

# АНАГААХ УХААН

ЭРҮҮЛИЙГ ХАМГАЛАХЫН ЗОХИОН БАЙГУУЛАЛТ

СУДАЛГАА ШИНЖИЛГЭЭ

МЭРГЭЖЛИЙН ЗӨВЛӨГӨӨ, ЛЕКЦ, ТОЙМ

ТУРШЛАГА СОЛИЛЦЬЁ

ХОВОР ТОХИОЛДОЛ

ЭРДЭМТДИЙН ДУГНЭЛТ ЗӨВЛӨМЖ

ГАДААД ОРНУУДАД

2

1987

БНМАУ  
Эрүүлийг хамгаалах Яамны Эрдэм шинжилгээ-практикийн улирал тутмын сэтгүүл

ОРОН БҮХНИЙ ПРОЛЕТАРИ  
НАР НЭГДЭГТҮН!

## АНАГААХ УХААН

18 дахь жилдээ № 2(62) 1987 он

### АГУУЛГА

МАХН-ЫН XIX ИХ ХУРЛЫН ШИЙДВЭР, ЭХ НЯЛХСЫН ЭРҮҮЛ МЭНДИЙГ ХАМГААЛАХ АСУУДАЛ 3

### ЭРҮҮЛИЙГ ХАМГААЛАХЫН ЗОХИОН БАЙГУУЛАЛТ

Ч. Цэрэннадмид — МАХН-ЫН XIX ИХ ХУРЛЫН ШИЙДВЭРИЙГ БИЕЛҮҮЛЭХ АЖЛЫГ УЛАМ ЭРЧИМЖҮҮЛЬЕ 6

### СУДАЛГАА ШИНЖИЛГЭЭ

Б. Басбши, Ч. Ишханд, Ж. Алтанцэцэг, Н. Норжмоо Б. Жамсран А. А. Калинина — Хүүхдийн бөөр шээсний замын үрэвслийг эрт илрүүлэх асуудалд 11

Н. Доржсүрэн, Г. Данзан — Хүүхдийн биеийн байдлыг тооцоолон үнэлэх 15

Ч. Цогт-Очир — Бага наасны хүүхдийн амьсгалын эрхтэний цочмог өвчний үеийн зүрхний хурц дутагдал 20

Д. Дариймаа — Үр аяндаа зулбах чийн ийлдсийн иммуноглобулины хэмжээ 24

М. Оюунбилэг, Н. Оюун — Хүүхдийн цусны ийлдэст иммуноглобулин Е-г радиоиммунологийн аргаар тодорхойлсон нь 26

Б. Доржготов, Н. Нямдаваа — Элэгний анхдагч өмөн үүсэхэд нэлээлэх гол хүчин зүйлс 28

Б. Батсэрээдэнэ, О. М. Иванюта, А. В. Храмов, В. А. Шиниберов — Уушгини эмгэгийн үе дэх протеиназын ингибиторын дутагдлын шалтгаан, эмчилгээний зарим асуудал 32

### МЭРГЭЖЛИЙН ЗӨВЛӨГӨӨ, ЛЕКЦ, ТОИМ

Н. Гэндэнжамц — Хүүхдийн амьсгалын замын цочмог үрэвслэлт өвчний онош, эмчилгээний чухал асуудал 34

Э. Лувсандагва, Н. Удал — Хүүхдийн гурсан хоолойн цочмог үргэвслийн 40

үед хийх эмийн бус эмчилгээ

Б. Жав — Эх барихуйн практик дахь геморрагийн шок 43

Ц. Янжин — Умайн хүзүүний шархлаа 48

Д. Ичинхорлоо — Хожуу насан дахь анхны жирэмслэлтийн явц, төрөлтийн онцлог 50

Д. Бямбадорж, Д. Эрдэнэ — Шөнийн шижин өвчтэй хуухдэд хийх физик эмчилгээ 52

В. С. Зуб, Ш. Жигжидсүрэн, Д. К. Мурзагалин, Б. Гоош, Б. Лувсанноров — Панкреатитын эмчилгээнд гарсан ололт түүнийг хэрэгжүүлэх боломж 55

Т. Дэлгэр, Н. Жанцан, Б. Байгаль — Вируст гепатит (Үргэлжлэл)

Л. Эрдэнзбаяр, Ц. Гүрдорж, С. Бямбасүрэн, Д. Болдцэрэн — «Архидалт» өвч

ний эмгэг жам, оношлогооны асуудалд 66

И. С. Марков, Л. М. Марчук, Б. Бямба, И. В. Тарасевич, М. Даш — БНМАУ-д 70

Ку чичрэгийг клиник-эпидемиологийн судалгаагаар оношлосон дүн 72

Л. Шагдар — Тимпаноластик хийх заалт

### ТУРШЛАГА СОЛИЛЦЬЕ

Г. Лхагважав, Ж. Тамир, Б. Батболд — Нугасны гадуурхи эпидурал хөндийд морфин хийж хагалгааны дараах өвчин намдаах аргыг хэрэглэсэн нь 75

### ХОВОР ТОХИОЛДОЛ

П. Хоролмаа, С. Бадамханд — 21 дүгээр хромосомын {гурвал} триосоми 80

### ЭРДЭМТДИЙН ДҮГНЭЛТ, ЗӨВЛӨМЖ

Н. Мөнхтувшинаа — Үргүйдлийн үеийн эр бэлиг эсийн эсрэг дархлал 82

С. Дуламсүрэн — Нярай хүүхдэд тохиолдож буй стафилококкын гаралтай 83

үжил халдвартын эмнэл зүй-дархлалын хам шинж төлөв

### АУГАА ИХ ОКТЯБРИИН СОЦИАЛИСТ ХУВЬСГАЛЫН 70 ЖИЛИЙН ОИД

З. Жадамба — Урагш татах аугаа хүч

### ГАДААД ОРНУУДАД

— Зөвлөлтийн эрдэмтдийн нээлт 84

— Касмон систем 87

86

### МЭДЭЭ

СОДЕРЖАНИЕ

Решение XIX съезда МНРП и вопросы охраны здоровья матери и ребенка	3
ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	
Ч. Цэрэннадмид—Претворим в жизнь решения XIX съезда МНРП	6
КЛИНИКО-ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ	
Б. Басбиш, Ч. Ишханд, Ж. Алтанацээг, Н. Норжисо, Б. Жамсран	
А. А. Калинина—К вопросу раннего выявления нефропатий у детей	11
Н. Доржсүрэн, Г. Данзан—Оценка тяжести состояния больных детей ран-	
него возраста математическим методом	15
Ч. Цогт-Очир—Сердечная недостаточность при острых бронхологических за-	
болеваниях у детей раннего возраста	20
Д. Дарийма—Содержание сывороточных иммуноглобулинов при самопроиз-	
вольных abortах	24
М. Оюунбилаа, Н. Оюун—Радиоиммunoлогический метод исследования им-	
муноглобулинов Е в сыворотке крови у детей	26
Б. Доржгомбов, Н. Нямдаса—Основные факторы, способствующие возник-	
новению первичного рака печени	28
Б. Батсээрэдэнэ, О. М. Иванюта, А. В. Храмов, В. А. Шиниберов—	
Некоторые вопросы этиологии, заместительной терапии недостаточ-	
ности ингибиторов протеина з у больных легочной патологии	32
ОБЗОРЫ, ЛЕКЦИИ, КОНСУЛЬТАЦИИ	
Н. Гэндэнжамц—Актуальные проблемы диагностики и лечения острых за-	
болеваний дыхательных путей у детей	34
Э. Лувсандалгаа, Н. Удвал—Реабилитационный метод лечения острого брон-	
хита	40
Б. Жав—Геморрагический шок в практике акушерства	43
Ц. Янжин—Эрозия шейки матки	48
Д. Ичинхорло—Особенности первой беременности и течения родов у	
пожилых женщин	50
Д. Бямбадорж, Д. Эрдэнэ—Физиотерапия при никтурии	52
В. С. Зуб, Ш. Жигжидсүрэн, Д. К. Мурзагалин, Б. Гоош, Б. Лув-	
санноров—О достижениях и возможностях лечения панкреатитов.	55
Т. Дэлгэр, Н. Жанцан, Б. Байгаль—Вирусный гепатит	58
Л. Эрдэнэбаяр, Ц. Гүрдорж, С. Бямбасүрэн, Д. Бодцэрэн—Вопросы	
патогенеза и диагностики алкоголизма	66
И. С. Марков, Л. М. Марчук, Б. Бямба, И. В. Тарасевич, М. Даши—Кли-	
нико-эпидемиологическая диагностика Ку лихорадки в МНР	70
Л. Шагдар—Показания к тимпанопластике	72
ОБМЕН ОПЫТОМ	
Г. Лхагважав, Ж. Тамир, Б. Батболд—Послеоперационная эпидураль-	
ная анальгезия морфином	75
РЕДКИЙ СЛУЧАЙ	
П. Хоролма, С. Бадамханд,—Трисомия XXI хромосомы	80
ДИССЕРТАЦИОННЫЕ ВЫВОДЫ И РЕКОМЕНДАЦИИ	
Н. Мөнхтүвшин—Антиспермальный иммунитет при бесплодии	82
С. Дуламсүрэн—Клинико-иммунологическая характеристика стафилококко-	
вого сепсиса у детей первых месяцев жизни	83
К 70—ЛЕТИЮ ВЕЛИКОГО ОКТЯБРЯ	
З. Жадамба—Сила, притягивающая вперед	84
ЗА РУБЕЖОМ	
Открытия советских учёных	87
Система Касмон	88
ХРОНИКА	

# МАХНЫН XIX ИХ ХУРЛЫН ШИЙДВЭР, ЭХ НЯЛХСЫН ЭРҮҮЛ МЭНДИЙГ ХАМГААЛАХ АСУУДАЛ

Эх, хүүхдийн эрүүл мэндийг хамгаалах асуудал эрүүлийг хамгаалах салбарт онцгой байр эзэлдэг.

Ж. Батмөнх МАХНЫН XIX их хуралд тавьсан илтгэлдээ «Хүүхдийн ялангуяа нярай хүүхдийн эрүүл мэндийг хамгаалахад оршиж байгаа дутагдалтай хэрхэвч эвлэрч болохгүй...» гэж онцлон тэмдэлэсэн билээ.

Нам, засгаас эх, үрсийн төлөө тавьж байгаа байнгын анхаарал халамжийн үр дүнд эх, хүүхдийн эмнэлэг, урьдчилан сэргийлэх байгууллагын тоо жилээс жилд өсч, тэдгээрийн материаллаг бааз бэхжин мэргэжлийн боловсон хүчин хангамж сайжирлаа.

Зөвхөн ёнгөрсөн таван жилд аймаг, хотод хүүхдийн больници, сувилал, ясли зэрэг 18 барилга барьж ашиглалтад оруулж, удахгүй 600-аад ортой Эх нялхсын төвийн цогцолбор ашиглалтад орох юм.

Өнөөгийн байдлаар эмнэлгийн нийт орны 39,8 хувь, эмч нарын 27,4 хувь нь эх, нялхаст үйлчилж байна.

Манай улсын хүн ам түргэн өсч, залуужиж байна. Хүн амын зүйн хэтийн төлвийн байдлаар нийт хүн амын дотор 0—15 насны хүүхдийн эзлэх хувийн жин төдийлөн буурахгүй төлөвтэй байгаа юм.

БНМАУ-д эх, хүүхдийн эрүүл мэндийг хамгаалах арга хэмжээний 2000 он хүртэлх цогцолбор программыг боловсруулж байна.

Тус программд эх, хүүхдийн өвчлөл, эндэгдэлд нөлөөлж байгаа байгаль, цаг уур, нийгэм ахуй, эмнэлэг-биологийн хүчин зүйлийг судлах, зохион байгуулалтын зарим зүйлийг шийдвэрлэх олон талт арга хэмжээг тусгасан юм.

Эх, нялхсын эрүүл мэндийг хамгаалах үйл хэргийн хөгжлийн бүхий л ѿе шатанд эмнэлгийн анхан шатны нэгж, ялангуяа амбулатори поликлиникийн үйл ажиллагааг төгөлдөржүүлэхийг эрмэлзэж ирсэн билээ. Цаашид ч эх, хүүхдэд үзүүлэх амбулатори-поликлиникийн тусlamжийг давуутай хөгжүүлэх зорилт тулгарч байна. Үүний тулд амбулатори-поликлиникийн материаллаг баазыг бэхжүүлж, мэргэжлийн боловсон хүчинээр хангах шаардлагатай юм. Одоогийн байдлаар хүүхдийн ихэнх поликлиникууд нэг ээлжинд 300 хүүхдэд үйлчлэх хүчин чадалтай байгаа бөгөөд VIII таван жилд Улаанбаатар хотод ээлжинд 500—800 хүүхдэд үйлчлэх хүчин чадалтай поликлиникууд баригдах юм.

Эх, хүүхдэд үзүүлэх нарийн мэргэжлийн тусlamжийн хүртээмж өргөжиж одоо улсын хэмжээнд 20 шахам төрлийн нарийн мэргэжлээр хүүхдэд амбулатори-поликлиникийн тусlamж үзүүлж, жирэмсэн эмэгтэйчүүд, 0—1 насны хүүхдийг диспансерийн хяналтад бүрэн хамруулж байна.

Эх, хүүхдэд үзүүлэх стационарын тусlamжийн хүртээмж, цар хүрээ өргөжиж аймаг, хотын хүүхдийн эмнэлэг, амаржих газар, тасгуудын эмчилгээ, оношлогооны багаж аппаратын хангамж дээшиллээ.

Нам, засгаас эх, үрсийн эрүүл мэндийг хамгаалах талаар авч хэрэгжүүлж байгаа дэс дараатай олон чухал арга хэмжээ, эх нялхсын байгууллагуудын бүтээлч хамт олны нөр их хөдөлмөрийн үр дүнд эх, хүүхдийн эрүүл мэндийн үндсэн үзүүлэлт сайжирч Зайнга.

Гэвч эх, хүүхдэд үзүүлэх эмнэлгийн тусламжийн зохион байгуулалт, чанар, өнөөгийн шаардлагын түвшинд хурч чадаагүй байна. Юуны өмнө эрүүлийг хамгаалахын салбарт нэгэнт бий болсон потенциалыг бүрэн дүүрэн ашиглах явдал чухал юм.

Хүүхэд, өсвөр үеийнхний эрүүл мэндийг хамгаалах, бэхжүүлэх, тэдэнд оюун санаа, бие бялдрын болон гоо зүй, эрүүл ахуйн үvtэгш хүмүүжил олгох үүрэг хамгийн түрүүнд гэр бүлээс эхлэх ёстой бөгөөд хөдөлмөрчид, эцэг эхчүүдийг хүүхдээ зөв асрах, хооллох, чийрэгжүүлэх арга барилд сургаж, өвчинөөс урьдчилан сэргийлэх нь чухал байна.

Ариун цэвэр гэгээрлийн сурталчилгаа, эрүүл ахуйн сургалтыг хөдөлмөрчдийн өкөөгийн эрэлт хэрэгцээг хангахийц түвшинд зохиож, хүүхдэд бага балчраас нь эрүүл аж төрөх ёсыг хэвшиүүлж өөрийнхөө ба бусдын эрүүл мэндийг хамгаалах иргэнийхээ үүргийг биелүүлдэг болгох, жирэмсэн ба нялх биетэй эх, хүүхэд, өсвөр үеийнхнийг ахуйг таж буруу нөлөө, хорт зуршилаас сэргийлж, тэдний эрүүл энх өсч торниж, амьдрах тааламжтай нөхцөлийг гэр булийн дотор бий болгох талаар уйгагүй ажиллах хэрэгтэй байна.

Өөрийн орны байгалийн баялаг, орон нутгийн хүнсний бүтээгдэхүүний нөөц бололцоо, уламжлалт хоол хүнсийг өргөн ашиглаж жирэмсэн ба хөхүүл эхчүүд, бага насны хүүхдийн хүнс тэжээлийн хангамжийг сайжруулах, нэр төрлийг олшуруулах явдал чухал юм.

Хүүхдийн эрүүл мэндийн гол үзүүлэлт нь эхийн хэвлэйд байх ба төрөх үеийн хүчин зүйлээр ихэвчлэн тодорхойлогдоно.

Үүнтэй уялдуулан эхийн эрүүл мэндийг хамгаалах гэсэн нийгмийн чухал зорилт урган гарч ирдэг.

Жирэмслэлтийг эрт илрүүлж диспансерийн хяналтад авч жирэмсний ба төрөхийн хүндрэлээс урьдчилан сэргийлэх эх, урагт сөрөт нөлөө бүхий хөдөлмөрийн ба ахуйн хүчин зүйлийг арилгах, жирэмсэн эмэгтэйчүүдийн хөдөлмөрийг зохицуулахад эмэгтэйчүүдэд зөвлөлгөө өгөх газар, хэсгүүд, улс, олон нийтийн байгууллагын хүч туслалцааг авч ажиллах нь чухал юм. Ялангуяа охидыг амьдралд бэлтгэх, ирээдүйн иргэдийг төрүүлж өсгөх ариун үүргээ бүрэн гүйцэтгэж чадахийц эрүүл мэндийн ба сэтгэл зүйн потенциалтай, эрүүл ахуйг мэдлэг хүмүүжилтэй болгоход эрүүлийг хамгаалах, улаан загалмай, эмэгтэйчүүдийн байгууллагаа дорвitoй ажил зохиох хэрэгтэй байна. Эдгээр байгууллагаас зохиож байгаа ажил нь мөр мөрөө хөөсөн, хэлбэрдсэн, үр ашиг багатай байна.

Урьдчилан сэргийлэх үзлэгийн чанар, үр нөлөөг дээшлүүлж, өвчтэй хүүхэд, эмэгтэйчүүд нарийн мэргэжлийн эмчийн байнгын хяналтад эмчлүүлж эдгэрсэн байхаар ажлыг зохион байгуулбал зохино.

Өвчтэй хүүхдийг амбулатори-поликлиникт тууштай эмчлэх, шаардлагатай үед цаг алдалгүй эмнэлэгт хэвтүүлж чадвал эмнэлэгт хоног бололгүй эндэх явдлыг тууштай бууруулах бүрэн боломжтой юм.

Хоног болоогүй эндсэн хүүхэд нь бага насны хүүхдийн эндэгдлийн 28 хувийг эзэлж байна. Энэ нь хүүхдийн хэсэг амбулатори-поликлиникийн тусламжийг эрс сайжруулахыг зүй ёсоор шаардаж байна.

Эмнэлэг, урьдчилан сэргийлэх байгууллагын халдварт хамгааллын дэглэмийг чанд сахиж эмнэлгийн дотоод халдвартыг багасгах нь эх, хүүхдийн өвчлөл эндэгдлийг бууруулах нэг хүчин зүйл мөн.

Өнөөдөр бид ХХI зуунд амьдарч ажиллах залгамж үеэ өсгөж байгаа бөгөөд өнөөдрийн бидний үйл ажиллагаанаас ирээдүйн хүн амын бие бялдар, оюун сэтгэхүйн өвтэгш хөгжил эрүүл мэндийн байдал шууд шалтгаална. Тийм ч учраас урагт хамгаалах, хүүхдийг чийрэгжүүлэх, өвчинөөс урьдчилан сэргийлэхийн зэрэгцээгээр өвчилсөн хүүхдийг гүйцэд эмчлэх, өвчнийг архагшуулахгүйн тулд шинжлэх

ухааны үндэстэй нөхөн сэргээх эмчилгээг өргөжүүлэх шаардлагатай байна.

