҮЛСЭН ӨГҮҮЛЭЛ

Б. ГООШ, П. ПУНЦАГ — Хэвлийн дахин хагалгаа ба түүний мар-
Г. БАЯРАА гаантай асуудлууд 44

Н. ЯДАМСҮРЭН — Зах зээлийн эдийн засагт шилжихэд эм-
нэлгийн ор, түүний ашигдалтыг зохицуулах нь 50

ХОВОР ТОХИОЛДОЛ

Э. САНЖАА — Үхрийн арьсны гуураар нүд өвчилсөн
Д. БАЯСГАЛАН тохиолдол (офтальмомиоз) 53

MONGOLIAN MEDICAL SCIENCES

Quarterly Journal of the Ministry of Health, of Mongolia and the
Scientific Society of Mongolian Physicians
33 rd year of № 4/81 1992
publication

CONTENTS HEALTH POLIC

P. Nymadawa National Drug-Policy Issues of Mongolia 3

ORIGINAL ARTICLES

- | | | |
|----------------------|---|----|
| L. Shagdar | Allotransplantation of the incus and malleus in tympanoplasty. | 13 |
| N. Dawaasuren | Dependence of contents of main components of hardest tissues of human teeth. | 18 |
| M. Junden | | |
| Ts. Norovpil | | |
| S. Tundewrentsen | Analysis of professional errors of physicians and medical personnel (1981—1989) | 22 |
| G. Munkhbat | | |
| D. Tamjidmaa | | |
| J. Kupul, T. Doljoo, | Epidemiological aspects of the Campylobacteriosis in Mongolia. | 24 |
| T. Gunsmaa, | | |
| T. Chinbat | | |
| B. T. Minaev | | |
| B. I. Jukovitskii | | |
| B. Awirmed | Some aspects in the regularity of the scabies morbidity activity | 27 |
| Ch. Dolgor | | |
| P. Tsolmon | | |
| L. Enchbaatar | | |
| L. Myagmar | Effect of Cosmosin on the Bilesecreting function of liver | 30 |
| S. Narantuya | Results of treatment of radiculitis with the waistband made from marmot (tarbagan) skin | 34 |
| L. Jamsran | | |
| S. Majigsuren | | |

LECTURES, REVIEWS and CONSULTATIONS

- | | | |
|-------------|---|----|
| P. Onkhudai | THE perspective of imaging diagnostic and the nuclear magnetis resonance tomography | 35 |
| B. Budee | Pains and their treatment with a blockade. | 37 |
| Che-Jin-Su | Puncture treatment of nervous disorders on the EX—NEM point | 43 |

OPINION

- | | | |
|---------------------|--|----|
| B. Gosh, P. Puntsag | Relaparotomy and its some discustable questions | 44 |
| G. Bajaraa | | |
| N. Sengesuren | Some question of health service for children | |
| I. Vacamsuren | Hospital bed and its utflazation during transition to market economy | 50 |

CASUALITIES

- | | | |
|---------------|---|----|
| D. Sanjaa | An eye lesion caused by larvoe document fly (Hypoderma bovis) | 53 |
| E. Bayas al n | | |

МОНГОЛ УЛСЫН ҮНДЭСНИЙ ЭМИЙН БОДЛОГЫН АСУУДЛУУД

«Үндэсний эмийн бодлого» бага хурал дээр монгол улсын эрүүл мэндийн сайд, академич П. Нямдаваагийн тавьсан илтгэл.

Хүндэт нөхөд өө!

Эрхэм зочид оо!

Юуны өмнө, манай эрүүл мэндийн албаны нэн тулгамдсан зорилтын нэг болох үндэсний эмийн бодлогын асуудлаар зохион байгуулж буй анхны энэ бага хуралд хүрэлцэн ирсэн хүндэт төлөөлөгчид та бүхэнд болон тус хуралд урилгаар оролцож буй дотоод, гадаадын зочид, нэн ялангуяа тус бага хурлын ивээгч болсон ДЭМБ, НҮБ-ын хүүхдийн сан, Холбооны Герман Улсын «Хели» компанийн төлөөлөгчдэд Монгол Улсын Засгийн газар, Эрүүл мэндийн яамны нэрийн өмнөөс болон хувиасаа талархал члэрхийлэхийг зөвшөөрнө үү.

Нөхөд өө!

Хүн амын дунд зонхилж буй өвчин эмгэгийг оношлох, эмчлэх, сэргийлэх, эм, бэлдмэлгүйгээр аль ч улсын эрүүл мэндийн албаны төгс үйл ажиллагааг төсөөлөхөд бэрх билээ. Тэгээд ч 2000 онд бүх нийтээрээ эрүүл байх ДЭМБ-ын стратегийн зорилтын доторх эрүүл мэндийн анхан шатны тусламжийн дөрвөн үндсэн шалгуур үзүүлэлтийн нэг болгож, «...эрүүл мэндийн анхны тусламж, үүний дотор нэн чухал 20 эмийг авч болох цэг нь нэг цаг явган буюу унаагаар явахад хүрэх зайнд байх...» гэж ДЭМБ-ын баримт бичгүүдэд тодорхойлсон байна.

Эм хангамжийн төрөлжсөн тогтолцоо байгаагүй монгол оронд 1923 онд анхны эмийн сан байгуулж, 1927 онд эмийн үйлдвэрлэл, худалдаа, түүхий эд бэлтгэх бүрэн эрхийг төрийн мэдэлд авснаас хойш одоо иргэн бүртээ эм хүргэх бололцоо бүхий эм хангамжийн дэд бүтэц бүрэлдэж, улсын эрүүл мэндийн албаны бие даасан томоохон бүрэлдэхүүн хэсэг болтлоо хөгжсөн хийгээд анагаах ухааны дээд, дунд сургуулиараа үндэсний эм зүйн мэргэжилтнийхээ хэрэгцээг үндсэнд нь хан-

гах болсон нь өнгөрсөн 70 шахам жилийн хугацаанд хүн ардын эрүүл мэндийг хамгаалах чиглэлд гарсан маргашгүй ололтын нэг мөн.

Гэвч, тус оронд хэрэгжиж буй улс төр, нийгэм-эдийн засгийн гүн гүнзгий өөрчлөлтийн явцад сүүлийн 2 жилийн хугацаанд бий болсон эдийн засгийн хямралын эрүүл мэндийн салбарт илрэн гарах гол цэг нь эмийн хомсдол болж, хүн амын эрүүл мэндийн үйлчилгээнд ихээхэн бэрхшээл учруулж байгаа нь улс орны эрүүл мэндийн бодлогын хүрээнд эмийн бодлогын асуудлыг нухацтай авч үзэхийг бидний хойшлуулшгүй зорилт болгож байна. Эмийн бодлого гэдэг нэр томъёо ч бидэнд шинэ зүйл гэдгийг энд тэмдэглэх нь зүйтэй. 1990 оныг хүртэл бид эм хангамжийн тогтолцоо, эмээр хангах бодлого, асуудал гэж ярьж, бичиж байсан болохоос бус, дэлхий дахинаа 1970-аад оны сүүлчээс өргөн хэрэглэх болсон эмийн бодлогын тухай үзэл баримтлалыг бүрэн хэмжээгээр нь хэрэгжүүлж байсангүй.

ДЭМБ-ын баримт бичгүүд болон нийгмийн эрүүл мэндийн ухаанд нийтээр хүлээн зөвшөөрсөн тодорхойлолтуудаас үзвэл үндэсний эмийн бодлого гэдэг нь тухайн улс орны хүн амын дотроо зонхилон тохиолдож буй өвчин, эмгэгийг найдвартай оношлох, эмчлэх, сэргийлэх чадвар бүхий, боломжийн үнэ өртөгтэй, гаж болон хорт нөлөө багатай нэн чухал эм, бэлдмэлээр хүн амаа тасралтгүй хангахад чиглэсэн эмийн хэрэглээ болон хангалтын шинжлэх ухааны үндэстэй уялдуулсан үйл ажиллагаа, түүнд төр, засгийн нэрийн өмнөөс хяналт тавих дэд бүтэц, эрх зүйн үндэслэлийг бүрдүүлэхэд чиглэсэн цогцолбор арга хэмжээ юм.

Энэ тодорхойлолтын хүрээнд манай улс дахь эмийн хэрэглээ, хан-

гамж, түүнд тавих хяналт ямар байна вэ? гэсэн асуултанд юун түрүүн хариулах хэрэгтэй болно. Энэ асуултанд хариулахын тулд ДЭМБ-аас эмийн бодлогын талаар 1988 онд хийсэн судалгаанд ашигласан хэмжүүрийг үндэслэн өөрийн орны эмийн хэрэглээ, хангамж, хяналтын байдлыг үнэлж үзье (хүснэгт 1 ба 2). Хүснэгтүүдээс үзвэл манай улс эмийн бодлогын асуудлаар бүсийнхээ хэмжээнд хамгийн сул болох нь харгагдаж байна. Дээрх судалгаанд хавсаргасан хүснэгтээс үзвэл 1986—1987 оны байдлаар, дэлхийн хөгжиж буй 104 орны дотор үндэсний эмийн бодлогоо албан ёсоор боловсруулаагүй орон 32, үндэсний эм чухал эмийн жагсаалтгүй орон 9 байгаагаар жишээлэхэд манай улс эмийн бодлогын талаараа бүсдээ төдийгүй, дэлхийд баян ходоод болж болзошгүй байна. Гэвч энэ байдлыг харьцангуй богино хугацаанд засч болох дотоод нөөц бололцоо бий. Тооны хувьд хангалттай эмнэлгийн болон эмзүйн боловсон хүчин, Засаг захиргааны анхан шатны бүх нэгжид хүрсэн эм хангамжийн дэд бүтэц хоёр бидэнд байгаа юм. Иймээс одоогийнхоо байдалд нухацтай дүн шинжилгээ хийж, хөгжиж буй бусад орны туршлагыг анхааралтай судалсны үндсэн дээр үндэсний эмийн бодлогоо богино хугацаанд боловсруулж, түүнээ хэрэгжүүлж эхлэх хэрэгтэй байна. Энэ бага хурлын гол зорилго ч энэ болно.

Тиймээс үндэсний эмийн бодлогын гол бүрэлдэхүүн хэсэг болох эмийн хэрэглээ, хангамж, хяналтын асуудлын манай одоогийн байдал, цаашид анхаарах чиглэлийг тус тусад нь арай дэлгэрэнгүй авч үзье.

Эмийн хэрэглээний тоон үзүүлэлтээрээ бол манай улс хөгжиж байгаа орнуудын дотор нэг их хойгуур орохгүй. 1989 онд борлуулалтын дүнгээр манай улсын нэг иргэнд жилдээ тэр үеийн ханшаар 13,2 ам. долларын эм ногдож байсан нь дэлхийн дунджийн түшинд байхад нэг иргэнд нь ногдох эмийн дундаж зарцуулалт Энэтхэгт 2,3 ам. доллар, Хятадад 4,4 ам. доллар, Бразильд 10,3 ам. доллар байна.

Харин эмийг хэр зэрэг үр ашигтай, зөв хэрэглэдэг вэ гэдэг талаар

бол бодох юм тун их байна. Үүнийг зарим тодорхой жишээн дээр авч үзье.

Суулгат өвчний эмгэг жамын механизм дээр үндэслээд ДЭМБ хүүхдийн цочмог суулгыг цусан ба усан суулга хэмээн ангилж, нянгийн эсрэг бэлдмэл (антибиотик, сульфаниламид)-ийг цусан суулгын үед л хэрэглэх, усан суулгыг бол зөвхөн уулгаж сэлбэх давс (УСД—

ны уусмалаар эмчлэхийг 1980-аад оны эхэн үеэс зөвлөмж болгосон нь одоо дэлхийн ихэнх оронд мөрдөх зарчим болжээ. Гэтэл манай эмч нар нянгийн эсрэг бэлдмэлийг урьдал болгодог хуучин хэвшлээс салж чадахгүй байна. 1992 онд Улаанбаатар хотын Хүүхдийн нэгдсэн эмнэлэг №1, №2-т хэвтэн эмчлүүлсэн цочмог суулгат өвчтэй 50 хүүхдийн өвчний түүхийг үзэхэд л 44 (88%-д нийлдээ 10 нэрийн антибиотикийг дангаар нь буюу хавсруулан дунджаар 8 хоног хэрэглэсний дээр 37 (74%)-д нь дуслын шингэнийг судсаар хийсэн байлаа.

Цусан суулга өвчний үед ампициллин, котримоксазол хоёрын аль нэгийг хүүхдийн нас, биед тохирсон тунгаар 5 хоног хэрэглэхийг ДЭМБ зөвлөдөг. Манай мэргэжилтнүүд энэ онд Халдвартын клиникийн төв эмнэлэгт эмчлэгдсэн цусан суулга өвчтэй 50 хүүхдийн өвчний түүхэнд судалгаа хийж үзэхэд пенициллин, стрептомицин, гентамицин, ампициллин, левомецетин, фуразолидон, септрин зэрэг 8 нэрийн нянгийн эсрэг эмийг 23 (46%) хүүхдэд дунджаар 8 хоног хэрэглэсэн байна. Антибиотикаас гадна 14 нэрийн эм, тариа хэрэглэсэн байв.

Ер нь манай улсын хүн эмнэлгийн практикт 50 гаруй нэр төрлийн нянгийн эсрэг бэлдмэл (голдуу антибиотик) хэрэглэж байгаа нь борлуулалтын үнийн дүнгээр нийт эмийн гуравны нэг (28,7—34,2%) болж байна.

Улсын хэмжээгээр голчлон хэрэглэдэг 10 нэрийн антибиотикийн хэрэглээний байдлыг 1980—1989 оны дүнгээр судалж үзэхэд 1980 онд бензилпенициллин 2,2 тэрбум нэгж хэрэглэж байсан бол 1989 онд 4,5 тэрбум нэгж хэрэглэх болж, даруй

1,6 дахин нэмэгджээ. 1989 оныг 1980 онтой харьцуулахад тетрациклины зарцуулалт 27,6% буурч, стрептомицин, бициллин—3-ын зарцуулалт нэг түвшинд, эритромициных 1,3 дахин, оксациллинийх 1,7 дахин, хлорамфениколынх 5,0 дахин, феноксиметилпенициллинийх 7,1 дахин нистатинийх 25 дахин, ампициллинийх 100 дахин тус тус нэмэгджээ. Гэтэл улсын нийт хүн амын тоо энэ хугацаанд 18,1 хувиар өсөж, 1000 хүн амд ногдох амбулаторын ерөнхий өчлөлийн түвшин 6 хувиар, 10.000 хүн тутмаас больницын нөхцөлд эмчлүүлэгчдийн тоо 17 хувиар тус тус нэмэгдсэн байна. Ийнхүү хүн амын тооны болон өвчлөлийн түвшний өсөлтөөс антибиотикийн хэрэглээний өсөлт хэт түрүүлж иржээ.

Дэлхий дахины эмнэлгийн практикт хэрэглээ нь жил ирэх тутам багасч байхад манайд байнга өсч байгаа эмчилгээний нэг хэлбэр бол судсаар шингэн тарих явдал юм. Зөвхөн 1990 онд 1,427,300 ампул 40%—20 мл судсаар тарих глюкоз, 40,1 тонн хуурай глюкоз улсын хэмжээнд авч хэрэглэснийг нийт хүн амын тоонд харьцуулбал Монгол улсын иргэн бүр 5%—200 мл глюкоз судсаар тариулж, 10%—100 мл глюкозын уусмал уусан тооцоо гарч байна.

Сүүлийн 10 жилд гемодез, полиглюкин, реополиглюкин, хлорид натри зэрэг судсаар юүлдэг 74,5 тонн шингэнийг жил тутам дунджаар хэрэглэсэн нь ойролцоогоор 10 хүн тутмаас нэг нь жил бүр 1 шил гемодез тариулж байсантай адил болжээ.

Эм хэрэглээнд үүссэн энэ мэтийн гажуудлыг арилгахын тулд үндэсний нэн чухал эмийн жагсаалт дээр үндэслэсэн зонхилон тохиолдох нозолог нэгжийн эмчилгээний стандартууд боловсруулан практикт нэвтрүүлэх, шинжлэх ухаан-техникийн дэвшилтэй уялдуулан түүнээ үе үе шинэчлэн боловсронгуй болгож байх, эмнэлгийнхэн болон нийт хүн амыг эмийн үйлчилгээ, хэрэглэх болон хадгалах нөхцөлийнх нь тухай үнэн зөв мэдээллээр тогтмол хангаж байх зогсолцоо бүрдүүлэх, эмнэлгүүн фармакологийн алба үүсгэн

бий болгох шаардлагатай болж байна.

Эмийн хэрэгцээг шинжлэх ухааны үндэлэлтэй судалж, эмийн захиалгыг оновчтой боловсруулах нь эмийг зүй зохистой хэрэглэхэд чухал үүрэг гүйцэтгэнэ.

Сүүлийн жилүүдэд эмийн хэрэгцээ тодорхойлох судалгааг урьдах жилүүдийн хэрэглээнд тулгуурлан нийгэм-эдийн засаг, эмнэлэг-биологийн зарим хүчин зүйлийн нөлөөллийг харгалзан эдийн засаг математикийн аргаар хийж, тус орны эмийн хэрэглээний 60—70%-ийг бүрдүүлдэг зүрх судас, элэг цэсний өвчин илааршуулах эмүүд, витамин дааврын гаралт эмүүд, антибиотик зэрэг 5 бүлгийн 130 гаруй эмийн эрэлтийн хангамжийн коэффициент, тэдгээрийн хэрэгцээг тодорхойлж, ойрын жилийн прогноз гаргажээ. ДЭМБ-ын шургуу зөвлөж байгаагаар эмнэлзүйн фармакологийн судалгаа, эмчилгээний стандартад тулгуурлан эмийн хэрэгцээг тооцдог аргаар нэмэлт судалгаа явуулж, энэхүү дурдсан хоёр аргыг харьцуулан корреляци хийж улсын эмийн бүртгэлд орсон эмүүд, юуны өмнө нэн чухал эмийн жагсаалтанд орсон эмийн хэрэгцээг хамгийн бодитой тодорхойлж, хүн амын эмийн хэрэглээг жинхэнэ зориулалтын дагуу жолоодох боломжийг бүрдүүлэх хэрэгтэй байна. Ингэснээр бид шаардлага багатай олон нэр төрлийн ижил үйлчлэлтэй эмээр дотоод зах зээлээ дүүргэж, хөрөнгө валютата онцын шаардлагагүй зүйлд зарцуулахаас зайлсхийх боломжтой болох юм.

Эм хангалтыг: Эм худалдан авах, үйлдвэрлэх, үнэлэх, тээвэрлэх, хадгалах, тараах гэсэн бүрэлдэхүүний хэсгүүд болгон задалж үздэг.

Манай улс хэрэгцээт эмийнхээ хэрэгцээний 90% гаруйг импортоор авдаг бөгөөд үлдэх хувийн дийлэнхийг «Эмийн завод» компани, бага хэсгийг Ардын эмнэлгийн хүрээлэн, Эрүүл ахуй, халдвар, нян судлалын институт зэрэг эрдэм шинжилгээний-үйлдвэрлэлийн байгууллагад хийдэг. Сүүлийн 2 жилд эм үйлдвэрлэх хувийн хяжиг үйлдвэрүүд бий болж эхэллээ.

Эм хангамжийн бусад бүх үйл ажиллагааг «Монголэмийнх» нэг-

дэд, түүний харьяа аймаг, хотын эмийн сангуудыг удирдах контор, улсын хэмжээний 500 гаруй эмийн сан гүйцэтгэдэг.

Эм хангамжийн үйл ажиллагааны одоогийн бэрхшээл нь:

— эм хангамжийн байгууллагын үйл ажиллагаа зах зээлийн эдийн засгийн нөхцөлд зохицож ажиллах хэлбэрээ бүрэн олоогүй байгаа.

— эм хадгалах, тээвэрлэх болон цагт нь . . . эм бэлтгэх орчин үеийн материаллаг бааз хангалттай бүрдээгүй.

— дотоодын эмийн үйлдвэрлэл сул хөгжсөн явдалтай холбоотой байна.

Манай орны хүн амын хэрэгцээнд гаргаж байгаа эмийн 50% орчмыг стационараар үнэгүй хэрэглэж, сүрьеэ зэрэг зарим өвчнийг эмчлэхэд болон яг хүртэлх насны хүүхдэд эмийг үнэгүй олгож байна. Энэ бүгдэд зориулж улсын төсвөөс жил бүр 60 сая орчим төгрөг зарцуулдаг.

Манай улсад мөрдөж байсан эмийн жижиглэн худалдаалах үнэ үндсэндээ 1960—1970-аад оны үеэс хөдлөөгүй, завсарт нь зургаан ч удаа хямдруулсан нь хөдөлмөрчдийн эмийн хэрэгцээг хангахад төрөөс тавих анхаарал халамж байсан сайн талтай боловч эмийн бодист хайхрамжгүй, хайр гамгүй хандах, бөөнөөр нь худалдан авч нөөцлөөд хэрэглэлгүй хугацааг нь дуусгаж хаях зэрэг эдийн засагч бус байрлал газар авахуулж, эмийг хэтрүүлэн хэрэглэснээс элдэв төрлийн харшил зэрэг эмийн өвчин, антибиотикт тэсвэртэй нян олшрч, хэрэглээний тунг ихэсгэхийг шаардах зэрэг зохисгүй үзэгдэл дэлгэрэхэд ихээхэн нөлөөлсөн байна.

Сүүлийн 2 жилд манай улс уламжлалт нийлүүлэгчдээсээ ихэнх эмээ авч чадахгүй болж, ижил буюу ойролцоо нэр төрлийн эмийг шинэ зах зээлээс хатуу валютаар авах болсон нь эмийн гадаад худалдааны болон дотоод борлуулалтын үнийн зөрүүт олон арав дахин ихэсгэж, засгийн газраас гаалийн болон худалдааны татвараас чөлөөлөх зэрэг арга хэмжээ авсан боловч эм хангамжийн байгууллагууд ажиллагааныхаа зардлыг дийлэхгүйд хүрч, олдоц ховортой эмүүд зориулалтын өвчтөндөө

хүрэлгүй хар захад гарах, хил давуулан арилжигдах болсон юм. Гэвч эмийн бодисын өвөрмөц хэрэгцээ, хүн амын дийлэнх хэсгийн худалдан авах чадавхийг харгалзан засгийн газрын 1991 оны 240, 1992 оны 35 дугаар тогтоолуудаар эмийн зүйлийн үнийг чөлөөт үнэнд шилжүүлэхгүйгээр улсаас тогтоож байхаар заасам болно. Эмийг худалдан авсан болон борлуулж буй үнийн зөрүүний зөрчлийг багасгах үүднээс энэ оны 4 дүгээр сарын 1-ээс хэрэглэхээр эмийн үнийг шинэчлэн тогтоохдоо ч үндэсний нэн чухал эмийн жагсаалтанд орсон 45 нэрийн эмийн борлуулах үнийг хуучнаар нь үлдээж, 42 нэрийн эмийг байвал зохих үнээс 50 хувь доогуур тогтоосон юм. Эдгээр эмийг худалдан авсан болон борлуулах үнийн зөрүү нь жилд 102 орчим сая төгрөг байх тооцоотой байна. Цаашид эмийн үнэ тогтоох механизмыг улам боловсронгуй болгох шаардлагатай.

Эм хангамжийн байгууллагуудын ашигт ажиллагааг дээшлүүлэх, зах зээлийн харилцааны нөхцөлд ойртуулах үүднээс «Монголэмимпекс» нэгдлийг хувьчлах асуудал тавигдаж буй нөхцөлд уг нэгдлийн эмийн бодлого, хяналтын асуудал хариуцсан төв, орон нутгийн хэсгүүдийг төрийн захиргааны байгууллагад шилжүүлэн үлдээх зохистой хэлбэрийг тун нарийн тооцоолж хэрэгжүүлэхгүй бол эмийн хомсдлын хямрал гүнзгийрэх боломжтойг бид сайтар харгалзан үзвэл зохино.

Дотоодын эмийн үйлдвэрлэлийг нэмэгдүүлэхдээ эх орны ургамал амьтан, эрдсийн нөөцийг ашиглан нэн чухал эмийн жагсаалтанд орсон эмээ үйлдвэрлэн хангах, эмийн идэвхит бодис болон вакцины өтгөрүүлсэн хагас боловсруулсан бэлдмэлийг бөөнөөр нь импортоор авч дотооддоо савлах, шахмалдах замаар тээврийн зардлаас гарах зарлагыг багасгах бодлого баримтлах нь зүйтэй гэж үзэж байна. Эмийн үйлдвэрлэл хөгжүүлэх үндэсний хөтөлбөрт эмийн түүхий эдийн байгалийн нөөц судлах, ургамал тарималжуулах, эмт амьтан үржүүлэх аж ахуйнууд байгуулахын зэрэгцээ биотехнологи, генийн инженерчлэл, биохими, ботаник, агробиологи, фитохими

ам, эмийн технологийн эрдэм шинжилгээний ажлыг өргөжүүлэх асуудлыг тусгах шаардлагатай юм.

Мөн одоо зарим аймагт ажиллаж байгаа галены эмийн тасгуудыг өргөжүүлэх, тоог нь олшруулах, тэдгээрийг жижиг оврын техникээр шинэчлэн тоноглож өмчийн олон төрөлд багтах эмийн жижиг үйлдвэрүүд болгон чөлөөт өрсөлдөөнд оруулж ажиллуулах бодлого баримтлах нь эм хангалтыг сайжруулах нэг бодит бололцоо гэж үзвэл зохинго.

Эмийн хяналтын үйл ажиллагаа нь эм бүртгэх, мэдээлэх; эмийн чанар, үйлдвэрлэх технологи, хэрэглээнд хяналт тавих; эрх зүйн актуудыг боловсруулах; тэдгээрийг олон улсын эрх зүйн актуудтай уялдуулан нийцүүлэх зэргийг өөртөө багтаадаг бөгөөд манай эмийн бодлогын хамгийн сул хөгжсөн, эмзэг хэсэг болно. Эм, биобэлдмэлийг олон улсын жишгийн дагуу бүртгэх ажил 1991 оноос л эхэлсэн, одоо хүртэл манай улс үндэсний фармакопейгүй байгаа хоёрыг дурдахад л энэ талын ажил ямар шатанд байгаа нь тодорхой юм. 1987 оноос эмийн хяналтын үүргийг эм, биобэлдмэлийн улсын хяналтын лаборатори гүйцэтгэж эхэлж байна. Гэвч одоогийн хүчин чадал, материал, техникийн бааз, боловсон хүчний бололцоо нь энэ лаборатори эрхзүйн актууд дээр ажиллаж, эмийн тухай үйлдвэрлэгч, хангагч байгууллагуудаас хамаат бус мэдээллээр эмнэлгийнхэн, хүн амыг хангах, эм хэрэглээ, эмийн гэж үйлдэлд хяналт тавих үүргээ биелүүлэхэд бэрхшээл учруулж байна. Тиймээс энэ лабораторийг цаашид энэ чиглэлээр нь өргөтгөн бэхжүүлэх, орон нутагт салбар цэгтэй болгох талаар бодох хэрэгтэй болж байна.