Жирэмсэн эмэгтэйчүүдэд эмнэлэг-генетикийн зөвлөлгөө өгөх, өвчтэй буюу эрэмдэг хүүхэд төрөхөөс урьдчилан сэргийлэх зорилгоор ургийн эмгэгийг эрт оношлох орчин үеийн аргуудыг практикт нэвтрүүлэх, энэ чиглэлээр судалгаа, шинжилгээний ажлыг өргөжүүлэх хэрэгтэй юм.

Эх, хүүхдийн эрүүл мэндэд нийгэм, эмнэлэг-биологийн олон хүчин зүйл нелөөлдөг тул энэ тулгамдсан асуудалд иж бүрэн хандах нь чухал юм.

Одоо манай оронд ерөнхий боловсролын сургуулийн системд өөрчлөлт орж байгаатай холбогдон сурагчдад мэргэжлийн баримжаа олгох, тэднийг мэргэжлээ зөв сонгоход эрүүлийг хамгаалах байгууллага түүний дотор хүүхдийн эмнэлэг урьдчилан сэргийлэх байгууллага онцгой анхаарах ёстой.

Үүнтэй уялдан сургуулийн ба сургуулийн өмнөх насын хүүхдийн эрүүл мэндийг хамгаалах, тэдэнд эрүүл аж төрөх ёсыг эзэмшиүүлэх асуудал урьд урьдаас чухал болж байна.

Эх, нялхсын эрүүл мэндийг хамгаалах ажлыг тэднийг хүрээлэн байгаа ахуйн орчин, хамт амьдарч байгаа хүмүүсийн эрүүл мэндийн асуудлаас салангид авч үзэж болохгүй нь мэдээж. Тийм ч учраас эмнэлэг, урьдчилан сэргийлэх нийт байгууллагууд нэгдсэн ба төрөлжсөн нарийн мэргэжлийн эмнэлэг, диспансер, төвүүд, эх нялхсын байгууллагын ажлын уялдаа холбоо, мэдээллийг сайжруулж асуудлыг бүх талаас нь иж бүрэн шийдэж байх явдал чухал байна.

Эх, нялхсын эрүүл мэндийг хамгаалах талаар намаас тавьж байгаа шинэ зорилтыг шийдвэрлэхэд эмч, эмнэлгийн ажилтан, ажилчид, тэргүүний ажиллагаатай байгууллага, хамт олон, хүмүүсийн туршлага, арга барилаас суралцах, мэдлэг мэргэжлээ байнга дээшлүүлж, ёс суртахууны өндөр хүмүүжилтэй байх шаардлага амьдраалаас урган гарч байна. Нөгөө талаар эмч, эмнэлгийн ажилтинууд өөрийн үүрэгтээ ёс төдий хандаж эх, үрсийн эрүүл мэндийг хохироож байгаа зохисгүй явдалтай хийх тэмцлийг хүчтэй болгож, эмнэлэг үйлчилгээний бүх шатанд ажлын хариуцлагыг чанд болгосноор эх нялхсын эрүүл мэндийг хамгаалах ажилд эргэлт гарах болно.

Эрүүлийг хамгаалах Яамны эх нялхсын газрын орлогч дарга **О. НОРОВ**

## ЭРҮҮЛИЙГ ХАМГААЛАХЫН ЗОХИОН БАЙГУУЛАЛТ

Ч. ЦЭРЭННАДМИД (Эрүүлийг хамгаалах яамны сайд)

### МАХН-ЫН XIX ИХ ХУРЛЫН ШИЙДВЭРИЙГ БИЕЛҮҮЛЭХ Х АЖЛЫГ УЛАМ ЭРЧИМЖҮҮЛЬЕ

(Эрүүлийг хамгаалах байгууллагын удирдах ажилтны зөвлөлгөөн дээр тавьсан илтгэлийг товчлон нийтлэв)

Эрүүлийг хамгаалах байгууллага 1986 онд МАХН-ЫН XIX их хурлын шийдвэр, эдийн засаг-нийгийг хөгжүүлэх ундсэн чиглэлд дэвшигдсэн зорилтын дагуу зохион байгуулалтыг боловсронгуй болгох, сахилга дэг журмыг сайжруулах, эмчилгээ үйлчилгээний ажлын хүртээмж, чанар, үр нөлөөг дээшлүүлэх талаар нэлээд ажил хийлээ.

Намын их хурлын шийдвэрийг хэрэгжүүлэх төлөвлөгөө гаргах, социалист уралдаан өрнүүлэх ажлын явцыг үе шатлан дүгнэх, их хурлаас дэвшүүлсэн ундсэн зорилтоор онол практикийн бага хурал, үзүүлэх сургууль, семинар зохион байгуулах, тушаал даалгавар гаргах, газар дээр нь шалгаж зааварчлах, сурталчлах ажил хийлээ.

Нэн ялангуяа эх нялхсын эрүүл мэндийг хамгаалах ажлыг шинэ шатанд гаргах, хүн амыг үе шаттайгаар диспансерчлах асуудлаар хийгдсэн семинар, зөвлөлгөөн бага хурал чухал ач холбогдолтой болсон юм.

Эрүүлийг хамгаалах яамнаас эх нялхсын эрүүл мэнд, халдварт өвчин зэрэг тулгамдсан зарим чухал асуудлаар зорилтот программ боловсруулах, 10 аймаг, хотын АДХ-ын гүйцэтгэх захиргаад, 5 яамтай хамтран эрүүлийг хамгаалах хуулийн хэрэгжилт, ариун цэврийн дүрэм, зааврын биелэлтийг шалган дүнг хэлэлцэх, төлөвлөгөө гаргах, чиглэл тогтоох зэргээр ажлын эрч далайцыг нэмэгдүүлж ирлээ.

Эрүүлийг хамгаалах салбарын төлөвлөгөөт зорилт амжилттай хэрэгжин хүн амд үзүүлэх эмнэлгийн тусlamжийн хүрэлцээ, хангамж сайжирч, материаллаг бааз улам бэхжлээ. Эмнэлгийн орны тоо 2,4 хувь, их эмчийн тоо 5,5 хувь өсч одоо 10000 хүн амд 24,8 их эмч, дунд мэргэжилтэн 79, эмнэлгийн оп 110,6 ногдох боллоо.

Хөдөөгийн эмнэлгийн салбарын бүтэц, зохион байгуулалтыг өөрчилж шинэ нормативаар ажиллаж эхлэв. Хөдөө нутгийн эмчийн хангамжинд зарим ахиц гарав.

1986 онд 13 барилга ашиглалтад орж, үндсэн фонд 94,2 сая төгрөгөөр нэмэгдлээ.

Эрүүлийг хамгаалахын практикт онош эмчилгээний 30 гаруй шинэ нэрийн эм, багаж, аппарат ашиглах боллоо.

Эх, хүүхдийн өвчлөл, эндэгдлийг бууруулах, нэн ялангуяа эх, хүүхдийн тусlamжийн талаар гарч байгаа тэргүүн туршлага дэвшилттэй арга барилыг эзэмшиүүлэн дэлгэрүүлэх, энэ салбарт ажиллаж байгаа эмч ажилчдын идэвх санаачилгыг өрнүүлэх чиглэлээр зохиож байгаа ажил зарим нэгэн нааштай үр дүнд хурч, бага наасны хүүхдийг диспансерчлах ажлын чанар, хүүхдийн байгууллагын эмч, ажилтны ажлын идэвх дээшилж байна. Түүний үр дүнд 1 хүртэлх наасны хүүхдийн нас баралт 1985 оныхос 15 промиллээр, 1—3

наасны хүүхдийн нас баралт 30 хувиар буурлаа. Нялхсын эндэгдлийг Говь-Алтай, Завхан, Оврхангай аймгууд илүү ихээр бууруулж чадлаа. Урьдчилан сэргийлэх арга хэмжээний үр дунд халдварт өвчний гаралт 11,6 хувиар, түүний дотор корь 78,6, балнад 40, вируст гепатит 14,5 хувиар тус тус багасав.

Халдварт өвчинтэй тэмцэх арга барил дээшилж байгаагийн үр дунд нийтийг хамарсан томуу, томуу төст өвчний гаралт багасч, корь өвчнөөс бүрэн сэргийлэх боломж бий болж байна.

Хэдийгээр бидний ажилд зарим талын эхлэл, ахиц байгаа боловч нийгмийн шаардлагын үүднээс ажилдаа гүнзгий дүн шинжилгээ хийж дутагдал доголдлоо арилгах шинэ сэтгэлгээ, арга бариллаар ажиллах явдал бидний өмнө тавигдаж байгаа нэн хойшлуулшгүй зорилт юм.

Бидэнд боловсон хүчин, материалын ихээхэн нөөц байгаа юм. Түүнийг үр дүнтэй ашиглах явдал чухал байна. Хүнтэй уйгагүй ажиллаж, сургаж хүмүүжүүлэх ажил доголдсон хэвээр байна. Материаллаг бааз, боловсон хүчин өсөхийн хэрээр ажлын үзүүлэлт, эмнэлэг үйлчилгээний чанар харьцангуй дээшилж чадахгүй байна. Энэ нь дунд шатны удирдлага, нэгж байгууллагын түвшинд зохион байгуулах арга ажиллагаа хангалтгүй байгаатай холбоотой юм. Хүн амын өвчлөл, эндэгдэл тууштай буурахгүй байхад ажлын эцсийн үр дунг харуулж чадахгүй аар саар үзүүлэлтээр ажил дүгнэснээс дутагдал даамжрах боломж олгож байна.

Бид өнөөдөр өвчнөөс сэргийлэх ажилд гол анхаарал, хүчээ бүрэн чиглүүлж хараахан чадаагүй байна. Урьдчилан сэргийлэх ажлын арга барилд олигтой өөрчлөлт гарахгүй байгаагаас олон түмнэйг дайчлан хөдөлгөх хөшүүрэг болж чадахгүй байна.

Халдварт өвчин, хүүхдийн эндэгдэл өнгөрсөн онд буурсан нь бидний ажлын амжилт мөн боловч хүрэх түвшин яагаач үгүй, аль зэрэг тогтвортой эсэх нь мэдэгдээгүй байна. Хүн амын диспансерчлалын тухайд ч гэсэн нийт эмч нар тууштай мэдлэгтэй болж чадаагүй, энэ ажил зөвхөн эхлэлт төдий байна.

Анагаах ухааны дээд, дунд сургуульд урьдчилан сэргийлэх ажлын мэдлэг олгох талаар илэрхий дутагдалтай байна. Иймээс ч юуны өмнө сургалтын төлөвлөгөө, программ, багш нарын еөрсдийнх нь хуучин сэтгэлгээг өөрчлөхөөс эхлэх ёстойгэж үзэж байна. Сургалт маань эрүүлийг хамгаалахын практик амьдралаас тасархай байгааг нуух хэрэггүй юм.

Эмч, эмнэлгийн ажилчидтай холбогдсон хөдөлмөрчдийн гомдол цөөнгүй гарч байна. Өнгөрсөн онд Эрүүлийг хамгаалах яаманд ирсэн өргөдлийн 20,8% нь хөдөлмөрчдийн гомдол байсан бөгөөд Сэлэнгэ, Ховд, Төв аймгийн эрүүлийг хамгаалах байгууллагын ажилд оршиж байсан ноцтой дутагдлын талаар гомдол мэдээлэл ирж, шалгагдан зохих арга хэмжээ авагдлаа.

Эмчилгээ, үйлчилгээний чанар, соёлыг дээшлүүлж, эмч, ажилчдын зан харьцааг судалж, хүнд энэрэнгүй сэтгэлээр ханддаг болгон, гомдол гаргахгүй байхаар ажлыг шуурхай зохион байгуулах хэрэгтэй байна. Өнгөрсөн оноос эхлэн яамнаас гэмт хэрэг, хэв журмын зөрчилгүй байгууллага, хамт олонд гэрчилгээ олгодог болсноор уул гэрчилгээг 116 байгууллага, хамт олон аваад байна. Ийм хөдөлгөөнийг эрчимтэй өрнүүлэх, улс төр, хүмүүжил, зохион байгуулалтын ажлыг далайцтай зохиож, хамт олны нэр төрийг ариун тунгалаг байлгах, систем байгууллагынхаа нэр төрийг боддог сэтгэлтэй болгон хүмүүжүүлэх хэрэгтэй байна.

Урьдчилан сэргийлэх ажлын далайц үр дунд хангалтгүй байна. Менингококк, сальмонеллэзын халдвэр болон зарим халдварт өвчин жэмэгдсээр байна. Энэ нь урьдчилан сэргийлэх ажил зохих түвшинд

хүрээгүй, ажлын арга барил муу, шинжлэх ухааны ололт нэвтрэхгүй байгаатай холбоотой юм.

Эхийн эндэгдэл 1986 онд улсын хэмжээгээр 128 тохиолдол байгаа нь 1985 оныхос 22 тохиолдлоор нэмэгдсэн байна. Эхийн эндэгдэл нэмэгдсэн гол шалтгаан бол төрөх насны экстрагениталь өвчтэй эмэгтэйчүүдийг эрүүлжүүлэх, жирэмслэлт, төрөлтийг зохицуулах, идэвхтэй хянах, төрөх үед үзүүлэх мэргэжлийн тусламж хоцрогдож байгаатай холбоотой байна. Эхийн эндэгдлийг нийт 12 аймаг, хот нэмэгдүүлсний дотор Ховд, Баянхонгор, Баян-Өлгий аймаг, Дархан, Улаанбаатар хотод эхийн эндэгдэл илүүтэй нэмэгдсэн нь улсын хэмжээний эхийн эндэгдлийн 52,5 хувийг эзэлж байна.

Эмнэлгийн доторх болон орчны ариун цэвэр, халдварт хамгааллын дэглэм хангалтгүй, төрөх тасгийн урсгал засвар, ариутгалыг тогтмол хийдэггүйгээс төрөх тасагт нярайн үжил халдварт гарах шалтгаан болж байна.

Бага насны хүүхдийг асрах, чийрэгжүүлэх талаар эцэг, эх, нийт хөдөлмөрчдийн дунд зохиох ариун цэврийн гэгээрлийн сурталчилгаа хангалтгүй, оп нэр болгож хэлбэрдэх, идэвхгүй, хуучин арга ажиллагаа ноёрхж байгаагаас энэ ажил хоцорч байна.

Хүүхдийн хүнс тэжээлийн хангамж, зарцуулалтад тавих хяналт, холбогдох яам, газруудтай ажил төрлийн уялдаа холбоо муутайгаас аймаг, хотын хүүхдийн хүнсний дэлгүүр, хүүхдийн сүүний газгаар хүүхдийн хоол тэжээлээр хангах үүргээ бүрэн биелүүлж чарууд хүүхдийн хоол тэжээлээр хангах сүүний газрын тэн хагас нь улирлын чанартай ажиллаж байна.

Эм хангамжийн ажилд багагүй дутагдал оршиж байна. Эмнэлэг, хөдөлмөрчдийн өргөн хэрэгцээний зарим чухал эм, ариун цэврийн хангамж олон жил дараалан муу хэвээр байсаар байна. Эмийн захиалга, төлөвлөлт, хуваарилалтын шинжлэх ухааны үндэслэл муузаар баримтлах салбарын бодлого нарийн боловсорч чадаагүйтэй энэ ажилд эмнэлгийн хамт олныг татан оролцуулж чадаагүйтэй холбоотой юм. Эмийн мэдээлэл, сурталчилгаа хангалтгүй, эмийн талаар баримтлах салбарын бодлого нарийн боловсорч чадаагүй байна. Эмийн зарцуулалтад тавих хяналт сайжрахгүй, эмээр голчлон эмчлэх практик ноёрхсоор байна. Больницаан өвчтөний эмийн зардлыг чадаагүйтэй эмнэлгийн байгууллагын ажил төрлийн уялдаа холбоог сайжруулах, эмийн гаж нөлөө судлах явдал чухлаар шаардагдаж байна.

Одоогоос нэлээд хэдэн жилийн өмнө эм хангамжийн байгууллагын удирдах ба хянах боловсон хүчиний зонхилох хэсгийг дунд мэргэжлийн эм найруулагчид эзэлж байсан бол одоо байдал эрс өөрчлөгддэх, аймаг бүрт болон эм хангамжийн төв байгууллагын боловсон хүчиний ихэнх нь дээд мэргэжлийн эм зүйчтэй болжээ. Гэтэл ажлын чанар, үр дунд мэдэгдэхүйц дорвигий өөрчлөлт гарахгүй байгаад дүгнэлт хийж ажилдаа эрс өөрчлөлт гаргажыг шаардаж байна.

Эмчлэн сэргийлэх тусламжийн чанар, үр дүн, зохион байгуулалтын хэлбэр зарим талаар дээшилж байгаа боловч хөдөлмөрчид эмнэлэг үйлчилгээний чанар, хүртээмж муу, хүнд суртал байгааг зүйлэсоор шүүмжилж байна. Олон түмний санал дээр тулгуурлаж бид ажлаа явуулах ёстой. Эмнэлгийн үйлчилгээний дүгнэлт, ил тод байж хөдөлмөрчид, үйлчилүүлэгчдийн өмнө ажлаа тайлagnаж, саналыг сонсдог арга хэлбэрийг тогтмолжуулбал зохино.

Хөдөлмөрчдийн өмнө тайлан тавих ажил зохих шаардлагад хүрээгүй байна. Урьдчилан сэргийлэх ажлын шалгарсан арга диспансерчлалын талаар нэлээд ажил зохиож байгаа боловч үр дүн багатай байна. Өөрсдийн нөөц бололцоог ашиглаж их зүйл хийх санаачилга дутаж байна. Нүүдлийн амбулаторийн үйлчилгээ зохих

ёсоор хийгдэхгүй, флюр аппаратын ашиглалт дэндүү хангалтгүй байгаа нь орон нутгийн Эрүүлийг хамгаалах газрын санаачилга дутагдалтай байгаатай холбоотой байна.

Нүүдлийн амбулаторийг ашиглаж арьс өнгө, сурьеэг илрүүлэх үзлэг явуулах их боломж байгаа юм. Лабораторийн болон багаж хэрэгслийн тусламжтай хийдэг шинжилгээний арга ажиллагааг зохицуулж өргөтгөх ажил одоогийн шаардлагаас хоцорч байна.

Лабораторийн албыг хөгжүүлэх нэгдсэн бодлого боловсруулах шаардлагатай юм.

Цаашид бид намын их, бүгд хурлын шийдвэрийн дагуу ажлын арга хэлбэрийг үндсээр нь өөрчлөхөөс ажлаа эхлэвэл зохино. Эрүүлийг хамгаалах Яамнаас 1986 онд хүн амд эмчлэн сэргийлэх тусламжийг ойртуулах, өвчнөөс сэргийлэх ажлын арга, ажиллагааг сайжруулах талаар хийж эхэлсэн зүйлээ нэгж байгууллага дээр улам эрчимжүүлэх зорилт тавьж байна.

Амбулатори-поликлиникийн тусламжийг давамгайлан хөгжүүлэх, хүн амыг шатлан диспансерчлах, ялангуяа чанарыг эрс сайжруулах бодлогыг туштай хэрэгжүүлэх, хөдөө орон нутгийг эмчээр хангах асуудлыг 1987 онд онцгой анхаарах нь чухал байна. Лабораторийн шинжилгээний түвшинг өндөржүүлэх, ажлыг нь нягтруулах, эмч, ажилтны хөдөлмөр зохион байгуулалтыг боловсронгуй болгох зорилт чухлаар тавигдаж байна. Нүүдлийн амбулаторийг аймгуудад ганц нэгээр тараан хуваарилах биш харин дэс дараатайгаар иж бүрнээр хангаж, ашиглалтыг нь эрс сайжруулахын тулд орон тоо, томилолт, шатахууны хангамж, ажлын арга хэлбэрийг өөрчилж графиктай ажиллуулан үйлчилгээг улам өргөтгөж энэ үйлчилгээнд улам олон хүн ам хамруулах хэрэгтэй юм.

Диспансерчлалын нэгдсэн аргачлалыг эмч, ажилтан нарт эзэмшүүлэх, ЗХУ-ын туршлагаар нэгж байгууллагыг паспортжуулах, үүрэг зорилтыг нь тодорхой болгох, нарийн мэргэжлийн тусламж хариуцан ажиллаж байгаа улсын үйлчилгээтэй эмнэлэг, төвүүд, эрдэм шинжилгээ, сургалтын байгууллагын диспансерчлалд гүйцэтгэх үүргийг өндөржүүлэх хэрэгтэй байна.

Урьдчилан сэргийлэх ажлын далайцыг өргөжүүлж, шинжлэх ухааны техникийн ололтыг практик амьдралд гүнзгий нэвтрүүлэх ажилд эргэлт гаргавал зохино.

Жил бүр олон тооны эмч, ажилтнуудыг гадаадад явуулж сургаж байна. Тэдний эх орондоо буцаж ирээд нэвтрүүлсэн зүйлийг оновчтой тодорхой, үр дүнтэй болгох хэрэгтэй байна. Гадаадад явж суралцагчдыг шилж сонгох, ажилд тавих шаардлагыг өндөржүүлбэл зохино.

Их хурлаас хойших жил шахмын хугацаанд нэгж байгууллагын ажилд нааштай ахиц гарч байгаа боловч бидний үйл ажиллагааны гол үзүүлэлт бүрэн сайжраагүй байна. Тэрч байтугай зарим талаар тайвширч, ажлын шаардлага хяналт суларснаас ажлын эрч буурах хандлага энэ оны 1 сарын ажлын үзүүлэлтээр илэрлээ.

Иймээс төлөвлөгөөний тасалдал, ажлын доголдлын эзэн, шалтгааныг олж дутагдлаа засах ажлыг даруй эрчимжүүлбэл зохино. Хөдөлмөрчдийг чирэгдүүлэх, гомдоо дутагдал амь бөхтэй байна. Байгууллагын хоорондын ажлын уялдаа холбоо муу байна. Өвчтөнийг эмнэлэг хооронд чирэгдүүлэхгүй үйлчлэх оновчтой дэвшилттэй арга ажиллагаа боловсруулж хэрэгжүүлэх ажлыг хэрхэвч хойшлуулж болохгүй.

Өвчтөнийг хооллох, эргэлт орууллах, хувцаслах талаар бодож боловсруулмаар нэлээд зүйл байна.

Бид хялбар шийдэж болох асуудлаар өөрсдийгөө хүндруулж байгаа талууд ч байна.

Намаас нийгэмд хүний хүчин зүйлийг идэвхжүүлэх талаар их анхаарал тавьж байна. Асар их туршлагатай олон зуун эмч, ажилтан ажиллаж байна. Хүний хүчин зүйлийг идэвхжүүлэх олон хэлбэтийн аргыг идэвхтэй эзэмшихэд их анхаарвал зохино.

Боловсон хүний сургалт хүмүүжлийн ажлыг шинэ шатанд гарахаас өөрчлөлтийг эхлэх нь зүйтэй. Нэгэнт бий болсон шинжлэх ухааны потенциалыг үр бүтээлтэй ашиглах, сургалт, эрдэм шинжилгээ, клиникийн ажлын уялдааг улам ойртуулах тулгамдсан асуудгээ, лөрүүлэх, энэ үүднээс эрдэм шинжилгээний байгууллагын зохион байгуулалтыг ч цаашид боловсронгий болгох өөрчлөлт хийх шаардлага байна. Эмч нарын нийгэмлэгийн ажлыг эрс идэвхжүүлж, түүний хүч туслалцаа авах явдал чухал байна.

Эмнэлгийн тоног төхөөрөмжийн ашиглалтыг сайжруулах, хөдөлмөр хамгааллын ажлыг эрчимжүүлэх зорилт тавигдаж байна. Хөдөлмөр зохион байгуулалт, урамшууллын бригадын хэлбэрийг үйлчилгээ, эм хангамжийн чиглэлд өргөн нэвтрүүлэх нь эмнэлэг, үйлчилгээг чанаржуулах чухал алхам болно.

Ажлын цагийг үр бүтээлтэй ашиглах, ажлын зохион байгуулалтыг боловсронгий, болгоход удирдах хүмүүсийн анхаарлыг төвлөрүүлвэл зохино.

Залуу боловсон хүчинд тавих анхаарал халамж, өндөр шаардлагыг хослуулах, тэднийг дадлага туршлагатай болгоход ажлаа чиглүүлэх хэрэгтэй юм. Дороос гарч байгаа мэдээ, мэдээлэлд шуурхай дүгнэлт өгч түүнийг үйл ажиллагаа, удирдлагын ажилд оновчтой ашиглах явдал чухлаар шаардагдаж байна.

Намаас тавьж байгаа зорилтын дагуу бүх шатны боловсон хүчиний эдийн засгийн мэдлэгийг дээшлүүлж үйл ажиллагаандaa эдийн засгийн аргаар дүн шинжилгээ хийдэг болгох, газар сайгүй аж ахуйч ажиллагааг нэвтрүүлж социалист өмчийг хамгаалах, бүх төрлийн бүртгэл тооцоог сайжруулах явдал чухлаар шаардагдаж байна. 1987 оныг байгаа нөөц бололцоог дүүрэн ашиглаж шинжлэх ухааны ололтыг туштай нэвтрүүлж, социалист уралдааныг шинэ хэлбэрээр зохион байгуулах замаар төлөвлөгөөт зорилтыг бүрэн биелүүлэх он болгож байна.

## СУДАЛГАА ШИНЖИЛГЭЭ

**Б. БАСБИШ, Ч. ИШХАНД, Ж. АЛТАНЦЭЦЭГ, Н. НОРЖМОО, Б. ЖАМСРАН**  
(Эх нялхсиг хамгаалах эрдэм шинжилгээний хүрээлэн)  
**А. А. КАЛИНИНА (ЗСБНХОУ-ын хүүхдийн мэс засал, хүүхдийн өвчин судлалын**  
Эрдэм шинжилгээний институт)

### **ХҮҮХДИЙН БӨӨР ШЭЭСНИЙ ЗАМЫН ҮРЭВСЛИЙГ ЭРТ ИЛРҮҮЛЭХ АСУУДАЛД**

Сүүлийн жилүүдэд хүүхдийн бөөр, шээсний замын үрэвслээр өвчлөх нь жилээс жилд ихсэж, ихэнх тохиолдолд өвчний шинж тэмдэг тодорхой биш нууц явцтай болох нь ажиглагдаж байна. Иймээс энэ өвчнийг эрт илрүүлэх хурдавчилсан сорилтыг хэрэглэх нь өвчнийг эрт, идэвхтэй илрүүлэх боломжийг олгож байна. Энэ нь бөөр, шээсний замын эмгэгийн даамжрах явц, хүндрэлийг багасгахад чухал ач холбогдолтой юм (2, 3).

Бид ЗСБНХОУ-ын хүүхдийн мэс засал, хүүхэд судлалын эрдэм шинжилгээний институтын боловсруулсан (I), хүүхдийн бөөр, шээсний замын үрэвслийг илрүүлэн оношлох хурдавчилсан хөтөлбөрийг (скрининг-программ) хэрэглэдэг туршлагыг эзэмшиж ажилдаа нэвтрүүлэх, хүүхдийн бөөр, шээсний замын өвчний давтамж, тархалт, бүтцийг судлах зорилтыг тавьсан юм.

Хүүхдийн бөөр, шээсний замын үрэвслийг илрүүлэх хурдавчилсан хөтөлбөр нь Зүйе шаттай явагдана. Үүнд:

I шатанд: олон хүүхдийг хамран (нэг өдөрт 300 хүүхдийг шинжлэх боломжтой) шээсэнд уураг, цагаан, улаан бөөм, амин-хүчил, бактер тодорхойлох хурдавчилсан сорилтыг хийнэ.

II шатанд: шээсэнд өөрчлөлт илэрсэн хүүхдэд шээсний тундсын шинжилгээг (Нечипоренкогийн аргаар) шээсний бактерийг (Гольдын аргаар) тодорхойлно. Мөн өвчтөний өгүүллийг тодорхой авч, нарийн мэргэжлийн эмч нарын (хамар хоолой, нүд, шүд, охидын) үзлэг, бодит үзлэг хийнэ.

III шатанд II шатны шинжилгээгээр шээсний тундаст эмгэг өөрчлөлттэй гарсан хүүхдийг эмнэлэгт хэвтүүлэн хам шинжилгээ хийж, өвчин оношигийг төгс тогтооно. III шатны шинжилгээгээр өвчний нэршлийн хэлбэр, явц, бөөрний үйл ажиллагааг тодорхойлно.

Бид хурдавчилсан аргаар 1982—84 онд Улаанбаатар хотын Сүхбаатарын районы I сараас 18 нас хүртэлх наасны 6112 эрүүл хүүхдэд I шатны шинжилгээг хийв.

I шатны шинжилгээгээр шээсний хам шинж (улаан, цагаан бөөм, уураг, амин хүчил, бактер) бүгд 1133 хүүхдэд илэрсэн нь бүх шинжилсэн хүүхдийн 18,54%-ийг эзэлж байна.

Шээсний хам шинжийн дотор зонхилон уураг (18,5%), бактер (6,7%) тохиолдож байна.

I шатны шинжилгээгээр шээсэнд өөрчлөлт илэрсэн 1133 хүүхдээс 511 хүүхдэд шээсний тундсын ба бактериологийн шинжилгээ хийхэд бараг 1/3 (144 хүүхдэд)-д шээсний хам шинж дахин илэрсэн болно,

Энэ нь бүх шинжилсэн хүүхдийн дотор 5,2%-ийг эзэлж байна.

I шатны шинжилгээнд шээсэнд өөрчлөлттэй гарсан хүүхдийн 13,34% нь дахин шинжлэхэд өөрчлөлт илрээгүй болно. Энэ нь хур-

*Хүснэгт 1*

**НАС, ХҮЙСНИЙ БАЙДАЛ**

		Шинжилсэн хүүхдийн тоо	%
<b>Бүх шинжилсэн хүүхдийн тоо</b>		6112	100
Хүйс	хүү	2921	47,71
	охин	3191	52,29
Насаар	3 хүртэлх	499	8,29
	4—7 насын	1539	25,18
	8—18 насын	4074	66,56

*Хүснэгт 2*

**БИМАУ, ЗСБНХОУ-Д ХУРДАВЧИЛСАН АРГААР ШИНЖИЛСЭН  
ХҮҮХДЭД ИЛЭРСЭН ШЭЭСНИЙ ХАМ ШИНЖИЙН ДАВТАМЖ (%-ООР)**

Шинжилсэн шат	БИМАУ (1982—84) Б. Басбиш бусад	г. Калуга (М.В. Боровикова, 1983)	ЗСБНХОУ (бусад хот) (М.С. Игнатова, бусад, 1979)
I шат	18,5	14,48	15,3
II шат	5,2	4,8	6,8
III шат	4,2	2,2	2,9

*Хүснэгт 3*

**I ШАТНЫ ШИНЖИЛГЭЭНД ИЛЭРСЭН ШЭЭСНИЙ  
ХАМ ШИНЖИЙН ЭЗЛЭХ ХУВЬ (%)**

Шээсний хам шинж	Шинжилсэн хүүхдийн тоо	Шээсэнд өөрчлөлт иlэрсэн хүүхдийн тоо	%
Уураг	6112	1133	18,5
Улаан бөөм	6112	94	1,54
цагаан бөөм	512	17	3,32
Бактер	4063	275	6,76
Амин хүчил	6112	238	3,89

## Хүснэгт 4

**I ШАТНЫ ШИНЖИЛГЭЭГЭР ШЭЭСЭНД ИЛЭРСЭН ХАМ ШИНЖИЙГ  
НАС ХҮЙСНИЙ БАЙДЛААР ҮЗЭХЭД (%-иар)**

		Шээсний хам шинж				
		Уураг	Улаан бөөм	Цагаан бөөм	Бактер	Амин хүчил
Хүүхдийн тоо		1133	94	17	275	238
Хүйс	XYY	49,07	39,36	52,94	44,7	49,1
	Охин	50,93	60,64	17,06	55,3	50,9
Нас	3 хүртэлх	10,68	21,3	5,9	17,46	14,7
	4—7	18,71	34,0	29,4	27,2	24,8
	8—18	70,61	44,7	64,7	55,27	60,5

давчилсан сорилт гаднын уургийн холыц, шээсний замын эд эс, салс, бактер, шээсний бүтцэд их мэдрэг, шээс шинжилгээнд цуглуулах бэлтгэл бүрэн хангаагүй байсантай холбоотой байж болох юм.

II шатны шинжилгээгээр шээсний хам шинж сургуулийн насын хүүхдэд сургуулийн өмнөх насынхаас илүү (60 ба 40%) тохиолдож байна.

Харин шээсний хам шинж охидод илрэх нь хөвгүүдээс (харьцаангуй 75 ба 25%) илүү байна.

II шатны шинжилгээгээр шээсний хам шинжийн дотор шээс цагаан бөөмтөх (72,2%), бактер (28,1%), улаан бөөм (22,2%) зонхилон тохиолдож байна. II шатны шинжилгээгээр 13 хүүхдэд (9%) шээсэндэх өөрчлөлт бусад өвчинтэй (вульвит, вагинит, уретрит г. м.) холбоотой байв.

III шатны шинжилгээгээр хоёрдахь удаагаа шээсэнд өөрчлөлттэй гарсан 87 хүүхдийг Улсын хүүхдийн клиникин төв эмнэлгийн бөөрний тасагт хэвтүүлж онош тодруулах хам, төлөвлөгөөт шинжилгээ нүүдийг хийсэн юм. III шатанд эмнэлэгт хэвтүүлж шинжилсэн 87 хүүхдээс 78 хүүхдэд бөөр, шээсний замын үрэвслийн онош батлагдсан болно.

Хүүхдийн бөөр, шээсний замын үрэвслийн давтамж бидний судалгааны урьдчилсан байдлаар 4,2% буюу 1000 хүүхдэд 42 байна. Бусад хүүхдэд (11,6%) гүйлсэн булчирхайн архаг үрэвсэл, шээрэн, шуд хорхойтох, хялгасан хорхой, цавь-хушганы ивэрхий зэрэг эмгэг илэрсэн болно. Эмнэлэгт хэвтүүлж эмчилсний дараа шээсэндэх өөрчлөлт бүрэн арилав.

Эмнэлэгт хэвтүүлж эмчилсэн бөөр, шээсний замын үрэвсэлтэй 78 хүүхдийн дотор охид, хөвгүүдээс илүү (83,5, 16,7%) байна. Харин сургуулийн насын хүүхдэд өвчлөх нь сургуулийн өмнөх насынхаас илүү байна (59,41%).

Шээсний хам шинжийн дотор цагаан бөөм (51,1%), уураг (30,4%), бактер (29,49%) тохиолдож байна.

Бид бөөр, шээсний замын өвчнийг оношлохдоо ЗСБНХОУ-ын хүүхдийн мэс засал, хүүхдийн өвчин судлалын эрдэм шинжилгээний институтын ангиллыг (2) баримтлан үндсэн 5 бүлэгт багтаасан болно.

Хүснэгт 5

**БӨӨР, ШЭЭСНИЙ ЗАМЫН ӨВЧНИЙ БҮТЭЦ**

Өвчний нэршлээр	БНМАУ (Улаанбаатар хот) Б.Басбиш, бусад 1984; №=6112)	ЗСБНХОУ (Калуга хот) М. П. Боровикова 1983; №=43000)	ЗСБНХОУ (бусад хотууд) М.С. Игнатова бусад, 1979)
ПИЕЛОНЕФРИТ	50,0	38,8	56,7
Первичный (анхдагч)	79,5	35,0	46,1
Вторичный (Хоёрдогч)	20,5	65,0	53,9
Обструктивный	62,5	89,8	64,8
Дизметаболический	37,5	10,2	35,2
ШЭЭСНИЙ ЗАМЫН ХАЛДВАР	39,7	41,5	24,15
ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТ:	6,4	5,2	6,28
шээс улаан бөөмтөх	100,0	40,8	74,2
ондооших хэлбэр	—	32,7	19,3
холимог хэлбэр	—	26,5	6,5
БӨӨР, ШЭЭСНИЙ ЗАМЫН ТӨРӨЛХИЙН БА УДАМШЛЫН ӨВЧНҮҮД	1,3	9,0	8,57
БУСАД ӨВЧНҮҮД БҮГД	2,6 100,0	5,5 100,0	2,3 100,0

Пиелонефритын бүтцийн дотор анхдагч пиелонефрит 78,3%, хоёрдогч пиелонефрит 20,5% байна. Хоёрдогч пиелонефриттэй хүүхдэд зонхилон бөөрний тэвш аяганцар, шээлүүрт төрөлхийн өөрчлөлт-газиг илэрч байна. Энэ нь шээсний гаралт саатах, үрэвсэл үүсэх шалтгааны 62,5%-ийг эзэлж байна. Бодисын солилцооны хямралын улмаас сууссан хоёрдогч пиелонефрит 37,5% байна. Энэ нь ЗСБНХОУ-ын суалгаатай адил байна.

Шээсний замын халдварт янз бүрийн хотод 80,3—82,85% байна. Харин хоёрдогч пиелонефритын илрэх давтамж ЗСБНХОУ-д БНМАУ-ыг бодвол 2,5—3 дахин их байна. Гломерулонефритын тохиолдол адил байна. Харин манай орны нөхцөлд зонхилон шээс цустай гарах хэлбэр тохиолдож байна. Хүүхдийн бөөр, шээсний замын төрөлхийн ба удамшлын өвчин ЗСБНХОУ-ыг бодвол 6—7 дахин ховор тохиолдож байна. Бусад өвчний дотор капилляротоксикозын дараах нефрит зонхилж байна.

Дүгнэлт ЗСБНХОУ-ын туршлагаар хүүхдийн бөөр, шээсний замын өвчний илрүүлэх хурдавчилсан аргын хэрэглэж нэг зэрэг олон хүүхдийг хамран З ўе шаттайгаар шинжилгээ хийв.