Эмийн үйлдвэрүүдийн бүтээгдэхүүний чанарыг сайжруулахад чиглэсэн иж бүрэн арга хэмжээ авч хэрэгжүүлэхдээ бид 1971 онд хуралдсан ДЭМБ-ын 22 дугаар чуулганаас баталсан (WHA 22.50) «Эмийн бэлдмэлийн чанарыг хянах зарчмууд», «Эм үйлдвэрлэх, эмийн бэлдмэлийн чанарыг хянах дүрэм»-ийн шаардлагууд болон «Эмийн үйлдвэрлэл, зохион байгуулалт, эмийн хя-

налтын зарчим (GMP)»-ийн зөвлөмжийг нарийн чанд баримтлах нь зүйтэй.

Лабораторийн хүчин чадал сул, голлох эмээ импертолдог манай орны хувьд ДЭМБ-ын «Олон улсын худалдаанд зориулсан эмийн бүтээгдэхүүний чанарын баталгаажуулалтын схем»-ийг мөрдөж, экспортлогч талаас чанарын сертификат авсны дараа захиалан авч байхыг хатуу журамлах шаардлагатай байна.

Импортын болон дотоодын үйлдвэрийн эм, эмийн түүхий эд, биобэлдмэлийн чанарыг шалгахад үндэсний улсын стандарт, техникийн нөхцөлийг баримталж байсныг үндэсний фармакопей болгон өөрчлөн боловсруулах хэрэгтэй болж байна.

Дээрх үндсэн 3 чиглэлийн дотор багтаж яваа боловч онцгойлон анхаарвал зохих хоёр асуудал байгаа нь:

— үндэсний уламжлалт эмийн тухай асуудал.

— мансууруулах болон сэтгэц нөлөөт эмийн тухай асуудал болно. Монголын ард түмэн ардын уламжлалт эмнэлгийн олон мянган жилийн баялаг өвсантай билээ. 1920—30-аад оны үед манай оронд европ ёсны анагаах ухааны эмнэлгийг улсын эмнэлэг болгон зарлаж, түүнд хэрэглэдэг эмийг импертлох, үйлдвэрлэх, түүхий эдийг ашиглах, хэрэглээнд гаргах бүх эрхийг улсын гарт авч монополичлон. 1937 онд ардын уламжлалт эмийн санг хааж, уул эмийг хэрэглэх явдлыг үнэн чанартаа хориглосон байна. Дашрамд хэлэхэд энэ үйл явдал нь монголын ард түмний соёл иргэншлийн арвин өв сан, түүний дотор ардын эмнэлэг, эм барих өвөрмөц арга, үнэт уламжлалд ихээхэн хор хохирол учруулсныг харамсан тэмдэглэх нь зүйд нийцэх юм. Манай оронд өрнөсөн ардчилал, өөрчлөлт шинэчлэлийн одоо үед тэрхүү уламжлалыг сэргээн, түүнийг орчин үеийн шинжлэх ухааны эмнэлэгтэй хослон хөгжүүлэхэд оюуны чадавхна дайчлах, хөрөнгө хүч зарцуулах, сэтгэл зүй, ёс суртахууны элдэв хориг саадыг даван туулах шаардлагатай болж байна. Энд аливаа туйлшрал хэрэггүй юм.

ДЭМБ-ын 29, 30, 31, 40, 41, 42, 44 дүгээр чуулганаар ардын уламжлалт эм, эмийн ургамал хэрэглэх арга зүйн асуудлаар гаргасан тогтоол, зөвлөмжүүдийн үндсэн дээр боловсруулсан уламжлалт эмнэлгийн тухай ДЭМБ-ын Хөтөлбөрийг хэрэгжүүлэх асуудал манай эмийн бодлогод төдий л тусгалаа олохгүй явсаар иржээ. Эдгээр шийдвэрийн үзэл санааг ардын эмнэлгийн эмийн талаар өөрийн улсын эмийн үндэсний бодлогод тусгах оролдлогыг Эрүүл мэндийн сайдын 1991 оны 11 дүгээр тушаалаар баталсан «Монголын уламжлалт анагаах ухааныг хөгжүүлэх үндсэн чиглэл (1991—1995)»-д хийсэн болно.

Уламжлалт эмийн чанарын хувьд 1991 онд Канадад болсон эмийн хяналтын байгууллагын ажилтын зөвлөгөөнөөр сайшаасан «Ургамлын гаралтай эмийн чанарын хяналтын гарын авлага» хэмээх удирдамжийг баримтлан явуулах бодлого баримтлах нь зүйтэй юм. Энэ чигдэлийн анхны алхам нь эрүүл мэндийн сайдын 1991 оны 163 дугаар тушаалаар батлагдсан «Монгол эмийн найрлагын стандарт, үйлдвэрлэл технологийн шаардлага» болно. Эрх зүйн энэ актаар уламжлалт 86 жорын найрлага, чанарын үнэлгээний стандарт, уламжлалт жорд хэрэглэдэг 66 түүхий эдийн тодорхойлолтыг оруулсан байна.

Манай улсын гадаад эдийн засгийн харилцаа нээлттэй болж өргөжиж буй одоогийн нөхцөлд мансууруулах бодисын аюулт тахлаас сэргэмжлэхэд онцгой анхаарах шаардлага тавигдаж байна. Энэ шаардлагын үүднээс манай улс «Мансууруулах эмийн тухай 1961 оны конвенци, түүнд засвар оруулсан 1972 оны протокол»-д 1990 онд нэгдэн орж, одоо «Сэтгэц нөлөөт эмийн 1971 оны конвенци»-д нэгдэх бэлтгэл хийж байна. Мансууруулах, сэтгэц нөлөөт болон хүчтэй үйлчлэх эмийн хэрэглээнд гавих хяналтыг олон улсын эрхзүйн шаардлагад ойртуулах зорилгоор эрүүл мэндийн сайдын 1992 оны 52 дугаар тушаалаар «Монгол улсын эмнэлгийн практикт хэрэглэх мансууруулах эмийн жагсаалт», «Сэтгэц нөлөөт эмийн үлдэсний жагсаалт», «хүн эмнэлгийн практикт хэрэглэх хүчтэй үйлчлэх

эмийн жагсаалт» «Мансууруулах, сэтгэц нөлөөт болон хүчтэй үйлчлэх эмийг хэрэглэх, хадгалах, зарцуулалтын тайлан гаргах журам»-ыг тус тус шинэчлэн баталлаа. Цаашид сэтгэцийн эмгэг судлалын зөвлөлтөө өгөх албыг боловсронгуй болгох, мансууруулах, сэтгэц нөлөөт эмийг илрүүлэх орчин үеийн лабораторийн аргуудыг практикт нэвтрүүлэх, гаалийн болон гадаад худалдааны албадтай хамтран мансууруулах болон сэтгэц нөлөөт эмийн орчилд тавих хяналтыг орчин үеийн түвшинд нэн яаралтай гаргах хэрэгтэй боллоо.

Эмийн зүйлд орж ангилагддаг боловч үйл ажиллагааны хүрээнд мартагдах хандлагатай байдаг;

— вакцин, ийлдэс зэрэг биобэлдмэл,

— оношлуур, лабораторийн урвалж бодис.

— зүү, тариур, гуурс, бээлий, умайн ерөндөг, бэлгэвч г. м техникийн бус эмнэлгийн туслах материалын хэрэглээ, хангалтын болон хяналтын зарчим нь эмийн бодлогын хүрээнд орж явна гэдгийг энд дурдахад илүүдэхгүй юм.

Нөхөд өө!

Манай эмийн үндэсний бодлогыг цогцоор боловсруулж, цаашид улам боловсронгуй болгохтой холбогдсон дүгнэлт дээр ярьснаас аяндаа урган гарч байна. Үүнд:

1. Монгол улсын үндэсний эмийн бодлогын бүтэц, агуулга, зорилго, зорилтыг ДЭМБ-ын болон түүний гүйцэтгэгч товчооны чуулгануудын эмийн бодлогын талаар гаргасан удаа дараагийн шийдвэртэй уялдуудан зохицуулж, түүний үндсэн дээр эмийн бодлогын бүрэлдэхүүн хэсэг тус бүрээр өөрийн үндэсний хөтөлбөрүүдийг боловсруулан мөрдөх шаардлага тавигдаж байна.

2. ДЭМБ-ын боловсруулсан зарчимд тулгуурлан тус улсын эмийн бүртгэл, нэн чухал эмийн жагсаалтанд оруулах эмийг зөв сонгох, уул жагсаалтыг улам боловсронгуй болгохын тулд түүнийг үе үе хянан үзэх шалгуурыг зориуд боловсруулах, байнгын ажиллагаатай ажлын аппарат байгуулах хэрэгтэй байна. Манай оронд хэрэглэх эмийн нэр төрлийн тоог хүн амын эрэлт, жө-

рэгцээр хясахгүйгээр шинжлэх ухааны үндэслэл бүхий хязгаартай, нэн оновчтой тогтоож, эмийг эдийн засгийн хувьд ашигтай, урьдчилан сэргийлэх, оношлогоо, эмчилгээний хувьд туйлын үр дүнтэй байх зарчмыг баримтлах нь зүйтэй юм.

3. Монгол улсын эмийн бодлогын үндсэн асуудлын нэг бол эмийн бодлогын болон эм хангамжийн байгууллагын бүтэц, зохион байгуулалт, материаллаг баазыг улам боловсронгуй болгож, зах зээлийн тогтолцооны нөхцөлд хамгийн үр ашигтай ажиллах хэлбэрийг олж тогтоох явдал болно.

4. Хүн амын эмийн хангамжийн эх үүсвэрийг арвижуулах чухал хөшүүрэг бол эх орны ургамал, амьтад, эрдсийн гаралтай түүхий эдийг ашиглан дотоодын эмийн үйлдвэрлэлийг хөгжүүлэх, ардын уламжлалт эмнэлгийн эмийг зохистой ашиглах явдал юм. Энэ асуудлыг тустай хөтөлбөрийн дагуу шинжлэх ухааны үндэслэлтэйгээр шийдвэрлэх хэрэгтэй болж байна.

5. Эм, биобэлдмэлийн чанар, хэрэглээнд тавих хяналтанд тэргүүн зэргийн ач холбогдол өгч уг ажлын арга зүй, зохион байгуулалтын хэлбэрийг улам боловсронгуй болгох шаардлагатай байна.

6. Хангамжийн бүх төрлийн эх үүсвэрээр бий болсон эмийн нөөцийг тухайн нутаг дэвсгэрийн эмнэлэг-биологийн болон нийгэм-эдийн засгийн хүчин зүйлийг харгалзан зөв

хуваарилах, байгаль цаг уурын болон зам харилцааны нөхцөлийг харгалзан гэмтэлгүй хүргэх, хадгалалт, хамгаалалтыг сайжруулах явдал манай эмийн бодлогын чухал хэсэг юм.

7. Үндэсний нэн чухал эмийн жагсаалтанд үндэслэсэн зонхилсон тохиолддог нозологийн нэгжүүдийг эмчлэх үндэсний стандарт боловсруулан, түүнд үндэслэсэн жорын лавлах гаргах эмнэлзүйн фармакологийн алба бий болгох замаар эмийн хэрэглээг журамлах, боловсронгуй болгох шаардлага гарч байна.

8. Эмнэлгийнхэн болон нийтэд зориулсан эмийн мэдээллийг өргөжүүлж чанар агуулгыг нь дэлхийн түвшинд хүргэх нь үндэсний эмийн бодлогыг хэрэгжүүлэх нэг чухал нөхцөл болно.

9. Эмийн үнэ бүрэлдүүлэх асуудал үндэсний эмийн бодлогын чухал бүрэлдэхүүн хэсэг болохыг анхааран үзэж, эмийн үнийг зах зээлийн нөхцөлд зохицуулах, өргөн хэрэглээний, жоргүй олгох эмийн үнийг чөлөөтэй тавих, төр засгаас тогтоосон хатуу үнийг баримталснаас үүсэх алдагдлыг төсвийн таатаасаар хөхөх журмыг боловсруулан хэрэгжүүлэх зэргээр үнийн асуудлыг иж бүрэн шийдэх нь өмчийн олон төрөлд хамаарах эм хангамжийн аж ахуйн нэгжийн сонирхлыг дээшлүүлэх ашигт ажиллагааг хангах нөхцөл бүрдүүлнэ.

Анхаарал тавьсанд баярлалаа.

ЭМИЙН ХЭРЭГЛЭЭ, ХАНГАЛТ, ХЯНАЛТЫН БАЙДЛЫН ҮНЭЛГЭЭНИЙ ХЭМЖҮҮР

3. Эмийн бодлого

1/ Үндэсний эмийн бодлого боловсруулах сонирхолгүй буюу боловсруулах зорилт тавьж эхэлж буй.

2. Үндэсний эмийн бодлого эхний шатнаа яваа.

3. Үндэсний эмийн бодлого бүрэн хэрэгжиж буй.

4. Хууль эрхийн акт

1. Эмийн асуудал зохицуулах үндэсний алба болон эрх зүйн актгүй.

2. Эмийн асуудал зохицуулах үндэсний алба буй болж яваа (эмийн бүртгэл зэрэг анхан шатны эрхзүйн акттай)

3. Бүрэн үйл ажиллагаа бүхий эмийн асуудал зохицуулах үндэсний албатай (эм сонгох, бүртгэх, чанарыг хянах, хэрэглээг хянах, мэдээлэх асуудлыг хамарсан)

5. Чанарын хяналт

1. Чанарын хяналт байхгүй.

2. Чанарын хяналтын зарим элемент буй боловч чанарын хяналтын үндэсний лаборатори байхгүй.

3. Чанарын хяналтын үндэсний лаборатортой, гэвч үйл ажиллагаа нь жигдрээгүй.

4. Бүрэн хэмжээнд ажиллаж буй чанарын хяналтын үндэсний лабораторитой.

6. Хэрэглээний хяналт

1. Хэрэглээний хяналт байхгүй.

2. Сонгосон бүтээгдэхүүнд хэрэглээний хяналт тавьдаг.

3. Эмийн хэрэглээ, гаж үйлчилгээний хяналт тавих төгс механизмтай.

1. Нэн чухал эмийн жагсаалт

1. Жагсаалтгүй.

2. Жагсаалттай.

3. Жагсаалтгүй бөгөөд түүнийг эмийн бодлогыг явуулах гол механизм болгож чадсан.

8. Эм хангалт

1. Хүн амын 30 хувиас бага хэсэг нь нэн чухал эмээр тасралтгүй хангагддаг.

2. Хүн амын 30—60 хувь нь нэн чухал эмээр тасралтгүй хангагддаг.

3. Хүн амын 60 хувиас их хэсэг нь нэн чухал эмээр тасралтгүй хангагддаг.

9. Эм худалдан авах тогтолцоо

1. Эмийн пүүс, үйлдвэрлэгч бүртэй тусад нь хэлэлцэж худалдан авдаг.

2. Олон пүүс, үйлдвэрлэгчийн дунд тендер зарлах замаар ихэнх эмээ худалдан авдаг.

3. Бүх эмээ (гадаадаас ч, дотоодоос ч) эмийн чанар, үнийг харгалзан тендер зарлаж худалдан авдаг.

10. Эм тараах тогтолцоо

1. Муу хөгжсөн

2. Дунд зэрэг хөгжсөн

3. Сайн хөгжсөн

11. Эм үйлдвэрлэл

1. Байхгүй

2. Бэлэн түүхий эдээр үйлдвэрлэл явуулдаг.

3. Эмэнд орох химийн бодис үйлдвэрлэдэг.

4. Эмийн шинэ бодис зохион бүтээж, үйлдвэрлэх чадвартай.

12. Эмийн мэдээлэл

1. Мэдээллийн тогтолцоо байхгүй.

2. Эмнэлгийнхэнд өгөх мэдээллийн тогтолцооны эхлэлтэй, нийгд зориулсан тогтолцоогүй.

3. Эмнэлгийнхэнд болон нийт хүн амд зориулсан эмийн мэдээллийн сайтар хөгжсөн тогтолцоотой.

13. Хүн хүчний хөгжил

1. Мэргэжил дээшлүүлэх, үргэлжлүүлэн суралцах тогтолцоогүй.

2. Эмч, зохион байгуулагч, эмзүйн мэргэжилтний мэргэжил дээшлүүлэх тогтолцоотой.

2 дэмь-ын зүүн өмнөд азийн бүсийн орнуудын эмийн хэрэглээ,
ХАНГАЛТ, ХЯНАЛТЫН БАЙДАЛ
(1986—1987 оныхоор)

№	Улсын нэр	нэг хүнд ноолдох үнэстэйний (ам доллар)	эмийн бодлого	хууль эрхийн акт	чанарын хангалт	хэрэглээний тгэнх	нэн чухал эмийн жаргалт	эм хангалт	эм худалдан авах тогтолцоо	эм тараах тогтол- цоо	эм үйлдвэрлэл	эмийн хэрэглээний	хүн хүний хөгжм	нийлбэр оноо
1		2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1	Шри-Ланка	360	3	3	4	3	3	3	3	3	2	2	2	30
2	Индонез	540	3	3	4	3	3	2	3	2	3	2	1	28
3	Тайланд	850	3	3	3	3	3	2	2	3	4	2	1	29
4	Энэтхэг	260	3	3	3	2	1	1	2	2	1	1	1	24
5	Бутан	111	3	2	3	2	2	2	2	1	2	1	1	21
6	Бангладеш	130	3	3	3	1	2	1	2	1	1	1	1	21
7	Мальдив	450	2	2	2	1	3	2	2	1	2	1	1	18
8	Бамба	160	2	2	2	1	2	1	1	1	2	1	1	17
9	Мьянмар	180	2	2	2	1	2	1	1	1	2	1	1	17
10	Монгол	400	1	1	2	1	1	1	1	2	2	2	2	16
	Монгол(1992)	300	1	2	3	1	2	2	2	2	2	2	2	21

АШИГЛАСАН ГОЛ МАТЕРИАЛ

1. Монголын уламжлалт эмнэлгийн ажилтны лавлах бичиг, эмхэтгэсэн Д. Батчулуун, Улаанбаатар, 1992, 96 хуудас:

2. Оргил Б. Зориг Т. Нэн чухал эмийн товч лавлах, Улаанбаатар, 1992, 57 хуудас:

3. Essential Drugs-Action for equity «WHO» Geneva, 1992, 28 pp

4. Drug situation in Mongolia, Assignment Report by Mr Jawawicrama, WHO STC, Ulaanbaatar, 1991, 11 pp, +Annexes,

5. Implementation of WHO, s revised drug Strategy, Action programme on essential drugs, WHO A 45/12, Geneva, 1992, 18 pp,

6. Implementation of WHO, s revised drug strategy, safety and efficacy of pharmaceutical products- WHO A 45-13, Geneva, 1992. 39 pp-

7. Guidelines for developing national drug policy, «WHO» Geneva- 1988, 52 pp.

8. Report on the drug situation in Mongolia, by S. Holand, WHO, DAP, Ulaanbaatar, 1981, 7 pp, +Annexes,

9. Summary, report of Mongolia mission National drug policy and essential drugs programme) by P. K. Gupta, M. Helling-Borda, Khin Kyi kyi, WHO/DAP, Geneva. 1991. 12 pp, +Annexes,

10. The world drug situation, WHO Geneva, 1988, 123 pp,

СОНСГОЛЫН ЯСЫГ ШИЛЖҮҮЛЭН СУУЛГАЖ, СОНСГОЛ САЙЖРУУЛАХ МЭС ЗАСЛЫН АСУУДАЛД

Доктор профессор
Л. Шагдар

Тимпанопластик мэс заслыг хийж эхэлсэн 1950—1960 оны үед сонсголын идэгдэж салсан алх, дөш яснуудыг бүр мөсөн авч Вульштейны сонгомол аргын III—IV хувилбарыг ашигладаг байлаа. Олон жилийн ажиглалтаас үзэхэд Вульштейны 1, 2-р хувилбар буюу хэнгэрэгний том тогтолцоо үүсгэж хийсэн мэс заслын үр дүн нь (1) 3, 4-р хувилбарын (хэнгэрэгний бага тогтолцоо үүсгэсэн буюу дунгийн цонхыг хучих) үр дүнгээс ямагт их байсан учраас сонсголын яс идэгдэж, сонсголын ясны холбоо салсан тохиолдолд ихэнх мэс засалч, судлаачид тимпанопластикыг ямар нэгэн аргаар 1, 2-р хувилбарт шилжүүлэн хийхийг оролдох болсон юм.

Сонсголын салсан ясыг хооронд нь холбож (оссикулопластик) хэнгэрэгний том тогтолцоо үүсгэн авиа дамжуулах аппаратыг сэргээхийн тулд янз бүрийн материал, шүд (32), хумс (4), зэвэрдэггүй ган, тантал, алт (15,39) цогцосос авсан хэнгэрэгтэй яс, өвчтөний чихний дэлбээнээс авсан буюу нөөцөлсөн мөгөөрс (12,24) өвчтөний өөрий нь алх дөшний үлдэгдэл зэргийг ашиглаж байна. Салсан сонсголын ясыг янз бүрийн цавуугаар наах (29,29) арга хэрэглэсэн

боловч дунд чих, дотор чихний салст бүрхэвч, дотор чихний ясанд сенерэлт өөрчлөлт гаргадаг, дотор чихний мэдрэлийн авуур, зангилаа, судас зэрэг авиа хүлээн авах хэсэгт муу нөлөө үзүүлдэг нь туршлагаар нотлогджээ (26, 16).

Салсан сонсголын ясны хэлхээсийг нийлэг материал болох полиэтилын гуурс (7), тефлон (28, 13) зэргээр холбож болдог боловч мэс заслын дараа 1/4 тохиолдолд гадагш түрэгдэн гардаг байна.

Эрдэмтэд, титанаар хийсэн хиймэл яс (3), пластипор гэдэг бионийлэг материалаар хийсэн ТОР, РОР гэдэг хоёр янзын (25) хиймэл яс хэрэглэсэн боловч энэ арга өргөн дэлгэрсэнгүй.

Эдгээр нэхдэсийг хэрэглэхэд мэс заслын үр дүн нь уг материалын хэлбэр хэмжээ, авиа дууны долгионыг дамжуулах чанар, мултарч гулгахгүйгээр бэхлэгдсэн байдал, орчныхоо эд нэхдэст хир тохирч байгаа, харшил болон дархлалын урвал өгдөг эсэх зэргээс их шалтгаална. Жишээ нь төмрөөр хийсэн хиймэл яс бэхэлсэн ясны орчимд дарж үхжил үүсгэдэг байхад нийлэг материалын бэхэлгээ муугаас мултарч,

сонсголын ясны холбоо дахин салах зэрэг сөрөг нөлөө гардаг байна.

1960 оны эхнээс өвчтөний дөш ясны байршлыг дөрөө алх хоёрын хооронд өөрчлөн суулгаж (интерпозици, репозици, транспозици) сонсголын ясны хэлхээсийг сэргээн 69,4% тохиолдолд сайн үр дүнд хүрсэн байна (21). Энэ аргын гол дутагдал нь дөш дөрөөний сэнжнээс ямархан мултардагт оршино.

Сүүлийн жилүүдэд сонсголын ясны хэлхээсийг сэргээхэд өөр хүн, цогцосоос авсан яс (алло) хэрэглэсэн талаар туршилт шинжилгээний (6) болон эмнэлгийн ажлууд (17, 11, 23, 5, 29) хийгдэж 70—93,1% сайн үр дүнд хүрсэн байна.

Шилжүүлэн суулгасан өөр хүний дөш яс нь яваандаа уг өвчтөний ясаар солигддог (22), сөрөг үзэгдэл ховор үүсгэдэг, суулгасан яс нь яваандаа маш нимгэн салст бүрхэвчээр хучигдсан байдаг (17) зэрэг сайн талтай байна.

Суулгасан яс нь эсрэг төрлийн чадал болон цусны судсаар бага учраас ховхорч унадаггүй (11) дунд, дотор чихэнд сөрөг нөлөө үзүүлдэггүй, хэлбэр хэмжээ нь өөрчлөгддөггүй, 2 долоо хоногсоос 2 сарын дотор тэжээлээр бүрэн хангагддаг зэрэг онцлогтой (30, 31).

Цогцосноос авсан сонсголын яс, хэнгэргийг циалитийн сулхан (1:5000) уусмал (10, 18),

4%-ийн формалины уусмал (14, 23), 70%-ийн спирт (1, 31, 18), j—туяагаар шарх зэргээр хадгалах, ариутгах аргуудыг хэрэглэдэг боловч эдгээр нь сайн муу талтай байдаг. Тухайлбал циалитийн уусмал нилээд морттой бөгөөд түүнд хадгалахад яс ургах үзэгдэл гардаг байхад, 70%-ийн спиртэд удаан хадгалагдсан буюу j—туяагаар ариутгасан ясны чанар алдагдах, эдгэрэлт нь муудах зэрэг сөрөг үзэгдлүүд гардаг байна.

Францын хэсэг эрдэмтэд (20) цогцосны материал ашиглан 170 өвчтөнд мэс засал хийжээ. 34,7%-д цогцосыг хэнгэрэг, 49,3%-д хэнгэргийг сонсголын ястай нь хамт шилжүүлэн суургаж мэс засал хийхэд 31%-д нь хэнгэрэг дахин цоорч, 23%-д өвчин дахих, сонсголын яс мултрах, хэнгэрэг үрэвсэх нь ажиглагджээ.

Дээр дурьдсан хэвлэлийн тойм материалуудаас өвчтөний өөрийн болон цогцосноос авсан сонсголын ясыг авч хэрэглэх нь бидний сонирхолыг илүү татаж байгаа юм. Учир нь 1. Сонсголын яснууд нь орчиндоо бүрэн зохицсон байна.

2. Хэмжээ хэлбэрийн хувьд яг тохирсон.

3. Ямар нэг эсрэг тэрэгчийн нөлөөгүй.

4. Авах, хадгалах, хэрэглэхэд хялбар байдаг.

Бидний судалснаар дунд чихний архаг булаг өвчний учир хэнгэрэгний цогцолдоог сэргээх мэс засал хийлгэсэн

180 өвчтөний 76,1%-д (1) нь сонсголын аль нэг ясанд өөрчлөлт орж сонсголын ясны хэлхээс тасарсан байлаа. Эдгээрээс хамгийн их хэврэг, үрэвсэлд өртөмтгий яс нь дөш алх байлаа.

127 (71,2%) тохиолдолд дөш, 59 (32,8%) өвчтөнд алх яс ямар нэгэн хэмжээгээр согтой болсон байв. Ялангуяа дөшний урт сэртэн хамгийн түрүүнд идэгдэж дөш дөрөөнөөс салсан байдаг. Харин алх дөш хоёрын холбоос салах нь арай бага тохиолддог байна. Ийм нөхцөлд дөрөө дөшний холбоог сэргээх асуудал гол болон тавигдаж байгаа юм.

Дөрөө дөшний холбоог сэргээх зорилгоор бид 1987—1989 онд нөөцөлсөн дөш, алх яснуудыг ашиглав. 16—41 насны (дундаж нас нь 28,2) 48 өвчтөнд мэс засал хийв. Халдварт бус өвчнөөр нас бараад 12—24 цаг болсон цогцосноос ариун нөхцөлд сонсголын алх, дөш ясыг авч 0,5%-ийн формалины уусмалд хийж 5—7 хонгуулсны дараа формалины 0,25%-ийн уусмалд хийж хөрлөгчид удаанаар хадгална. Ингэж даршилсан сонсголын ясыг хэрэглэхийн өмнө физиологийн бүлээн уусмалаар сайтар угаана. Дөш ясны урт сэртэн идэгдсэн үед дөш дөрөөний үеийг сэргээх 4 янзын хувилбарыг хэрэглэв. Үүнд:

1-р хувилбар: Дөшний урт сэртэнгийн зөвхөн үзүүр идэгдээд дөш дөрөөний үе салсан боловч дөшний урт сэртэнгийн үзүүр дөрөө-

ний сэнжинд баттай хүрч байгаа тохиолдолд алх ясны толгойг хавчуулж суулгав. Төхдөө алхны толгойн бөөрөнхий гадаргууг дөрөөний сэнж дээр тавиад арай хавтгай гадаргууг дээш нь харуулж ивж тавих нь сайн байлаа. Энэ хувилбараар 11 хүнд мэс засал хийгнээр хагалгааны өмнө байсан агаарын дамжуулалт, ясан дамжуулалт хоёрын ялгааг бүрэн арилгав.