I шатанд шинжилсэн 6112 хүүхдийн 18,54%-д шээсний хам шинжилэрч, үүний дотор зонхилон уураг (18,5%), бактер (6,7%) тохиолдож байна. Шээсэндэх өөрчлөлт зонхилон сургуулийн насны хүүхдэд (55,3%) тохиолдож байна. II шатанд шинжилсэн 511 хүүхдэд шээсний тундсын ба бактериологийн шинжилгээ хийхэд бараг 1/3-д дахин шээсний хам шинж илэрч байна. Энэ нь I шатанд шинжилсэн бүх хүүхдийн 5,2%-ийг эзэлж байна.

II шатны шинжилгээнд зонхилон шээс цагаан бөөмтөх (72,2%), бактер (28,1%), улаан бөөмтөх (22,2%) шинж илэрч байна.

Шээсэндэх өөрчлөлт голдуу сургуулийн насны хүүхдэд тохиолдож байна (60,0%).

III шатанд II шатны шинжилгээгээр дахин шээсний хам шинж илэрсэн 87 хүүхдийг эмнэлэгт хэвтүүлж 78-д нь онош тодруулах бөөрний хам шинжилгээг хийж өвчиний оношийг тогтоов.

Хүүхдийн бөөр, шээсний замын өвчиний бүтцийн дотор пиелонефрит—50,0%, шээсний замын халдварт 39,7%, гломерулонефрит 6,4%, бөөр, шээсний замын төрөлхийн ба удамшлын өчин 1,5%-ийг эзэлж байна.

Манай орны нөхцөлд хүүхдийн бөөр, шээсний замын өвчинөөр өвчлөх нь урьдчилсан байдлаар 4,2% (буюу 42:1000) байна. Энэ нь хүүхдийн бөөр, шээсний замын үрэвслийг эрт илрүүлэн оношлох нь практикийн чухал асуудлын нэг болохыг харуулж байна.

Зонхилон халдварт-үрэвслийн гаралтай бөөрний эмгэг тохиолдож байна. Харин ихэнх тохиолдолд өвчиний эхлэл, явц тодорхой биш, өвчин нь хожуу оношлогдож байна. Иймд өвчинийг эрт идэвхтэй илрүүлэн оношлох, цаг тухайд эмчлэх, диспансерчлах асуудал практикийн чухал ач холбогдолтой юм.

#### АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. М.Д. Гасанов — «Система раннего выявления и этапной диагностики заболеваний почек у детей», 1980.

2. М.С. Игнатова, Ю.Е. Вельтишев — «Заболевания почек у детей». 1982.

3. Е.М. Тареев — «Болезни почек» 1983;

#### К ВОПРОСУ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ НЕФРОПАТИЙ У ДЕТЕЙ

Б. Басбиш, Ч. Ишханд, Ж. Аланцэцэг,  
Н. Норжмо, Б. Жамсран, А.А. Калинина

Проведено массовое обследование детского населения с использованием скрининг методов определения патологии органов мочевой системы. Применена трехэтапная система обследования детского населения.

На первом этапе исследования положительная реакция на составные элементы мочи выявлена у 18,54% обследованных детей. Наиболее частыми положительными реакциями мочи была реакция на белок, бактерии.

Частота патологии мочевой системы по ориентировочным данным при имеющейся выборке в МНР составляет 4,2 или 42:1000 детского населения.

В структуре заболеваний органов мочевой системы у детей в МНР преобладает заболевания микробно-воспалительного характера. Первичный пиелонефрит преобладает в структуре пиелонефрита в МНР что может быть связано с особенностями бактериальной флоры, климатическими, и бытовыми условиями в МНР. В МНР чаще встречается гематурическая форма гломерулонефрита.

Редакций ирсэн 1985—02—02

Н. ДОРЖСҮРЭН (Эх нялхсиг хамгаалах эрдэм шинжилгээний хүрээлэн)  
Г. ДАНЗАН (Улсын эх нялхсын нэгдсэн төв)

#### ХҮҮХДИЙН БИЕИЙН БАЙДЛЫГ ТООЦООЛООН ҮНЭЛЭХ

Бага насны, өвчтэй хүүхдийн биеийн байдлыг үнэлэхэд багагүй бэрхшээлтэй байдаг. Өвчтөний биеийн байдлыг зөв үнэлэн цэгнэх шаардлага эмчийн практик үйл ажиллагаанд алхам тутам тохиолддог. Өвчтөний биеийн байдалд өгсөн эмчийн анхны үнэлэлт дүгнэлтээс онош, эмчилгээний тактик, өвчтөний цаашдын хувь заяа ихээхэн хэмжээгээр шийдэгдэнэ. Өвчтөний биеийн байдалд өгсөн үнэлгээ нь товч тодорхой, энгийн ойлгомжтой байхын зэрэгцээ урьдах үзлэгийн үнэлгээнүүдтэй харьцуулах боломжтой байх хэрэгтэй юм.

Сүүлийн 10 гаруй жилд анагаах ухааны практикт хүүхдийн биеийн байдлыг үнэлэх, оношлох, тавиланг тодорхойлоход тооцоолох арга хэрэглэх талаар шинжлэх ухааны үндэстэй арга зүй боловсруулдан тухай (1—5) хувьлэлд олонтаа мэдээлэх боллоо.

Хүүхдийн өвчин судалалын практикт Е. В. Гублер, Э. К. Цыбулькин, И. М. Воронцов, В. Ф. Шемитов зэрэг эмч эрдэмтдийн хийсэн сүүлийн жилүүдийн судалгааны ажлууд уг асуудлын үр ашигтай болохыг нотолж байгаа билээ.

Бидний энэ ажил бага насын өвчтэй хүүхдийн биеийн байдлын хүнд, хөнгөнийг үнэлэн тооцоолох аргыг өөрийн орны нөхцөлд тохицуулан хэрэглэхээр боловсруулж, өвчний шинж тэмдгийн илрэлийг (мэдээллийг) аль болохоор ойлгогдох энгийн загварчлалд оруулсан, өвчний явцад хяналт тавих, эмчилгээг хугацаа алдалгүй хийх, өвчний тавилангийн баримжасаа тодорхойлоход хэрэглэх зорилго тавив.

**Материал арга зүй:** Амьсталин замын болон ходоод гэдэсний өвчтэй бага насын 59 хүүхдийн биеийн байдалд клиникин үнэлгээ өгч шинжин дүгнэв. Судалгаанд хамрагдсан өвчтөнүүдийн эмнэл зүйн явцыг 1—2 хоногийн турш хянан ажицдаа тусгай программын дагуу 2-ос 14 удаа үнэлгээ өгч, уг материалыг боловсруулахдаа Кульбакийн (Ук) томъёог: (4)

$$J_k = 10 \lg \frac{P_{k/D_1}}{P_{k/D_2}} (P_{k/D_1} - P_{k/D_2})$$

**J<sub>k</sub>** — Эмнэл зүйн шинж тэмдгийн мэдээлэх чадвар  
(Кульбакийн критери)

**P<sub>k/D<sub>1</sub></sub>** — D<sub>1</sub> — байдал буюу оношийн эмнэл зүйн шинж тэмдгийн магадлал

**P<sub>k/D<sub>2</sub></sub>** — D<sub>2</sub> — байдал буюу оношийн эмнэл зүйн шинж тэмдгийн магадлал

D<sub>1</sub>; D<sub>2</sub> — өвчний хоёр хэлбэр буюу байдал

lg — аравтын логарифм

ашиглан Е. В. Гублерийн (2) боловсруулсан аргачлалын дагуу шинж тэмдгийн мэдээлэх чадварыг тогтоов.

### Хүснэгт I

#### ӨВЧНИЙ ШИНЖ ТЭМДГИЙН МЭДЭЭЛЛЭХ ЧАДВАР (J<sub>k</sub>) ХҮҮХДИЙН ХҮНД ХӨНГӨНИЙ БАЙДЛААС ХАМААРАХ НЬ

Шинж тэмдэг	Өвчтөний биеийн байдал				
	Дунд	Хүнд дэв- тэр	Хүнд маш хүнд	Хүнд туй- лын хүнд	
1. Ухаан зан төрх: $J_k = 10,4$	1. Ухаантай, хэвийн зан төрх	1,18	0,72	0,12	0,0 0,0
	2. Уцаар, цочимтгой	0,01	1,45	0,81	0,24 0,0
	3. Орчиндоо харьцаа сул, унтамхай, эсвэл маш цочромтгой	0,0	0,34	0,90	1,85 0,0
	4. Орчиндоо харьцаа маш сул, сонор (ком)	0,0	0,0	0,0	1,30 1,48
	$\Sigma$	1,19	2,51	1,83	3,39 1,48
6. Зүрхний цохилтын тоо 1 минутанд (насын нормоос) $J_k = 8,38$	1. хэвийн 20 хүртэл олшрох 3. 21—40-өөр —— 4. 40-өөс дээш —— 5. Цөөрөх (эрс)	1,58 0,12 0,0 0,0 0,0	0,90 1,03 0,01 0,0 0,0	0,13 0,14 0,98 0,06 0,0	0,0 0,0 0,04 0,01 0,76 0,17 0,90 1,05 0,15 0,45
10. Амьсталин тоо 1 минутанд (насын нормоос) $J_k = 8,44$	1. хэвийн 2. 5—15-аар олшрох 3. 16—25-аар —— 4. 26—35-аар —— 5. 40-өөс их —— 6. Цөөрөх (эрс)	1,69 0,58 0,16 0,0 0,0 0,0	0,46 0,56 1,07 0,01 0,59 0,0	0,01 0,04 0,15 0,73 0,08 0,0	0,0 0,0 0,01 0,0 0,03 0,01 0,73 0,12 1,35 0,40 0,0 0,39
	$\Sigma$	2,43	2,1	0,87	2,12 0,92

Хүснэгт 1-д өвчтөний биеийн байдлыг үнэлэхэд ашигласан эмнэлзүйн үндсэн 13 шинжээс зөвхөн 3-г дэлгэрэнгүй байдлаар авч шинж тэмдэг нэг бүрийг тооны үзүүлэлтээр илэрхийлэхийн хамт тэдгээрийн үечлэлүүдийн мэдээлэх чадварын нийлбэрийг тус тусд нь гаргав.

Дээрх үндсэн 13 шинж тэмдгийн мэдээлэх чадварын хэмжээнд үндэслэн хүүхдийн биеийн байдлыг тоон хэмжээсээр илэрхийлж болох юм гэж бид үзлээ. Эмнэл зүйн шинж тэмдгийн үечлэлүүдийн тоон хэмжээсүүдийг пропорциональ байдлаар ихэсгэн бутархайг нэгтгэх замаарг баллын үнэлгээнд шилжүүлж өвчтөний биеийн байдлыг үнэлэн дүгнэх хүснэгт зохиов.

**ӨВЧТЭЙ ХҮҮХДИЙН БИЕЙИН БАЙДАЛ ҮНЭЛЭХ ХҮСНЭГТ**

2-112

*Хүснэгт 2*

№	Баал	1		0		-1		-2	
		2	хэвийн	1	0	-1	-2	-3	-4
1.	Ухаан санаа, зэн төрх $I_k = 10,4$	хэвийн	цочимтгой, уцаар, сул, угамхай	харьцаа сул, маш доч- ромтгой, эмийн нэлбэг- гүйгээр сул, унтамхай	ухаан хагас (сонор) ком I	ухаан хагас (сонор)	ухаан хагас (сонор)	ухаан хагас (сонор)	ухаан хагас (сонор)
2.	Булгингийн тонус $I_k = 5,83$	хэвийн	ихсэх, багасах хандла- гатай	илэрхийн ихэссэн (чицирхийлэл), буурсан	ээrs сулгарсан, таталтai	Бүрэн алдагдсан, та- гаатын байдалд			
3.	Арьсны байдал $I_k = 7,81$	хэвийн	улаайх, цайх	Эрээнтэх, Үе мөч хөөрөх	Бүх бие эрээнтэх, хөөрөх, шусархаг тууралт	Гипостаз, эрс хөхрөх, зэвхий саарал			
4.	Салст бүрхэвч $I_k = 8,99$	хэвийн	чийглэг ихсэх	хуурайдуу	хуурайшсан	ээrs хатсан	ээrs хатсан	ээrs хатсан	ээrs хатсан
5.	Биелүүн халуун С° $I_k = 6,73$	хэвийн	36,5—37,0	37,1—38,0	38,1—39,0	<35,5; >39,0	<35,5; >39,0	<35,5; >39,0	<35,5; >39,0
6.	Зүрхний авиа (оройд) $I_k = 4,19$	тод	бүдгэрсэн	маш бүдэг	маш бүдэг	сул, хэм алдагдалтай	сул, хэм алдагдалтай	сул, хэм алдагдалтай	сул, хэм алдагдалтай
7.	Зүрхний цохилт 1 минутанд $I_k = 8,38$	насны норм	20 хүртэл олишрох	21—40 ёөр	40-ёөс дээш эсвэл цөөрөх	ээrs олширох, цөөрөх	ээrs олширох, цөөрөх	ээrs олширох, цөөрөх	ээrs олширох, цөөрөх

Үргэлжлэл

№	Балл	2	1	0	—1		—2	
					систол дараалт ихсэх (хүчдэлтэй)	систол, диастол ихсэх (хүчдэлт ихсэх)	дараалт эрс ихсэх, уналт багасах (утас мэг)	дараалт хэмжигдэхгүй болсон (тэмргэгдэхгүй)
8.	Цусны дараалт (буюу СУ- ласны хүчдэлт) $I_k = 6,38$	хэвийн	хэвийн					
9.	Шээний хэмжээ $I_k = 5,41$	хэвийн	барасах хандлагатай (5—10 мЛ/ц)	барасах (2—3 мЛ/ц)				
10.	Амьсгалын тоо 1 мину- танд, амьсгалын байдал $I_k = 8,44$	норм (30—40)	5—15-аар олширох	16—25-аар, амьсгал зонууртай	26—35-аар олширок шуугиж хячатнах амьсгалах	80-аас дээш, эсвэл Биот, Чейнстоук		
11.	Амьсгалд туслах булчин- гийн оролцох байдал $I_k = 5,10$	оролцохгүй	хамар сарталзах		эгмийн дээд хонхор хотолзок	хавирга хоорондын булчин хотонзок		
12.	Ходоод гэдэсний ажилла- гааны хямрал $I_k = 5,41$	байхгүй	Хооллохтой холбоогий бөөнхүйт, сүүлгэх, парез I—II (1—2 удаа), парез 1	сүүлгэх, 3—4 удаа бөөлжих, парез I—II бөөлжих, парез III	бөөлжих, сүүлгэх, усархаг 5-аас дээм парез III	бөөлжих нь дөөн ч хү- рэн бор, парез III		
13.	Жингийн алдагдал	жин нормдоо	жин хэвээр		буурсан (5% хүргэл)	буурсан (6—10 %)	буурсан (10 %-иас их)	
	Шингэн алдаглал $I_k = 7,67$	илрэлгүй (5% хүргэл)	бага зэрэг илрэх (5—10%)		нэлээд илрэлтэй (11—18 %)	илрэхий (18—25 %)	эрс алдсан (25 %-иас их)	

*Хүснэгт 2-ыг хэрэглэх арга:*

Илрч буй шинж тэмдэг нэг бурийг хүснэгтийн учелэлд заасантай харьцуулан баллын системээр үнэлэн тэдгээрийн нийлбэрийг дүгнэлт болгон ашиглана. Өгөгдсөн баллын нийлбэр их байх тусмаа хөнгөн, давтан үзлэгийн нийлбэр дун ихсэн давтагдах нь хүүхдийн биеийн байдал сайжирч байгааг, харин баллын нийлбэр бага буюу багасах нь өвчтөн хүндэрэн муудаж байгааг илэрхийлнэ. Иймд давтан үзлэгүүдийн баллын нийлбэр яаж өөрчлөгдж буйг урьдах үзлэгүүдийн дунтэй харьцуулан дун шинжилгээ хийнэ.

Давтан үзлэгүүдийн баллын нийлбэр, хугацаа хоёртг харьцуулан графикаар дүрслэлэд өвчтөний биеийн байдалд өгсөн үнэлгээ улам тод ойлгомжтой болохын хамт өвчиний тавилан явцад дүгнэлт өгөх нэг үндэс болно.

**ӨВЧТЭЙ ХҮҮХДИЙН БИЕИЙН БАЙДЛЫГ ТООЦООЛОХ АРГААР  
ҮНЭЛСЭН ЗАГВАР ЖИШЭЭ**

*Хүснэгт 3*

САР ӨДӨР		15 / IX			16 / IX			17 / IX			18 / IX			19 / IX			
ЦАГ		9	11	15	17	9	21	23	9	11	18	10	17	10	17	10	17
БАЛЛЫН ҮНЭЛСЭН ЖИШЭЭ	24	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	2	2
	20	2	0	0	1	2	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2
	16	3	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2
	12	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1
	8	5	-1	0	1	2	1	1	1	0	1	2	1	2	2	2	2
	4	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1
	0	7	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0
	-4	8	-1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2
	-8	9	0	0	1	2	2	0	1	1	1	1	1	1	2	2	2
	-12	10	1	1	1	2	2	1	1	0	1	2	2	1	2	2	2
	-16	11	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	-20	12	2	2	2	2	2	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2
	-24	13	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1
		14	0	0	1	0	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1
БАЛЛЫН НИЙЛБЭР		3	5	10	14	16	13	13	10	11	13	13	16	19	20	21	21
ӨВЧТӨНИЙ БИЕИЙН ЕРӨНХИЙ БАЙДАЛ		2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4
ҮЗСЭН ЭМЧИЙН ГАРЫН ҮСЭГ																	

**ТАЙЛБАР:** Хүснэгтэнд баллын үнэлгээ гэсний эхний эгнээний тоо (24,20,16...) нь баллын нийлбэрийг заах тоо бөгөөд график дүрслэхэд зориулагдан, хоёр дахь эгнээний тоо (1,2,3...) нь үнэлж буй шинж тэмдгийн дугаар болно.

Өвчтөний биеийн байдлыг тооцоолох аргаар үнэлэн дүгнэхдээ хүүхдийн биеийн байдал дунд бол хоногт (1—2), хүндэвтэр (2—3), хүнд (3—4), маш хүнд, туйлын хүнд үед 5-аас дээш удаа тус тус үзэж дүгнэлт өгнө. Тухайн байдлаас болж зарим хүнд өвчтөнг цаг, минутаар үнэлэн дүгнэх шаардлага тохиолдоно.

Биеийн өрөнхий байдлын тоон үнэлгээний тэмдэглэл: дунд—5, хүндэвтэр—4, хүнд өвчтөнг цаг, минутаар үнэлэн дүгнэх шаардлага тохиолдоно.

Өвчтэй хүүхдийн биеийн байдлыг үнэлэн дүгнэх хүснэгтийг (2) ашиглах хүнд—3, маш хүнд—2, туйлын хүнд—1 гэж тус тус тэмдэглэнэ. Үзэж үнэлгээ өгсөн эмч, сувилагч гарын үсгээ зурна. (Загвар жишээ. Хүснэгт 3).

Өвчтэй хүүхдийн биеийн байдлыг үнэлэн дүгнэх хүснэгтийг (2) ашиглах загвар гарган тодорхой өвчтөнд хийсэн ажиглалтыг жишээ болгон хүснэгт 3-д харуулав.

Хүснэгт 3-ын график дурслэлээс харахад өвчтөний биеийн байдал 15/IX-ны 9—11 цаг хүртэл маш хүнд байснаа 17—19 цаг хүртэл сайжирсан боловч 15/IX-ны 21 цагаас дörдөх байдалтай тул эмч онцгой анхаарч эмчилсний үр дунд 17/IX-ны 17 цагаас хойш сайжрах төлөвтэй болсныг жишээ болгон харуулав.

Дүгнэлт: 1. Өвчтөний шинж тэмдгийн илрэлийг тоон хэмжээст (үзүүлэлтэнд) оруулан өвчтөний биеийн байдлыг тооцоолон үнэлж дүгнэх боломжтой юм.

2. Тооцоолсон үнэлгээний баллын нийлбэр нь зөвхөн өвчиний эхний үед бус давтан узлыгүүдийн нийлбэрүүдийг харьцуулан дун шинжилгээ хийж, өвчиний явц, өөрчлөлтийг цаг тухайд нь илрүүлэх, тохиолдож болох хүндэрлээс сэргийлэх, тавилан явцыг дүгнэх боломж олгож байж.

3. Өвчиний эмнэл зүйн явцад энэ аргаар тасралтгүй хяналт тавьж амьдралын чухал эрхтэн системийн эмгэг байдал, хямралын өөрчлөлтийг хугацаа алдалгүй тодорхойлох боломж олгож байгаа тул эмчилгээний чанарыг сайжруулах бололцоотой юм.

Энэ нь хот хөдөөгийн аль ч нөхцөлд хэрэглэх боломжтойгоос гадна бичиг цаасны ачааллыг багасгах, цаг хэмнэх тул эмчийн хөдөлмөрийн бүтэээмж нэмэгдэж, хөдөлмөр зохион байгуулалтыг боловсронгуй болгоход дөхөм үзүүлж болох талтай.

### АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. И. М. Воронцов, Е. В. Тублер, Э. К. Цыбулкин — Применение методов вычислительной диагностики для выбора тактического решения при угрожающих состояниях у детей. Вопр. охр. мат., 1981. 7. 3—8
2. Е. В. Гублер — Вычислительные методы анализа и распознавания патологических процессов. Л. 1978. 294
3. В. Ф. Шемитов — Токсикоз острой пневмонии у детей раннего возраста. Автореф. дис. докт. мед. наук. М. 1979
4. Вычислительная диагностика в практике экстренной и специализированной помощи в педиатрии. Сборник научных трудов под ред. И. М. Воронцова и Е. В. Гублера. Л. 1984
5. Использование математических методов в комплексной оценке состояний детского организма (методические рекомендации). М. 1977.

### ОЦЕНКА ТЯЖЕСТИ СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА МАТЕМАТИЧЕСКИМ МЕТОДАМ

Н. ДОРЖСУРЕН, Г. ДАНЗАН

Проведенное исследование авторами у 59 больных детей для оценки тяжести состояния с помощью математической обработки, отобраны наиболее значительные признаки и определена их информативная ценность по Кульбаку, в соответствии с этим составлены оценочные таблицы функционального состояния организма детей.

На основе проведенного исследования авторы пришли к выводу о том, что использование табличного метода дает возможность оценить состояние больных детей в данный момент и при динамическом наблюдении, что имеет практическое значение.

Редакций ирсэн 1986.03.27

Ч. ЦОГТ-ОЧИР (Эх нялхсыг хамгаалах эрдэм шинжилгээний хүрээлэн)

### БАГА НАСНЫ ХҮҮХДИЙН АМЬСГАЛЫН ЭРХТЭНИЙ ЦОЧМОГ ӨВЧНИЙ ҮГИЙН ЗҮРХНИЙ ХУРЦ ДУТАГДАЛ

Бага насны хүүхдийн гуурсан хоолой, уушгины цочмог өвчиний үед хүчилтөрөгчийн дутагдал, хордлого зэргээс зүрхний булчингийн боди-солилцоо хямарч, түүний агших, тэлэх ажиллагаа алдагдаж өвсүн үүсгэгч вирус нянгийн үйлчлэлээр зүрхний булчин үрэвсэн гэмтэх, чин үүсгэгч вирус нянгийн үйлчлэлээр зүрхний булчин үрэвсэн гэмтэх,

эргэлтийн цусны эзлэхүүн (эцэ) болон цусны их, бага эргэлтийн эсэргүүцэл өөрчлөгдөж зүрхний хурц дутагдалд ордгийг эрдэмтэд (1,4—5) тогтоожээ. Уушгины үрэвсэлтэй хүүхдийн 60—70%-д ийм хүндрэл тохиолддог (2—3).

Улаанбаатар хотын хүүхдийн 2-р эмнэлэгт хийсэн судалгааны дүнгээс үзэхэд амьсгалын цочмог өвчинеэс эндэх шалтгааны 23,4%-ийг зөвхөн зүрхний өөрчлөлттэй эзэлж байна.

Бид бага насын хүүхдийн гуурсан хоолой, уушгины цочмог үрэвслийн үеийн зүрхний хурц дутагдлын хэлбэр түүний эмнэл зүйг судлан оношлох, эрчимтэй эмчлэх аргыг улам боловсронгуй болгох зорилт тавив.

**СУДАЛГААНЫ МАТЕРИАЛ.** Өвчний явцанд ЭКГ, ФКГ-г хийж, зүрхний зүүн баруун ховдлын агшилтын үе шатыг тогтооход ПКГ, уушгины Реограмм, зүрхний агшилтын багтаамж тодорхойлоход интеграль реограммын аргуудыг тус тус хэрэглэн, төвийн венийн даралтыг Вальдманы аргаар хэмжлээ.

Миокардитыг зүрхний булчингийн үйл ажиллагааны хямралаас ялган оношлоход эмнэлзүйн шинж, электрофизиологийн аргуудаас гадна калийн сорил хэрэглэв. Улаанбаатар хотын хүүхдийн 2-р эмнэлгийн эрчимтэй эмчилгээний тасагт амьсгалын эрхтний цочмог үрэвслийн хүнд хэлбэрийн улмаас эмчлүүлсэн нэг сараас 3 насын 130 хүүхдэд хийсэн судалгааны дүнг статистик аргаар боловсруулав.

Эрүүл тухайн насын 30 хүүхдэд хийсэн шинжилгээний дүнг судалгааны үндсэн материалтай харьцуулав.

**СУДЛАГДСАН БАЙДАЛ, ШҮҮМЖ.** Судалгаанд хамрагдсан өвчтөний 42,4% нь гуурсан хоолойн, 57,6% нь уушгины үрэвсэлтэй, 2/3 нь биеийн байдал хүнд, 1/3 нь маш хүнд гэсэн үнэлэлттэй байв. Амьсгалын эрхтний үрэвслийн хэлбэрээс хамаараагүй зүрхний өөрчлөлтийг харгалзан өвчтөнг 2 бүлэг болгов.

I бүлэгт зүрхний булчинд бодисын солилцоо хямартсан шинжтэй 54 (41,5%) хүүхэд байв. Эдгээр өвчтөний эмнэл зүйн шинж нь зүрхний авиа түргэсэх, бүдгэрэх, амьсгаадах цаашдаа зүрхний баруун хязгаар өргөсөх, элэг томрох, гар хөл хөхрөх шинж илэрч байв. ЭКГ-д синусын гаралтай тахикарди, Q-T хэрчим уртсах, Т шүд намсах, агшилтын үзүүлэлт уртсах зэрэг өөрчлөлт илэрч байв.

II бүлэгт миокардиттай 22 (16,9%) өвчтөнд дээрхээс гадна, зүрхний нэлээд хүнд хэлбэрийн дутагдлын шинж болох хөхрөх, амьсгаадах, элэг томрох, хавагнах, зүрхний авиа эрс будгэрэх зэрэг шинж илрэв. Эдгээр өвчтөнд анхны ЭКГ, дараа нь калийн бэлдмэл хэрэглэж 60, 120 минутын дараа давтан ЭКГ хийхэд S-T хэрчим, Т шүдний өөрчлөлт хэвээр байв.

ЭКГ-д дээрх өөрчлөлтөөс гадна R шүдний далайц  $5,7 \pm 0,42$  мм (хэвийн хэмжээ  $8,9 \pm 0,5$  мм) болж намсах, Т шүд тэгшрэх, S-T хэрчим гол шугамаас хазайх, агшилтын үзүүлэлт уртсах зэрэг өөрчлөлт ажиглагддаг. Эдгээр өвчтөний 4/5-д зүрхний цахилгаан дамжуулалт ямар нэг хэмжээгээр saatсан байв.

Үүнд: 40,2%-д тосгуур доторхи, 59,8%-д ховдлын дамжуулалт хямарч, голчлон Гиссын баруун багцын хоригоор илэрч байв. ЭКГ-д зүрхний баруун тосгуурын ачаалал ихэдсэн шинж тэмдэг болох P шүд  $3,4 \pm 0,5$  мм (хэвийн хэмжээ P- $2,0 \pm 0,2$  мм) болж өндөрсөх шинж амьсгалын эрхтний үрэвсэлт өөрчлөлт, хэлбэрээс хамаарахгүйгээр нийт өвчлөлд 42,4% тохиолдов. Миокардитын 30,0%-д үнхэлцгийн шүүдэст, идээт үрэвсэл хамт явагдаж байлаа. Энэ үед ЭКГ-д R шүдний далайц эрс намсах, Т шүд арилах, S-T хэрчим гол шугамаас дээш хазайх шинж илэрч байв.

Кабрера Монрой нарын шалгуураар зүрхний баруун ховдлын ачааллыг ЭКГ-д үнэлж үзэхэд нийт өвчтөний 21,4%-д агшилтын, 32,3%-д тэлэлтийн үеийн ачаалал ихэдсэний дам өөрчлөлт илэрч байв. Эдгээр өвчтөний 4/5-д рентген зургандаа баруун хил өргөссөн байв.

Түүнчлэн зүрхний баруун ховдлын агшилтын хүчдэлийн үеийн адил эзэлхүүнт агшилтын шат богиноссон байгаа нь бага эргэлтийн судасны эсэргүүщэл ихэссэнээс баруун ховдол, тосгуур дүүрэлт ижсан эзэлхүүний ачаалалд орсны дам шинж гэж эрдэмтдийн (1) тайлбарласантай тохирч байна.

Үүний өөр нэг нотолгоо нь төвийн венийн даралт 59 өвчтөнөөс 28-д их байсан явдал юм. Судалгаанд хамрагдсан өвчтөний 8%-д зүрхний титэм судасны дутагдлын шинж болох цохилт хэт түргэсч 1 минутанд 210 ба түүнээс олшрон ЭКГ-д Т-Р эрс ойртон Т шүд өндөрсөж байв.

Эмнэл зүйн талаас хүүхэд хэт тайван бус болж, арьс цайвар, зэвхий болон, зүрхний авиа бүдгэрч, гэдэс нь дуугарч байв.

*Xүснэгт I*

**АМЬСГАЛЫН ЭРХТЭНИЙ ЦОЧМОГ ӨВЧТЭЙ ХҮҮХДИЙН  
ЗҮРХНИЙ ХОВДЛУУДЫН АГШИЛТЫН ҮЕИЙН ӨӨРЧЛӨЛТ**

Агшилтын үеүд	Хүчдэлийн Үе/сек	Жигл бус агшилт/сек	Адил эзэл- хүүнт аг- шилт (сек)	Хөөлгийн Үе (сек)	Зүрхний догод үзүүлэлт%	Миокардийн агшилтын индекс
Зүүн ховдлын агшилт	0,085 0,003	0,002 0,001	0,065 0,003	0,22 0,007	94,0 1,73	27,0 1,70
Хэвийн хэмжээ Р	0,08 0,001 <0,02	0,02 0,002 >0,05	0,06 0,001 <0,05	0,24 0,004 <0,02	92,0 1,56 <0,02	25,3 0,55 <0,02
Баруун ховдлын агшилт	0,078 0,004	0,058 0,002	0,025 0,004	0,09 0,02	75,0 4,6	26,0 0,4
Хэвийн хэмжээ Р	0,089 0,006 <0,02	0,06 0,005 <0,02	0,03 0,005 <0,02	0,16 0,01 <0,01	92,0 3,2 <0,02	23,42 0,82 0,02

Хүснэгт 1-ээс үзэхэд зүүн ховдлын хүчдэлийн үе богиносож, миокардин агшилтын индекс уртассан ( $P < 0,02$ ) байгаа нь амьсгалын эрхтний өвчин эхэн үеийн мэдрэл хордлого, симпатик мэдрэлийн хүчдэлийн улмаас зүрхний агшилтын гипердинамик өөрчлөлт болсонд той холбоотой. Ийм өвчтөний 50%-д баруун ховдлын булчингийн ажиллагаа зүүн ховдлоос илүүтэй ачаалалд өртөгдсөнийг харуулж байна. Өөрөөр хэлбэл бага эргэлтийн эзэлхүүн даралт ихэдсэний улмаас баруун ховдлын агшилт суларсны шинж тэмдэг юм. Уушгины үрэвслийн процесс ихтэй өвчтөний уушгины реограммд баруун ховдлын ачаалал эрс ихэссэнийг харуулах РГ-ийн дурсийн далаиц эрс намсаж реограммын индекс  $0,35 \pm 0,02$  (хэвийн хэмжээнд  $3,10 \pm 0,24$ ) багассан байв. Ийм хэлбэрийн өөрчлөлтийг уушгины судасны даралт эрс ихэссэн шинж тэмдэг гэж эрдэмтэд үзжээ.

Зүрхний агшилтын багтаамж 1 хуртэлх насанд  $6,4 \pm 0,14$  мл (хэвийн хэмжээ  $8,1 \pm 0,6$  мл) 1—3 насанд  $13,6 \pm 0,97$  мл болон тус тус багасч байв. Зүрхний цохилтын тоо хэдийгээр олширч дунджаар 1 насанд

$184 \pm 27$ , 1—3 насанд  $147 \pm 32$  байсан боловч зүрхний минутын багтаамж 1 насанд  $0,89 \pm 0,02$  л (хэвийн хэмжээ  $2,09 \pm 0,16$  л) болон ба-га хэвээр байлаа.

Зүрхний зүүн ховдолд захын судаснаас үзүүлэх эсэргүүцэл 1 хуртэлх насанд  $6358,1 \pm 142,2$  дин/с/см<sup>2</sup> (хэвийн хэмжээ нь  $2782,1 \pm 51,84$  дин/с/см<sup>2</sup>) болон ихэссэн байна. Энэ нь зүрхний зүүн ховдлын ачааллыг ихэсгэн улмаар дутагдалд хүргэх нэг хүчин зүйл болж байна.

Амьсгалын эрхтний өвчтэй хүүхдийн цусны калийг шинжилж үзэхэд нийт өвчний 67,2% сийвэнгийн, кали дунджаар  $2,73 \pm 0,11$  мэкв/л (хэвийн хэмжээ 4,0—5,1 мм/г, улаан бөөмийн кали  $57,8 \pm 6,30$  мэкв/л болон (хэвийн хэмжээ  $95,52 \pm 1,73$  мэкв/л Г. Данзан) багассан байна.

Сийвэн улаан бөөмд кали багадсан өвчтөний ЭКГ-д ТII шүд дунджаар  $0,85 \pm 0,01$  мм (хэвийн хэмжээ  $3,4 \pm 0,2$  мм) болон намссан байна. Мэдрэл хордлогын эхэн үед нийт өвчтөний 12,6% сийвэнгийн үүний 1/3-д улаан бөөмийн калийн хэмжээ багадсан байлаа.

ФКГ-д I, II авианы далайц намсахаас гадна 59,7%-д Q-T хэрчим Q-II зайнаас 0,03-сек-ээс илүүтэй зөрсөн (Хегглины хам шинж) ажиглагддаг. Амьсгалын эрхтний цочмог өвчний зүрхний цочмог суралын эмчилгээг эмнэл зүй, ЭКГ-ээр ялган оношлох ялгавартай хийнэ.

Зүрхний реполяризацийн хямралтай хүүхдийн эмчилгээнд глюкоз+инсулин+калий холимог (7,5%) кали хлоридын уусмалыг 1 кг жинд мэкв/г-аар тооцон глюкозоор 1,3% болгон шингэлэн дуслаар хийж 60, 120 минутанд багтаан ЭКГ-г бичихэд 52 өвчтөний 43-д Т шүд өндөрсөн ( $P < 0,02$ ) S-T хэрчим тэгширч, сийвэнгийн калийн хэмжээ дээшилсэн байв. Цусны эргэлтийн дутагдлын шинж тэмдэг илэрсэн 30 өвчтөнд нас тутамд корглюкин 0,06%-0,1 мл-ээр тооцон глюкозоор шингэлэн хоногт 2 удаа судсаар тарив. Зүрхний булчингийн агшилт өөрчлөлтийг ПКГ-аар хянахад глюкозид хэрэглэсний дараах 2 дахь хоногоос өвчтөний 77%-д ховдлын агшилт, хөөлтийн үе уртасч ( $P < 0,02$ ) ЭКГ P-Q хэрчим 0,01—0,02-аар уртасч зүрхний цохилтын тоо 1 минутанд 10—18-аар цөөрсөн байв. Харин ЭЦЭ багаас ЗСЭ их болсон 7 хүүхэд судасны лугшилт цөөрөөгүй ба артерийн даралт ихэсэн байна.

**ДҮГНЭЛТ:** 1. Бага насны хүүхдийн амьсгалын замын эрхтний цочмог өвчний үеийн хүндрэлд зүрхний хурц дутагдал цөөнгүй тохиолдож, эмнэл зүйн шинж болон ЭКГ-ээр оношлоход зүрхний булчингийн бодисын солилцоо хямарсан (41,5%), үрэвсэл илэрсэн (16,5%), титэм судасны дутагдал (8%) зэрэг хэлбэрүүд голчлон тохиолдох ба цусны эргэлтийн дутагдал нь баруун ховдол, тосгуурын (61,2%), зүүн ховдлын (38,8%) дутагдлаар илэрч байна.

2. Амьсгалын эрхтний цочмог өвчний эрчимт эмчилгээнд шингэн сэлбэх болон бусад зүрхний ачааллыг нэмэгдүүлж болох үйлдэл хийхдээ зүрхний булчингийн хэвийн ажиллагааг харгалзах нь зүйтэй.

3. Амьсгалын эрхтний цочмог өвчний эрчимт эмчилгээнд зүрхний гликозид хэрэглэх заалтыг хянуур болгож, зөвхөн миокардийн дутагдалтай өвчинд эмнэл зүй ЭКГ-ийн хяналтын дор хэрэглэх нь зүйтэй юм.

#### АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. Л. В. Асмаловская—Состояние правосердечной гемодинамики и некоторые нарушения в электролитном обмене при пневмонии у детей Автореф. дисс канд. Смоленск. 1972. 41—45

2. М. Б. Коган—Сердечно-сосудистые расстройства при острой пневмонии у детей и их патогенетическая терапия Дисс. док. Л. 1980.

3. З. Б. Ляликова, Е. А. Соболева—Сердечно-сосудистая система при пневмониях у детей. ВОМ ид 1980. 8. 58.

4. Е. С. Орач—Кардиальный синдром при пневмонии у детей раннего возраста. Дисс. канд. Львов. 1969. 45—52.

5. В. В. Парин, Ф. З. Meerzon—Очерки клинической физиологии кровообращения. М. Медицина. 1965.



зохицоход дархлалын хамгаалах үүрэгтэй холбоотой гэж тайлбарласан судлаачидтай бид санал нэг байна.