2-р хувилбар: Дөшний урт сэртэн арай урт газар үхжиж түүний үзүүр дөрөөний сэнжинд хүрэхгүй байвал нөөцөлсөн алхны богино сэртэнг дээш харуулсан байдлаар алхны толгойг дөшний сэнжинд суулгаад алхны хүзүүнд ут өвчтөний дөшний урт сэртэнг хөндлөн тавина. Ингэж тавихад нэг талаас тавьсан алхны толгой, нөгөө талаас богино сэртэн дөшний урт сэртэнг түшиж мултрахгүй байлгахаас гадна бат тавигдсан дөшний урт сэртэн нь дөрөөний дээр хавчуулсан алхыг мултруулахгүй байлгах зорилготой.

Ийм аргаар 7 хүнд мэс засал хийсэн нь бүгд амжилттай боллоо.

Дээрх хоёр хувилбараар мэс засал хийлгэсэн ихүмүүсийн сонсгол бараг хэвийн түвшинд хүрсэн нь дөрөө ясны булчин, алханы шөрмөс холбоосууд хэвийн байсантай холбоотой гэж үзэж байна.

3-р хувилбар: Дөш ясны урт сэртэн нийтдээ уусаж, алх дөрөө яс байгаа нөхцөлд дөшний

үлдсэн их биеийг дөрөөний сэнж дээр суулгаад дөшний богино сэртэнг алхны ишний цаагуур оруулан дэвхдэнэ. Ийм аргаар 20 хүнд мэс засал хийхэд 16 хүнд хагалгааны дараа сонсгол сайжирч 4 өвчтэнд сонсгол сайжирсангүй. Сонсгол сайжраагүй шалтгаан нь хагалгааны дараа дөш ясны байрлал өөрчлөгдсөнд оршино.

4-р хувилбар: Дөш, алх яс уусч эвдэрсэн үед дөшний үлдсэн ясыг буюу нөөцөлсөн дөшийг дөрөөний сэнжинд их биеэр нь суулгана. Ийм аргаар 10 хүнд мэс засал хийсэн нь амжилттай боллоо.

Жишээ нь: Өвчтөн О. 23 настай, эрэгтэй. Хоёр талын чихний сонсгол муу учир эмчлүүлэхээр 1990 оны 12-р сарын 5-нд хэвтсэн. Хоёр чихнээс багцаараа эхлэн үе үе булаг гоождог байсан, эмийн эмчилгээ хийгээд 10-р сараас хойш булаг гараагүй. Сонсгол муу, Өвчтөнийг үзэхэд хоёр талын чихний хэнгэрэгний татагдсан хэсэг нийтдээ цоорсон. Зүүн талын чих нь чийглэг, хэнгэргэн хөндийн дотор ханынсалст бүрхэвч хөөнгө. Сонсголын гуурсны үйл ажиллагааг шалгахад 3-р зэргийн онгорхой. Баруун чихний хэнгэрэгний татагдсан хэсэг нийтдээ цоорсон, хэнгэрэгний дээд хэсгийн үлдэгдэл нь цайвар ягаан өнгөтэй, алх тодорхойлогдохгүй байв... Хэнгэргэн хөндий хуурай, ялгасдасгүй, хөндий дотор хана цайвар ягаан, салст бүрхэвч нь нимгэн, сонсголын

гуурс 2-р зэргийн онгорхой. Чихний ясны зургыг авахад хөхөнцөр сэртэн нягт, ясны уусалт болон идэгдэлт тодорхойлогдоогүй байв. Баруун чих нь шивнэх үгийг 1 м-т ярих үгийг 3 м-т сонсож байв. Ясны дамжуулалт хэвийн, атаарын дамжуулалт 44 дБ буурсан. Үгийг 80 дБ-д 100% сонсож байв. 1990 оны 12-р сарын 10-нд баруун чихэнд тимпанопластик мэс засал хийв. Мэс заслын үед чихний гадна сувгын арьсыг ар хана, дээд ханаас нь хуулаад, чихний сувгын ясан хэсгийн ар ханаас ясыг цүүцдэн авч хэнгэрэгний хөндийг микроскопоор шалгаж үзэхэд дөрөө яс бүтэн хөдөлгөөнтэй, дөш алх хоёр байхгүй болсон байв. Дөрөөний сэнж дээр дарахад дунгын цонхонд перилимфийн цалгилт тодорхойлогдож байв. Урьд хананд сонсголын гуурсын үзүүр цэвэр, онгорхой харагдаж байв. Сонсголын яснаас ганц дөрөө үлдсэн учраас нөөцөлсөн (Алло), дөшийг физиологийн бүлээн уусмалаар сайтар угаасны дараа түүний их биенд өрөмдөж гаргаад жаахан хонхороор дөрөөний сэнжинд суулгав. Үүний дээгүүр чамархайн булчирхайн хальсаар хийсэн нэхээс тавьж хэнгэрэгний хөндийг битүүлэхэд сонсгол сайжирч байв. Чихэнд гидрокортизоны эмульс-тэй чихээс тавьж чихний шархыг битүүлж оёв.

Хагалгааны дараахь эдгэрэлт хэвийн. Өвчтөн 20 хоногийн дараа гарахад сонсгол дунджаар 18 дБ сайжирсан

хэнгэрэг эдгэрсэн, бүрэн хөрсжөөгүй байв.

6 сарын дараа үзэхэд ясан дамжуулалт хэвийн, агаарын дамжуулалт ясан дамжуулалт хоёрын ялгаа 15 дБ хүртэл буурсан, үгийг 60 дБ-д 100% ялган сонсож байв.

Шивнэх үгийг 5 м газраас сонсож байв. Шинэ хэнгэрэг цайвар өнгөтэй хөдөлтөөнтэй бүтэн байлаа.

Суулийн хоёр хувилбарыг хэрэглэхдээ дөшний их биемд дөрөөний сэнж батгах хонхорхойг ерөмдөж гаргаад хоёр ясыг хонхорхойгоор нийлүүлэх нь ясны хэлхээ холбоо салахаас угдчилан сэргийлэх сайн арга юм.

Мэс заслын дараа сонгогч сайжраагүй дөрвөн өвчтөнд 6

НОМ ЗҮЙ.

1. Шагдар Л. Клинико-аудиологические аспекты тимпанопластики в условиях МНР. Автореф. дисс ... д-ра. мед. наук. Киев, 1988.
2. Боярский Г. Ф. Вопросы тимпанопластики и перспективы применения склеивающих материалов. Автореф. дисс ... канд. мед. наук. Киев, 1971.
3. Гусаков А. Д. Использование титана в тимпанопластике. Вопросы теоретической и клинической медицины. Научные труды ЦОЛИУВ М., 1978, с. 70—72.
4. Мишельский И. В., Ситников В. П. Использование ногтевой пластинки в качестве аутоотрансплантата при ossiculoplastике. // Вестн. оториноларинг., 1971. №1. — С. 91—92.
5. Родин В. И., Нечипоренко В. П. Гомотрансплантаты из кохлеи при слуховосстановительных операциях. // Ж. ушн., нос. и горл. бол. — 1969. — №6. — С. 42—44.

сараас 2 жилийн дараа дахин мэс засал хийхэд шилжүүлэн суулгасан яс хэлбэр, хэмжээгээрээ ямар ч өөрчлөлтгүй шинэ хэнгэрэгтэй сайтар наалдсан хөдөлтөөнтэй байлаа. Энэ байдлаас үзэхэд шилжүүлэн суулгасан өөр хүний болон өөрийн алх, дөш яс нь орчиндоо зохицон өвчтөний өөрийн яснаас огт ялгаагүй болж ямар ч эсрэг төрөх нөлөө үзүүлээгүй байна.

Бидний хийсэн судалгааг гадаадын судлаачдын ижил төрлийн ажлуудтай харьцуулан дүгнэхэд сонгогчдын ясыг шилжүүлэн суулгаж дунд чихний амина дамжуулах явбарыг сэргээж тимпанопластик мэс засал хийх нь сайн үр дүнтэй арга болох нь батлагдаж байна.

6. Родин В. И., Нечипоренко В. П., Баранов В. П. О гомотрансплантате слуховых Косточек. // Вест. оториноларинг., 1971-1973. — С. 41—45.
7. Хечинашвили С. Н. Теория и практика слуховосстановительной хирургии. Тбачиса, 1963.
8. Alfond B., McFarlane J., Neeley J. Replacement of the Tympanic Membrane. // Laryngoscope, 1976, 86, 2, 199—208.
9. Decher H. Die Orylaphexie bei der Tympanoplastik, // HNO, -1971 —12, 8c 239—241.
10. Fisch U. Zur Rekonstruktion ber Gehörknochenkette // HNO. 1978, 26, 2, 53—56.
11. Gagnon W., Diche Larochele, D., Williamis. M. Homografts of the Middle Ear. «Arch. Otolaryng.», 1979, 105, 1, 36—38.
12. Glasscock M, House W., Graham M. Homograft Transplants of the Middle Ear. «Laryngoscope», 1962, 82, 5, 868—881.
13. Jancke J. Shea Self-Stabilizing Proplast total ossicular Replacement Presthesis in Tympan-

- noplasty. «Laryngoscope. 1975, 85, 9, 1550—1556.
14. Ironside W., The Tympanic Membrane Ossicular chain Block Implant—Early impressions. «J. Laryng., 1976, 10 c, 9. 845—852.
15. Klein M. Utilisation d'une prothese chondro-metallique Lorsque la chaine ossiculaire est detruite. //Ann. Otol-Laryng 1978, 96, 3, 151—165.
16. Koltai P., Eder A. Evaluation of three cyanoacrylate glues for ossicular reconstruction. //Ann. otol., 1983, 92, 1, 29—32.
17. Lenthicum F., Ossicular Transplants: Histologic Findings in Animals and Man. //Laryngoscope. 1977, 87, 3, 391—397.
18. Norowitz M., Sterilisation of Homograft Ossicles by Gamma Radiation //J. Laryng. 1979, 93 11, 1687—1689.
19. Pappas D. Goblet Prothesis in Ossicular chain Reconsructionf //Otolaryngology. 1979, 87, 1, 73—74.
20. Perrin A. Mendoza R., Baril ch. oth. Results anatomiques a long terme des homogreffes tympaniques. //Ann. Otolaryngohis. cervicofoc 1987. 104, Nsg 535—539.
21. Pennigton C. Incus interposition techniques Ann. Otol. 1973, 82, 4, 518, 531.
22. Plester D. Homologe Transplantation in Mittdohr. //Iaryng. Rhinol., 1975, 54, 3, 191—195.
23. Portmann M., Lacher G. Six ans d'experience en homog. raffas Tym-panoossiculaires //Journ franc. d'Oto-rhino-Larung. 1977, 26, 1, 43—48.
24. Schuring A., oth. Reconstructing the absend lenticular process. //Laryngoscope. 1987, 97, 10, 1150.
5. Shea J. E mmett J. Biocompatible Ossicular Implants. //Arch. Otolaryng., 1978, 104, 4, 191—196.
26. Smyth. G., A. Keer A. Histoacryl (Buryl Cuanoacrylate) as an Ossicular Adhesive. //J. Laryng. 1972, 88. 6. 438—542.
27. Strauss P., Pult P., Kurzeja A., Jeselstein M., Mach P. Verbessert Human-Fibrinkleber die Ergebnisse der Tympanoplastik. //Laryng. Rhinol. Otol. 1984, 63, 12, 615—617.
28. Tabor J. Reconstruction of the Ossicular chain. //Aren. otolaryng. 1970. 92. 2. 141—146.
29. Tos M. Allograft stapes incus Assembly //Arch. otoLaryng. 1978. 104, 3, 119—121.
30. Viscomi V. Homografts in chronic Ear Surgery. //Laryngoscope, 1978, 88, 7, 1165—1169.
31. Wehrs R. Results of Homografts in Middle Ear Surgery. //Laryngoscope. 1978, 88, 5, 808—815.
32. Zini C. Rekonstrukcija Rosteczek stuchvych protezami Z tkanki zehovej. Otolaryng. Pol 1972, 26, 3, 281—284.

ХҮНИЙ ШҮДНИЙ ХАТУУ ЭДИЙН НАЙРЛАГЫН ҮНДСЭН БҮРЭЛДЭХҮҮН ХЭСГҮҮДИЙН АГУУЛГЫН ХАМААРАЛ

Н. Даваасүрэн, М. Юндэн, Ц. Норовпил

Хүний шүдний хатуу эдийн найрлага органик ба органик биш гэсэн хоёр үндсэн бүрэлдэхүүн хэсгээс тогтдог. Үндсэн бүрэлдэхүүн хэсгүүд тус

бүр олон тооны макро-микро-элементүүдээс бүрдэх ба эдгээрийн агуулга өөрчлөгдөх нь шүдний хатуу эдийн өвчлөл, ялангуяа шүд цоорох өвчинтэй

салшгүй холбоотой, (2, 5, 6, 7).

Хүний шүдний хатуу эдийн найрлагын үндсэн бүрэлдэхүүн хэсгийн нийлбэр агуулгыг судалж тогтоох нь хатуу эдийн эрдэс ба органик бодис ямар хэмжээтэй байдаг, тэдгээрийн өөрчлөгдөх зүй тогтол, макро—микроэлементийн агуулга, шүдний хатуу эдийн өвчлөлийн үед хэрхэн өөрчлөгдөж ямар нөлөө үзүүлдгийг илрүүлэх, улмаар өвчлөлөөс сэргийлэх арга хэмжээ авах бололцоог бий болгоход ач холбогдолтой.

Хүний шүдний хатуу эдийн найрлагын органик ба органик биш бодисын агуулгыг насны байдлаас хэрхэн хамаарахыг судалсан, гадаадын эрдэмтдийн судалгаа (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8) нилээд бий.

Харин яслэг эдийн (дентин) тийм судалгааг бид олоогүй. Манай оронд Монгол хүний шүдний хатуу эдийн химийн судалгаа, түүний дотор органик биш бодисын агуулгыг одоо хүртэл судалж тогтоогүй байна.

Иймд юуны өмнө Монгол хүний шүдний хатуу эдийн найрлагын органик ба органик биш бодисын агуулгыг шүдний хатуу эд, хүн амын насны байдал, хүйсээс хамааруулан судлаж тодорхойлох зорилт тавилаа.

Энэ ажилд 7-гоос 60 насны монгол хүний 76 эрүүл шүд (араа, бага араа)-ийг эмнэлгийн заалтаар авч, эрэгтэй, эмэгтэй хүйсээр ангилан 7—11,

12—15, 16—20, 21—30, 31—40, 41—50, 51—60 гэсэн насны бүлэгт хувааж судалгаа явууллаа. Судалгаа явуулахын өмнө шүд тус бүрийг гадаргуугийн наалдац зөөлөн эдээс нь цэвэрлэж, хатаагуурт 100—150°C-т тогтмол жинтэй болтол хатаалаа. Үүний дараа шүд бүрийн пааланг яслэг эдээс нь салган 420—450°C-т тогтмол жинтэй болтол шатааж үнсжүүлэв.

Шүдний паалан ба яслэг эдийн найрлага дахь эрдэс бодисын нийлбэр агуулгыг гравиметрийн аргаар тодорхойлсон. Органик бодисын нийлбэр агуулгыг хатуу эдийн хуурай масс, шатаасны дараах үлдэгдлийн (эрдэсийн) массын ялгавраар тодорхойлов.

Судалгааны дүнг Студентийн шалгуурыг ашиглан вариацийн аргаар боловсрууллаа.

Хүний шүдний хатуу эдийн органик ба эрдэс бодисын агуулгын нийлбэр хэмжээг хатуу эдийн гол бүрэлдэхүүн эдүүд (паалан, яслэг эд) нас, хүйсээс хамааруулан тодорхойлж дүнг 1 ба 2-р хүснэгтэд үзүүлээ.

Хүснэгтүүдээс үзэхэд эрдэс бодис шүдний паалангийн эдийн найрлагад 92,6—96,7%, яслэг эдэд 73,3—77,4%, органик бодис паалангийн эдэд 7,3—3,7%, яслэг эдэд 25,7—23,3% агуулгатай байна.

Паалан ба яслэг эдийн найрлагын органик бодисын агуулга, эрдэс бодисын агуулгатай

**ЭРЭГТЭЙ ХҮНИЙ ШҮДНИЙ ПААЛАН БА ЯСЛАГ
ЭДИЙН ОРГАНИК БА ЭРДЭС БОДИСЫН АГУУЛГА**
(%-иар)

Нас	Паалангийн эд		Яслаг эд	
	Эрдэс бодис ($M \pm m$)	Органик бодис ($M \pm m$)	Эрдэс бодис ($M \pm m$)	Органик бодис ($M \pm m$)
7—11	93,46 $\pm$ 1,16	6,54 $\pm$ 1,17	74,28 $\pm$ 0,98	25,69 $\pm$ 1,14
12—15	96,57 $\pm$ 0,17	3,49 $\pm$ 0,26	75,12 $\pm$ 0,66	24,87 $\pm$ 0,66
16—20	96,39 $\pm$ 0,43	3,64 $\pm$ 0,38	75,44 $\pm$ 0,25	25,36 $\pm$ 0,57
21—30	96,39 $\pm$ 0,40	3,60 $\pm$ 0,40	75,45 $\pm$ 0,34	24,55 $\pm$ 0,34
31—40	96,42 $\pm$ 0,21	3,54 $\pm$ 0,39	76,63 $\pm$ 0,31	23,37 $\pm$ 0,41
41—50	96,66 $\pm$ 0,16	3,34 $\pm$ 0,16	77,38 $\pm$ 0,47	23,62 $\pm$ 0,44
51—60	96,40 $\pm$ 0,50	3,75 $\pm$ 0,05	76,60 $\pm$ 0,25	23,40 $\pm$ 0,28

урвуу корреляци хамааралтай байна.

Хүний шүдний хатуу эдийн найрлагын эрдэс ба органик бодисын агуулгын хоорондох корреляц хамаарал нь паалангийн эдэд хүчтэй. урвуу ($f > 0,7$) яслаг эдэд шууд дунд ($f > 0,3$) зэргийн хамааралтай байгаагаар батлагдаж байна.

Шүдний паалан ба яслаг эдийн найрлагын эрдэс бодисын агуулга 12—15 нас хүртэл ихсэж, органик бодисын агуулга буурч, түүнээс дээших насны бүлгүүдэд тэдгээрийн өөрчлөлт их ($P > 0,05$) байна. (1—ба 2-р хүснэгт). Харин 7-гоос 11 насанд шүдний паалан ба яслаг эдийн эрдэс бодисын агуулга бусад насны бүлгийнхээс бага ($P < 0,05$) байна.

Нэг ба хоёрдугаар хүснэгтээс үзэхэд эрэгтэй, эмэгтэй хүний шүдний паалан, яслаг эдийн найрлагын органик ба

эрдэс бодисын хэмжээ харилцан адилгүй байна. Эрдэс бодисын хэмжээ эрэгтэй хүний шүдний пааланд эмэгтэйнхээс, эмэгтэй хүний шүдний яслаг эдийн найрлагад эрэгтэйнхээс ялимгүй ($P > 0,05$), харин органик бодисыг агуулагдах хэмжээ эмэгтэй хүний шүдний пааланд эрэгтэйнхээс, эрэгтэй хүний шүдний яслаг эдэд эмэгтэйнхээс илүү хэмжээний ($P > 0,05$) байна.

7—11 насны хүний шүдний хатуу эдийн үндсэн бүрэлдэхүүн хэсгүүдийн агуулгыг бусад насны бүлгийнхтэй харьцуулвал 12—15 хүртэлх насанд хүний шүдний хатуу эд дэх бодисын солилцоо, эрдэсжих хурд их, эрдэс бодисын агуулга бага, органик бодисын агуулга их байхад 12—15-аас дээш насанд шүдний эрдэсжих хурд удааширч, эрдэс бодисын агуулга ихсэж ($P < 0,05$) байна.

**ЭМЭГТЭЙ ХҮНИЙ ШҮДНИЙ ПААЛАН БА ЯСЛАГ
ЭДИЙН ОРГАНИК БА ЭРДЭС БОДИСЫН АГУУЛГА
(%-иар)**

Нас	Паалангийн эд		Яслаг эд	
	Эрдэс бодис ($M \pm m$)	Органик бодис ($M \pm m$)	Эрдэс бодис ($M \pm m$)	Органик бодис ($M \pm m$)
7—11	92,64 $\pm$ 0,43	7,35 $\pm$ 0,41	73,3 $\pm$ 0,44	26,67 $\pm$ 0,45
12—15	95,81 $\pm$ 0,31	4,186 $\pm$ 0,30	76,29 $\pm$ 0,16	23,64 $\pm$ 0,38
16—20	96,01 $\pm$ 0,19	3,98 $\pm$ 0,08	75,78 $\pm$ 0,29	24,22 $\pm$ 0,48
21—30	96,20 $\pm$ 0,14	3,78 $\pm$ 0,21	75,78 $\pm$ 0,86	24,22 $\pm$ 0,87
31—40	96,12 $\pm$ 0,06	3,88 $\pm$ 0,09	77,31 $\pm$ 1,12	22,69 $\pm$ 1,18
41—50	96,20 $\pm$ 0,42	3,83 $\pm$ 0,49	77,24 $\pm$ 0,74	22,76 $\pm$ 0,74
51—60	96,26 $\pm$ 0,12	3,74 $\pm$ 0,48	76,77 $\pm$ 0,23	23,23 $\pm$ 0,32

ДҮГНЭЛТ:

1. Хүний амьдралын туршид шүдний хатуу эдийн (паалан ба яслаг эд) бодисын солилцоо, эрдэсжилт байнга явагдаж байдаг.

2. Эрдэс бодис хүний шүдний паалангийн эдийн (хуурай) найрлагад

($\frac{\text{эр}}{\text{эм}}$ $\frac{96,47 \pm 0,13}{86,12 \pm 9,27}$, яслаг

эдийн (хуурай) найрлага

76,10 $\pm$ 0,99

76,53 $\pm$ 0,78; органик бодис

$\frac{\text{эрэгтэй}}{\text{эмэгтэй}}$

хүний шүдний паалангийн эдийн найрлагад

3,56 $\pm$ 0,16

3,89 $\pm$ 0,19 яслаг эдийн найр-

лагад

24,20 $\pm$ 0,96

23,46 $\pm$ 0,68 байна.

3. Эрдэс бодис эрэгтэй хүний шүдний паалангийн эдэд эмэгтэйнхээс, эмэгтэй хүний яслаг эдэд эрэгтэйнхээс илүү, органик бодис эмэгтэй хүний шүдний пааланд эрэгтэйнхээс, эрэгтэй хүний шүдний яслаг эдэд эмэгтэйнхээс илүү хэмжээтэй байна.

4. Шүдний хатуу эдийн бодисын солилцоо, эрдэсжих явц хүний амьдралын туршид байнга явагдаж байдаг.

5. Хүний шүдний хатуу эдийн паалангийн найрлагын эрдэс, органик бодисын агуулга өөр хоорондоо хүчтэй урвуу корреляци хамааралтай.

АШИГЛАСАН ХЭБЛЭЛ

1. А. И. Бегельман, Л. В. Полежаева. Сов. стомат. 1935, №12 стр. 39—47.

2. Е. В. Боровский, П. А. Леус Карлес лубов. Москва, медицина. 1979 г.

3. Е. В. Боровский, Е. В. Полюкова. стомат. 1985, №5, С. 23—31

4. В. Е. Бреус. Содержание Кальция, фосфора и фтора в эмали различных зубов человека, стоматология, 1981, №6, стр. 52—54.

5. Н. А. Вихм. Содежание марганца в твердых тканях зуба человека В.КН; Труды казанского мед-института 1974. т. 40/а/ с.34-

6. Удовинская Е. В. Парпалей Е. А. Особенности минерализаций эмали постоянных интактных зубов детей в возрасте 6—14 лет. стомат. 1989, №3, стр. 63—65.

7. Costache A. Dtsch. stomat. 1963, Bd 7, s. 481—494

8. Jetkins G. N. The Physiology and biochemistry of the mouth. -ca. res. , 1978. 12. 590—612.

ЭМЧ, ЭМНЭЛГИЙН АЖИЛЧДЫН МЭРГЭЖЛИЙН ҮЙЛ АЖИЛЛАГААНЫ ДУТАГДАЛД ХИЙСЭН ДҮН ШИНЖИЛГЭЭ (1981—1989)

С. Түндэврэнцэн, Г. Мөнхбат, Д. Тамжидмаа

Хүн амд үзүүлэх эмнэлгийн тусламжийн чанар цар хүрээ өргөжин, дээшилж байгаа хэдий ч эмч, эмнэлгийн ажилчдын зан харьцаа, ажлын хариуцлага сахилга суларч байгаа талаар сүүлийн үед хөдөлмөрчид ил тод шүүмжлэн, мэдээлэлийн хэрэгслээр хэлцэгдэж байна. Өвчтөн түүний ар гэрийнхэнтэй зүй бусаар харьцаж, чирэгдүүлж байгаа тухай эмч, эмнэлгийн ажилчдын үйл ажиллагаатай холбоотой санал, гомдол, өрпөдөлт хууль хяналтын байгууллагад шалгуулж магадлуулах нь сүүлийн жилүүдэд нэмэгдэв.

Үүний шинж чанар, нөхцөл шалтгааныг тогтоох зорилгоор Улсын Шүүх Эмнэлгийн Магадлах Төвчлөгөөр 1981—1989 онуудад шалгагдсан эмч, эм-

нэлгийн ажилчидтай холбоотой материалыг (И. Санжаадорж, Б. Сеченев 1969); И. Санжаадорж, Х. Лхагважав, Г. Дашзэвэг (1978); И. Санжаадорж, С. Түндэврэнцэн (1987) харьцуулан судлав.