Үр аяндаа зулбах өвчтэй эмэгтэйчүүдэд болохоор хоёр ба гуравдугаар бүлгийн аль алинд нь 18 долоо хоног хүртэлх өөрөөр хэлбэл жирэмсний 13—18 долоо хоногтойд үр зулбахаар завдах үед JgG-илт багасч байгаа нь харагдав. Үр аяндаа зулбах үед жирэмсний эрт хугацаанд JgG буурч байгаа нь эхийн дархлалын систем ургийн эсрэгтөрөгчид тэсвэрлэг болох явдал буурсантай холбоотой байж болно.

*Xүснэгт 1*  
**ХЭВИЙН ЖИРЭМСЭН, ҮР АЯНДАА ЗУЛБАСАН ҮЕ ДЭХ  
ЦУСНЫ СИЙВЭНДЭХ ИММУНОГЛОБУЛИНЫ ХЭМЖЭЭ МГ%**

Судалгааны бүлэг	Хүний тоо	Цусны сийвэн дэх иммуноглобулины хэмжээ			P
		IgG	IgA	IgM	
I бүлэг Хэвийн жирэмсэн	28	1216±124 <sup>1</sup>	175±63	112±34	$P_{3-1}$ $<0,05$
12 д/х хүртэл	16	1445±110 <sup>2</sup>	188±71	126±45	
13—18 д/х	6	858±92 <sup>3</sup>	170±44	121±39	
II бүлэг Үр аяндаа зулбасан	51	1164±130	201±55	140±54	$P_{4,2}$ $<0,05$
12 д/х хүртэл	32	912±85 <sup>4</sup>	180±45	137±36	
18 д/х дээш	17	860±72	165±75	143±44	
III бүлэг Зурсан зулбалт	30	1256±120	160±45	120±57	$P_{5,2}$ $<0,05$
12 д/х хүртэл	14	964±73 <sup>5</sup>	148±60	111±43	
18 д/х дээш	6	830±51	153±42	125±51	

Тухайлбал, JgG-ихсийн хорионы эд дээр бэхлэгдэж эсрэгтөрөгч-эсрэг биеийн бурдэл үүсгэж ураг ховхрон зулбах процессыг даамжуулж болох талтай юм. Ийм үед иммуноглобулин G-ийн хэмжээг тодорхойлох нь оношийг батлах ач холбогдолтой байна.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. К. Братанов—Иммунные антитела в женском организме и процесс размножения Акуш и Гин 1979. 12.
2. М. Ш. Вербицкий—Изоантогенная несовместимость организмов матери и плода. Минск. Белоруссия 1979.
3. В. Кузнечикова—Сенсибилизация беременных женщин лейкоцитарными и тромбоцитарными изоантителами и ее клиническое значение. Дисс. Канд. 1972.
4. К. Н. Прозоровская, Е. А. Лебедева, А. С. Ракова—Состояние гуморального иммунитета беременных женщин при угрозе прерывания беременности. Акуш и Гин. 1979. 11, 57.
5. Г. М. Савельева, Л. В. Антонова, Н. В. Дуб—Значение иммунологических исследований при неосложненной и осложненной беременности. Акуш и Гин 1979. 4. 28.
6. Montemagno. U, Distefano. M. Cardone. A—Minerva ginec 1969. V. 21. p. 1086—1090.
7. Ninterhoff. D. Karmen. R—Klin MS chir 1970. Bd. 48. 199—206

СОДЕРЖАНИЕ СЫВОРОТОЧНЫХ ИММУНОГЛОБУЛИНОВ ПРИ  
САМОПРОИЗВОЛЬНЫХ АБОРТАХ

Д. Дарийма

При самопроизвольном прерывании беременности, в сроке 13—18 недели происходит снижение содержания IgG в сыворотке крови беременных. Поэтому при угрозке прерывания беременности изучение общего гуморального иммунитета может быть использован в качестве дополнительных диагностических тестов.

Редакцид ирсэн 1986.06.27



Эмгэгшилгүй эх нь харшлын өчиггүй 1—3 сартай 6, 4—6 сартай 6, 7—12 сартай 6 хүүхэд шинжилгээнд хамрагдас.

*Xүснэгт I*

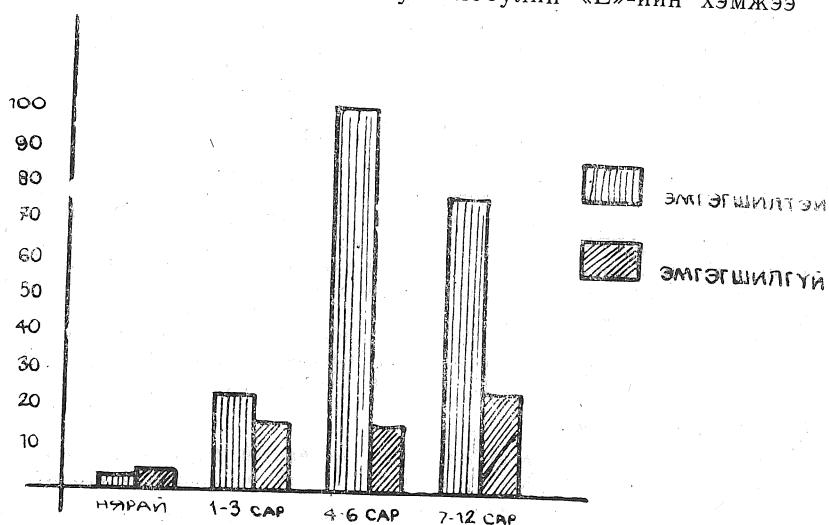
**ШҮҮДЭСТ ЭМГЭГШИЛТЭЙ БА ЭМГЭГШИЛГҮЙ ИХҮРТЭЛХ  
НАСНЫ ХҮҮХДИЙН ЦУСНЫ ИЙЛДЭСДЭХ  
ИММУНОГЛОБУЛИН Е-ГИЙН ХЭМЖЭЭ (КИ/Л)**

<b>Хүүхдийн нас сараар</b>	<b>тоо</b>	<b>шүүдэст эмгэгшилтэй ийн өчигтэй</b>	<b>тоо</b>	<b>шүүдэст эмгэгшилгүй, эх нь харшлын өчиггүй</b>	<b>P</b>
Нярай	6	$2,37 \pm 0,01$	6	$2,55 \pm 0,09$	
1—3	7	$26,35 \pm 0,04$	6	$15,45 \pm 0,02$	$P < 0,01$
4—6	10	$106,05 \pm 0,3$	6	$17,46 \pm 0,25$	$P < 0,01$
7—12	12	$76,93 \pm 0,15$	6	$25,35 \pm 0,12$	$P < 0,01$

Зөвлөлтийн эрдэмтдийн судалгаагаар харшлын өчигтэй нярай хүүхдийн цусны ийлдэст иммуноглобулин Е-гийн хэмжээ нэмэгдсэн байна (1). Бидний хийсэн шинжилгээний дүng хүснэгтээс харахад харшлийн шинж тэмдэг илэрсэн ба илрээгүй нярай хүүхдийн цусны рөөр хэлбэл нэмэгдээгүй байна.

Шүүдэст эмгэгшил илэрч эхлэх нэгээс дээш сартай хүүхдийн цусны ийлдэс дэх иммуноглобулин Е-гийн хэмжээ хүүхдийн насын бүлэгт шүүдэст эмгэгшилгүй бүх бүлгийн насын хүүхдийнхээс статистикийн матадлал бүхий их байна ( $P < 0,01$ ). Диаграмм 1.

Хүүхдийн цусны ийлдэс дэх иммуноглобулин «Е»-ийн хэмжээ



Диаграммаас харахад харшилгүй хүүхдийн цусны ийлдэс дэх иммуноглобулин Е-гийн хэмжээ нэг сартайгаас дээш тэнцүү хэмжээгээр жигд нэмэгдсэн байна. Шүүдэс эмгэгшилтэй хүүхдийн дотроос 4—6 сартай хүүхдийн цусны ийлдэсдэх иммуноглобулин Е-гийн хэмжээ бусад сартай хүүхдийнхээс (6 дахин) нэмэгдсэн байна.

Дээрхээс дүгнэлт хийхэд:

1. Шүүдэст эмгэгшилтэй хүүхдийн цусанд иммуноглобулин Е ихсэж байна. Энэ нь уг эмгэгийн үед харшил байдгийг харуулж байна.

2. Уг шинжилгээ нь иммуноглобулин Е эрүүл хүүхдийн цусанд бага хэмжээтэй байдаг, насын булэг тутамд тодорхой хэмжээгээр ааржим ихсэж нэг түвшинд хүртэл нэмэгдэхэд шүүдэст эмгэгшил илэрдэг болохыг харуулж байна.

3. Эх нь харшлын өчигтэй байсан ч нярай хүүхдийн цусанд иммуноглобулин Е илрэхгүй байгааг уг хүүхдийн биед харшлын харш төрөл бага байгаатай холбож болно.

4. Нойтон тархмал экземтэй байгаа уед иммуноглобулин илүү ихсэж байгаа нь уг өвчний уед харшил их байдгийг харуулж байна.

5. Бага насын хүүхдийн суурь өвчний дотроос зонхилох байр эзэлж байгаа шүүдэст эмгэгшилийг оношлож, өвчний явцыг тодорхойлох, эмчлэхэд уг шинжилгээ практик ач холбогдолтой байна.

### АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. И. К. Пагава, Н. Ш. Манджавидзе, Т. Т. Гурганидзе—Некоторые показатели состояния соединительной ткани при наследственной предрасположенности к аллергическим и инфекционно-аллергическим заболеваниям. Тезисы докладов всесоюзных детских врачей. 1983. 318.

### РАДИОИММУНОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ ИММУНОГЛОБУЛИН „Е“ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ У ДЕТЕЙ

М. Оюунбилэг, Н. Оюун

Уровень иммуноглобулинов Е определял в сыворотке крови у детей с помощью стандартного набора для радиоиммунологической диагностики фирмы Падебас прист (Швеция. 1983).

Проведено 62 определения ИГЕ у детей, полученные при этом более высокие показатели уровня ИГЕ у больных с экземой говорят о выраженности аллергического компонента в патогенезе данного заболевания.

Редакцид ирсэн 1986.01.02

Б. ДОРЖГОТОВ (Анагаах ухааны хүрээлэн)  
Н. НЯМДАВАА (Хавдар судлалын төв)

### ЭЛЭГНИЙ АНХДАГЧ ӨМӨН ҮҮСЭХЭД НӨЛӨӨЛӨХ ГОЛ ХҮЧИН ЗҮЙЛС

Элэгний анхдагч өмөн (ЭАӨ)-ийн шалтгаан одоогоор бүрэн тайлгадаагүй боловч сүүлийн жилүүдэд хийсэн эпидемиологийн олон тооны судалгаагаар түүний үүсэхэд нөлөөлдөг гол хүчин зүйлс нэгэнт тодорхой болоод байна (2, 4, 5, 6, 10, 11).

СУДАЛГААНЫ МАТЕРИАЛ, АРГА. Бид манай нөхцөлд ЭАӨ үүсэхэд нөлөөлж болох хүчин зүйлийг илрүүлэхийн тул ЭАӨ бүхий 165 өвчтөн ба жиших 330 эрүүл хүмүүсээс нарийвчлан асуух журмаар хийсэн эпидемиологийн харьцуулсан судалгаа хийв.

Бид, энэ судалгааг хийхдээ корреляцын холбоо,  $X^2$ -ын тохирооны аргаас гадна сүүлийн уед өргөн хэрэглэж байгаа «Өвчлөх боломжийн коэффициент» (относительный риск) тодорхойлох аргыг (1) хэрэглэв. Энэ коэффициентыг өвчлөх боломжийн

$$(ӨБ) = \frac{a \cdot d}{b \cdot c} \text{ томъёогоор бодно.}$$

a, c — судалж байгаа хүчин зүйлд өртөгдсөн өвчтэй ба жиших эрүүл хүмүүс, b, d — судалж байгаа хүчин зүйлд өртөгдөөгүй өвчтэй ба жиших эрүүл хүмүүс.

СУДАЛГААНЫ ҮР ДҮН. ШҮҮМЖ.

ЭЛЭГНИЙ АНХДАГЧ ӨМӨН ҮҮСЭХЭД ВИРУСТ ГЕПАТИТ ӨВЧНИЙ РОЛЬ.

Бидний судалсан ЭАӨ бүхий 165 өвчтөний 85 (51,5%) нь вируст гепатитаар өвчилсөн хүмүүс байсан бол жиших бүлгийн эрүүл 330 хүний 45 (13,6%) нь уг өвчинеэр өвчилсөн байлаа.

Вируст гепатитаар өвчилсөн тоо, хугацааны ролийг тодорхойлохын тул уг өвчинеэр өвчилсөн 85 өвчтөний материалд гүнзгийруулсэн судалгаа хийв. (Хүснэгт 1).

Дээрх судалгаанд статистикийн анализ хийж үзэхэд ЭАӨ нь вируст гепатитаар өвчилсөн тоо буюу дахилтын тоотой корреляцын шууд, хүчтэй холбоо ( $R_{xy}=0,87$ )-той байв.

ЭАӨ үүсэх нь вируст гепатитаар өвчилсөөс хойших хугацаа удах тутам нэмэгдэж байв. (Хүснэгт 2).

*Xүснэгт 1*

**ЭЛЭГНИЙ АНХДАГЧ ӨМӨН БҮХИЙ ӨВЧТӨН БА ЖИШИХ  
ЭРҮҮЛ ХҮМҮҮСИЙН ВИРУСТ ГЕПАТИТААР ӨВЧИЛСӨН ТОО**

Өвчилсөн тоо	Элэгний анхдагч өмөн бүхий өвчтөн			Жиших эрүүл хүмүүс
	тоо	% ± т	тоо	
Нэг удаа өвчилсөн	69	81,2±4,2	44	97,8±2,2
Хоёр удаа —“—	9	10,7±3,3		
Гурван удаа —“—	2	2,3±1,6		
Дөрвөн удаа —“—	2	2,3±1,6	1	2,2±2,3
Таван удаа —“—	1	1,2±1,4		
Зургаан удаа —“—	2	2,3±1,6		
БҮГД	85	100,0	45	100,0

*Xүснэгт 2*

**ЭЛЭГНИЙ АНХДАГЧ ӨМӨН БҮХИЙ ӨВЧТӨН БА  
ЖИШИХ ЭРҮҮЛ ХҮМҮҮСИЙН ВИРУСТ ГЕПАТИТААР  
ӨВЧИЛСӨӨС ХОЙШИХ ХУГАЦАА**

Вируст гепатитаар өвчилсөөс хойших хугацаа	Элэгний өмөн бүхий өвчтөн			Жиших групп
	тоо	% ± т	тоо	
3—5 жил	3	3,5±2,0	7	15,5±5,4
6—10 жил	8	9,4±3,2	9	20±5,9
11—15 жил	16	18,8±4,2	8	17,8±5,7
16 ба дээш жил	47	55,3±5,4	18	40,0±7,3
Хугацаа тодорхойгүй	11	13,0±3,6	3	6,7±3,7
БҮГД	85	100,0	45	100,0

Вируст гепатитаар өвчилсөн хүмүүст ЭАӨ үүсэх нь уг өвчинөөр өвчлөөгүй хүмүүсийнхээс 6,7 дахин их байна.

Ийнхүү вируст гепатит нь ЭАӨ үүсэхэд нөлөөлдөг хүчин зүйлсийн дотор хамгийн гол хүчин зүйл болж байна.

АРХИНЫ РОЛЬ. Сүүлийн жилүүдэд Европ, Америкийн орнуудад ЭАӨ нэмэгдэж байгааг зарим судлаачид (3, 6, 8) архи уух явдал нэмэгдсэнтэй холбож байна.

*Xүснэгт 3*

Групп	Хүйс	Элэгний анхдагч өмөн бүхий өвчтөн			Жиших групп	P
		тоо	% ± т	тоо	% ± т	
Үндсэн групп	эр	75	72,1±4,4	123	59,1±3,4	0,05
	эм	8	13,1±4,3	3	2,5±1,4	0,05
	бүгд	83	50,3±3,9	126	38,2±2,7	0,05
Вируст гепатитаар өвчилсөн эрэгтэйчүүд		32	30,8±5,0	3	6,7±3,7	0,05

Бидний судалгаагаар ЭАФ, архи хэрэглэх хоёрын хооронд корреляцыйн шууд, хүчтэй холбоо ( $Rxy=0,97$ ) илрэж байгаа бөгөөд архи хэрэглэгчид ЭАФ-өөр өвчлөх боломж 1,6 байгаагийн зэрэгцээгээр урьд нь вируст гепатитаар өвчилсөн, архи уудаг эрэгтэйчүүдэд уг ЭАФ-өөр өвчлөх боломж 8,4 болон нэмэгдэж байна. (Хүснэгт 3).

Дурдсан тоо баримтаас узэхэд архийг тогтмол хэрэглэх нь ЭАФ үүсэх хүчин зүйлсийн нэг бөгөөд ялангуяа вируст гепатитаар өвчилсөн хүмүүс архи хэрэглэх нь ЭАФ-өөр өвчлөх боломжийг ихээхэн нэмэгдүүлдэг байна.

**ХООЛЛОХ ДЭГЛЭМИЙН РОЛЬ.** Хүмүүсийн хооллох дадал, заншил, хоолны төрөл, хооллох дэглэм ЭАФ үүсэхэд хэрхэн нөлөөлдөг талаар хэвлэлд бичсэн мэдээ бага байна. Харин бидний судалгаас хоолны байдал, хооллох дэглэм нь үүсэхэд зохих нөлөөтэй байгааг узуулэв. (Хүснэгт 4).

Гол төлөв махан хоолыг орой унтахын өмнө идэх заншил ЭАФ бүхий өвчтөнд жишиг группээс 12,4% ( $\Theta B=2,4$ ) илүү байгаа ба урьд нь вируст гепатитаар өвчилсөн ЭАФ бүхий өвчтөнд дэглэмгүй хооллох заншил жишиг группээс 36,9% ( $\Theta B=8,9$ ) буюу даруй 5 дахин их байна. Үүнээс узэхэд ялангуяа урьд нь вируст гепатитаар өвчилсөн хүмүүс дэглэмгүй хооллох нь ЭАФ үүсэхэд зохих нөлөөтэй болох нь харгдаж байна.

Хүснэгт 4

### ЭЛЭГНИЙ АНХДАГЧ ӨМӨН БУХИЙ ӨВЧТӨН БА ЖИШИХ ЭРҮҮЛ ХҮМҮҮСИЙН ХООЛНЫ БАЙДАЛ БА ДЭГЛЭМ

Судалж байгаа хүчин зүйлүүд	Элэгний анхдагч өмөн бүхий өвчтөн		Жишиг групп		P
	тоо	% ± t	тоо	% ± t	
Гол төлөв махан хоол унтахын өмнө иддэг	146	88,5±2,5	251	76,1±2,3	0,05
Вируст гепатитаар өвчилсөн, дэглэмгүй хооллодог	75	45,4±3,9	28	8,5±1,5	0,02
Вируст гепатитаар өвчлөөгүй, дэглэмгүй хооллодог	61	36,9±3,7	189	57,3±2,7	0,01
Вируст гепатитаар өвчилсөн, хоолонд хүнсний ногоо, жимс хэрэглэдэгдэг	15	9,1±2,2	114	34,5±2,6	0,002

Мөн бие махбодод зайлшгүй чухал шаардлагатай нүүрс ус, витаминаар баялаг хүнсний ногоо, жимсийг ЭАФ бүхий өвчтөн, жишиг эрүүл хүмүүсээс 3,8 дахин бага хэрэглэсэн байна. Урьд нь вируст гепатитаар өвчилсөн ба өвчлөөгүй ЭАФ бүхий өвчтөнийг жимс, ногоо хэрэглэх байдлаар нь хооронд нь харьцуулахад хүнсний ногоо, жимс хэрэглэдэггүй, вируст гепатитаар өвчилсөн хүмүүс ЭАФ-өөр өвчилсөн нь харьцуулсан нөгөө бүлгийнхээс 11,6% илүү байлаа.