1960—1977 онд (18 жилд) эмч эмнэлгийн ажилчидтай холбоотой 390 хэрэг шалгагдаж байсан бол сүүлийн 9 жилд (1981—1989) 595 тохиолдол болж 3 дахин нэмэгдсэн байдлаас дүгнэн үзэхэд ихэнх тохиолдолд (50,08%) оношлох үйл явц эмчилгээ зөв байсан ч эмч, эмнэлгийн ажилчдаас өвчтөн болон ар гэрийнхэнтэй буруу харьцсан, ёс суртахууны доголдол гаргасан, эмнэлэг хооронд чирэгдүүлсэн вэргээс болж хууль хяналтын байгууллагад шалгуулах

**ЭМЧ, ЭМНЭЛГИЙН АЖИЛЧИДТАЙ ХОЛБООТОЙ
ХЭРГИЙГ АНГИЛЖ ҮЗВЭЛ:**

Хүснэгт 1

	Он	1960—1977 (18 жил)	1981—1989 (9 жил)
Шалтгаан			
1	Гэмт хэрэг	8,2%	10,7%
3	Болгоомжгүй үйлдэл	68,5%	52,9%
2	Эмчийн алдаа	12,8%	31,9%
4	Золгүй тохиолдол	10,5%	4,5%

Мэргэжлээр нь:

1	Хүүхдийн	21,5 %	20,7 %
	Эх барих эмэгтэйчүүд	34,9 %	22,5 %
	Мэс заслын	14,6 %	38,06 %
	Гэмтэл	15,6 %	—
	Дотрын	13,1 %	8,6 %
	Бусад	—	10,7 %

**ЭМНЭЛГИЙН ҮЙЛЧИЛГЭЭНИЙ БАЙРШИЛ
ХҮРЭЭГЭЭР НЬ АВЧ ҮЗВЭЛ**

Хүснэгт 2

	Он	1960—1977	1981—1989
Байршил			
Улаанбаатар хотод		40,8 %	56,8 %
Бусад хотуудад		—	4,4 %
Хөдөө (аймаг, сумуудад)		59,2 %	39,6 %
Хүрээ- гээр нь	Стационарт Амбулаторит Түргэн тусламж	69,2 % 17,5 % 2,8 %	70,2 % 13,8 % 8,8 %

гол шалтгаан болсон байна.
**ЭНЭ БАЙДЛААС ДҮГНЭЖ
ҮЗВЭЛ:**

Сүүлийн жилүүдэд «эмч, эм-
нэлгийн ажилчидтай холбоо-
той шалтгагдаж байгаа хэрэг»
эрс нэмэгдэж байгаа нь эм-
нэлгийн үйлчилгээний хүрээ

болон байршил хэт явцуурсан,
зохион байгуулалт тааруу
(Хүснэгт 2), нарийн мэргэж-
лийн эмч ажилчдын болгоомж-
гүй үйл ажиллагаа (Хүснэгт
1) зан харьцаа, ёс суртахууны
доголдол зэрэг шалтгаан зон-
хилж байна.

КАМПИЛОБАКТЕРИОЗ ӨВЧНИЙ ЭПИДЕМИО- ЛОГИЙН ТӨЛӨВ БАЙДАЛ

Ж. Купул, Т. Должоо, Т. Гүнсмаа, Т. Чинбат, В. И. Минаев,
В. Г. Жуковецкий
Монгол улсын ЭМЯ-ны ЭАХНСУ-ын институт (Улаанбаатар
хот), ЗХУ-ын ЭХЯ-ны халдвар судлалын төв институт
(Москва)

Кампилобактериоз өвчин нь мал, амьтнаас хүнд дамжин халдварладаг (зооантропоноз) хурц халдварт өвчин юм. Энэ өвчнийг кампилобактерийн төрлийн нян үүсгэх бөгөөд дэлхийн бүх тивд бүртгэгдэж байгаа хамгийн тархмал халдварын нэг ажээ (1).

Өвчлөлийн түвшин, эмнэл зүй, үгдрэл хүндрэлийн хувьд сальмонелл, шигелл өвчнөөс дутуугүй болох нь судлаачдын шинжилгээний дүнгээс харагдаж байна (1. 2). Дэлхийн эрүүл мэндийн байгууллагын мэдээгээр суулгалт халдварын 5—15%-ийг кампилобактериоз өвчин эзэлж байгаа нь эпидемиологийн хувьд анхаарал татаж байна (4). Кампилобактериозын халдварын эх уурхай нь өвчтэй амьтан, хүн юм. Кампилобактерийг бүх төрлийн халуун цуст амьтан, шувуудаас ялгасан бөгөөд мал, гэрийн тэжээмэл амьтан, шувуу нь хүний кампилобактериоз өвчний халдварын гол эх уурхай болдог (3).

Амьтан, шувуудад кампилобактериоз өвчин тодорхой шинж тэмдэггүй явагдах нь олонтоо бөгөөд халдварын эх уурхай болох аюулыг нэмэгдүүлдэг. Кампилобактериоз өвчин дамжин тархахад хоол хүнс зонхилох хүчин зүйл байх

боловч өвчтэй хүн, амьтнаас хавьтал ахуйн замаар тархах явдал элбэг тохиолдоно (5).

Кампилобактериоз өвчин нь эмнэл зүйн хувьд бусад суулгалт халдваруудаас ялгагдах онцлог шинж тэмдэггүй учир түүнийг онцлоход нян судлалын шинжилгээ шийдвэрлэх ач холбогдолтой байна (6).

Бид манай орны хүн ам, амьтны дунд кампилобактериозын өвчлөлийн түвшин нян агуулагчдын байдлыг судлаж ажлын хүрээнд Улаанбаатар хот, Төв аймгийн нутаг дэвсгэр дээр судалгааны зарим ажлыг эхлэн явуулав.

Шинжилгээний материал, арга.

Нян судлалын шинжилгээнд зориулж хүн, мал, амьтны баас, шулуун гэдэсний арчдас, мах комбинат, шувуун фабрикийн тоног төхөөрөмж хөргүүрт байгаа гулууз мах зэргээс сорьц авч шинжлэв. Сорьцыг ариун чанар шалгах хатас шингэн орчинд (7) авч, урьдчилан хатааж бэлдсэн антибиотикийн холимог бүхий төмөр-эритрит-цустай агарт (ТЭЦА) (6) лабораторийн нөхцөлд хүргэн тарьж микроэрофил орчин үүсгэх зориулалттай Анаброскульт—С («MER-CR» ХБНГУ) бүхий анаэробат, эксикатор, полиэтилен уут зэрэгт хийгээд сайтар би-

түүмжлэн 42°C-д 48 цаг өсгөвөрлөв. Ийнхүү өсгөвөрлөсний дараа кампилобактерийнхтай төстэй колоноос наац бэлтгэн калааж бэхжүүлээд фуксинээр будаж хэлбэр зүйг судлан ТЭЦА-д дамжуулан тарьж дээрх байдлаар өсгөвөрлөнцэвэр өсгөвөр ялгаж оксидаз, каталаз, гиппуратын сорил тавьж, янз бүрийн температурт ургах чанарыг судлан ялган дүйв.

Ялган дүйсэн өсгөвөрийг шингэн орчинд (7) — 70°C-д хадгалав.

Судалгааны дүн:

Цочмог суулгалт өвчтөн, эрүүл хүмүүсээс кампилобактер илрүүлэх нян судлалын шинжилгээний анхны оролдлогын хүснэгт 1-д харуулав.

Ийнхүү цочмог суулгалт өвчтэй хүмүүсийн дотор кампилобактериоз өвчтөн тодорхой хувийг эзэлж байгааг тогтоосноос гадна манай оронд анх удаа эрүүл хүмүүсээс кампилобактер ялгаж «эрүүл» нян агуулагч илрүүлэв. Гэхдээ кампилобактериозын «эрүүл» агуулагчийн хувийн жин, цоч-

Хүснэгт 1

Өвчтөн ба эрүүл хүмүүст хийсэн шинжилгээ

Д/д	Шинжилгээний объект	Шинжилсэн бүгд	Үүнээс зэрэг	
			тоо	хувь
1	Цочмог суулгалт өвчтөн (УБ хот)	56	4	7,1
2	Цочмог суулгалт өвчин (Төв аймаг)	6	0	0,0
3	Яслийн эрүүл хүүхэд (82-р ясли)	49	7	14,3
4	Төрөхийн нярай (3-р төрөх)	10	0	0,0
5	Голомтын хавьтагсад	14	1	7,1

Хүснэгт 2

Гадаад орчин, мал амьтанд хийсэн шинжилгээний дүн

Д/д	Шинжилгээний объект	Шинжилсэн бүгд	Үүнээс зэрэг	
			тоо	Хувь
1	Үхрийн баас	7	1	14,1
2	Хонины баас	5	0	0
3	Ямааны баас	1	0	0
4	Тахианы баас	10	8	80,0
5	Зэрлэг тагтааны баас	3	0	0
6	Үхрийн элэг	2	0	0
7	Мах комбинатын тоног төхөөрөмж гулууз махны арчдас	7	0	0
8	Шувуун фабрикийн тоног төхөөрөмжийн арчдас, шувууны хоол	5	0	0
9	Кампилобактериозын-гялэмт дэхь амьтан	1	0	0

ЯЛГАСАН КАМПИЛОБАКТЕРЫГ ЯЛГАН ДҮЙСЭН ДҮН

Өсгөврийг юунаас ялгасан	Дүйсэн омог бүгд	Ү ү н э э с			Янз бүрийн хэмд ургах		
		ката- лаз ээрэг	окси- даз ээрэг	гиппу- рат ээрэг			
					25°C	37°C	42°C
Хүн амьтан тахиа	16	16	16	16	—	16	16
	1	1	1	1	—	1	1
	8	8	8	8	—	8	8
ДҮН	25	25	25	25	—	25	25

мог суулгалт өвчтөний дотор кампилобактериоз өвчтөний эзлэх хувийн жингээс үлэмж давуу байгаа нь бидний анхаарлыг зүй ёсоор татав.

Иймд илэрсэн 7 нян агуулагчийн голомтонд эмнэлзүй эпидемиологийн судалгаа хийв. Судалгаанаас үзэхэд нян ялгасан 7 хүний 4 нь сүүлийн хоёр долоо хоногт цочмог суулгалт өвчний шинж тэмдэгтэй байсан нь нотлогдсоноос гадна 2-ынх нь суулгалт зогсоогүй байлаа.

Кампилобактериозын эх уурхай; дамжих хүчин зүйлийн идэвхийг судлах зорилгоор голомтын хавьтагсад, мал амьтан, шувууны баас, мах комбинацын тоног төхөөрөмжөөс сорьц авч нян судлалын шинжилгээ (хүснэгт 2) хийв.

Ялгасан бүх өсгөвөр сонгомол тэжээлт орчинд гялалзсан тунгалаг, зөв биш хэлбэртэй, 3—5 мм голчтой колони үүсгэсэн, грамм сөрөг будагдаг, нисч яваа цахлай шиг

хэлбэртэй байлаа. Төрөл зүйлийг ялган дүйсэн шинжилгээний дүнгээс үзэхэд бүх өсгөвөр нь *Campilobakter jejuni* байв.

Дүгнэлт

1. Кампилобактериоз өвчтөн, кампилобактер агуулагчдыг анх илрүүлэв.

2. Кампилобактериоз өвчний эмнэл зүйн хөнгөн хэлбэрээр өвчлөгсөд нь эмнэлэгт хандан очихгүй байгаагаас «эрүүл» нян агуулагчдын хувийн жин өндөр мэт харагдаж байна.

3. Шувуун фабрикийн тахиа кампилобактернаар ихээхэн (80%) халдварласан байна.

4. Голомтын хавьтагсдын 7,1%-д кампилобактер илэрч байгаа нь кампилобактериозын голомтонд халдвар судлалын шаардлагаар нян судлалын шинжилгээ хийж байх шаардлагатайг харуулж байна.

5. Урьдчилсан дүнгээс үзэхэд Монгол улсын хүн, мал, амтны дунд кампилобактерийн зөвхөн нэг зүйл эргэлдэж байна.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. Н. В. Беляева, А. Ф. Подлевский, З. Н. Матвеева и др. Клиническая характеристика острых кишечных заболеваний, вызванных. Сов. мед. 1987. № 6. с. 87—89.

2. А. В. Горелов. Клиника, вопросы патогенеза и этиотропной терапии кампилобактериоза у детей. Автореф. дисс. канд. мед. наук. М. 1989.

3. В. И. Минаев, Н. З. Александрова, Ю. П. Пчельников и др. Эпидемиологический надзор за инфекционными болезнями М. 1987 с. 134—138.

4. Н. А. Чайка, Л. Б. Хазенсон, Ж. П. Буйдлер Кампилобактериоз. М., «Медицина». 1983. 351 с.

5. Б. Л. Черкасский, В. И. Минаев, Н. З. Александрова и др. Журн. микробиол. 1989. № 8. с. 40—43.

6. Б. Л. Черкасский, Н. В. Воротынцева, Н. Д. Юшук и др. Инструкция по клинической и лабораторной диагностике кампилобактериоза. Москва. 1989. с. 40.

7. Б. Л. Черкасский В. И. Минаев, Г. И. Герок и др. Питательная среда для обнаружения
Авторское свидетельство 1342017, СССР.

ХАМУУ ӨВЧНИЙ ИДЭВХЖИЛИЙН ЗҮЙ ТОГТЛЫГ СУДАЛСАН ДҮНГЭЭС

Б. Авирмэд, Ч. Долгор, Ц. Цолмон, Л. Энхбаатар

1. Өвчин эмгэгийн прогнозын асуудал.

Анагаах ухааны практикт өнөөг хүртэл гоц халдварт болон халдварт өвчний найдвартай прогноз боловсрогдоогүйгээс дорвитой арга хэмжээг урьтан авах боломжгүй, зөвхөн өвчлөгсдийг эмчлэх, өвчин тарих аюулыг багасгахад эмнэлгийн байгууллагын хүчийг чиглүүлж иржээ. Энэ нь өвчлөлийн шалтгаантай бус, үр дагавартай нь тэмцэж ирлээ гэсэн үг юм.

Монгол орны уур амьсгал, байгалийн динамик нь 2—6, 11, 22, 40, 50 болон 80—90 жилийн мөчлөгт үйл явцын үр дүн гэдэг нь нэгэнт илрээд байна. Байгалийн бүрдмэл хэсгүүд нь эдгээр мөчлөгийн дагуу өөрчлөгдөн хувьсах тул прогноз зохионо гэдэг нь амар хялбар зүйл мэт санагдаж болох юм. Гэтэл үнэн хэрэгтээ шаардлага хангахуйц бөндөр

үнэмшилтэй прогноз боловсруулах нь нарийн төвөгтэй ажил болох нь судалгааны явцаас харагдав. Учирч буй гол бэрхшээл нь мөчлөгт үйл явц нэг орон зай цаг хугацаанд давхцан хэлбэлзлийн зүй тогтлыг нарийн төвөгтэй болгож, нэг нь нөгөөгөө сэлгэн илэрдэгт оршино.

Байгалийн мөчлөгт үйл явцын нөлөө хамгийн тодорхой илэрдэг өвчний нэг нь хүний хамуу бөгөөд түүнд нөлөөлөх байгалийн хүчин зүйлийг төгс судлан тодорхойлохоор зорин, цаг алдаж болохооргүй нэгэн зүй тогтол илэрснийг энэхүү өгүүлэлд тусгав.

2. Хамуу өвчний дэгдэлтийн мөчлөгийн тухай.

Бид 1961—91 онуудын статистикийн мэдээ баримтанд тулгуурлан өвчний тэрхлэл, хувьслын зүй тогтлыг судалж, өвчлөгсдийн тооны тухирмагуудыг байгуулан дүн шин-

жилгээ хийв. Тахирмагаас үзвэл хүний хамуу өвчний дэгдэлт нь тодорхой хугацаанд давтагддаг мөчлөгт үйл явц болох нь тодорхой байна.

Эдгээр мөчлөг маш тодорхой илэрч байгаа тул одоогийн шатанд цувааны задлан шинжилгээ хийж цаг алдах шаардлагагүй гэж үзлээ.

Статистикийн материалаас үзвэл 1961—1992 оныг хүртэл 31 жилд хамуугийн дөрвөн дэгдэлт ажиглагджээ. Үүнийг улсын хэмжээнд авч үзвэл оргил нь 1966, 1974, 1978, 1985 онуудад, бууралтын доод түвшин 1961, 1972, 1976, 1982 болон 1990 онуудад ажиглагдсан байна. Тооцооны дүнгээс үзэхэд мөчлөгийн хамгийн урт нь 11 жил (1961—1972) хамгийн богино нь 4 жил (1972—1976) дундачаар 7 жил. оргил үеүүдийн 10 мянган хүнд ноогдох өвчлөлийн үзүүлэлт 230—64,5 дундачаар 119, бууралтын үеийн өвчлөлийн үзүүлэлт 15—37, дундачаар 25,4, олон жилийн дундаж үзүүлэлт 58 болж байна.

Хамуугийн дэгдэлтийн оргилууд Больфын тооны тахирмаг өгсөх болон уруудах үетэй тогтвортой давхцаж байна. Ингэхдээ нарны идэвхжлийн 11,2 жилийн эерэг мөчлөгийн өгсөх муруйтай өвчлөлийн үнэмлэхүй дээд утга тохирч байна. Энэ дашрамд өнөөдөр дээрхийн нэгэн адил эерэг мөчлөг эхлээд байгааг цохон тэмдэглэе.

Бидний үзэж байгаагаар бүртгэгдсэн эхний дэгдэлт 11 жилийн удаахи идэвхижил

харьцангуй сул гурван тохиолдол нь нарны идэвхжил 11 жилийн мөчлөгийн тэн хагас буюу дундачаар 5—6 жилийн мөчлөгт үйл явцын үр дагавар юм.

Хамууны идэвхижлийн бодит шалтгааны хувьд нэг мөр шийдсэн судлагаа, судлагааны материал байхгүй бөгөөд SARCOP TES SCABIEI DE GEER хачгийн амьдралын нөхцөл, үржил тархалт нь уур амьсгал байгалийн динамик хувьсалтай (нарны эрчимшилт, чийг гэх мэт) уялдаа шүтэлцээтэй байдгаар тайлбарлагдана гэж бид үзэж байна. Ямар ч гэсэн тодорхой хугацаанд давтагддаг мөчлөгт үйл явцыг нийгмийн шалтгаан, тухайлбал анагаах ухааны хөгжлийн түвшин, хүн эмнэлгийн байгууллагын ажлын хариуцлага, хувь хүмүүсийн эрүүл ахуйн нөхцөлтэй холбон тайлбарлах аргагүй нь ойлгомжтой.

Тодорхой аймгуудын хувьд авч үзвэл оргил нь урьтсан буюу хоцорсон, 2—3 жилийн богино мөчлөг илэрсэн тохиолдол байгаа хэдий ч ерөнхий зүй тогтол үндсэндээ давтагдаж байна. Томоохон хотуудад гарсан хамууны өвчлөлийн олон жилийн дундаж Улаанбаатарт 72, Эрдэнэтэд 37, Дарханд 77 байна.

Энэхүү судлагаанд онцгой анхаарвал зохих нэг зүйл нь хамуугийн өвчлөлийн өнөөгийн байдал, хэтийн хандлагад дүгнэлт өгөх асуудал юм. Судалгааны материалаас үзвэл улсын хэмжээнд өвчлөлийн хэм

жээ. 1990 онд доод цэгтээ хүрч сүүлийн жилүүдэд өсч эхэлжээ. Цаашдаа ч өсөх үндэслэлтэй нь энэхүү өвчний дэгдэлтийн зүй тогтлоос илэрхий байна. Аймаг томоохон хотуудын хувьд авч үзвэл Дорноговь, Дундговь, Дорнод, Өмнөговь, Хэнтий, Ховд, Увс аймгуудад уг өвчин 1991 онд хамгийн бага түвшинд буусан, энэ жилээс өсч эхэлнэ гэж үзэж байна. Харин Архангай, Баян-Өлгий, Баянхонгор, Говь-Алтай, Завхан, Хөвсгөл, Сэлэнгэ, Төв, Сүхбаатар, Өвөрхангай аймгууд, Улаанбаатар, Дархан, Эрдэнэт хотуудад бууралтын доод түвшинд 1988—1991 онуудад нэгэнт хүрээд дараа нь өсч эхэлжээ.

ЗХУ дахь (хуучин нэрээр) хамуу өвчний 100 мянган хүнд ноогдох өвчлөл материалаас үзэхэд 1968 онд 47,2% хүртэл өсч, 1970-аад оны эхний хагаст буурсан, 1980-аад оны эхээр ихэссэн нь манай өвчлөлийн динамик зүй тогтолтой ерөнхийдөө төстэй байгаа юм. Өөрөөр хэлбэл нийгэм эдийн засгийн түвшин өөр боловч байгалийн ерөнхий зүй тогтол үйлчилж байгаа нь харагдаж байна. Нутаг дэвсгэрийн ялгаат авч үзвэл манай орны гандуу хуурай уур амьсгалтай, хүн ам цөөтэй говийн бүсийн хүрээнд өвчлөлийн тоо харьцангуй цөөн байгаа зүй тогтол ажиглагдаж байна.

ЗХУ-ын бүрэлдэхүүнд багтаж байгаа улс орнуудад ч ийм зүй тогтол бий. Жишээлбэл: 1968 онд чийглэг сэрүүн уур амьсгалтай Литвад 100

мянган хүнд ноогдох хамуугийн өвчлөлийн дундаж үзүүлэлт 72,1, Эстонид 614,8, Белорусод 618,9 байхад харьцангуй дулаан гандуу уур амьсгалтай Туркменистанд 72,1, Таджикт 82,8 байгаа юм. Хамуугийн дэгдэлт нь өнөөгийн нөхцөлд зайлшгүй тохиолдох таваглантай зүйл бус бөгөөд урьдчилан сэргийлэх арга хэмжээг шинэ шатанд гаргаснаар түүнийг таслан зогсоож болно. Ингэж үзэх үндэслэл ч өвчлөлийн динамик зүй тогтлоос харагдаж байна. Жишээлбэл: хамуугийн сүүлийн дэгдэлтүүдийн оргил үеийн үзүүлэлт нь 1962—73 оны идэвхжилтэй харьцуулахад нилээд буурчээ. Увс аймагт 1980, Ховд аймагт 1979 оноос хойш 10 мянган хүнд ноогдох өвчлөлийн тоо тогтвортой буурсан бөгөөд энэ хугацаанд бусад аймагт ажиглагдсан дэгдэлтүүд мэд-рэгдэхтэй үгүйтэй өнгөрсөө. Холбогдох тоо баримтыг багасган дараагүй тохиолдолд үүнийг дээрхи аймгуудын жүн эмнэлгийн байгууллагын идэвхтэй ажиллагааны үр дүн хэмээн тайлбарлахаас өөр аргагүй юм.

Үндсэн дүгнэлт.

1. Улсын хэмжээнд авч үзвэл хамуу өвчний дэгдэлтийн эцсийн мөчлөг 1990 онд дуусч идэвхжлийн шинэ мөчлөг эхлээд байна. Үүнтэй уялдаж 1992—1993 онуудад хамуугийн өвчлөл огцом өсөх болно.

Урьд өмнөх дэгдэлтийн эрчим, олон жилийн дундаж үзүүлэлт болон өнөөгийн түвшин, шинэ мөчлөг эхэлсэн ху-

гацааг харгалзан үзвэл Архангай, Баянхонгор, Булган, Дорнод, Завхан аймгууд, Улаанбаатар, Дархан хотуудад хамуугийн өвчлөл бусад аймаг хотуудаас илүү хурдацтай идэвхижиж болзошгүй байна.

2. Дээрхи нөхцөл байдлыг харгалзан хамуу өвчнөөс урьдчилан сэргийлэх далайцтай арга хэмжээг цаг алдалгүй зохиох шаардлагатай.

РЕЗЮМЕ

Хамуугийн дэгдэлтэд нийгмийн хүчин зүйлээс гадна байгалийн хүчин зүйл ихээхэн нөлөөтэй. 1961—1992 оныг хүртэл 31 жилд 5—6, 11 жилийн мөчлөгтэй дөрвөн удаагийн идэвхжил ажиглагдаж оргил үед нь 10 мянган хүнд ноогдох өвчлөлийн хэмжээ 230-д хүрч байжээ. Дараагийн 5 дахь мөчлөг нэгэнт эхэлж 1992—1993 онуудад хамуугийн өвч-

лөлийн хэмжээ огцом нэмэгдэх нөхцөл байдал бүрэлдээд байгаа тул урьдчилан сэргийлэх далайцтай арга хэмжээг цаг алдалгүй зохиох шаардлагатай байна.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. П. Цолмон, Б. Авирмэд, Э. Төмөрбаатар. — «Байгаль» газарзүйн мөчлөг прогнозын судлагааны урьдчилсан тайлан» ШУА ГЗЦСХ УБ, 1989.

2. И. В. Язуха «Эпидемиология чесотка заболеваемости причинных распространения» Вест. дерм. 1991 № 1. стр. 23—25.

3. Н. Д. Шеклаков, М. В. Милич, Р. И. Гракович, Е. И. Архангельская «Современные аспекты гелиобиологии в дерматологии и венерологии» Вест. дерм. 1989 № 7. стр. 20—25.

4. Л. Энхбаатар, Д. Батсүх «Гурван сайханы тарваган тахлын байгалийн голомтын дамжуулагчийн тоошилд хур тунадасны нөлөө» Г. А. Х. Ө. Э. С. Г.-н эрдэм шинжилгээний бүтээл № 6. стр. 131—136.

5. А. А. Антоньев, Л. В. Белова-

ЭЛГЭНД ЦӨС ҮҮСЭН ЯЛГАРАХАД КОСМОЗИНЫ НӨЛӨӨЛӨХ ҮЙЛДЭЛ

Л. Мягмар, С. Нарантуяа

Манай оронд зургаан зүйл төлөгч өвс ургадгийн дотроос азийн төлөгч өвс Хөвсгөл, Хэнтий, Хангай, Монгол—Дагуур, Хянган, Ховд, Монгол—Алтай Их нууруудын хотгорын гол горхийн эрэг, тохой, ойн зах, хөндийд түгээмэл тархаж ургана (2).

Азийн төлөгч өвсөнд флавоноид, цууны болон Н—капроны хүчил, фенол, п-крезол, о-крезол, флороглюцин, монотерпеноид (Альфа-пинен), Веттапинен, камфен, лимонен цинеол, сексвитерпеноид азулен (аргаах бодис, витамин С. К. космозин, лютеолин-7 гликозид зэрэг олон бодис) агуулагддаг болохыг

эрдэмтэд (5,10) судлан тогтоож байна. Эдгээр бодисын дотроос космозин хэмээх бодис азийн төлөгч өвсөнд нэлээд хэмжээгээр агуулагдаж байгааг анх илрүүлэн тогтоож цэвэршүүлэн гаргаж авлаа. Дорно дахины уламжлалт анагаах ухаанд төдөгч өвсний эмийг үрэвсэл намдаах, цанх эвдэх, хавдар хариулах, өвдөлтийг зогсоох чадалтай гэж төрөл бүрийн хавдар, элэг, ходоод, гэдэсний архаг үрэвсэл, цанх татах, хордлогын үед олон жорын найрлаганд оруулан хэрэглэж байжээ.

Азийн төлөгч өвсний спиртийн ханд ходоод, гэдэсний

шархлааг эмчлэх нөлөөтэй, эфирийн тос нь нян, үрэвслийн эсрэг үйлдэлтэй болохыг (6) тогтоожээ.

Төлөгч өвсний нийлбэр флавоноидын зонхилох бодисын нэг космозийн (11) бараг судлагдаагүй, төлөгч өвсний хуурай экстракт цөс хөөх үйлдэлтэй байгаа зэргийг үндэслэн цөс үүсэх үйлдлийг идэвхжүүлэх нөлөөтэй эсэхийг судлан тогтоох зорилт тавьж энэхүү судалгааны ажлыг хийлээ.

Судалгааны арга. Туршилтыг 160-210 г-ийн жинтэй 42 цагаан хархыг 3 бүлэг болгон хувьгааж 8 цагийн турш судалгаа хийсэн.

I (хяналтын) бүлэгт крахмалын 1%-ийн уусмал, II бүлгийг найм наймаар нь 3 хэсэг болгон космозиныг I, 25, 5, 10 мг/кг тунгаар III бүлэгт аллохолын I шахмалын 3/10 кг тунгаар тус тус ногдохоор тооцож хархны дээрх гэдсэнд хийж туршилт явуулав.