ЭАФ, хоол тэжээлийн хоорондын уялдаанд статистикийн анализ хийхэд корреляцын шууд, хүчтэй холбоо ( $Rxy=0,97$ ) илрээн нь манай нөхцөлд ЭАФ үүсэхэд, ялангуяа урьд нь вируст гепатитаар өвчилсөн хүмүүст хоол тэжээлийн хүчин зүйл тохиолдлын чанартай бишийг харуулж байна. Зарим мөөгөнтийн ялгаруулан гаргадаг афлатоксин г. м. өмөнтийн төрлийн мөөгөнцөр илэрсэн. Эдгээрээс 48 омогт шинжилгээ хийж узэхэд 16 нь хорт чанартай байв. Энэ нь манай нөхцөлд ЭАФ үүсэхэд афлатоксин ямар нэг хэмжээгээр нөлөөлдөг байж болохыг угүйсгэж болохгүй харуулж байна.

Иймээс энэ талаар эмч, биологч, эрүүл ахуйч нарын хамтарсан судалгаа хийх нь чухал юм.

**ЗАРИМ АРХАГ ӨВЧНИЙ РОЛЬ.** Өмөнгийн эс эмгэг өөрчлөлтгүй эрүүл эсээс үүсдэггүй, харин ямар нэг архаг өвчинд суурьлан үүсдэг нь тодорхой болсон. Хоол боловсруулах замын эрхтний архаг өвчнүүд, зарим халдварт ба паразит өвчнүүд элгэнд эмгэг өөрчлөлт бий болгож улмаар элэгний өмөн үүсэх аятай нөхцөлийг бүрдүүлиэ.

Бидний материалыар, ЭАФ-өөр нас барсан 147 тохиолдолд задлан шинжилгээ хийхэд түүний 81 (55,1%) нь элэгний хатууралтай (цирроз) хавсарсан ба үүнээс 28 (34,6%) нь урьд нь вируст гепатитаар өвчилсөн хүмүүс байлаа. Элэгний хатууралтай хавсраагүй өмөн 66 байсны 20 (30,3%) нь урьд нь вируст гепатитаар өвчилсөн хүмүүс байв.

Энэ судалгаанд хамрагдсан ЭАӨ бүхий өвчтөний 37,0% нь ямар нэгэн архаг өвчинөөр өвчилсөн буюу энэ өвчинтэй хавсарсан маягаар өвчилж байгаа хүмүүс байлаа. Гэтэл жишиг эрүүл хүмүүст энэ үзүүлэлт 9,4% байв. (хүснэгт 5).

*Xүс нэгт*

**ЭЛЭГНИЙ АНХДАГЧ ӨМӨН БҮХИЙ ӨВЧТӨН БА ЖИШИХ  
ЭРҮҮЛ ХҮМҮҮСИЙН ӨВЧИЛСӨН АРХАГ ӨВЧНҮҮД**

Өвчилсөн өвчнүүд	элэгний анхдагч өмөн бүхий өвчтөнүүд		Жишиг групп		P
	тоо	% ± t	тоо	% ± t	
Элэгний архаг үрэвсэл	36	21,8±3,2	24	7,3±1,4	0,002
Элэгний хатуурал	6	3,6±1,4	1	0,3±0,1	0,002
Элэгний бэтэг	5	3,0±1,3	2	0,6±0,4	0,05
Сүрьеэ	5	3,0±1,3	3	0,9±0,5	0,05
Цусан суулга	6	3,6±1,4	4	1,2±0,6	0,05
Гэдэсний шимэгч хорхой	3	1,8±1,0	1	0,3±0,1	0,05
<b>БҮГД</b>	<b>61</b>	<b>37,0±3,7</b>	<b>31</b>	<b>9,4±1,6</b>	<b>0,002</b>

Дурдсан баримтаас үзэхэд манай нөхцөлд элэгний архаг үрэвсэл, хатуурал, бэтэг өвчинүүд ЭАӨ усэхэд нөлөөлдөг суурь өвчинүүд болж байгаа нь тохиолдлын чанартай биш юм. Мен архаг цусан суулга, шимэгч хорхой зэрэг ходоод, гэдэсний архаг өвчинүүд ЭАӨ усэхэд ямар нэг нөлөөтэй байж болох байна,

**ДУГНЭЛТ 1.** Вируст гепатит, архи, хоол тэжээлийн хүчин зүйлс нь манай оронд элэгний анхдагч өмөн үүсэхэд хамгийн их нөлөөтэй байна.

2. Элэгний анхдагч өмөн энэ эрхтний архаг өвчинүүдэд суурьлан үүсэх нь цөөнгүй байгаа учир манай оронд гепатологийн тусламжийг улам өргөтгэж, чанарыг сайжруулах шаардлагатай байна.

3. Вируст гепатитаас урьдчилан сэргийлэх, түүнийг амжилттай эмчлэх ба ялангуяа уг өвчинөөр өвчилсөний дараа архинаас татгалзаж, хоолны дэглэмийг чандлан сахих нь элэгний анхдагч өмөнгөөс урьдчилан сэргийлэх оновчтой арга мөн.

#### АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. В. В. Двойри, В. А. Кошев—Оценка достоверности статистических показателей коэффициент относительного риска. Вопр. онкол. 1980, 26, 2, 66—73.
2. А. К. Кулиева, О. Г. Григорян—К вопросу о первичном раке печени Здравоохран. Туркменистана. 1973, 5, 16—17.
3. Ю. Л. Розанов, В. А. Вояджан—О диагностике первичного рака печени Вопр. онкол. 1965, 11, 4, 7—13.
4. Фишзон-Рысс Ю. И. Могилевская И. А.—К этиологии и клинике первичного рака печени. Терапевт. архив. 1971, 43, 10, 14—18.
5. Bianchi L, Busachi C., Gudat F., Torhost G., Hepatocellular carcinoma. Cancer Campaign. 1982. No. 6 175—182
6. Bethke A. B., Schubert G. E. Primary hepatic cancer and liver cirrhosis autopsy study covering fifty years. Hepatogastroenterol. 1984, 31, No. 5 211—214.
7. Grice H. C., Moodie C. A., Smith D. C. The carcinogenic potential of aflatoxin or its metabolites in rats from dams fed aflatoxins pre-and postpartum. Cancer Res. 1973, 33, No. 2. 262—268
8. Helbig W., Voigt K. B., Zur Klinik des primären Leberkarzinoms. Kata-mnestischse Untersuchungen von 124 Patienten Arch. Geschwulstforsch., 1968, 31, No 2 158—183.
9. Michon T., Diebold G., Linchard T., Quenum G., Sankale M. Cancer primitif du foie et infection par le hepatite B au Sénégal. Comparaison des Sajets cancéreux avec deux groupes témoins. Biomed. Express. 1975, 23, No 7, 263—266.
10. Mpat M. M. M. A. Cancer primitif du foie: Situation actuelle au Zaïre. JARS Sel. Publ., 1984, No 63, 111—115.
11. Pene P., Boisson M. E. Cirrhoses et cancers primitifs du foie en zones tropicales. Cancers-primitifs foie 40 Congr. franc. med. Dakar, 1975, Paris, 1976, 77—88.

## ОСНОВНЫЕ ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ ВОЗНИКНОВЕНИЮ ПЕРВИЧНОГО РАКА ПЕЧЕНИ

Б. Доржготов, Н. Нямдава

Основными факторами, способствующими возникновению первичного рака печени в Монгольской Народной Республике являются вирусный гепатит, алиментарный фактор включая алкоголь, также сочетание этих факторов.

Количественная оценка этих факторов показал, что с перенесением вирусного гепатита связан самый большой риск заболевания ( $OP=6,7$ ), далее идет прием преимущественно мясную пищу перед сном ( $OP=2,4$ ), а у лиц, ранее перенесших вирусный гепатит и не правильно питающих относительный риск заболевания увеличивается до 8,9. После этого следует алкоголь. Для этого фактора относительный риск заболевания составляет 1,6 а у мужчин ранее перенесших вирусный гепатит и регулярно употребляющих алкоголь относительный риск заболевания вышается до 8,4.

Таким образом в условиях Монголии однообразный пищевой рацион и нарушение режима питания играет значительную роль в развитии первичного рака печени, особенно для лиц перенесших ранее вирусный гепатит.

В МНР основным фоном сопровождающим рака печени является цирроз печени (55,1%). В возникновении первичного рака печени значительную роль играют хронический гепатит, цирроз и эхинокк печени ( $OP=4,7$ ).

Профилактика и успешное лечение вирусного гепатита, тщательное соблюдение режима питания и отказ от алкоголя, особенно после перенесенного вирусного гепатита являются рациональными мерами профилактики первичного рака печени в условиях МНР.

Продукты, пораженные плесневыми грибами могут служить одним из факторов, способствующих возникновению первичного рака печени. Эти сведения указывают на целесообразность и необходимость расширения подобного рода исследований

Редакция 1986.07.15.

Б. БАТСЭРЭДЭНЭ (Аспирант)

О. М. ИВАИЮТА, А. В. ХРАМОВ, В. А. ШИНИБЕРОВ (Киев хотын уушгины эмгэг судлалын эрдэм шинжилгээний хүрээлэн)

## УУШГИНЫ ЭМГЭГИЙН ҮЕ ДЭХ ПРОТЕИНАЗЫН ИНГИБИТОРЫН ДУТАГДЛЫН ШАЛТГААН, ЭМЧИЛГЭЭНИЙ ЗАРИМ АСУУДАЛ

Уушгины өвчиний эмгэг жам судлалд удамшлын шинж чанартай хүчин зүйлүүдийн гүйцэтгэх үүргийг судлах нь орчин үеийн уушгины эмгэг судлалын гол чиглэлийн нэг болж байна. Амьсгалын эрхтийн өвчин үүсэхэд ферментийн эмгэгшил чухал нөхцөл бурдуулдэг нь тодорхой юм.

Ферментийн эмгэгшлийн дотроос багагүй судлагдсан нь  $\alpha$ -1 антитрипсины дутагдал юм. Уушгины эмгэг үүсгэх нэг хүчин зүйл болох  $\alpha$ -1 антитрипсины фенотипийн хувилбарын талаар олон тооны судалгаа хийгдсэн бөгөөд энэ чиглэлийн судалгаа суулийн 20-иод жилид улам эрчимтэй хөгжлөө. Гэвч өнөө болтол  $\alpha$ -1 антитрипсины дутагдалтай холбоо бүхий олон асуудал шийдвэрлэгдээгүй хэвээр байна. Бид энэ өгүүлэлд  $\alpha$ -1 антитрипсины дутагдлын зарим шалтгаан, нэхэн сэргээх эмчилгээний зарим аргын талаар хийсэн судалгааны үр дүнг мэдээлэх зорилт тавив.

Судалгааг 1984—1986 онд ЗХУ-ын Киев хотын Уушгины эмгэг судлалын эрдэм шинжилгээний хүрээлэнгийн бааз эмнэлэгт уушгины өвөрмөц бус архаг өвчтэй 252 өвчтөн, хяналтын 106 эруул хүнд хийв.

Өвчтэй хүмүүст  $\alpha$ -1 антитрипсины дутагдал хяналтын бүлгийнхээс 6,5 дахин илүү байлаа. Өвчтөний цэрийг шинжлэхэд тэдний 1/4 нь уушгины ингибиторыг дарангуйлж идэвхгүй болгох чадвартай бичил биетнийг агуулж байгаа нь илэрсэн юм. Энэ нь ингибиторын хоёрдогч дутагдал үүсэхэд эдгээр бичил биетэн зохих үүрэгтэй байж бол-

зошгүй гэсэн таамаглал дэвшиүүлэх боломж олгож байна. Нөгөө та-лаар уушгин дахь протеиназын ингибиторын дутагдлыг эмнэлгийн практикт оношлох нь нэлээд төвөгтэй асуудал юм.

Цэр, гуурсан хоолойн зайлдасыг шинжлэх нь эластозын эсрэг идэвхжлийг тодорхойлох, альбуминаар стандартчилах зэрэгт илүү үр дүнтэй хэдий боловч клиникийн практикт хэрэглэх боломж муутай байдаг.

Мөн протеиназ ингибиторын урвалд маш их хэмжээний олон төрлийн ферментийн эсрэг биетүүд оролцдог нь иммунохимийн аргыг хэргэлэхэд төвөгтэй болгож байна.

Ийм болохоор цусны ийлдсийн ингибиторын шинжилгээгээр уушгини ингибиторын системийн байдлыг тодорхойлох нь илүү үр дүнтэй.

Үүнтэй холбогдуулан онол арга зүйн тувшинд протеиназын болон протеиназын эерэг тэнцвэрийг зохицуулахад зөвхөн протеиназын ингибиторыг хэрэглээд зогсохгүй, протеиназын эсрэг систем үүсч бүрэлдэх зүй тогтол түүний механизмд нь нөлөөлөх хүчин зүйлийг ч эрж хайх хэрэгтэй болж байна.

Түүнээс гадна протеиназын ингибиторын дутагдлын эмчилгээний асуудал бас сонирхол татаж байгаа юм. Антибиотик нь ингибиторыг задлагч бичил биетэнд тодорхой хэмжээний дараангуйлах нөлөө үзүүлнэ. Ингэснээрээ ингибиторын системийн байдлыг нөхөн сэргээхэд шууд бусаар нөлөөлж байна. Мөн уушгин дахь бичил эргэлтийг сайжруулж цусны урсгалаас уушгинд орж ирэх ингибиторын хэмжээг нэмэгдүүлэх бас нэг арга бий юм. Үнийн зэрэгцээгээр контрикал, амбен, эпсилон аминокапроны хүчил зэрэг нийлэг ингибиторыг клиникт хэрэглэж болох юм. Энэ нь бидний судалгаа, манай бааз эмнэлгийн практикаар туршигдаж эмчилгээний тодорхой үр дүнтэй болох нь нотлогдлоо.

**Дүгнэлт. 1.**  $\alpha$ -1 нь антитрипсины дутагдал нь уушгини өвчтэй хүмүүсийг эрүүл хүнийхтэй харьцуулахад 6,5 дахин илүү тохиолдож байна.

**2.** Удамшлын гаралтай  $\alpha$ -1 антитрипсины дутагдлаас гадна уушгини өвчний үед хоёрдогчоор  $\alpha$ -1 антитрипсины дутагдал үүсч болно.

**3.** Цусны ийлдсийн ингибиторын шинжилгээгээр уушгини ингибиторын төлөв байдлыг тодорхойлох боломжтой.

**4.**  $\alpha$ -1 антитрипсины дутагдлыг нөхөн сэргээх эмчилгээнд амбен, контрикал, эпсилон аминокапроны хүчил зэрэг нийлэг эмийг хэрэглэхэд зохих үр дүнгээ өгч байна.

#### АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1 Под редакцией А. М. Уорда, Дж Уичера—Иммунохимия в клинической лабораторной практике. М. 1981. 186—196

2. Н. М. Петрунь и др—Изоферменты в медицине. Киев. 1982. 71—90.

#### НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ЭТИОЛОГИИ, ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ НEDОСТАТОЧНОСТИ ИНГИБИТОРОВ ПРОТЕИНАЗ У БОЛЬНЫХ

##### ЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИИ

Б. Батсээрээдэнэ, О. М. Иванюта, А. В. Храмов, В. А. Шиниберов

Исследование фенотипических вариантов альфа-1 антитрипсина у 252 больных заболеваниями легких и у 106 практически здоровых лиц контрольной группы показало, что выраженная недостаточность данного фактора у исследуемых больных обнаруживается в 6,5 раза чаще, чем у здоровых лиц.

Изучение мокроты больных неспецифическими заболеваниями легких позволило выявить микроорганизмы, способные инактивировать ингибиторы в легких, что подтверждает роль микробов развитии вторичной недостаточности ингибиторов.

Исследование нигибиторной емкости сыворотки отражает состояния, данных процессов в легких. Опыт применения протеиназ контрикала, амбена, эпсилона аминокапроновой кислоты в нашей клинике показал их высокую терапевтическую эффективность.

Редакций ирсэн 1987.01.27



рахад тэр эрхүүний бактерийн эмгэгтөрөгч сэргэн өвчин үүсгэдэг. Иймээс энэ өвчнийг амьсгалын бактерит цочмог өвчин (АЗБЦӨ) гэж нэрлэдэг.

Амьсгалын замын харшилт өвчинөөр хүүхэд өвчлөх тохиолдол их-сэх хандлагатай байгаа бөгөөд ихэвчлэн дархлаа харшлын, заримдаа харшил төстэй жамаар үүсдэг.

АЗВЦХ, АЗБЦӨ, АЗХЦӨ хэмээх дээрх гурван бүлэг өвчнийг эм-нэлзүйн шинжилгээний үндсэн аргаар өвчний эхлэлийн үед барим-жаалан ялган оношлож болох гурван гол хамшинж байгааг судал-гаагаар тодорхойлов. Үүнийг хүснэгтээр илэрхийлье.

### Хүснэгт I

## ХҮҮХДИЙН АМЬСГАЛЫН ЗАМЫН ЦОЧМОГ ҮРЭВСЛИЙН ЭМНЭЛЗҮЙН ХАМШИНЖИЙН ЯЛГАА

### 1. 1. Халдварталын хамшинж

Өвчиний бүлэг Өвчин эхлэх шинж тэмдэг	AZVCH	AZBCӨ	AZHCH
1. 1. 1. Үүсгэгч 1. 1. 2. Өвчин үүсэх эгшин	Вирус АЗВЦХ-аар өвчлөгсөдтэй учрах- Байна Ихэнхдээ цочмог	Ихэнхдээ бактер Хэт халууцах буюу даарах өлсөх, цангах. Байхгүй Ихэнхдээ цочмогдуу	Харшилтөрөгч Харшилтөрөгчийн давтан нөлөөлөх. Тодорхойгүй Ихэнхдээ гэнэт
1. 1. 3. Далд үе 1. 1. 4. Өвчин эхлэх шинж			

### 1. 2. Хордлогын хамшинж

1. 2. 1. Хордлого үүсэх Үеэс	Өвчин эхлэх Халуун түргэн нэмэгдэнэ	Хордлого ховор, хэрэв байвал хожуу эхлэнэ. Ихэнхдээ өвчиний 2—3 дахь хоногт аажим нэмэгдэнэ Ховэр бүдэг илрэнэ Хааяа	Хордлого Үүсэхгүй Халуурахгүй Тайван бус Ажиглагдахгүй
1. 2. 2. Халуурах шинж			
1. 1. 3. Мэдрэл сульдлын хам шинж			
1. 2. 4. Татаалцах шинж			

### 1. 3. Амьсгалын дээд замын саласт дотровчийн үрэвслийн шинж

1. 3. 1. Үрэвслийн эхлэл 1. 3. 2. Саласт дотровчийн өнгө	Цочмог жигд улаан, ихэнхдээ хөхөв- төр түяатай.	Цочмогдуу Судалтан жигд бус улайна.	Гэнэт (Үрэвсэл төстэй) Ихэнхдээ цайвардуу
1. 3. 4. Хамрын үрэвслийн илрэх зарим шинж	Хамар тагжрана. Найтаана.	Саласлаг нусаар хамар битүүрнэ.	Хамар загтнана.