Цөс хөөх үйлдлийг С. П. Скакун, А. Н. Олейник нарын аргаар (6,8) цаг тутам ялгарсан цөсний урсах хурдыг мг/мин (100-д тооцсон, цөсөн дахь цөсний хүчлийг Петтенкоферийн урвалаар (3), холестеринийг С. М. Дроговозын аргаар (2), билирубиныг Н. П. Скакуны завсарласан Ван-ден-Бергын аргаар (8) тус тус шинжлэн судаллаа.

Судалгааны материалд тооны боловсруулалт М. Л. Беленькийн (1) аргаар хийж $P < 0,003$ байгааг магадлав.

Судалгааны үр дүн. Космозины нөлөөгөөр туршилтын хархны цөс ялгаралтын хэмжээ,

түүний цөсний хүчил, билирубин, холестериний үзүүлэлтээс цөсний хэмжээ, цөсний хүчлийн концентрац ерөнхий хэмжээг хүснэгт 1, 2-аар үзүүлэв.

Хүснэгт 1-ээс үзэхэд космозийн судалгаанд авсан бүх тундаа хархны элгэнд цөс үүсэх үйлдлийг 8 цагийн турш 27,2%-иас 2,2 дахин идэвхжүүлж байна. Космозины 1,25 мг, 5мг/кг тун цөс үүсэлтийг 10 мг/кг тунгаас илүү идэвхтэй ялгаруулж, элгэнд цөс үүсэх үйлдэл туршлагын анхны цагт 1,9-2,2 дахин их байгаад цаашид аажим буурсаар 8 дахь цагтаа 54,5%-иар хяналтын бүлэг хархныхаас илүү идэвхтэй ялгарч байна. Харин аллохол цөс үүсэлтийг 6 цагийн хугацаагаар 18,8-54,8%-иар идэвхжүүлж байна.

Хүснэгт 2-оос үзэхэд космозины 5, 10 мг/кг тун цөсөн дахь цөсний хүчлийн концентрацийг 20,8-59,7%-иар 8 цагийн турш ихэсгэж байхад, аллохол зөвхөн эхний 5 цагт цөсний хүчлийн концентрацыг нэмэгдүүлж байна. Космозийн 5, 10 мг/кг тундаа цөсний хүчлийн ерөнхий хэмжээг туршилтын 8 цагийн хугацаанд хяналтын бүлэг амьтныхтай харьцуулахад 67,6%-иас 2,3 дахин ихэсгэн аажим буурч байв.

Гэтэл цөсний ерөнхий хүчлийн хэмжээ аллохолын нөлөөгөөр туршлагын эхний 2 цагт 2,1-2,7 дахин ихсэж, цаашид огцом буурч 6 дахь цагаас цөсний хүчлийн нийлэгжилт бага зэрэг дарангуйлагдсан.

Космозийн бүх тундаа билирубиний ялгаралтыг хяналтын

ЦЭС ЯЛГАРАЛТАНД КОСМОЗИИНЫ НӨЛӨӨЛӨХ ҮЙЛДЭЛ

Хүснэгт 1

№	Эмийн тун Мг-аар	Туршлагын тоо	Цэсний урсах хурд мг/мин 100 г. 1—8 цагийн хугацаанд.			
			1	2	3	4
1	Хяналтын бүлэг	10	$1,8 \pm 0,13$	$1,8 \pm 0,11$	$1,75 \pm 0,1$	$1,7 \pm 0,12$
2	10 мг/кг	8	$3,7 \pm 0,15$	$3,4 \pm 0,16$	$3,0 \pm 0,1$	$2,7 \pm 0,12$
3	5 мг/кг	8	$3,97 \pm 0,15$	$3,6 \pm 0,16$	$3,5 \pm 0,1$	$3,1 \pm 0,12$
4	1,25 мг/кг	8	$3,59 \pm 0,14$	$3,4 \pm 0,16$	$3,3 \pm 0,09$	$3,2 \pm 0,11$
5	Аллохол	8	$3,0 \pm 0,11$	$2,6 \pm 0,12$	$2,4 \pm 0,1$	$2,2 \pm 0,12$

		5	6	7	8	8 цагийн цэсний нийт хэмжээ
1	10	$1,59 \pm 0,12$	$1,43 \pm 0,1$	$1,25 \pm 0,11$	$1,1 \pm 0,1$	$12,47 \pm 0,12$
2	8	$2,4 \pm 0,19$	$2,1 \pm 0,05$	$1,8 \pm 0,08$	$1,4 \pm 0,13$	$20,5 \pm 0,13$
3	8	$2,8 \pm 0,19$	$2,4 \pm 0,05$	$2,0 \pm 0,08$	$1,7 \pm 0,13$	$23,1 \pm 0,15$
4	8	$2,9 \pm 0,18$	$2,5 \pm 0,04$	$2,0 \pm 0,07$	$1,7 \pm 0,10$	$22,6 \pm 0,3$
5	8	$2,0 \pm 0,1$	$1,7 \pm 0,12$	$1,2 \pm 0,1$	$1,1 \pm 0,12$	$16,2 \pm 0,13$

амьтныхаас ихэсгэж байгаа боловч аллохолоос доогуур үзүүлэлттэй байна.

Цэсэнд хийсэн холестериний шинжилгээний үзүүлэлтээс үзэхэд космозин 5, 10 мг/кг тундаа холестериний ялгаралтыг туршлагын эхний 5 цагт 25,0—42,2%-иар ихэсгээд 6—8 дахь цагтаа аажим буурсан боловч хяналтын бүлгээс 9,7%-иар илүү идэвхтэй байлаа.

Космозин туршлагын амьтны элэгий эсийн үйл ажиллагааг идэвхжүүлж, цэс үүсэх үйлдлийг сайжруулан, цэсний хүчил, билирубин, холестериний нийлэгжилтийг эрчимжүүлж байна.

Дүгнэлт.

Шинэ бодис космозин цэс үүсгэж, хөөх идэвхтэй үйлдэл

тэй байгааг аллохолтой харьцуулахад нэлээд давуу байна.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ.

1. М. Л. Беленький. Элементы количественной оценки фармакологического эффекта Л., 1963. 163. с.

2. В. И. Грубов. Определи-тель сосудистых растений мон-голии. Л., (наука) 1982, 243 с.

3. С. М. Дроговоз. Наруше-ние интенсивности желчеотде-ления и химического состава желчи при дистрофии печени (вызванной четырёх хлористым углеродом) Вопросы медицин-ской хими. 1971. Т. 17, с. 397-400.

4. С. М. Дроговоз. Сравни-тельное изучение и особенности действия желчегонных препара-

тов на желчеобразовательную функцию печени в норме и патологии. Дис. Д-ра меднаук. Харьков. 1972. 34 с.

5. Г. И. Калинин, Т. И. Березовская. Тысячелистник азиатский как возможный источник хамазулена. (Растительные ресурсы, 1975. т. X, Вып 2, С. 220-227.

6. Г. И. Калинин, Н. М. Слипченко, Д. Д. Таран, Т. Г. Хоруная, О возможности комплексного использования как лекарственного растения. (Растительные ресурсы, 1989, т. 25, вып. 1, с. 74—78.

7. Н. П. Скакун, А. И. Олейник. Сравнительное действие атропина и метадина на внешнесекреторную функцию печени (Фармакол. и токсикол. 1967. №3. с. 334—337.

8. Н. П. Скакун. Актуальные вопросы фармакологии желчевонных средств. (Фармакол. и токсикол. Киев. 1978. вып. 13 с. 5-12.

9. Л. И. Филиппова. Поиск путей усовершенствования существующих и изыскание новых желчевонных средств. (Автограф. дис... канд. фарм. наук. Харьков, 1981.

Хүснэгт 2

ЦӨСӨН ДАХЬ ЦӨСНИЙ ХҮЧИЛД КОСМОЗИНЫ
НӨЛӨӨЛӨХ ҮЙЛДЭЛ

№	Эмийн тун мгаар	Турш- лагын тоо	Цөсний хүчлийн концентраци г/л Цөсний хүчлийн ерөнхий хэмжээ мг/100			
			1	2	3	4
1	Хяналтын бүлэг	10	610,5±26,9 1,799±0,15	586,3±35,8 1,654±0,09	580,0±35,8 1,552±0,17	574,0±29,3 1,550±0,13
2	10 мг/кг	8	898,4±4,5 3,794±0,14	936,9±2,4 3,445±0,2	921,5±20,5 3,229±0,42	855,5±27,1 2,979±0,34
3	5 мг/кг	8	857,6±60,0 4,102±0,4	902,8±29,7 3,891±0,14	784,8±59,4 3,631±0,4	771,5±15,6 2,893±0,09
4	1,25 мг	8	614,6±1,6 2,292±0,06	623,3±1,55 2,061±0,08	620,2±10,1 2,149±0,15	625,1±11,4 2,081±0,14
5	Аллохол 3/10 таб/кг	8	1050±1,2 5,0±0,17	980±1,13 3,556±0,05	916±1,17 2,575±0,06	889±1,65 2,156±0,07

	5	6	7	8	8 цагийн цөсний хүчлийн нийт хэмжээ
1	580,4±26,8 1,422±0,09	588,2±30,3 1,274±0,09	567,7±14,7 1,230±0,07	543,2±8,1 1,103±0,06	4640,3±27,4 11,584±0,11
2	856,8±35,5 2,684±0,42	851,3±33,4 2,291±0,43	756,2±8,5 2,069±0,24	717,0±5,2 1,718±0,2	6793,8±17,15 22,10±0,29
3	762,0±18,2 2,674±0,14	743,6±36,2 2,374±0,19	693,6±48,4 2,258±0,2	656,0±34,2 1,849±1,2	6171,9±37,7 4894,8±5,33
4	631,5±14,8 1,975±0,18	642±0,7 2,488±0,22	628,2±1,3 2,073±0,16	510,0±1,2 1,480±0,09	4894,8±5,33 16,59±0,14
5	760±1,56 1,945±0,08	605±1,13 1,328±0,07	560±1,14 1,085±0,06	540±1,12 0,841±0,04	6300±1,2 18,484±0,05

НУРУУНЫ МЭДРЭЛИЙН ЁЗООРЫН ҮРЭВСЭЛ ӨВЧНИЙГ ТАРВАГАНЫ АРСАН БЭЛХЭНЦ- ГЭЭР ЭМЧИЛСЭН ҮР ДҮН

Нuruуны мэдрэлийн ёзоо-
рын үрэвсэл өвчнийг тарвага-
ны арьсан бэлхэнцэгээр эмчлэх
аргыг сүүлийн 10 жилд 240
хүнд хэрэглэв.

Бидний ажиглалтанд хам-
рагдсан өвчтөнүүд нь амбула-
тори, больницын нөхцөлд эмч-
лэгдэж, нурууны мэдрэлийн
ёзоорын үрэвслийн анхдагч ба
хоёрдогч хэлбэр болох нь бат-
лагдсан хүмүүс байлаа.

Өвчтэй хүмүүсийг тарвага-
ны арьсан бэлхэнцэгээр эмч-
лэхийн тулд урьдчилан тарвага-
ны арьсны бүтцийн онцлог, био-
логийн шинж чанарыг судлах
нь зүйтэй гэж үзсэн.

Тарваганы үс нь үзүүрээрээ
нугарсан байдаг учир гаднаас
орох чийгийг хааж биеэс ял-
гарах ёстой дулааныг гадагш
алдахгүй удаан барьж өгдөг.
Энэ нь судас өргөсөж, цусны
эргэлтийг ихэсгэх сайн үйл-

чилгээтэйгээс гадна хэсэг газ-
рын мэдрэл цочироох шөлөө
үзүүлдэг. Тарваганы арьсны
хөрс нь зузаан, нягт, өөртөө их
хэмжээний тослог агуулсан
байдаг. Энэ тослогт ханасан
ба ханаагүй тосны хүчил агуу-
лагдан биологийн идэвхитэй
үйлчилгээ үзүүлдэг юм. Тар-
ваганы өөх тос удаан царцдаг,
илчлэг чанараар сайн, химийн
элементүүдээр арвин байдаг.
Энэ чанар нь арьсанд шингэ-
сэн байдаг учир эмчилгээний
үр дүн нь зөвхөн дулааны биш
биологийн онцлог чанараар
тодорхойлогддогт оршино.

Тарваганы арьсны халиманд
буй тослогийн шинж чанар,
найрлага.

1. Тарваганы арьсанд бай-
даг нэг гол нэгдэл бол тосны
ханаагүй хүчил, түүний глице-
рид юм. Үүний идоны тоо 95,5%
J 2 болно.

2. Хүчлийн тоо —0,16 мг/кон Рейхарт-Мейселийн тоо мл 0,1: 5 гр. тос. чанар 1,64.

Хүчлийн бүрэлдэхүүнээс үзсэл 76,88 хувь нь ханаагүй хүчил байгаагийн 16,53 хувийг ленол, ленолины хүчил эзлэж байна.

Хэрэглэх арга.

Тарваганы арьсан бэлхэнцэг юмуу хантааз хэлбэрээр хэрэглэнэ. Бэлхэнцэг хийхийн тулд тарваганы арьсыг ердийн аргаар элдэж зөөлрүүлэн га-

дарлаад, бүч хадаж биенд шууд наалдаж байхаар сорыг нь дээш харуулан хийнэ. Бэлхэнцэгийг шөнийн цагт авч болно. Бусад үед тогтмол хэрэглэнэ. Бидний ажиглалтаас үзэхэд Radiculitis osteochondros spondylolumbo sacralis, spondylose Rhiromeligue зэрэг өвчтэй хүмүүст тарваганы арьсан бэлхэнцэгийг удаан хугацаагаар тогтмол өмсгөх нь эмчилгээний үр дүн өгч, уг өвчнийг дахин сэдэрэхгүй барих сайн талтай болох нь ажиглагдав.

Анагаах ухааны дэд эрдэмтэн, химийн ухааны дэд эрдэмтэн
Л. Жамсран, С. Мажигсүрэн

ЛЕКЦ, ТОЙМ, ЗӨВЛӨГӨӨ

ДҮРСЛЭХ ОНОШЛОГООНЫ ИРЭЭДҮЙ, ЦӨМИЙН СОРОНЗОН РЕЗОНАНСАН ТОМОГРАФИ

П. Онхуудай

Дүрслэл оношлогоо буюу Imaging diagnostics нь орчин үеийн анагаах ухаанд шинээр гарч ирсэн хамгийн сүүлчийн салбар юм.

Дүрслэл оношлогооны салбарт Цөмийн (изотоп) оношлогоо, хэт авиан (эхo) оношлогоо, дурант-дүрслэл оношлогоо, компьютер томографи, рентген оношлогоо, термографи, лазерын оношлогооны аргууд хамаарагдана.

Дээрхи дүрслэн зураглагч оношлогооны аргуудыг оновчтойгоор шатлан ухаалаг хэрэглэснээр оношлогооны магад үнэнг бараг 100%-д хүргэх боломж бүрдэх үндэстэй гэж бичиж байна. Энэ нь дүрслэл

оношлогооны ирээдүйг харуулж өгч байна.

Дүрслэл оношлогоо нь өвчтөнд аюулгүй, энгийн амар хийгддэгээрээ бусад шинжилгээний аргаас давуу билээ.

Орчин үеийн тооцоолох цахим техникийн (микроэлектроник, микропроцессор г м) хурдан хөгжил, гурван жилд компьютер багажийг өндөр чадвартай болгон шинээр сольж чаддаг болголоо. Жишээлбэл компьютер томографи өнөөдөр ямар нэг туслан дүрслэх бодисгүйгээр нурууны нугалмын төрөлх дотоод бүтцийн ялгаат байдлыг «анатомийнх» шиг дүрслэн гаргаж чадах боллоо.

Огт өөр физик зарчмыг ашиглан цөмийн соронзон резонансын компьютер томографи-г шинээр зохион бүтээв.

Цахилгаан соронзон техникийн тусламжтайгаар жишээ нь компьютер томографи шиг төсөөлөл байдлаар хүний бие махбодын эрхтэнүүд болон түүний бүтцийг зурагт дүрслэн буулгах боломжийг нээсэн нь дүрслэл оношлогооны нэгэн хувьсгал байлаа.

Цөмийн соронзон резонансын томограф нь одоогоор хөгжлийн эхэнд яваа мэт ажиглагдаж байгаа боловч рентген-трансмиссион-компьютер томографийн хөгжилт шиг бас л амжилттай хурдан урагшилж байгаа нь илэрхий байна.

Дүрслэл оношлогооны арга бүр өөрийн өвөрмөц тусгай чанартай. Цөмийн оношлогооны эмиссин компьютер томограф (ПЭТ, СПЭКТ-позитроны эмиссин томографи, синглфотоны эмиссийн компьютер томографи) нь цацраг идэвхт изотопын заагууртайгаар эд эсийн бодисын солилцоог дүрслэн зураглаж үйя ажиллагааны мэдээллийг өгч чадаж байна.

Трансмиссийн компьютер томографи нь уламжлалт рентген оношлогоо шиг рентген туяаны шингэлтийн нягтын ялгааг ашиглан дүрслэл зураг гарган өгч чадав.

Хэт авиан оношлогоо хүний эрхтэн, эд дэх хэт авиан ойлт, шингэлтийг ашиглан дүрслэн зураглаж байна.

Цөмийн соронзон резонансын томографи эрхтэн тогтол-

цооноос устөрөгчийн протоны байдал, хэмжээг ашиглан дүрслэл оношлогоо хийх цоо шинэ техникийн болон оношлогооны зарчмын чиглэл гаргав.

Дүрслэл оношлогооны хүрээнд компьюерийн асар их боломжийн ачаар цаашын ирээдүйг одооноос урьдчилан харж чадах боломжтой бөгөөд зарим чиглэлээр шинжилгээ судалгаа, туршилтыг явуулж эхэллээ. Үүнд:

— протон-компьютер-томо-
— импеданд—(эсэргүүцлийн)
компьютер томографи

— микродолгионт компьютер томографи

Рентген компьютер томографийн зураг дүрслэл нь өндөр хөгжсөн компьютер технологиос гадна компьютер томографид зориулсан тусгай алгоритм ашигладаг юм. Зураг зохион бүтээлтээр зүслэг зургийг рентген туяанаас гадна «мэдээлэл тээгч»-ийг оролцуулах ба ийм хэмжээн дэх протонууд буюу бусад цэнэгт хэсэгхэнүүд жишээлбэл альфа-цацрагийг ашиглаж болно.

Микродолгионт компьютер томографид микродолгионт цацраг (өндөр буюу нам давтамжит микродолгионтууд)-ыг «мэдээлэл тээгч» болгон бие махбодод нэвтрэх гүн, тэндээс өгөх мэдээллийг ашиглах замаар хэрэглэх боломж байна.

Одоогийн байдлаар зөвхөн ХБНГУ-д 165 цөмийн соронзон резонансын томографийн багаж төхөөрөмж ажиллаж байна. Цөмийн соронзон резонансын томографийн хувьд АНУ, Герман, Япон зэрэг орнууд клиникийн практикт туршиж амжилтад

хүрч, доорхи үр дүн өгөх нь тодорхой болоод байгаа юм
— дүрслэл зургуудын ялгарах чанар, тод байдал компьютер томографийнхаас давуу

— дүрслэх аргаасаа шалтгаалан, түүний мэдээллийг ойлгоход эмч нарт компьютер томографигаас амархан ойлгомжтой байдлаар илүү

— шинжилгээний үед тухайн өвчний онцлогтой уялдуулан аргын шилэн сонголтыг хурдан өөрчлөх боломжтой.

— компьютер, соронзон системийг цаашид сайжруулах, шинэчлэн хөгжүүлэх, хямдруулах боломжтой.

— дүрслэл зургаар оношлохоос гадна хүний бие махбодын бодисын солилцооны үйл явцыг оношлох ирээдүй байгаа нь анагаах ухааны ирээдүйн мөрөөдөл-ийг нээж өгч байгаа юм.

Нүүрс төрөгч 13-аар зүрхний булчин дахь глюкозын хэмжээ,

фосфорын спектрээр бодисын солилцооны энергийн янз бүрийн хүчин чадлыг тодорхойлж болох нь зарчмын хувьд өнөөдөр тодорхой болоод байгаа нь ч цөмийн соронзон резонансын ирээдүйг халж байна гэсэн үгээ

Манай орны эрүүл мэндийн салбарт 70-аад оны дунд үеэс эхлэн дэс дараалалтайгаар цөмийн болон хэт авиан онош зүй, компьютер томографи, дурант оношлогоо амжилттай нэвтэрч, оношлогоо, эмчилгээнд шинжлэх ухааны ололт, дэвшлийг соргоогоор хэрэглэн хөгжлийн тодорхой түвшинд хүрсэн юм.

Цөмийн соронзон резонансын томографигаар өндөр хөгжилд хүрсэн ХБНГУ-ын Сиймэнс фирм дээр манай мэргэжилтнүүд очиж дадлага хийсэн нь энэ салбарт ойрын жилүүдэд орчин үеийн нэг шинэ оношлогоо, нэг шинэ өндөр технологи нэвтэрнэ гэсэн итгэл төрөх үндэстэй.

ӨВДӨЛТ, ТҮҮНИЙГ ХОРИГООР ЭМЧЛЭХ

Өвдөлт гэдэг бол аливаа нэгэн эрхтний гэмтлийн шинж тэмдэг хэдий ч даруйхан онош тогтоож, тууштай эмчилгээ хийхийг шаардсан түгшүүрийн дохио юм. Өвдөлт бол хүний төв мэдрэлийн тогтолцоог хүчтэй цочроогч юм. Өвчтөн өвдөлтгүй бол эрүүл, аз жаргалтай байна. Чехославакийн алдарт мэс засалч Арнальд-Ирасек (1959 он) бичихдээ өвдөлт нь хүний амьдралыг цуцлан хүндрүүлэгч мөн гэжээ. Аливаа өвчтөнг эмчлэхдээ тухайн хүний

онцлогт тохируулах ёстой. Учир нь хүн бүхэн өвчин, өвдөлт хүлээн авах чадвараар өөр өөр байдаг. Өвчтөн өвчин хоёр нэг юмны хоёр тал учир аль алиныг нь анхаарах ёстой.

Өвчнийг сайн эмчлээ гэвэл өвдөлтөд богино хугацаанд тууштай эмчилгээ хийх хэрэгтэй. Хэрэв тууштай эмчлэхгүй бол өвдөлт нь зөвхөн гэмтлийн шинж дохио байхаа больж, эд эрхтэнүүдийг тэжээлийн дутагдалд оруулж үүрдийн шаналгаа болон хувирч, амьдралын баяр

баясгалан, ажиллах дур сонирхол буурдаг.

Хүний анхаарал зөвхөн өвдөж байгаа хэсэгт төвлөрч орчинтойгоо харьцах сонирхолгүй болно. Мэс засал, гэмтлийн өвчнөөс хүний сэтгэл санаа, бие бялдар эмнэлэг, эмнэлгийн ажилчид, ойр дотныхоо хүмүүстэй харьцах харьцаа нь эвдэрч тэднийг зовооно. Өвдөлтөөс үүссэн энэ байдал нь амьдралаас хөндийрэх, ид шидтэнт эрэн сурвалжлах, элдэв эм дом хэрэглэх шашин, шүтлэгт автагдахад хүргэдэг. Үнэндээ удаан өвдөх, шаналах гэдэг хүний хирээс хэтэрсэн зовлон юм. Үүнээс үндэслэн үүрдийн зовиур шаналгааг арилгах төрөл бүрийн эмчилгээний аргуудыг анагаах ухаанд өргөн хэрэглэж байна.

Эрин үеийн мэс заслын амжилт нь ерөнхий мэдээгүйжилтийн амжилтын шууд үр дүн мөн. Хими. эм судлал, патофизиолог, физик зэрэг бусад суурь шинжлэх ухааны ололтонд тулгуурладаг шинэ бөгөөд амжилттай хөгжиж байгаа анестезиологийн ухаан нь 100 гаруй жилийн өмнө үүссэн наркозыг чанарын өөрчлөлтөнд хүргэж үр дүн нь давуугаараа түгээмэл арга болж байна. Гэвч төв мэдрэлийн эрхтэнд наркозын бодисууын сөрөг нөлөөг харгалзаж үзэхгүй хэт түгээмэл хэрэглэж хэсэг газрын мэдээгүйжилтийг орхигдуулах нь буруу юм. Хэсэг газрын мэдээгүйжүүлэхэд өргөн хэрэглэгдэж байгаа новокаины уусмал нь өвдөлт намдааж мэдээгүйжүүлэх, тайвшруулахын зэрэгцээгээр мэдрэлийн ширхэгийн

цусан хангамжинд нөлөөлөх учир вегетатив мэдрэлийг тэтгэх нөлөөтэй юм. Орчин үед новокаины уусмалыг өөр төрлийн эмийн бодисуудтай хамтатгаж мэдээгүйжүүлэх үйлчилгээг уртасгахын зэрэгцээгээр хориг мэдээ алдуулалтаар олон төрлийн эмгэгийг анагаах боломжтой байна.

Ясанд нэвчүүлэн мэдээгүйжүүлэх хориг

Мэдээгүйжүүлэх мөчийг 3-5 минутын хугацаагаар дээш өргөж цусыг хөнтрүүлнэ. Хатгалт хийх газраас дээш 10 см түвшинд зөөлөвч жийрэг тавьж мөчийг өргөсөн байрлалд байлгаж чангалуур боолтыг артерийг лугшихгүй болтол нямбай бооно. Энэхүү боолтыг 3-4 мөр зэрэгцүүлэн өргөн талбайд тавиад хагалгааны явцад чивчирч өвдвөл чангалуурын мөрүүдийг ээлжээр суллахад өвдөлт намдана. Ясанд хатгалт хийхээр товлосон цэгт 0.5-10 мл новокайнаар зөөлөн эд, ясны хальсыг мэдээгүйжүүлээд, зориулалтын зүүгээр, ясны хэмт хэсэгт хатгаж 5% -10 мл новокайн, 8%-90 мл желатинол буюу (полиглюкин аминкорвин) тарина. Энэ нь удаан хугацаагаар мэдээгүйжүүлэх бөгөөд булчин хатиагарших үений хөдөлгөөн хомсдох арьсны тэжээл алдагдах сэргийлэх сайн нөлөөтэй юм.

Ясанд нэвчүүлэн мэдээгүйжүүлж цус тогтоох хориг

Ясны хэмт хэсгийн хугарлаас гарч байгаа цусыг тогтооход тийм ч хялбар биш. Энэ тохиолдолд 5%-10 мл новокайн 8%-90 мл желатинол буюу том молекултай шингэнийг 5%-1 мл

иказолтой дээрхи аргаар ясанд нэвчрүүлэн тарьж мэдээгүйжүүлэхийн хамт цус алдалтыг тогтооно.

Ясанд нэвчүүлэн мэдээгүйжүүлж эд нэхдэсийн тэжээл сайжруулах хориг

Ясны хугарлын орчинд цус хангамж багасч бороололт удаашрах, судасны ханын агшилтаас мөчний тэжээл алдагдах, тэжээлийн хомсдлоос шархны эдгэрэлт удааширч байгаа тохиолдолд 5%-10 мл новокайн, 90 мл том молекулт шингэн, 0,1%-1 мл атрофин, 2%-1 мл димедрол, витамин В1-ийн холимогийг мэдээгүйжүүлэх тэжээлийг сайжруулах зорилгоор ясны хэмт хэсэгт нэвчүүлэн тарина.

Ясанд нэвчүүлэн мэдээгүйжүүлж үрэвслийг намдаах хориг.

Халдвар бүхий шарх, хөлдөлт, түлэгдэлт, венийн үрэвсэл, остеомиелитийн үрэвсэл идээт процессыг намдаах зорилгоор 5%-10 мл новокайн, 90 мл том молекулт шингэн, 2-6 сая пенициллин ясны хэмт хэсэгт нэвчүүлэн тарина. Тэгэхдээ антибиотикийн мэдрэг чанарыг шалгасны дараа судсаар хийх заалт бүхий антибиотикийг тарина.

Ясанд нэвчүүлэн мэдээгүйжүүлж захын судас агшиж бөглөрөхөөс сэргийлэх хориг

Хөлдөлт, түлэгдэлтийн улмаас эд нэхдэст үүссэн үхжил гүнзгийрэхээс сэргийлж 5%-10 новокайн, 90 мл том молекулт шингэн, 20,000-30,000 ед гепариныг ясны хэмт хэсэг нэвчүү-

лэн тарина. Ясанд нэвчүүлэн мэдээгүйжүүлэх аргыг мэс хангалбар хийх үед чангалуур боолт тавина. Харин эмчилгээний зорилгоор хэрэглэхдээ урьдчилан өвчтөнд 2%-2 мл промедол, 0,1%-1 мл атрофин, сульфат, 2%-2 мл демидрол тавьсны дараа чангалуур боолтгүйгээр аль ч хэсгийн хэмт ясанд нэвчүүлэн зулайн яс, доод эрүү, өвчүү, нурууны арын сэртэн, сүүжний дэлбээ, суудлын төвгөр, мөчний ясны хэмт хэсэгт тарина.

Хавирганы хугарлын үед хориг тариа хийж мэдээгүйжүүлэх

Цээжний битүү гэмтлийн дотор хавирганы хугарал олонтой тохиолдоно. Цөөн хавирга хугарахад амьсгалын дутагдлын шинж эрс илэрч олон хавирга хугарахад цээжний хананд цөмрөлт үүсэж өвчтөн амьсгалын гүнзгий дутагдалд орж, тууштай арга хэмжээ авахгүй бол амь насанд ч аюултай.

Цөөн хавирганы хугарлын үед мэдээгүйжүүлэх хориг

Өвчтөнөөс сандал дээр суулгаад хугарсан хавирганы мэдрэлийн ёзоор тушаах нурууны нугаламын орчим сэртэнгийн хажуугаар 4-6 см гүнд хатгалт хийж 1--2%-ийн новокайны уусмалыг 8--10 мл тарина. Олон хавирга хугарсан тохиолдолд хэд хэдэн нурууны нугалмын арын сэртэнгийн хажуугаар хугарсан хавирганы угийн мэдрэлийн ёзоорыг мэнэрүүлэхийн хамт хавирганы хугарлын үзүүрүүдийн хоорондуур хатгаж, 0,5%-ын новокайны уусмал тарьж мэдээгүйжүүлэх нь өвдөлтийг эрс багасгана.

Олон хавирганы хоёрлосон цөмрөлттэй хугарлын үед хийх хориг

Сээр хүзүүний уулзварын төгсгөр тушаа спирт, иодоор сайтар ариутгаад, сээрийн III нугалмын арын сэртэнгийн хажуугаар (хавирга хугарсан талд) зөөлөн эдийг 0,5%-ийн новокайны уусмалаар мэдээгүйжүүлж, мөн энэ цэгт 5 мм-ийн бахим бүдүүн зүүгээр нурууны нугалмын хөндлөн сэртэнгийн угт тулгаж хатгаад зүүний үзүүрийг нугалмын их бие рүү чиглүүлж 1% новокайны уусмал 40 мл тарина. Хориг хийснээс хойш 20-30 минутын дараа хугарлаар өвчингүй болж өвчтөн чөлөөтэй амьсгална. Энэ үед бэхэлгээ боолт наалт заавал хийх шаардлагатай.

Бөөрний өөхөнд хийх хориг

Өвчтөнг эрүүл талаар нь хэвтүүлээд (12 дугаар хавирганаас ташаан толгой хүртэл жинтүү тавьж өгч) доод талын хөлийг өвдөг, түнхийн үеэр нугалуулж дээд талын хөлийг жийлгэж хэвтүүлднэ. Нурууны шулуун булчин, 12 дугаар хавирганы доод ирмэг (уулзвар)-т зүүгээ эгц байрлалд байлгаж) новокайны уусмалыг нэвчүүлж, хяналттайгаар аажим явуулна. Судас бөөрний эд, гэдэс гэмтээхгүйн тулд нуруунд эгц чиглэлээр 10-12 см урт нарийхан зүүгээр хатгаж бөөрний өөхөнд 0,25%-60-80 мл новокайны уусмал хийж өгнө. Хоёр талд энэ хориг хийхэд зарим өвчтөний толгой эргэж, бие, сулрах, даралт багасгах илрэл гарч болно.

Ийм зовуур үүсвэл тайван хэвтүүлээд 5%-1,0 кофеин арв-

сан дор тарьж өгнө. Энэ хориг эмчилгээг хэвлийн хөндийн эрхтний гэмтэл, түлэнхий шок, цөс, бөөрний чулуужих өвчний хатгалгааны үед хэрэглэхэд үр дүнтэй эмчилгээ болж өгнө.

Сүүжний нүхэнд хийх хориг

0,25%-60-80 мл новокайны уусмалаар хориг эмчилгээг хийнэ. Хийхдээ өвчтөнийг дээш харуулан хэвтүүлэн 2 хөлийг тусгай тавиурт тавьж, эсвэл эх бариг эмэгтэйчүүдийн орон дээр хэвтүүлээд урт 15 см зүүгээр цавьны нугалаасны ар хэсгээс дээш 3-4 см зайнд хатгалт хийж зүүгээ дээш өлийлгөн ясны ирмэг хүргээд цааш нь болгоомжтой хатгаж мембраныг цоолоод тэр хэсэгт тарина. Аарцаг ясны хугарал, түнхний хагалгаа хийхэд хэрэглэдэг.

Хүзүүний вагосимпатик хориг

0,25—0,5%-30-90 мл новокайны уусмал хэрэглэнэ. Өвчтөний далан доор жинтүү тавьж, толгойг гэдийлгэн хажуу тийш нь харуулаад хүзүүний урт булчинг урагш хуруугаараа бага зэрэг түлхээд төвөнхийн дээд ирмэг харалдаа арьсанд хатгаад цааш нь хүзүүний 3 дугаар нурууны урд хэсэгт чиглүүлэн, хүзүүний хажуугийн сэртэнд тулгаад зүүгээ бага зэрэг урагш хальтруулан 1—1,5 см явуулна. (зүү нийтдээ 4—5 см орно). Тэр хэсэгт новокайнаа хийнэ. Энэ ажилбарын үед гүрээний артер, венийн судас гэмтэж болзошгүй тул болгоомжтой хий. Хориг зөв үр дүнтэй хийгдсэн үед Бернара-Горнерын шинж илэрдэг (птоз, миоз, экзотальм хориг хийсэн талд): Энэ хоригийг цээжний хүнд

гэмтэл, олон хавирганы хугаралтай өвчтөнт тээвэрлэхэд хэрэглэнэ.

Хугарлын түвшинд хийх хориг

Гандан ясны далд хугарлын үед өвдөлт намаах, өвчтөнийг тээвэрлэхэд ач холбогдолтой энгийн, үр дүнтэй хориг эмчилгээний арга бол хугарал завсарт хийх хориг юм. Хугарлын түвшинд арьс хатгаад яс хүртэл зүүгээ явуулаад хугарлын өрчинд үүссэн цусан бүлэнд хийнэ. 1%-12-20 мл новокайн хэрэглэдэг. Олон мөчний хугарлын үед тус бүрт нь хориг хийж өгнө. Тэгэхдээ 1%-ийн новокайны уусмал 100 мл-ээс илүү хийж болохгүй.

Мөчний эргэн тойронг мэнэрүүлэх арга

Хугаралтын үзүүрийн дээд (проксималь) хэсэгт хэд хэдэн газар зөөлөн эдэд нэвчүүлэх замаар яс хүртэл нь 0,25%-ын 250-300 мл новокайн тарьж хориг хийнэ. Мэдээгүйжүүлэх энэ хориг эмчилгээг ил хугарал ялангуяа галт зэвсгээр үүссэн ясны хугарал, удаан хугацаатай мөчинд тавьсан чангалуур авахдаа турникетын шокоос сэргийлэх, удаан дарагдсан шинж тэмдэг үүссэн өвчтөнт тээвэрлэхэд их ач холбогдолтой.

А. В. Вишневскийн хориг

Мөчнүүдийн булчин завсарт байгаа судас мэдрэлийн багцад хийнэ. Энэ хэсэгт 1-2 удаа хатгалт хийж 0,25%-50-100 мл новокайны тарина. Энэ хориг гандан яснуудын ил, битүү, галт зэвсгээр үүссэн ил хугарлын үед өргөн хэрэглэнэ. Үр дүнтэй мэдээгүйжүүлэх арга юм.

Сүүжний дэлбээний хориг

Өвчтөнийг дээш нь харуулан хэвтүүлээд сүүжний ясны дэлбээн урд дээд ирмэгээс доош 1 см-т хатгалт хийнэ. Хатгалгаа доош урагш нь сүүжний дэлбээний урдуур гулсуулан 2-14 см явуулаад (сүүжний нүх рүү чиглүүлэн 0,25%-200-300 мл новокайн тарина. Хэрэв хоёр талд хийх гэвэл нийт новокайны хэмжээ 0,25%-400 мл байхаар тооцож хийнэ. Энэ хориг эмчилгээг аарцаг ясны дотор эрхтэн гэмтсэн, гэмтээгүй хугарлуудад хэрэглэнэ. Үр дүн сайн, шокоос сэргийлнэ.

Антибиотиктай түр зуурын мэнэрүүлэг. Нарийн зүүгээр үрэвсэлт ирмэгээс 1-2 см-ийн зайтай эрүүл арьсанд лимонкорка үүсгээд, өөр томхон урт зүүгээр эрүүл хэсгээс үрэвсэлт нэвчдэсний доогуур хатган, антибиотиктай 0,25%-40-60 мл новокайн тарина. Тэгэхдээ эрүүл хэсэгт л хориг эмчилгээг хийдэг. Энэ хоригийг хатиг, хатигшил, буглааны хатуу нэвчдэс доогуур үрэвсэл даамжруулахгүйн тулд хийнэ.

Аливаа хориг нь өвдөлт намдаах үйлчилгээтэйгээс гадна төрөл бүрийн өвчний үед новокайны уусмалыг эмтэй хавсарган эмчилгээнд хэрэглэхэд ихээхэн үр дүнтэй байна.

Манай эмнэлэгт төрөл бүрийн эмгэг жам бүхий толгойн өвдөлт, мөр далны үрэвсэлт өвчин, мөрний үений хөшилтөд витамин новокайны хориг эмчилгээ хийсэн нь маш үр дүнтэй байв.

Төрөл бүрийн эмгэг жам бүхий толгойн өвдөлтийг намжаах

хориг эмчилгээ. Тариа хийхдээ халдвар үүсэхээс сэргийлэх дэглэмийг сайтар сахих хэрэгтэй. Хориг хийхдээ: 1%—1 мл витамин В1 эсвэл В12 1%—5 новокайн уусмал авахад 6 мл мл холимог болно.

Өвчтөнийг аль нэг шанаагаар нь дэрлүүлэн түрүүлгэн харуулж хэвтүүлээд чихний арын төвгөр ясны доод үзүүр тушаа хатгаж арьсан дотор 0,5 мл холимог уусмал шахаж зүүний үзүүрийг ар дагз руу чиглүүлж ясанд тултал хатгаад судас гэмтсэн эсэхийг шалгаад цус гарахгүй бол 2,5 мл холимог тарьж эсрэг талд мөн адил хэмжээний холимог уусмалыг адил үйлдлээр тарина. Тариа хийсний дараа өвчтөнг 30-60 минут тайван хэвтүүлэх шаардлагатай. Уул хориг эмчилгээг 2 хоногийн зайтайгаар 10 удаа хийнэ. Анхны хориг эмчилгээг хийсний дараа зарим өвчтөнд толгой эргэх, өвдөлт ихсэх шинж илрэх боловч богино хугацаанд тайвширдаг.

Энэ хориг эмчилгээг гэмтэл согсгийн эмнэлэгт 200 орчим хүнд хэрэглэхэд хүндрэл гараагүй үр дүн нь сайн байлаа.

Дал мөрний хөшингө өвдөлтийн үед хийх хориг эмчилгээ

Хийхийн тулд 1-2% новокайн уусмал 5-10 мл, витамин (В1, В6 -1 мл-ийг авч холимог уусмал урьдчилан бэлтгэнэ. Өвчтөнг суугаа байрлалд түрүүлгээ харуулж хэвтүүлсэн ч болно. Өвчтэй талын далны ясны хамрыг тэмтэрч олоод дотор үзүүрээс далны махны сэртэн хүртэл шулуун шугам татаж уул шугмаа гурван тэнцүү хэсэгт хуваагаад мөрний талаас гадна, дунд хэсгийн заагт хатгалт хийж, далны хамар ясанд зүүгээ тулгаад 45°-ын налуулгаас дагзны чиглэлд зүүний үзүүрийг чиглүүлэн далны ясанд тултал хатгаад зүүгээ бага зэрэг эргүүлж үзэхэд зөв хатгагдсан бол мөр орчим бадаарч мэнэрнэ. Энэ үед дээрхи холимогийг тарина. Хэрэв зөв хийгдсэн бол 1-2 минутын дараагаар өвдөлт арилж мөрний хөдөлгөөн сайжирна.

Хориг эмчилгээг 2-3 удаа 2 хоногийн зайтай тарихад дал мөрний өвдөлт, хөшилт бүрмөсөн арилна.

ГЭМТЭЛ СОГОГИЙН ИХ ЭМЧ Б. БҮДЭЭ

«ШИ-ШУАНЬ» БИЛЧИРТ ХАНУУР ХИЙЖ МЭДРЭЛИЙН ҮРЭВСЛИЙГ ЭМЧЛЭХ АРГА

Хэ-жин-зу
Өвөр монголын эмнэлэг

Мэдрэлийн үрэвсэл нь олон-
той тохиолддог эмгэг юм.

Анагаах ухаанд (ардын эм-
нэлгийн) хатангарших анги-
лалд хамаарагдана. Бид эм-
нэлгийн нөхцөлд гар хөлийн
«ши-шуань» билчирт эмчилгээ
хийхэд нилээд үр дүнтэй болох
нь ажиглагдлаа. Нийт дөрвөн
(эрэгтэй 1, эмэгтэй 3) өвчтөн-
ний эрэгтэй нь удаан хугацаа-
гаар архинд хордсон (архаг
архичин), эмэгтэйчүүд нь ха-
лууны өвчнөөс болсон залуу-
чууд байв. Өвчтөнүүд үе мө-
чөөр нь өвдөх, ядарч тамирдах,
мэдрэл болон хөдөлгөөний хэ-
вийн байдлаа алдсан зовиур-
тай, хэлний өнгө нь бор улаан
буюу цайвар, гялгар шар өн-
гөтэй, судасны лугшилт нь гул-
гамхай зөөлөн болсон байв.
Үүнийг Хятад эмнэлэгт бол
«Хатингар» өвчин гэж нэрлэ-
дэг юм.

ЭМЧЛЭХ АРГА БА ЭМЧИЛГЭЭНИЙ ҮР ДҮНГЭЭС

Гар буюу хөлийн «ши-шуань»
билчирийн тойронд ердийн
ариутгал хийж, гурвалжин зүү-
гээр (1—1,5 ц) гүн хатгаж 1 мл
орчим цус гаргана. Өвчтөний
биеийн байдлаас хамаарч 1 ба
3 өнжөөд эмчилгээг дахин хийв.
Өвчтөнүүд 3-5 удаа эмчлүүлээд
бүрэн эдгэрсэн.

а) Өвчтөн С. Эрэгтэй 35
настай, байгууллагын боловсон
хүчин, онош нь цусны даралт

ихдэх өвчний II зэрэгтэй, ар-
хины хордлогоос болсон элэг-
ний үрэвсэл, сэрэхүй мэдрэлийн
үрэвсэл гэсэн оноштой. Өвөр
монголын эмнэлэгт урд нь хэв-
тэж эмчлүүлж байжээ. Эмчил-
гээний явцад дээрхи өвчнүү-
дийн шинж тэмдэг арилсан бо-
ловч гэдэс, хэвлий дүүрэх, яд-
рах, толгой эргэх, чих шуугих,
ам хатах, гар хөлийн үзүүрээр
өвдөх, бээлий, оймсоо өмсөхөд
гар нь салагнаж, юм барьж
чадахгүй болох зэрэг зовиур
шинээр илэрсэн байна.

Бодит үзлэгээр биеийн ерөн-
хий байдал гайгүй боловч ту-
ранхай, царай зүс нь бараан-
дуу, согтуу мэт гуйвах алхаа-
гай, хэлний өнгө нь бор улаан,
гялгар шар өнгөтэй хэлний су-
дас нь томорч тэлэгдсэн бай-
далтай байлаа.

— Зүрхний цохилт жигд ми-
нугад 96 удаа, зүрхний орой,
III цэгт агшилтын шуугиан сон-
согдоно. $A2 > P2$, хэвлий зөө-
лөн, баруун эгмийн дунд шу-
гамаар хавирганаас доош 2,5
см-ын хэсэгт болон «Жианьту»
билчирээс доош 4,5 см-ын ор-
чимд хатуувтар зүйл тэмтрэг-
дэнэ. Хоёр гар нь салганаж,
бугуйн үенээс доош гарын
арьс нь хатингар байдалтай,
өнгөгүй хүйтэн, булчин нь хув-
хайрсан, хүрэлцэх, өвдөх, ду-
лааны мэдрэхүй нь муудсан,
өвдөрнөөс доош хөлийн арьс
нь өнгөгүй байв.

— Хумс нь хувхай цагаан,
булчин нь хувхайрсан өвдөлт.

дулаан хүйтний мэдрэмж муу, шөрмөсний хариу тусгал муудаж, судасны лугшилт нь гулгамхай, чийг халуун, цус, хийн солилцоо явагдаж чадахгүй байв.

— Ерийн ариутгал хийсний дараа доорхи аргаар эмчиллээ.

— Гурвалжин зүүгээр гар хөлийн. «Ши-шуань» билчирт хатгаж цус гаргав. Улаан хүрэн өнгөтэй цусыг эргэн тойронд нь дарж шахаад 1 мл орчим гаргана.

Эмчилгээний дараа өвчтөний хоёр гарын мэдрэмж аажмаар сайжран, өвчин орж гартаа юм атгахад урьдынхаас эрс сайжрав. Арьсны өнгө нь засарч, хоёр хөлийн мэдрэл муутай байсан хэсэг нь шилбэнээс доош бууж, 2 дахь удаа эмчилсний дараа цусны өнгө сай-

жирч, саадгүй урсах болсон. 3 дахь удаагийн эмчилгээгээр 2 гарт нь хатгасангүй. Зөвхөн хоёр хөлийн шилбэний хажуу хэвийн биш байдалтай байсан тул хөлд нь хатгалт хийв. Хатгалтыг нэг өнжөөд тасралтгүй таван удаа (10 х) хийсний дараа өвчний шинж тэдмэг, зовиур бүр мөсөн арилсан байлаа. Зургаан сарын дараа үзэхэд өвчтөн архи уудаг нь хэвээрээ ч өвчин нь дахиагүй байв.

ЗӨВЛӨМЖ: «Су-инь-цэй, чтэн-шань» сударт Хатингар» өвчнийг засахад ганц Ян (Хятад эмнэлгийн нэр)-аар засна гэжээ. Миний бодлоор бол хатингар өвчнийг засахад заавал хуримтлагдсан халууныг туулган судал сувгийг нь нэвтрүүлнэ.

АСУУДАЛ ДЭВШҮҮЛСЭН ӨГҮҮЛЭЛ.

ХЭВЛИЙН ДАХИН ХАГАЛГАА БА ТҮҮНИЙ МАРГААНТАЙ АСУУДЛУУД

АУИС-ийн мэс заслын 2-р тэнхимийн эрхлэгч, Анагаах ухааны дэд эрдэмтэн, багш Б. Гоош, Н. Пунцаг, Г. Баяраа

Релапаротоми буюу хэвлийг дахин хагалах нь мэс засалчдын анхаарлыг татсан чухал асуудлын нэг юм. Ихэнх судлаачдын үзэж байгаагаар релапаротоми нь хэвлийн хөндийд хийгдсэн эхний хагалгааны дараагаар гарсан хүндрэлийг арилгаж, цаашид даамжирахаас сэргийлэх зорилгоор хийгддэг (1, 2, 5, 8, 10). Ийм байдлаар хийгдэж байгаа хагалгаа нь оношлогоо, эмчилгээ, сэтгэл зүйн талаас нилээд бэрхшээлтэй байдаг (7, 15, 20).

Релапаротоми нь нийт хийгдсэн хагалгааны 0,29%—3%-д тохиолдож байгаа бөгөөд 10%—63%-ийн үхэлтэй байна (2, 5, 12, 13, 18, 19, 23). Мөн нийт давтан хийгдэж байгаа хагалгааны 45%—83,3% нь хагалгааны тактик техниктэй холбоотой байдаг (2, 10, 17, 21).

Релапаротоми түүний ангиалын талаар нэгдсэн ойлголтгүй, судлаачдын санал янз бүр байгааг харгалзан өөрсдийн санал бодлыг хуваалцахыг зорилоо. Хүснэгт 1 чухам

ямар хагалгааг дахин хагалгаанд хамааруулах вэ? Эхний хагалгаанаас хойш ямар хугацаанд хийгдсэн хагалгааг дахин хагалгаа гэх вэ?

1. Профессор О. Б. Милонов (18) үзэхдээ: Эд эсийг шинээр огтлох, зүсэх замаар хэвлийг нээж давтан хагалгаа хийхийг релапаротомид гэнэ гээд, шархны урьд тавьсан оёдлыг задлан, хэвлийг нээх, шарх задарсан үед (эвентраци) хийгдэж байгаа хагалгааг давтан хагалгаанд тооцохгүй. Учир нь энэ үед хэвлийг нээх бус харин хаах ажилбар явагдаж байна гэж үзжээ. Зарим судлаачид шарх задарсан үед шархыг оёход хэвлийн хөндийг угааж, нягтлан шалгах ажилбар байнга хийгддэг тул дахин хагалгаанд хамааруулжээ (19, 20, 23, 25). Үүнээс гадна хэсэг судлаачид хэвлийн хөндийн хязгаарлагдмал буглаануудыг (өрцөн доорхи, элэгний доорхи, дугласын хөндийн гэх мэт) нээх нь хэвлийн хөндийг гоёс тусгаарлагдмал хийгддэг тул дахин хагалгаанд тооцохгүй гэж үзэж байна (1, 18, 25). Гэтэл зарим нь дээрхи ажилбарыг дахин хагалгаанд хамааруулдаг (5, 10, 19).

Тухайлбал К. И. Мышкин үзэхдээ: Хэвлийн хөндийн хязгаарлагдмал буглааг нээх үед гялтан хальс зайлшгүй нээгддэг тул дахин хагалгаанд тооцожээ. Энд гол нь хэвлийн гялтан хальс дахин нээгдэж байгаа нь гол бөгөөд ямар замаар, аль хэсэгт хагалгаа хийх нь чухал бус гээд Дугласын хөндийн идээг шулуун гэдэс болон арын хүнхрээгээр нээхийг

релапаротомид хамааруулсан байна. Бидний саналаар дахин хагалгаа хийхэд гялтанг нээх нь гол асуудал мөн боловч хагалгааны дараахи үеүдэд гарсан эд эсийн болон бусад өөрчлөлт арилаагүй нөхцөлд дахин нэмж гэмтэл учруулж байгааг голлон тооцож үзэх нь чухал юм. Ингэж байж уг хагалгааны маань «дахин» гэдгийн мөн чанар гарна.

Иймд дээрхи бүх ажилбарыг дахин хагалгаанд оруулж үзэх нь зүйтэй.

2. Мөн Релапаротомийн хугацааны хувьд ч эргэлзээтэй асуудал их байна.

Hahn—Pedersen, К. И. Мышкин нар үзэхдээ: зүслэг хийж эхэлснээс 3 цагаас цааших үеийг хагалгааны дараахи үе гээд хагалгааны ширээн дээр цус алдалтыг оношлох, шархыг буцааж задлан цус тогтоосныг релапаротомид хамааруулсан байна.

Зарим судлаачид эмнэлэгт хэвтэж байгаа хугацаанд хийгдсэн дахин хагалгааг релапаротомид хамааруулжээ (4, 8, 9, 13).

Энэ хугацааг уртасгаж хэдэн сараас жил хүртэлх хугацаанд хийгдсэн хагалгааг дахин хагалгаанд тооцсон байна (19).

Ю. П. Губов, В. В. Майнугин (10) нар зөвхөн шалтгаан үр дагаврыг голчлон хугацааг үл тооцжээ. Эдний үзэж байгаагаар бол хагалгааны дараа наалдац үүссэн хүнд 2—3 жилийн дараа гэдэсний түгжрэл болж хагалгаа хийлгэвэл дахин хагалгаанд тооцогдох болж байна.

3. Релапаротомийн ангилалд: эрт үеийн (Ранний), хойшилсон (отсроченный), хойшлуулшгүй (срочный), яаралтай (экстренный), хожуу үеийн (поздний), төлөвлөгөөт (плановый), төгс (радикальный) туслах чанарын (паллиативный), хязгаарлагдмал (ограниченный) бүрэн (полный) гэх зэрэг олон янзын тодотголуудыг хэрэглэж тогтсон зүйлгүй бас л маргаантай хэвээр байна.

Нилээд судлаачид дахин хагалгааг хийгдсэн хугацаагаар нь эрт ба хожуу үеийн гэж хувааж үзсэн атлаа эрт ба хожуу хагалгааны хооронд зааглах хугацааг янз бүрээр авч үзжээ (1, 2, 11, 18, 19, 23).

Эрт үеийн дахин хагалгааны хугацааг В. И. Горб 5, Мышкин 6, В. С. Шашкин, Г. Н. Хорев нар 2—3 долоо хоног Hahn—Pedersen 2 хоногт тус тус авч үзжээ. Гэтэл Л. С. Журовский шархны эдгэрэлтээр Ю. П. Губов, В. В. Майнугин нар клиник болон лабораторийн шинжилгээний засрал авах хугацаагаар тус тус зааглав. Эднийхээр бол мухар олгой авахуулаад 7 хоноод шарх эдгэрч гарсан хүнд дахин хагалгаа хийгдвэл хойшлогдсон буюу хожуу үеийн хагалгаа болж байна. Нөгөө талаар хагалгааны дараа үнэхээр хүндрэл гарсан үед өвчийн илрэл, лабораторийн шинжилгээний үзүүлэлтүүдэд засрал гарахгүй билээ.

М. Г. Сачек, В. В. Аничкин нар (21) хагалгааны дараахи үеийг: Хагалгааны дараахи ойрын үе (5—7 хоног) буюу

бие махбодын энерги зарцуулалт их явагддаг (катаболизм) үе, хагалгааны дараахи эрт үе (7—14 хоног) буюу энергийн зарцуулалтын алдагдал зогсож нөхөн сэргээгдэх үе (анаболизм), хагалгааны дараахи хожуу үе (3—4 долоо хоног) буюу энергийн алдагдал бүрэн нөхөгдөж хөдөлмөрийн чадвар сэргэх үе гэж тус тус хуваажээ. Энэ нь (нас, хүйс, хавсарсан өвчин гэх мэт) бие махбодын хувийн онцлогоос хамаарах боловч ихэнхдээ хүн бүрд ижил явагдана.

Хэрэв хүндрэл 1 ба 2-р үед гарвал эрт үеийн, 3-р үед гарвал хожуу үеийнх гэж үзэв. Бидний саналаар дээрх ангиллын дагуу эрт үед гарсан хүндрэлээр дахин хагалгаа хийгдвэл эрт үеийнх гээд хожуу гарсан хүндрэлээр дахин хагалгаа хийгдвэл хожуу үеийн дахин хагалгаа гэвэл зүгээр санагдана. (2-р хүснэгт).

Судлаачид дахин хагалгаа хийгдэх заалтыг мөн янз бүрээр ангилан авч үзжээ. Яаралтай, хойшлуулшгүй, төлөвлөгөөт (10), яаралтай, хойшилсон (19), яаралтай, хойшилсон, төлөвлөгөөт (3), туйлын хойшилсон, харьцангуй гэх мэтээр ангилсан байна (хүснэгт № 3).

Бидний бодлоор бол ингэж ангилах нь эрт ба хожуу үеийн дахин хагалгаа хэдийд, хэрхэн хийж байгаагаас хамаарах асуудал юм. Эрт үеийн дахин хагалгаа дандаа яаралтай байдлаар хийгддэг. Төлөвлөгөөт дахин хагалгаа гэж ангилах нь 6 сараас цаашхи хугацаанд хийгдэж буй хагал-

Хүснэгт № 1

ДАХИН ХАГАЛГААНЫ ТОХИЛДОЛ (%) -иар

	Судлагчдын нэрс	Тохилдол (%)	Үхэл (%)
1.	И. С. Белий с соавт	0,29 %	21,4 %
2.	Л. А. Барьер с соавт	0,6 %	30 %
3.	М. Э. Комахидзэ с соавт	1,0 %	43,5 %
4.	К. С. Житникова с соавт	1,5 %	55 %
5.	В. П. Спивак с соавт	2,2 %	34 %
6.	I с соавт	2,6 %	38 %
7.	О. Б. Милонов с соавт	3 %	12 %

Хүснэгт № 2

ДАХИН ХАГАЛГААГ ХИЙГДЭХ ХУГАЦААГААР
НЬ АНГИЛСАН НЬ

1	Судлаачид	Эрт үеийн	хожуу үеийн	хойшилсон
1	Redensen	3 цагаас 2 хоногт	7—9 хоногт	—
2	В. И. Горб соавт	5 хоногт	—	5—10 хоног
3	В. С. Шапкин	2—3 долоо хоног буюу эмнэлэгт байх хугацаанд	—	—
4	С. Я. Долецкий	30 хоногт	30-аас дээш хоногт	
5	Л. С. Журовский	шархны эдгэрэлт	эмнэлгээс гарах хүртэлх хугацаа	
6	К. И. Мышкин с соавт	6 хоногт	7—15 хоногт	16—60 хоногт
7	Ю. П. Губов с соавт	клиник, шинжилгээ сайжрахаас өмнө	клиник, шинжилгээ сайжирсаны дараа	эмнэлгээс гарсны дараа

Хүснэгт № 3

ДАХИН ХАГАЛГААГ ХАГАЛГААНЫ ЗААЛТААР НЬ
АНГИЛСАН НЬ

	Судлаачид			
1	Ю. П. Губов с соавт	яаралтай	хойшуулашгүй	төлөвлөгөөт
2	К. И. Мышкин	яаралтай	хойшилсон	—
3	Н. П. Ватян	яаралтай	хойшилсон	төлөвлөгөөт
4	М. Н. Кирченко	туйлын	хойшуулашгүй	харьцангуй

гааг, дахин хагалгаа гэж үзэх үү үгүй юу гэдгээс хамаарна.

Хагалгааны хэмжээ, хүрээ, шинж чанараар нь төгс ба туслах чанарын (4, 10, 15), өргөтгөсөн, хязгаарлагдмал (10) гэх мэтээр ангилж байна. К. И. Мышкин: ингэж ангилах нь зөвхөн нэр томъёоны будлиан юм. Ямар ч хагалгаа заавал төгс бүрэн хэмжээтэй байх ёстой гэжээ. Гэхдээ өвчний явц, өвчтөний биеийн байдлаас хамаарч цэгшид өвчинг даамжруулахгүйгээр хийгддэг туслах чанарын дахин хагалгаа амьдралд тохиолдож үр дүнгээ өгч байдаг гэдгийг мартаж болохгүй.

Дахин давтан хагалгаа хийх нь олонтаа тохиолдоно. Үүнийг дахин давтан хагалгаа (повторная релапаротомия) ререлапаротомия, эсвэл релапаротомия I, II, III (г/м ангилж байна. Энд сүүлчийн ангиллыг мөрдөх нь зүйтэй болов уу? Хэдийгээр эхний хагалгаа болон өвчтөнтэй шалтгаан үр дагаврын холбоотой ч гэсэн 1—3 жилийн дараа бие махбод ээнэгшилд орсон үед хийгдэж буй хагалгааг (ивэрхий, наалдац, тайралт, залгалтын дараахи хам шинж гэх мэт) релапаротомид хамааруулахгүй байх нь зүйтэй. Дахин хийгдэж байгаа хагалгаа нь урьд нь хийсэн мэс заслын эмчилгээтэй зонхилон холбогддогийг бид дурдсан. Ийм ч учраас олны анхаарал татаж байгаа хэрэг. Гэтэл хагалгааны арга барил хүндрэлээс бус харин хагалгаа хийхэд зайлшгүй хүр гэсэн анхны өвчний хүндрэл мөн олонтой байдаг.

Энгийн юм шиг мөртлөө нэг мөр болгон ойлгож аваад өдөр тутмын үйл ажиллагаандаа мөрдлөг болгоход зохих хэмжээний бэрхшээл учруулдаг мэс заслын энэ төрлийг олон талаас нь судлан тодруулах шаардлага мэс засалчид бидний үйл ажиллагаанаас урган гарч байна.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. Б. А. Ахунджанов, Деятов и др. Хирургия 1981. № 9. 94—97.
2. Н. И. Батын. «Клинические вопросы релапаротомии» Вильяс 1981.
3. Л. А. Барьер, Х. М. Петрушенко, Ш. С. Туник Вест хир 1972. № 3. с. 36.
4. Ю. Н. Белокуров, А. Н. Винцукевич, А. П. Бурдин и др. Все российской конф-ия хирургов Перм 1985 с. 148—150.
5. И. С. Белый, Н. Н. Хорошманенко, Т. П. Буникова и др. Хирургия 1978. № 3.
6. Б. А. Висайтов Хирургия. № 4. с. 138—140.
7. И. Н. Григович, Э. А. Слободин, Хирургия 1971 № 4 с. 61—64.
8. В. И. Горб, Р. С. Полюванц Хирургия 1974. № 10. с. 35—39.
9. З. Гольба, С. Кутыпа, Ю. Мисерка тамже 1980 № 8 с. 84—85.
10. Ю. П. Губов, В. В. Майнугин Вест хир 1987 № 12 с. 58—59.
11. С. Я. Долецкий, В. Е. Шитинин, А. В. Арапова и др. Хирургия 1979 № 2 с. 59—64).
12. К. С. Житникова, С. Н. Моршинин Вест хир 1987 № 4 с. 98—102.
13. Л. С. Журавский «Релапаротомия» 1974. Ленинград.
14. М. Н. Кириченко, В. Я. Васильковская, А. А. Лаптева Хирургия 1981 № 3. с. 86—90.
15. И. Г. Коцюбинский, А. А. Соколов Хирургия 1975 № 2. с. 125—130.
16. М. Э. Комихидзе, Г. В. Хомертам же 1980 № 9. с. 85—87.

17. И. Г. Лешенко, Ф. И. Панов там же 1987 № 10 с. 115—116.
18. О. Б. Милонов, К. Д. Тоскин, В. В. Жебровский. «После опер осложнение и опасности в абдоминальной хирургии» Москва М.—1990.
19. К. И. Мышкин, Г. А. Блувштейн Хирургия 1989 № 2 с. 69—72.
20. В. И. Петров, А. П. Сытник и др. Хирургия 1986 № 10 с. 119—122.
21. М. Г. Сачек, В. В. Авицкий «После опер ослож в абдоминального хирургия. Минск «Беларусь» 1986.
22. А. М. Семко, Н. М. Зюбрицкий Вест хир 1986 № 1 с. 74—76.
23. В. П. Спизак, В. М. Губан Вест хир 1986 № 4 с. 121—124.
24. А. М. Третьяков, Б. И. Белоусов, М. С. Ульянов Хирургия 1981, № 3, с. 56—59.
25. В. С. Шашкин, Г. Н. Хорез Вест хир 1976 № 11 с. 56—59.
26. Н. И. Шошас там же 1983, № 4 с. 51—54.

ЗАХ ЗЭЭЛИЙН ЭДИЙН ЗАСАГТ ШИЛЖИХЭД ЭМНЭЛГИЙН ОР, ТҮҮНИЙ АШИГЛАЛТЫГ ЗОХИЦУУЛАХ НЬ

Эдийн засгийн ухааны дэд эрдэмтэн
И. Ядамсүрэн

Манай оронд ардчилсан өөрчлөлт явагдаж, олон намын систем тогтон, төр засгийн газраа шинэчлэн, төвлөрсөн төлөвлөлтөөс татгалзаж зах зээлийн эдийн засагт шилжиж байгаа үед эдийн засгийн хямрал улам гүнзгийрч, ард түмний амьдралын төвшин харьцангуй буурч байна. Үүнийг нотлох зарим нэг тоо баримтыг хэлэх нь зүйтэй юм. Үндэсний орлого бол эрүүл мэндийг улсаас баталгаатай хамгаалах үндсэн эх булаг мөн. Гэтэл улс орны эдийн засгийн өсөлт буюу үндэсний орлого 1980 оноос хойш жилд дунджаар 6%, 1985—1989 онд жилд 5,7 хувь өсч, 1990 онд хөгжлийн түвшин өмнөх оныхоос 3,8 хувь буурлаа. Энэ онд үйлдвэрлэлийн бууралтын хурдац улам түргэсч байна.

Манай эдийн засагчдын тооцоолж байгаагаар 1992 оны үндэсний орлого 1989 оныхоос 2 тэр бум төгрөг (зэрэгцүүлэх үнэ)-өөр буурахаар байна.

Тус орон олон жилийн турш үндэсний орлогын өөрийн нөөцөөрөө зөвхөн хэрэглээний сангийн хэрэгцээг хангаж, хуримтлалын санг зээл тусламжаар санхүүжүүлж ирсэн билээ. Улс орны эдийн засгийн гол тэнцвэрүүд гадаадын зээл тусламж дээр тогтож байв. Түүний хэмжээ багасахад тэнцвэр нь алдагдахад хүрэв.

Уламжлалт зээл тусламж нэгэнт зогссон өнөөгийн нөхцөлд гагцхүү өөрийн хүч бололцоонд тулгуурлахаас өөр замгүй боллоо. Гэвч өөрийн эх үүсвэрээр дотоод хуримтлал бий болгох чадвар мөхөдсөнөөс эрүүл мэндийн байгууллагын санхүүгийн эх үүсвэр улам доройтсоор байна.

1991 оны эхний 8 сарын байдлаар улсын нэгдсэн төсвийн алдагдал 2,5 орчим тэр бум төгрөг болсон нь 1990 оны мөн үеийнхээс 4 дахин нэмэгджээ.

Ерөнхийлөгч Ховд хотод хөдөлмөрчдийн төлөөлөгчдийн уулзалт дээр хэлсэн үгэндээ: Өнөөдөр манай улсын эдийн засгийн байдал тун хүнд байна. Үндэсний орлогын бараг гуравны нэгийг нөхдөг байсан гадаадын зээл тусламж ор тас дутаж шатахуун, сэлбэг хэрэгсэл, зарим чухал материал нийлүүлэгдэхгүй тасалдах, баяжмал, ноолуур, савхин эдлэл, хивс зэрэг экспортын гол бүтээгдэхүүнүүд борлогдохгүй байгаагаас валютгүй болж монголчууд өөрийн хийж бүтээснээрээ амьдрах болтол хэрэглээ буурч байна (Ардын эрх 1992 оны 34-рт).

Ийм нөхцөлд улс ардын аж ахуйн аль ч салбарт нийгэмд үр ашигтай өөрчлөлт шинэчлэлт хийж, улс орноо эдийн засгийн хямралаас богино ху-

гацаанд гаргах асуудал туй-
лын чухал болж байна.

Үйлдвэрлэлийн бус хүрээний салбарт багтдаг Эрүүл Мэндийн Яамны харьяа эмнэлгийн байгууллагууд нь төвлөрсөн төлөвлөлтийн үед төлөвлөлтийн арга зүйн нэг гол зарчим болох хөгжлийн хүрсэн төвшинг байнга нэмэгдүүлэх зарчмыг баримталж ирлээ. Эмнэлгийн байгууллагад хэрэглэдэг төлөвлөлтийн гол батлагддаг үзүүлэлт нь 10 000 хүнд ногдох эмнэлгийн ор, их эмчийн тоо байлаа.

1991 оны байдлаар 10 000 хүнд 279 их эмч, 88,8 эмнэлгийн дунд мэргэжилтэн, 119,4 эмнэлгийн ор ноогдож байна.

Зах зээлд эргэлт буцалтгүй шилжиж байгаа өнөө үед эрүүл мэндийн онол арга зүй зохион байгуулалтыг шинэ нөхцөлд тохируулан өөрчлөх асуудал дэвшигдэн тавигдаж байна. Ийм асуудлын нэг нь эмнэлгийн ор түүний ашиглалт юм.

ДЭМБ-ын мэдээллээс үзэхэд «Социалист» гэгдэж байсан орнуудын ихэнх нь эмнэлгийн орны хангамжаар өндөр, хэт өндөр түвшинд хангагдсан байна. ДЭМБ хүн амын эмнэлгийн тусламжийн түвшинг тогтоох шалгуурыг 4 байдлаар тогтоожээ. Үүнд:

I. Бага түвшин — 10000 хүнд 40-өөс доош ор

II. Дунд түвшин — 10000 хүнд 40—70 ор

III. Өндөр түвшин — 10000 хүнд 70—100 ор

IV. Хэт өндөр түвшин — 10000 хүнд 100 ба түүнээс дээш ор байхаар тогтоожээ.

Дэлхийн хүн амын орны хангамжийн дундаж үзүүлэлт 10 000 хүнд 45,5 ор ноогдож байна. Манай оронд 119,4 ор ноогдож байгаа нь үүнээс 2,6 дахин их, ёстой л хэт өндөр түвшинд хүрээд байна. Тэгвэл энэ үзүүлэлт хөгжиж байгаа орнуудад 1,7—2 ор, өндөр хөгжилтэй орнуудад 130—140 ор хүртэл хэлбэлзэж байна.

Эмнэлгийн орны тоо «социалист» гэж нэрлэдэг байсан орнуудад яаж өсч хөгжиж, ямар түвшинд хүрснийг дараах хүснэгтээс харж болно.

Хүснэгтээс үзэхэд манай орон 2-рт орж байгаа мэт боловч, нөгөө талаас нь хийсвэрлэн авч үзвэл өвчлөлийн түвшин, түүний дотроос эмнэлэгт хэвтэж эмчлүүлэх шаардлагатай хүнд өвчтөний тоо, хүн амын эрүүл мэндийн байдлаар бараг адагт нь орж байна гэж ойлгохоос өөр аргагүйд хүрч байна.

Анагаах ухааны доктор Б. Дэмбэрэл. Бид юунд алдав? гэдэг асуудалд «Социалист системийн давуу талыг сурталчлах нэрийн дор Эрүүлийг хамгаалахын хөгжлийн тоон үзүүлэлт (эмч, орны хангамж г. м)-ийг голлож, зарим үед «муу үзүүлэлтээ» нуун дарагдуулж, байсан нь хүн амд үзүүлэх эмнэлгийн тусламжийн чанарыг дээшлүүлж, манай мэтийн хөгжиж байгаа буурай орон олон улсын байгууллага бусад орноос дэмжлэг тусламж авахад зарим үед саад тотгор ч болж байв.

Монгол улсын Эрүүлийг Хамгаалахын онол, түүх, зарчим,

**ЗАРИМ ОРНУУДЫН 10000 ХҮНД НООГДОХ
ЭМНЭЛГИЙН ОРНЫ ТОО**

	1960	1980	1986	1990—1—1
Болгар	62,5	90,8	97,8	99,9
Венгер	76,2	84,3	91,8	93,6
Вьетнам	—	37,0	35,0	—
Герман	119,0	103,0	102,0	98,0
Куба	45,8	45,7	53,0	60,6
Монгол	81,0	108,0	110,0	118,0
Польш	70,3	71,6	69,7	69,7
Румын	72,5	90,0	94,0	88,9
ТТУХ (ЗХУ)	80,0	125,0	130,0	132,9
Чехословак	76,1	99,8	102,0	102,9

зохион байгуулалтын зарим асуудлууд» (Засгийн газрын мэдээ 1991 оны № 9, № 10) академич, доктор П. Лувсандоржийн тодорхойлсноор манай орон хөгжиж буй орнуудын ангилдаг гурван зэрэглэлийн хамгийн буурай хөгжилтэй орнуудын шинж төрхийг бараг бүрэн хадгалж, эдийн засгийн хөгжлийн түвшинг илэрхийлэх үндсэн үзүүлэлтээр хөгжиж буй орнуудын дундаас доогуур түвшинд (Ардын эрх 1991 оны 129-рт) доктор Г. Сүхбаатар дундаж түвшинд байна.

(Үнэн 1992 оны 27-рт)

Эдгээрээс дүгнэлт хийж үзвэл зах зээлд шилжиж байгаа өнөө үед, эдийн засгийн хямралаас аль болох түргэн гарахад дөхөм үзүүлэх зорилгоор эрүүл мэндийн байгууллагууд эмнэлгийн орыг шүтэж, улсаас аль болох их төсөв хөрөнгө авч зарцуулахаа урьдал болгохгүйгээр оргүй эмчилгээний арга хэлбэрийг өргөн нэвтрүүлэх шаардлагатай болж байна. Цаашид манай орон

10 000 хүнд 40—70 ортой байх орны хангамжийн дунд түвшинг юм уу? эсвэл 70—100 ортой байх өндөр түвшинг сонгон авч, хэт өндөр түвшинд хүрсэн одоогийн арга барилаа өөрчлөх цаг болсон байна.

Дүгнэлт, Санал

1. Эмнэлгийн байгууллагууд одоо ашиглаж байгаа эмнэлгийн барилгын хүчин чадал, ашиглаж байгаа ор, хэвтэж эмчлүүлж байгаа өвчтөний эрүүл ахуйн нормыг хянан үзэж, эмнэлгийнхээ орыг хүчин чадалд нь хүртэл бууруулан ашиглах боломжийг бүрдүүлэх эдийн засгийн тооцоо судалгаатай ажиллаж түүнийг хэрэгжүүлэх.

2. Орны тоо буурсан нөхцөлд чөлөөлөгдөх эмч, эмнэлгийн ажилчдын хүчээр, эмнэлэгтээ үр ашиг өгөх ажил үйлчилгээ эрхлүүлэх, туслах аж ахуй хөгжүүлэх хэрэгтэй гэсэн санал дэвшүүлж байна.

**ҮХРИЙН АРЬСНЫ ГУУРААР НҮД ӨВЧИЛСЭН
ТОХИОЛДОЛ (ОФТАЛЬМОМИОЗ)**

АУИС

Э. Санжаа, Д. Баясгалан

Хүний бие махбодод тохиолддог шимэгч хорхойн (паразит) өвчнүүд гол төлөв эрхтэн тогтолцоог өвчлүүлэх боловч харах эрхтэнтэй хавсрах, нүдийг дангаар өвчлүүлэх нь харьцангуй их хэмжээтэй тохиолддог байна. С. К. Литвинов (1985) Африкт 1 жилд 20—40 сая хүн онхоцеркозоор өвчилж, хараагүй бологсодын 10%-ийг эзэлж байна гэж мэдээлжээ.

Паразитаар үүсгэгдэх нүдний өвчнүүдийн тархалт нь экологийн шалтгаанаар газар зүйн янз бүрийн бүс бүслүүрт харилцан адилгүй тохиолдох боловч зарим төрөл зүйл нь олон орны хэмжээнд тархаж болох үндэстэй юм. Практикт урьд нь тохиолдож байгаагүй офтальмомиоз буюу нүдний гуур өвчин ч бидний анхаарлыг зүй ёсоор татаж байна. 1989—1990 онд Улаанбаатар хотын нүдний эмнэлэгт нүдний гуур өвчин 4 удаа тохиолдсоны хоёр нь ухархайн буюу нүдний гадна хоёр нь нүдний дотор байрлалтай байлаа.

Нүдний гуур өвчин янз бүрийн оронд 100 гаруй удаа тохиолдсон боловч нэг оронд олноор тохиолддоггүй учир түүнийг тал бүрээс нь нарийн судлах, нэгтгэн дүгнэх нөхцөл бүрэлдээгүй байна. Ийм учраас бид өөрсдийн практикт

тохиолдсон нүдний гуур өвчний талаар аль болох өргөн хэмжээний мэдээлэл өгөх, зарим талаар өөрсдийн таамаглал, санааг ч хуваалцахыг хүсч байна.

Нүдний гуур өвчний тухай ойлголтыг гуурын биологи, малын гуурталтын клиниктэй харьцуулан үзэх замаар эхлэх нь зүйтэй гэж үзэж байна.

Арьсны гуур нь малын шимэгч өвчин болохоор хүнд халдварлах, өвчлүүлэх нь тохиолдлын чанартай байдаг. Гэвч гуурын эх үүсвэр нь биднийг хүрээлэн байгаа болохоор цаашид ч тохиолдож болзошгүй юм.

**ҮХРИЙН АРЬСНЫ ГУУРЫН
ТУХАЙ ТОВЧ ОЙЛГОЛТ**

Арьсны гуур өвчин үүсгэгч гиподерма 5 бовис нь гол төлөв ойт хээрийн, гипордерма линеатум нь хээр ба говийн бүсэнд тархсан байдаг (Ц. Дорж 1969 он).

Нэг жилийн дотор өндөг (сар), авгалдай, хүүхэлдэй, бие гүйцсэн ялаа гэсэн 4 үешатыг дамжин хөгжиж аялралынхаа үеийг дуусгадаг байна.

**ҮХРИЙН АРЬСНЫ ГУУРЫН
ГАДААД БҮТЭЦ, ГУУРЫН
БИОЛОГИ**

Н. Бовисын ялгаа нь гадаад байдлаараа үхэр хэд-

гэнэтэй төстэй, нилээд сайн хөгжсөн 2 далавчтай том шав:ж юм. Толгйон 2 талд зүймэл 2 нүд, зулайдаа 3 энгийн нүдтэй. Ялаа нь хар өнгөтэй боловч хөл нь хүрэндүү, биеийн гадарга үстэй байна. Хэвлийн шувтрага үзүүрт саг цацуур байрласан. Биеийн урт нь 12—17 мм урт.

Н. Бовисын саг нь зуйван бөөрөнхий хэлбэртэй, гялгар гадаргатай цайвар өнгөтэй байна.

Сагны сууринд хөл мэт сэртэн байх бөгөөд түүгээрээ малын үсэнд хүрч, наалдуулагч бодисын тусламжтай бэхлэгдсэн байна.

Сагны урт нь 0,8 мм, диаметр нь 0,3 мм учир нүдэнд бараг үзэгдэхгүй. Сагны дотор өт авгалдай боловсорч 3—7 хоногийн дотор өндөгнөөс 1-р хэлбэрийн авгалдай болно. Авгалдай нь (0,6 мм) хэмжээтэй, цайвар шар буюу орог цайвар өнгөтэй байна. Амны дэгээ нь сэрээ маягаар салаалж хоёр шүд үүсгэнэ.

Нэг дүгээр хэлбэрийн авгалдай нь үсний угаар дамжин арьсан дор нэвтэрч түүний доод эслэг шар эдээр дамжин 7—8 сар орчим ярган явж шимэгчилдэг. Цаашдаа нурууны нугалмай хооронд юмуу нугасны хатуу бүрхүүлийн орчим нугасны хөндийд байрлана. Энэ үедээ малд ч хүнд ч саа өвчин үүсгэх боломжтой байдаг.

Хоёрдугаар хэлбэрийн авгалдай томорч 15—17 мм урт болно. Авгалдай нь амны дэгээний тусламжаар эрүүл эд эсээс урагш ярган амны хөндийгөөс

ялгарах хоол боловсруулдаг ферментын нөлөөгөөр толгой орчмынхоо эд эсийг уусган тэжээгдэхийн зэрэгцээ тэр хэсэгтээ хонгил үүсгэн урагш ярган хөдлөх боломжийг олж авдаг.

Ингэж 1-р үелбэрийн авгалдайн хөгжил дуусч 2-р үелбэрт шилжинэ. Энэ үед авгалдай нь малын нурууны арьсан дор цугларч эслэг шар эд болон арьсны хэсгийг уусган жижиг нүх үүсгэнэ. Авгалдай бөгсний хэсгийн амьсгалуурыг энэ нүхэндээ тааруулан эргэж байрлах бөгөөд 20 мм орчим томортлоо шимэгчлэн амьдарна. Харин н. линейатум ялаа нь биеэр багавтар (13—15 мм) хар өнгөтэй, тачирхан үсээр бүрхэгдсэн байна. Цайвар шаравтар өнгөтэй, 0,85 мм урт, диаметр нь 0,2 мм, сагаа нэг үсэнд хэд хэдээр нь эгнүүлэн цацна. Өндөгнөөс 0,55 мм урт авгалдай гарч арьсанд нэвтрэн улаанхоолойн салстын дор байрлах бөгөөд зарим нь булчин, элэг, дэлүүнд ч тааралдаж болно.

Хоёрдугаар үелбэрийн үед нуруун тус газар арьсан дор цугларч гөвдрүү үүсгэнэ. Ойролцоогоор хоёр зүйл ялааны авгалдай 30—35 хоног болоод II үелбэрээ дуусгана. Авгалдайн гадуурх нь зузаарч гялтанасан хар хүрэн өнгөтэй болно. Энэ нь III үелбэр бөгөөд дундчаар 7—10 хоносны дараа хуурай дулаан өглөө үхрийн нуруунаас унана. III үеийн авгалдай хатсан өвс юмуу зөөлөн хөрсөнд шурган орж тэнд 7 хоног орчим байсны

дараа хүүхэлдэй болон хөг-
жиж гадна бүрхүүлийнхээ та-
гийг нээн гадагш гарна. 30—
60 минут болмогц ялаа нисэх
чадалтай болно. Бэлгийн эс
нь хүүхэлдэйн үедээ боловсор-
дог учир эвцэлдэхэд бэлэн бол-
сон байна.

Эрэгчин, эмэгчин ялаа эв-
цэлдсэнээс хойш 1—2 цаг бо-
лоод эмэгчин ялаа нь үхэрт
ойртон сагаа цацна. Хоёр зүйл
ялааны амны эрхтэн хөгжөөгүй
битүү хальсаар бүрхэгдсэн байх
тул, шумуул, хөх түрүүтэй
адил хатгадаггүй. Авгалдайн
үед хуримтлуулсан тэжээлийн-
хээ нөөцөөр 10 орчим хоног
амьдраад үхдэг байна. Ингэж
амьдралын нэг эргэлт дуусна.

Н. Бовис нь 500—800
орчим саг гаргана. Сагаа ца-
цах үед мал оодогнож биеэ
хамгаалах зохиолдлогоо тогт-
жээ.

Саг дотор 7—10 хоногт хүү-
хэлдэй боловсорч цааш сагны
гэрээс гарч үсний уг орчмоор
малын арьсанд нэвтэрнэ.

2 зүйл авгалдай үхрийн ну-
руунаас 4-р сарын 20-ноос эх-
лэн 7-р сарын дунд үе хүртэл
унаж дуусдаг. Унах хугацаа
2,5—3 сар байна. Иймд гуу-
рын бүтэц, түүний биологи,
хөгжлийн үе шат, малд халд-
варласан байдал зэргийг сай-
тар мэдэх нь нүдний гуур өвч-
нийг судлах ерөнхий зүй тог-
толд баримжаа болох юм.

II—III үелбэр нь 42—96 хо-
ног үргэлжилнэ. Дундач ху-
гацаа нь 62 хоног юм. Н.
Бовисын авгалдай 1-р сарын
сүүлчээс эхлэн II үелбэрт шил-
жинэ. 1-р үе өнгөрөөд малын
арьсан дор орох хүртэл би-

ейн ямар нэг хэсэгт шимэгч-
лэн томорно. Цаашдаа авгал-
дай нь аажмаар нурууны
арьсны дор цугларч арьсанд
нүх гарган түүгээр амьсгална.

ГУУРЫН ЯЛААНЫ НИСЭЛТ, САГ (ӨНДӨГ) ЦАЦАХ ХАЛДВАРЛАХ БАЙДАЛ

Гуурын ялаа 16°C дээш ду-
лаантай өдөр 11—13, 15—17
цагт олноор нисэн малд халд-
даг байна.

Хүний биед гуур халдварлах
(эпидемиологи) жам зүйг то-
дорхой тогтоогоогүй учир өөрс-
дийн хомсдуу материалыг тү-
шиглэн зарим нэг санал хэлье.

Хоёр зүйл ялаа нь өдрийн
халуунд идэвхжин нисч хүүх-
дийн толгойн үс, хөмсөг, сор-
муус зэрэг үсэрхэг хэсэгт са-
гаа цацах байгалийн зохиолд
логоотой юм. Авгалдай ойрол-
цоогоор 5—6 сар орчим хүний
биед шимэгчилж 1-р үелбэрээ
дуусмагц гадагш гарна. Бид-
ний тооцоолсноор Д. Номин
7-р сарын дундуур, Т. Баяр-
түвшин 8-р сард, С. Алтанхуяг
9-р сарын эхээр халдвар ав-
сан бололтой.

ЗОВХИ БА УХАРХАЙН ГУУРТАЛТЫН ЭМНЭЛ ЗҮЙ

1989 оны 3-р сард УКТЭ-ийн
нүдний тасагт Завхан аймгийн
харьяат 5 настай, эрэгтэй, Д.
Пүрэв гэдэг хүүхэд хэвтэж
эмчлүүлсэн. Аймгийн эмнэлэгт
хэвтэж байхад хэлний дороос
өт гарсан гэж ярьдаг байсан.

Ирэх үед зүүн нүдний зов-
хи, ухархай хүчтэй хавагнаж
арьс нь улайсан, нүдний алим
багавтар бүлтийсэн боловч
нүдний хөдөлгөөн хэвийн бай-
сан. Хараанд өөрчлөлт ороо-
гүй, баруун хацрын арьсан до-

роос улаавтар өнгөтэй зурвас зам ухархайн ирмэгт хүрсэн байлаа. Доод зовхинд үрэвслийн голомт үүсч хүчтэй өвдөж байгаад шалбархайнаас цус гарсан гэх боловч авгалдайг үзээгүй юм. Ухархайд пенициллин 200,00 ед гидрокортизоны цийдэм тарьж эмчлэхэд үрэвсэл нь намжиж эдгэрсэн. Эхэн үед 38,5° хүртэл халуурах, бөөлжүүлэх, тэнхээ тамиргүй болох зэрэг хордолтын ерөнхий шинж илэрч байв.

— Өвчтөн Г. Баяртүвшин 7 настай, эрэгтэй, Дорноговь-Айраг сумын харьяат, өвчин нь 1-р сарын 20-ны орчимд эхэлж хүүхдийн бие суларч, нойр нь хөнгөрч, уцаар байдалтай болсон. Баруун нүдний зовхи, ухархай орчим хүчтэй хавагнаж, дараа нь баруун талд хүзүүний нимгэн арьсан дор улаавтар өнгөтэй зурвас зам гарч байгаад хацар, хүзүү, дал мөр орчим товойж үрэвслийн голомт илрэн гарч хүүхэд уйлах зэрэг шаналгаа нэмэгдсэн байна. Ингээд 2-р сарын 2-нд баруун нүдний ухархайн хэсэгт жижиг цусархаг тавтай шарх гарч хүчтэй өвдөлт өгсөн. Энэ үед шархнаас нилээд хол зайд хуруугаа тавьж сулавтар хүчээр шахахад авгалдай нь амархан сугарч гарсан. Харин шархнаас цус гарч байгаад хэд хоногийн дараа үрэвсэл нь намжсан юм. Энэ хоёр хүүхдэд өвдөлт намдаах, харшлын эсрэг болон антибиотик эмчилгээ хийж байлаа. Баяртүвшингийн бие нээс 5—7 хоногийн хугацаатай 4 ш авгалдай гарсан юм.

НҮДЭН ДОТОРХИ ГУУРТАЛТЫН ЭМНЭЛ ЗҮЙ

Сагнаас гарсан авгалдай (0,8 мм) зовхи болон ухархайн ирмэгээр дамжиж зөөлөн эдийн дотор орж нүдний алимны хананд байгаа том судасны орчмын сийрэг эд болон харааны мэдрэлийн орчмоор дамжин нүдний хөндийд ордог бололтой.

Нүдний судаслаг болон торон бүрхүүлийн дор 4—5 сар орчим ярган хөдөлж шимэгчлэн амьдарч эд эсийн задралаас үүсэх хүчилтөрөгчөөр амьсгалдаг байна. Гуурнаас гарах фермент, бодисын солилцооны бүтээгдэхүүн, түүний хөдөлгөөнөөр үүсгэгдэх механик гэмтэл нь судас ба торон бүрхүүлийг үрэвсүүлэх, торон бүрхүүлийн дор сүлжин хөдөлж түүнийг хуулах, цөцгийг булингартуулах зэрэг токсоллергийн чанартай витреит, увиет явагддаг байна. Ингээд болорын шандас ферментын нөлөөгөөр уусах юмуу авгалдайн механик хөдөлгөөнд тасардаг алин боловч болор хагас мултарч цөцгийд хөвөх, өмнө камер тэгш биш болж чичэрхийлэн хөдлөнө (иридодонез). Токарева Б. А. 1955. Мазон 1981. Сирдален А 1982.

Өмнө камерт шингэн нь булингартаж өтгөн цагаан хөөс мэт тунадас (гипотион) үүсэх зэрэг өөрчлөлтүүд явагддаг байна.

Бидний ажигласан 2 өвчтөнд 12 мм урт, 3 мм өргөн авгалдай 1-үеийн төгсгөл орчимд өмнө камерт орсон юм. Өмнө

камерт орох нь тэнд байрлах бус харин гадагшлах тэмүүллийн илрэл, амьсгалын эрхтэн нь хөгжиж гүйцмэгц чөлөөт хүчилтөрөгчийн хэрэгцээ ихсэж гадаад орчинтой харьцах хөгжлийн үе шатны зүй тогтол болов уу гэж үзэж байна.

Номин, эм, 1 нас 2 сартай. Төв аймгийн Эрдэнэ сумын харьяат, 1987 оны 12 сарын 11-нд баруун нүдний идээт иридоциклит оноштой хэвтсэн. Эцэг эхийн мэдүүлгээс үзэхэд: Хүүхдийн биеийн байдал суларч үе үе халуурах, ханиалгах, хоолонд дургүй болох, хөлрөх шинж улам ихсэж байв. 11-р сарын 20-ноос эхлэн баруун нүд улайж, гэрлээс гялбан, сүүлдээ нүдээ нухлан уйлдаг болсон. Энэ үед хальтарч унасан болохоор нүд гэмтсэн болов уу гэж үзэж байжээ. 12-р сарын 6-ны орчим нүдэн дотор цагаан юм үүссэнийг мэдсэн байна.

Хэвтэх үедээ баруун нүд гэрлээс гялбаж, нулимс гоожин өвдөлт ихтэй учир уйлагнаж байв. Зовхи хавантай, арьс нь улаан, зовхины завсар багассан. Нүдний алимын салст хавагнаж холимог улайлт хүчтэй илэрсэн. Эвэрлэг бүрхүүл нийтдээ бүдгэвтэр, өмнө камерын шингэн булингартан, бүдэг саарал өнгөтэй мананцар дунд цагаавтар зурвас үзэгдэж байв.

Өмнө камер тэгш биш, хүүхэн хараа 4 мм орчим өргөн дугуй хэлбэртэй, солонго бүрхүүл чичирхийлэлтэй, нүдний угаас рефлексгүй байлаа.

Токсоаллергический эксудативный кератouveiet гэж онош-

лоод нүдэнд гентомицин 0,2 гидрокортизоны уусмал 0,3, пенициллин 200,00 ед булчинд тарьж хэрэглэсний дараа өмнө камерын шингэн тунгалаг болоход түүний доод хэсэгт 12 мм урт 2 мм өргөн хэмжээтэй, тунгалагдуу цайвар өнгөтэй 8 үе хэрчлээстэй авгалдай харагдаж байв. Үрэвслийн эсрэг эмчилгээ хийгээд нүд тайвширмагц эмнэлгээс гаргаж ажиглалтандаа авсан.

2 сарын дараа нүдний алим багасан ширгэх хандлагатай болж идээт иридоциклит дахисан байлаа. Үрэвслийн эсрэг эмчилгээ дахин хийхэд нүдний алимын 1/3 нь багасаж ширгэсний дээр эвэрлэг бүдэгшиж хараагүй болсон.

— Содхүүгийн Алтанхуяг эрэгтэй, 8 настай, Сэлэнгэ аймгийн Жавхлант сумын харьяат, 1990 оны 3 сарын 3-нд токсалларгический увьет, подвывох хрусталика гэсэн оноштой хэвтсэн. Эцэг эхийн мэдүүлгээс үзэхэд:

1-р сард цанаар гулгаж байгаад юм мөргөж хүчтэй унасан. Түүнээс хойш зүүн нүдний хараа муудсан. Хүүхдийн бие суларч, тамиргүйдэх, хөлрөх, нойр хөнгөрөх зэрэг шинж тэмдэг илэрч үе үе толгой өвдөж 2—3 хоногоор 38—39° хүртэл халуурч байв.

Анхны үзлэгээр нүдний битүү гэмтэлд тохиолддог ерөнхий шинж бүрэн байлаа. Хараа 0,001, нүдний дотоод даралт 32 мм муб. Эвэрлэг орчмын улайлт сул хэмжээгээр илэрсэн. Завсарт лампаар үзэхэд эвэрлэгийн эндотели бүдэг-

шиж хавагнасан, өмнө камер гүмзгий, тэгш биш, шингэн нь мананцар булингартай, солонго бүрхүүлийн хээ нь бүдгэвтэр болж хүүхэн хараа нарийссан байлаа.

Нүдний угаас рефлексгүй, уг нь харагдахгүй байв. 3-р сарын 14-нд нүд хүчтэй өвдөж, уйлагнаж байхад нь үзэхэд өмнө камерт тунгалаг цайвар өнгөтэй авгалдай орж гүрвэлзэн хөдөлж байв. Хүүхэн харааг агшаан, толгойг бөхийлгөн суулгаж 15—20 минутын дараа лимбээр зүслэг хийж авгалдайг авсан. Авгалдай нь 12 мм урт 3 мм өргөн тунгалаг цайвар өнгөтэй 9 үе хэрчлээстэй байв.

Мэс заслын дараа нүдэнд гормон эмчилгээ, цөцгийн бүдэгшилд дионин, хлоридкальцийн уусмалаар электрофорез хийхэд хараа (0,08) сайжирсан. Нүдний уг бүдэг харагдаж, дотоод даралт (23 мм муб) буурсан.

Хэт авианы «В» аргаар шинжилэхэд болор цөцгийрүү живэх байдлаар мултарч цөцгийд их хэмжээний булингар тодорхойлогдож байв.

Авгалдайг шинжлэхэд гиподерма Бовис гэж тодорхойлогдов.

Цусны шинжилгээнд: Лейкоцитоз эозинофил, моноцитын тоо олширсон, СОЭ өндөр болжээ.

Шээсний шинжилгээнд: Уураг гарч, эсүүдийн тоо олширч, гуурталтын үед өвчтэй бас дахих юмуу мөн долгион хэлбэрт халуурал үүсэж байна.

Нүд гууртсан цөөн тохиолдолд тулгуурлан дараах санал

хэлэх нь зүйтэй гэж үзэж байна.

1. Нүд гууртах нь гол төлөв 10-аас доош насны эрэгтэй хүүхдэд илүү тохиолдлоо.

2. Халдвар 5-р сараас 9-р сар хүртэл үргэлжилдэг. 7 сард сүрхий идэвхиждэг нь ажиглагдлаа. Иймд хөдөө орон нутагт өдрийн цагаар хүүхдийг ил задгай унтуулахгүй байх, нартай халуун өдөр малгай өмсөх, алчуур боох зэргээр үсээ далдлах, сааль саах, адуу, үхэр хөөвөрлөх, хонь хурга хяргасны дараа гараа сайтар угааж байх.

3. Оны I ба IV улиралд шалтгаан нь тодроогүй увеиттэй хүмүүст гуурын шинжилгээ хийх, сорил тавих, өвчний шалтгаан зүйг гууртай холбон нарийвчлан судлах хэрэгтэй.

Нүдний гуурталт нь эмнэлзүйн хувьд хүнд явцтай, хараагүй болгодог хүнд өвчин юм. Гуурын хоруу чанар, өвчтөний биеийн иммуно-аллергийн байдлаас болж нэлэнхүй шүүдэст үрэвсэл юмуу хүнд хэлбэрийн идээт кератоувиет байдалтай явагдаж байна.

Шалтгаан нь тодроогүй увеит өвчтэй хүмүүсийн нүдэнд хэт авианы болон офтальмоскопийн шинжилгээг нарийвчлан хийхийн зэрэгцээ клиникийн ерөнхий шинжилгээнд ч үр дагавраа өгдгийг анхаарах хэрэгтэй.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. Ц. Дорж, Үхрийн арьсны гууртай тэмцэл 1969.

2. Г. Данзан. Хүний гельминтоз. 1978.

3. М. Ф. Майчук. Паразитарные заболевания глаз. 1988.

4. Академия наук СССР. Факта СССР двукрылов 1962.

1991 ОНД ЭРДМИЙН ЗЭРЭГ ХАМГААЛСАН ЭМЧ, МЭРГЭЖИЛТНҮҮД

Нэг. Докторын зэрэг хамгаалсан нь:

1. Пэлжээгийн Онхуудай — Клиникийн I эмнэлгийн ерөнхий эмч

Сэдэв нь: Эцэг цөсний архаг эмгэгийг дүрслэл оношлогооны аргаар оношлох боломж, чиглэл, зарим асуудал

Хэзээ, хаана — 1991 оны 3 дугаар сарын 26 — нд
хамгаалсан: ХБНГУ-д

П. Онхуудай энэхүү бүтээлдээ дүрслэл оношлогооны (цөмийн онош зүй, хэт авиа) шинжилгээний аргаар хүний элэг цөсний зам, дэлүү болон түүнд хамаарагдах судасны хэвийн үзүүлэлтийг монгол хүн дээр үзэж, элэг, цөсний архаг өвчнийг янз бүрийн дүрслэл оношлогооны аргаар оношлох боломж, хязгаар, ач холбодол, оновчит оношлогооны үе шат, дараалал, чиглэлийг боловсруулан тогтоосон байна.

2. Цүрэмийн МУХАР — Клиникийн III эмнэлгийн ерөнхий эмч

СЭДЭВ: — Монгол улсын өнөөгийн нөхцөл дэх хөдөөгийн хүн амын өвчлөл, эмнэлгийн тусламж, эрүүл мэндийн идэвхтэй хяналт

Хүн амын эрүүл мэндийн байдлыг дүгнэж цаашид эрүүлийг хамгаалахад эрүүл ахуй, халдвар судлалын уламжлалт арга хэмжээг авч явуулахын зэрэгцээгээр эрүүл аж төрөх ёсыг төлөвшүүлж, «санологийн» шинжлэх ухааныг хөгжүүлэх, хүн амын зохистой бодлого явуулах талаар «Үндэсний загвар» боловсруулахын чухлыг үндэслэсэн байна.

Манай орны хүн амын эрүүл мэндийн бүлгийг тогтоож, эмгэг өвчтэй гурван хүний нэг нь үйл ажиллагааны алдагдал бүхий «сэтгэлийн хийн өвчин гэсэн дүгнэлт хийснээрээ орчин үеийн эмнэлгийн үйлчилгээнд эмч-эмнэлгийн ажилтны ёс суртахууны соёлыг шинэ шатанд гаргаж, сэтгэл заслын эмчилгээг өргөжүүлэх нь чухал гэдгийг үндэслэжээ.

Энэ ажлын гол дүгнэлтийн нэг бол гэр бүлийг эрүүл мэндтэй холбоон судалж «гэр бүлийн анагаах ухаан»-ны тогтолцоог тодорхойлсон явдал юм.

ХОЕР. ДЭД ЭРДЭМТНИЙ ЗЭРЭГ ХАМГААЛСАН НЬ:

1. Должингийн Эрдэнэчулуун — Анагаах ухааны хүрээлэнгийн эрдэм шинжилгээний ахлах ажилтан

Сэдэв нь: Монгол улсад хүүхдийн зүрхний төрөлхийн гажгийн тархалт, бүтэц, зүрхний мэс заслын эмнэлгийн тусламжийн хэрэгцээ

Хэзээ, хаана — 1991 оны 1 дүгээр сарын 31-нд
хамгаалсан Улаанбаатар

н. Эрдэнэчулуун энэхүү бүтээлдээ зүрхний төрөлхийн гажгийн тархалт, зонхилон тохиолдох хэлбэр, эндэгдлийн шалтгааныг тодорхойлж ийм өвчтэй хүмүүст зүрхний мэс заслын тусламж үзүүлэхэд шаардагдах эмнэлгийн орны хэрэгцээ, эрт оношлох арга замыг тодорхойлсон юм.

2. Дамбын Сэржээ — Клиникийн III нэгдсэн эмнэлгийн онош зүйн тасгийн эрхлэгч

Сэдэв нь: «Улаанбаатар хотын эрэгтэйчүүдийн дунд зүрхний бах өвчнийг эрт илрүүлэн оношлох»

Хэзээ, хаана — 1991 оны 2 дугаар сарын 21-нд
хамгаалсан Улаанбаатарт

н. Сэржээгийн энэ бүтээлд монгол эрэгтэйчүүдийн зүрхний бах өвчний онцлог шинжийг тодорхойлж зүрхний цахилгаан бичлэг дүрс бичлэгээр уг өвчний далд, хөнгөн хэлбэрийг эрт илрүүлэх шалгуурыг тогтоож, өвчнийг эрт илрүүлэх, оношлох хам шинжилгээний арга боловсруулжээ.

3. Батын Эрэнэчулуун — Эх нялхсын эрдэм шинжилгээний төвийн чих, хамар хоолойн клиникийн эмч

Сэдэв нь: Хүүхдийн дунд чихний архаг идээт үрэвслийн голомтот өөрчлөлтийн онош, бичил мэс засал

Хэзээ, хаана — 1991 оны 4 дүгээр сарын 11-нд
хамгаалсан: Улаанбаатар хотод

Энэхүү бүтээлдээ дунд чихний архаг идээт үрэвслийг оношлох аргыг сайжруулснаар сонгог хадгалах, сайжруулах бичил мэс заслын аргыг зөв сонгож авч эмчилгээний үр дүнг сайжруулах ач холбогдолтой болохыг тодорхойлжээ.

4. Цэвэлмаагийн Дашдаваа — Эх нялхсын эрдэм шинжилгээний төвийн эрдэм шинжилгээний ажилтан

Сэдэв нь: «Сургуулийн насны хүүхдийн цусны даралт ба бие бялдрын өсөлт, хөгжилт»

Хэзээ, хаана — 1991 оны 6 дугаар сарын 20-нд
хамгаалсан Улаанбаатар хотод

н. Дашдаваа энэ бүтээлдээ сурагчдын цусны даралт, биеийн жин өндрийн хэмжээг тодорхойлж, энэхүү үзүүлэлтийг хүүхдийн байгууллагуудад эрүүл эмгэгийн цэгнүүр болгон хэрэглэхийг зөвлөмж болгожээ.

5. Баатарын Мөнхтогоо — Анагаах ухааны их сургуулийн мэс заслын / тэнхимийн багш

Сэдэв нь: Элэгний олон бэтэгийн эмнэлзүй оношлогоо
эмчилгээ

Хэзээ, хаана — 1991 оны 6 дугаар сарын 27-нд
хамгаалсан Улаанбаатар хотод

н. Мөнхтогоогийн энэхүү бүтээл нь элэгний олон бэтэг өвчний эмнэлзүйн онцлог шинжийг тодорхойлж түүнийг хэт авиагаар оношлон мэс заслын арга хэлбэрийг зөв сонгосноор эмчилгээний үр дүнг эрс дээшлүүлж болохыг тодорхойлсон байна.

6. Лувсандоржийн Эрдэнэбаяр — Сэтгэцийн эмгэг судлалын төвийн захирал

Сэдэв нь: — Монгол улс дахь архидалт өвчний эмнэлзүй, тархалтын асуудал

Хэзээ, хаана — 1991 оны 12 дугаар сарын 4-нд
хамгаалсан Томск хотод

н. Эрдэнэбаяр энэхүү бүтээлдээ монгол улсад анх удаа «архидалт» өвчний тархалт, үүсэх хүчин зүйлийг тогтоон эмнэлзүйн онцлогийг илрүүлж энэхүү өвчнөөс урьдчилан сэргийлэх арга хэмжээ, эмнэлгийн тусламжийг зохион байгуулах асуудлыг шийжээ.

7. Сүрэнийн Цоодол — ЭАХНСУИ-ийн орлогч захирал
Сэдэвийн нэр — «Монгол улс дахь сахуу өвчний халдвар судлалын хяналт»

Хэзээ, хаана — 1991 оны 3 дугаар сарын 29,
хамгаалсан Москва,

Энэхүү бүтээл нь манай оронд сахуу өвчин гарах шалтгаан, нөхцөл, өвчний халдвар судлалын төрхийн онцлогыг тогтоож, уг өвчний эсрэг хүн амын дархлалын бүтэц, шинж байдлыг тодорхойлж, сахуу өвчнөөс урьдчилан сэргийлэх, халдвар судлалын хяналт тавих арга зүй, тарилгын схемын шинжээлсэн хувилбарыг боловсруулан практикт нэвтрүүлсэн юм.

Сэдэв—«Бадаан, хүн хорсын ханд бүхий шахмал эмүүдийн бүрэлдэхүүн, технологийг боловсруулах

Хэзээ, хаана хамгаалсан —1991 оны 4 дүгээр сарын 29. Харьков.

Эрдэнэцэг энэхүү бүтээлдээ: Ургамлын гаралтай эх орны эмийн түүхий эдийг ашиглан идэвх сайтай до-туур хэрэглэдэг шахмал эмийг бэлтгэх технологийг боловсруулах, гаднаас авдаг эмийг оруулах зорилт тавьж, Бадаан, хүн хорс хэмээх эмийн ургамлуудаас биологийн идэвхт хандыг гарган авч шахмал эмийн хэлбэрт руулах экологийн хувьд цэвэр технологийг боловсруулж, үүний үр дүнд түүхий эдийн чанарын параметруудыг тогтоож, хандлах аргыг сонгон авчээ.

9. Доржгочоогийн Цогзолмаа Аспирант

Сэдэв: Цусны даралт ихдэх өвчин ба жирэмслэлтийн үед ус эрдсийн солилцооны алдагдал, түүнийг зохицуулах нь. Хэзээ, хаана хамгаалсан 1991. 10 8. Киев.

н. Цогзолмаа энэхүү бүтээлдээ Цусны даралт ихдэх өвчин, жирэмсний хожуу хордлогын үед эргэлдэх цусны хэмжээ багасаж, эрдэс давсуудын сололцоо алдагдаж, альдостерон даавар ихсэх учир гол эмчилгээ нь цусны урсамттай чанарыг сайжруулах явдал гэж үзэж энэ өвчний үед даралт бууруулах эмчилгээг өвчтөн бүрт тодорхой үзүүлэлтүүдийг үндэслэн сонгож хэрэглэх нь эх ургийн талд гарах хүндрэлээс урьдчилан сэргийлэх ач холбогдолтой болох талаар хэд хэдэн дүгнэлт хийжээ.

ШУА—Л. Лхавгаа

Хэвлэлд бэлтгэж эмхэтгэсэн ЭМЯ— С. Дуламсүрэн

МОНГОЛЫН АНАГААХ УХААН СЭТГҮҮЛИЙН ЦЭЦИЙН ГИШҮҮД

П. Нямдаваа (ерөнхий эрхлэгч), Б. Дэмбэрэл (1 орлогч
Г. Дашзэвэг (орлогч эрхлэгч), Ш. Доржжадамба (орлогч
эрхлэгч), Г. Пүрэвдорж (хариуцлагатай нарийн бичгийн
дарга), Р. Арслан, Ж. Батсуурь, Б. Гоош, А. Ламжав,
Э. Лувсандагва, А. Өлзийхутаг, Т. Тойвгоо, Ц. Хайдав,
Ж. Шагж, Б. Шижирбаатар, Г. Цагаанхүү

ЗӨВЛӨЛИЙН ГИШҮҮД

С. Алтан (АНУ, Нью—Жерси), Д. Балдандорж, Б. Бан-
зар М. Грегт (АНУ, Миннессота), Б. Дагвацэрэн, Ж. Даш-
даваа, Б. Доржготов, Б. Жав, Г. Жамба, Ш. Жигжидсү-
рэн, Г. Зориг, Т. Зориг, Г. Лувсан (оросын холбоо Москва).
Д. Малчинхүү, Н. Мөнхтүвшин, Ц. Мухар, Б. Нацагдорж,
Ц. Норовпил, Ч. Нээчин П. Онхуудай, Э. Пүрэвдаваа,
Б. Рагчаа, Э. Санжаа, Г. Сүхбат, С. Цоодол, Л. Шагдар

МАНАЙ ХАЯГ: УЛААНБААТАР 210648. ~~210648~~

ЧИНГЭСИЙН ӨРГӨН ЧӨЛӨӨ
ХЭВЛЭЛИЙН ГАЗАР, УТАС 21307.

редактор Д. Туяа
Хянагч Г. Пүрэвдорж

Өрөлтөнд 1992 оны 8-р сарын 4-нд Хэвлэлтэд 1993 оны 3 сард
Цаасны хэмжээ 60х90 1/16
Хэвлэлийн хуудас 4,0 С—116. Д. Сүхбаатар компанид хэвлэв.