Хүснэгт 1-д дурдсан халдвартархалт, хордлого, үрэвслийн шин-жүүд өвчиний эхний 1—2 дахь өдөр ялган оношлох боломжтой бөгөөд цаашид бактерын өвчинөөр амархан хүндэрдэг учир ялгах боломжгүй болно.

Амьсгалын замын цочмог үрэвслийн үед амьсгалын гууре, гуурсанцрын бэглөршлийг уушгины цочмог үрэвслээс ялгах нь чухал.

*Хүснэгт 2*

**ХҮҮХДИЙН АМЬСГАЛЫН ЗАМЫГ ЦОЧМОГ ҮРЭВСЛИЙН  
ЭРХТЭНД БАЙРШИХ ҮҮСГЭГЧЭЭС ХАМААРАХ НЬ**

Ямар эрхтэний үрэвсэл	Өвчин үүсгэгч		Үүсгэгчээс хамаарах өвчиний тохиолдлын %
	Гол үүсгэгч	Үүсгэж болох	
Төвөнхийн	Иж томуу РС—вирус	Томуугийн А, В, РС вирус, аденоvирус. Иж томуугийн З дахь хэв шинжит вирус,	50%
Амьсгалын гуурсанцар	РС—вирус	томуугийн А, В вирус, аденоvирус. Иж томуугийн З дахь томуугийн А,	75%
Ушгины үрэвсэл	Аль нь ч байж болно	“В, вирус аденоvирус РС-вирус, иж томуугийн 1—3 дахь хэв шинжит вирус, томуугийн А, В вирус	40%
Амьсгалын гуурс			40%

*Хүснэгт 3*

**АМЬСГАЛЫН ГУУРС, ГУУРСАНЦРЫН БӨГЛӨРШИХ ҮРЭВСЭЛ,  
УШГИНЫ ЦОЧМОГ-ҮРЭВСЛИЙГ ЯЛГАН ОНОШЛОХ**

**1. Өвчин үүсэх хүчин зүйл**

Өвчин үүсэх хүчин зүйл	Өвчин	Амьсгалын гуурс-гуурсанцрын бөглөршилт цочмог үрэвсэл	Ушгины цочмог үрэвсэл
4. 1. 1. Өвчин үүсгэгч 4. 1. 2. Хүүхдийн насны холбогдол 4. 1. 3. Хүүхдийн биеийн байдал		Ихэнхдээ РС вирус Ихэнхдээ нярай, нялх хүүхэд Шүүдэст, харшилт эмгэгшил	Ихэнхдээ бактер Бага насны хүүхэд Цус багадалт, шүүдэст эмгэгшил, сульдаа, турал зэрэг суурь өвчин

**2. Үрэвслийн хам шинж**

Өвчин	Гуурс-гуурсанцрын бөглөршилт цочмог үрэвсэл	Ушгины цочмог үрэвсэл
4. 2. 1. Ханиалгах шинж 4. 2. 2. Чагнахад сонсогдох хэрчигнүүр 4. 2. 3. Чагнахад амьсгалын шинж 4. 2. 4. Цээж тогшиход 4. 2. 5. Рентген гэрэлд	Хэрчигнэж ханиалгана Дунд, жижиг нойтон хэрчигнүүр амьсгал авах, гаргахад шигүү сонсогдоно. Амьсгал хэвийн ба ялимгүй сулхан Голдуу хөндий чимээтэй Гуурс-судасны сүүдэр тодорч, ушги тэлсэн байна.	Эмзэглэж ханиалгана Шаржигнасан хэрчигнүүр зөвхөн амьсгал авахад сонсогдоно. Амьсгал бүдэг сулхан, хоолойн өнгөтэй Голдуу бүдэг сулхан чимээтэй Гуурс-судасны сүүдэр тодорсон, голомтот сүүдэр харагдана.

### 3. Амьсгалын дутлын хам шинжийн онцлог

4. 3. 1. Амьсгалын байдал	Хэрчигнэн амьсгаадна.	Янцаглаж амьсгаадна.
4. 3. 2. Амьсгалах байдал	Амьсгал гаргахад саадтай удаан	Амьсгал авах, гаргах жигд
4. 3. 3. Амьсгал	Түргэндүү	Нэлээд түргэн

Эдгээр шинж тэмдгийг зөв тодорхойлон дүгнэж чадвал уул өвчнүүдийг ялган оношлох бүрэн боломжтой байдаг.

Гэхдээ оношоо баттай болгохын тулд ийлдэс судлал, ялангуяа иммунофлюресцент (ИФ), иммунопероксидаз (ИП), макрометод зэрэг хялбар бөгөөд түргэвчилсэн аргаар шинжилгээ хийх хэрэгтэй.

Хүүхдийн амьсгалын замын цочмог өвчиний үүсгэгчийн төрөл, хэвшиж, эмнэлэүйн хэлбэр, үрэвслийн байршил олон янз боловч эмгэгжамын үндсийг харгалзан халдвартай хамгааллын ба эмнэлэг хамгааллын дэглэм баримтлах, халдвартай хамгаалалтадаас сэргийлэхэд чиглэсэн бурдмэл, өвчиний үеийг харгалзсан дараалалтай, уялдаа хэмжээ хугацааг тохируулсан оновчтой эмчилгээг цаг алдалгүй шуурхай хийх зарчимтай.

### АМЬСГАЛЫН ЗАМЫН ЦОЧМОГ ҮРЭВСЭЛТЭЙ ХҮҮХДИЙН ЭМЧИЛГЭЭНИЙ ТАКТИКИЙН ТӨСӨЛ

Хүснэгт 4

Эмчилгээний учелэл	Өвчиний эхлэл, ид үеийн эмчилгээ	Эдгэрэх үеийн эмчилгээ
1	2	3
1. Халдвартай хамгааллын дэглэм	Хөнгөн өвчтөнийг гэр оронд нь тусгаарлаж хэвтүүлж эмчилнэ. АЗВЦХ-тай хүнд өвчтөнг халдвартын эмнэлэгт тусгаарлагчид хэвтүүлнэ. Байр, палатын дулаан 20—22 градус, даараахаар нимгэн, хөлрөхөөр зузаан өлгийдэж хувцаслах хэрэггүй. Цэвэр агаар хангалттай оруулна. Палатын агаарыг УФЛ-ээр 6—8 цаг тутам 10—15 минут ариутгана. 0,5—1%-ийн хлораминаар чийгтэй цэвэрлэгээ хийнэ. Хоол ундыг тохируулна. АЗВЦХ-ын эхний 3 хоногт өвчтөний хамарт хоногт 5—8 удаа интерферон дусаах буюу 2—3 удаа хоолойг утна. АКК-ын 5—8%-ийн усмал дусааж, хоолой утаж болно. Халуун буурахгүй, биесийн байдал сайжрах төлөвгүй	Байр, палатын дулаан 20—18 градус байна. Бусад нь адил
2. Өвчиний халдвартай хамгааллын дэглэм	Байранд цэвэр агаар байнга оруулна. Халдвартай хамгааллын дарах антибиотик, сульфаниламид зэрэг эмийг цусны цагаан цогцсын тоо, түүний томьёо хэвийн болтол хэрэглэнэ.	

1	2	3
3. Үрэвсэл намдааж арилгах эмчилгээ.	<p>2—3 хоновол антибиотик, сульфаниламид хэрэглэнэ. Антигистамин, пиразолоны бэлдмэл хэрэглэж болно. Гичийн 37 градусын бүлээн усанд 2 хелийг өвдөг өнгөртөл дүрж хөлөөс холуур халзан Усыг 39 градус хүртэл нэмж 10 минут байлгаад арчиж дулаан хувцаслана. Хоолой, цээжинд гичийн бигнуур наасан ч болно. Харин халуун уураар утаж болохгүй. Хэрэв утвал 18—20 градусын бүлбэгэр бүлээн шингенээр утах хэрэгтэй. Цэр их болж амьсгалын зам бөглөвшөхөд хүрвэл атрапиниыг биесийн 0,0001/кг-д бодож 6—8 цагийн зайтай бүгд 2—4 удаа хэрэглэж цэр ялгарахыг намдаах хэрэгтэй. Атропиниыг их тунгаар буюу 1—2 хоногос удаан хэрэглэж хэрхэвч болохгүй. Бас глюкокортикостероидыг хэрэглэвэл сайн. Цээжийг доригоож хөнтрөгэн байлгаж цэрийг соруулах хэрэгтэй. Амьсгалын зам бөглөрөх төлөвтэй үед өвчтөнг эмнэлэгт хэвтүүлнэ. Аскорбины хүчил, рутин хэрэглэнэ.</p> <p>Амьсгалын зам нус цэрээр бөглөрших үед хүүхдийг хөхүүлэх хооллохын өмнө хамарт 1—2%-ийн содын усмал дусааж 3—4 минут болгоод цэвэрлэж 0,02%-ийн фурацилини, 0,5%-ийн эфедриний усмал дусаана.</p> <p>Төвөнх, амьсгалын гуурс, гуурсанцаар бөглөршихөд хүрвэл үрэвсэл намдаах дээрх эмчилгээг цаг алдахгүй хийнэ. Цэргүй багтрас шинж илэрвэл эуфиллин 3—10 мг/кг-д хэрэглэнэ. Харин өвчиний эхний үед адrenomиметик (адреналин, эфедрин) хэрэглэх нь зохижгүй. Амьсгалын дутлын I зэ-</p>	<p>Цэр шингэлэх ховхлох эмийг цөөн хоног хэрэглэнэ. Физик эмчилгээ хэрэглэж амьсгалын гимнастик хийлгэж хөдөлгөөний бага багаар дасган нэмэгдүүлнэ. Идээрхэг цэртэй байвал иодын усмал уулгана.</p> <p>Сод, ферментийн 34—36 градусын уусмалаар утна.</p> <p>Цэр ихэдэвэл цээжийг доригоож хөнтөргэн байдалтай болгож соруулж цэвэрлэнэ. Энэ үед эуфиллин, атропин хэрэг ханиалга дарах эм хэрэглэж болохгүй.</p>
4. Амьсгалын дутлын эмчилгээ		<p>Үрэвсэл намсан Үед амьсгал дутлын I зэрэгээс эхлэн амьсгал гүнзгийрүүлж цусны эргэлт сэргээх иллэг, гимнастик, суух босох, явах зэргэг хөдөлгөөнийг бага багаар нэмэгдүүлж хэвийн идэвхтэй байдалд шилжүүлнэ.</p>

1	2	3
5. Хоргүйжүүлэх, аминд халтай шинж тэмдгийн эмчилгээ	<p>рэгт агаарын II зэрэгт агаар, хүчилтөрөгчийн, III зэрэгт агаар, хүчилтөрөгч хэрэглэж хүчилшил дарах эмчилгээ хийнэ. Иймээс амьсгалын дутлын II, III зэргийн үед өвчтөнг эмнэлэгт хэвтүүлж эмчилнэ. Амьсгалын дутагдалтай I өвчтөнд б хавтгай метр талбай шаардагдана.</p> <p>Хоргүйжүүлэх нийтлэг эмчилгээнд шингэн сэлбэж шээлгэх, (15—20%-ийн глюкоз, реполиглюкин, сийэн), хор шингээж ялгарах (гемодез, альбумин, өтгөн сийвен) хордлого дарах (траслил, контрикал, гоффлокс, зэрэг) бэлдмэлүүдийг хэрэглэхээс гадна зарим өвчний хордлогын үед өвөрмөц дархлаа сэлбэх бэлдмэлүүдийг (томуу, стафилококкын эсрэг гаммаглобулин зэргийг хэрэглэнэ.</p>	<p>Бодисын солилцоог нь эрчимжүүлэх шингэн эрдэс, витамины засал эмчилгээг зөв хослуулан биеийн хүчилшилийг арилгана.</p>
6. Тэнхрүүлэх, тордох эмчилгээ	<p>Хүүхдийн хоногийн хоолны илчлэг, эрдэс, шингэн, витамины хэрэгцээг тооцоолж дутагдаж байгаа зүйлийг хооллох боломжгүй хүнд үед цус, сийвен, альбумин, протейн, аминостерол, глюкоз, эрдсийн уусмалаар нөхөх хэрэгтэй.</p>	<p>Хоногийн хоолыг тооцоолон хангах, жимс жимсгэнэ, ногооны шүүс өгнө. Бодисын солилцоо идэвхжүүлэх, хамгаалах үйлийг сэргээн бэхжүүлэх, гэмтсэн эд эсийг нөхөн сэргээх эмчилгээ хийж, эмнэлэг хамгааллын дэглэм баримтлана.</p> <p>Ялангуяа C, E, A, pp, витамин хэрэглэнэ.</p>

**БИЕИЙН ЭСЭРГҮҮЦЭЛ, ДАРХЛАА СЭРГЭЭХ  
ЗАРИМ БЭЛДМЭЛ**

Бэлдмэлийн нэр	Бэлдмэлийн эмчилгээний үйлчлэлийн чиглэл						
	Нуклеинны хүчлийн нийтийгшил идэвхжүүлэх	Лейкоцитоз фагоцитоз идэвхжүүлэх	В-лимфоид тогтолцоо сөрөөх	Т-лимпиоид тогтолцоо Т-супрессор сэргээх	Глюкостероид нийтийгшил идэвхжүүлэх	Хэрэглэх тун	Хэрэглэх хугацаа
Пентоксил	+	+			+	0,0015/кг-д, хоногт 3 удаа	10—14 хоног
Оротат кали	+				+	0,01—0,02/кг-д хоногт 2—3 удаа	20—30 хоног
Метацил	+	+	+		+	0,005/кг-д, хоногт 3 удаа	10 хоног
Нуклеинат натри	+	+	+		+	0,002/кг-д, хоногт 3 удаа	10 хоног
Дибазол		+	+			0,0001/кг-д, хоногт 1 удаа	7—10 хоног
Тимазин	+	+	+	+	+	0,00015—0,0002/кг-д хоногт 1 удаа	5—10 хоног
Левамизол	=	+	+	+	=	0,002/кг-д, 3 хоногт 1 удаа	Гурван долоо хоног

Тайлбар: Эмийн үйлчлэлийг + тэмдгээр тэмдэглэв.

Редакцийн ирсэн 1987. 03. 11

**Э. ЛУВСАНДАГВА, Н. УДВАЛ (Эх нялхсыг хамгаалах эрдэм шинжилгээний хүрээлэн)**

**ХҮҮХДИЙН ГУУРСАН ХООЛОЙН ЦОЧМОГ ҮРЭВСЛИЙН  
ҮЕД ХИЙХ ЭМИЙН БУС ЭМЧИЛГЭЭ**

Гуурсан хоолойн цочмог үрэвсэл нь амьсгалын замын вирусийн халдварын илрэл, хүндрэл хэлбэрээр хүүхдийн дунд өргөн тархсан өвчин юм. Гуурсан хоолойн цочмог үрэвслийн үеийн эмчилгээ нь амьсгалын замыг халдвартгуйжүүлэх, гуурсан хоолойн агшилт, хавагнашил, бөглөрөлтийг багасгах, цэр салстыг шингэлэх, ховхлох, гаргах, гуурсан хоолойн салстын нөхөн төлжилтийг сайжруулах, үрэвслийг намдаахад чиглэгдсэн иж бүрэн байх шаардлагатай юм.

Энэ зорилгоор олон төрлийн үйлчилгээ бүхий яз бүрийн эмийн бодисыг хэрэглэж байгаа боловч эмийг үндэслэл муутай эмх замбарагүй хэрэглэснээс эмийн харшил үүсч, энэ харшилд амьсгалын замын эрхтэн өртөгдж оношлогоо, эмчилгээнд хүндрэлтэй байгаа учир

гуурсан хоолойн цочмог үрэвслийн үед эмийн бус эмчилгээг өргэн хэрэглэх шаардлага практик амьдралаас урган гарч байна

Эмийн бус эмчилгээ нь гуурсан хоолойн цочмог үрэвслийн үеийн эмчилгээний дээрх шаардлаганд бүрэн нийцэж, өвчинийг төгс өдгөүүлэх, өвчин ужиграх, архагших, дахихаас сэргийлэх найдвартай арга болж байна.

Гуурсан хоолойн цочмог үрэвслийн үед эмийн бус эмчилгээнээс ургамал эмчилгээ, утлага, цээжинд горчичниктой ороолт, иллэг хийх, цэрийг механик аргаар гадагш гаргах УВЧ, электрофорез хийх, зүүтавих зэрэг аргыг хэрэглэнэ.

**УРГАМАЛ ЭМЧИЛГЭЭ.** Ургамлын химийн бүтэц нь хүний бие махбодийн бүтэцтэй төстэй, найрлагандаа алкалоид, гликозид, фермент, витамин биоэлемент агуулсан байдаг учраас үйлчилгээ нь өргөн хүрээтэй, хэрэглэх үед хорт үйлчилгээ, хүндрэл багатай, өвчний эхэн, ид, эдгэрэлтийн үед халдвартгүйжүүлэх, үрэвслийн эсрэг, бие махбодын хамгаалах урвалыг байлгах, эмийн бодисын хорт нөлөөг багасгах зэрэг үйлчилгээг нэгэн зэрэг үзүүлдэг учраас бусад эмийн бэлдмэлүүдээс ургамал нь давуу талтай юм. Гуурсан хоолойн цочмог үрэвслийн үед хэрэглэх эмийн ургамлыг үйлчилгээний байдлаар доорх хэлбэрээр ангиана. Үүнд:

1. Агшилт намдаах үйлчилгээтэй ургамал: (аньс, гоньд, бамбай, хамба шарилж)
2. Үрэвслийн эсрэг үйлчилгээтэй ургамал (хусны навч, зуун наст, аньс, таван салаа)
3. Антисептик үйлчилгээ бүхий ургамал (хусны навч, хушны навч, таван салаа, арц)
4. Вирусийн эсрэг үйлчилгээтэй ургамал (сонгино, сармис)
5. Харшлын эсрэг үйлчилгээтэй эмийн ургамал хусны навч, чихэр өвс)
6. Цэр шингэлэх, ховхлох үйлчилгээтэй ургамал (гоньд, таван салаа, алтай, термопсис, чихэр өвс)
7. Халуун бууруулах, хөлөргөх үйлчилгээтэй эмийн ургамал (хусны навч, хамба шарилж, аньс)
8. Иммунобиологийн хамгаалалтыг дээшлүүлэх үйлчилгээтэй ургамал, (хүн хорхойдоон ханд, нимбэгний ундаа)
9. Витамины комплекс, биоэлемент агуулсан эмийн ургамал (халгай, аньс, нохойн хошуу)

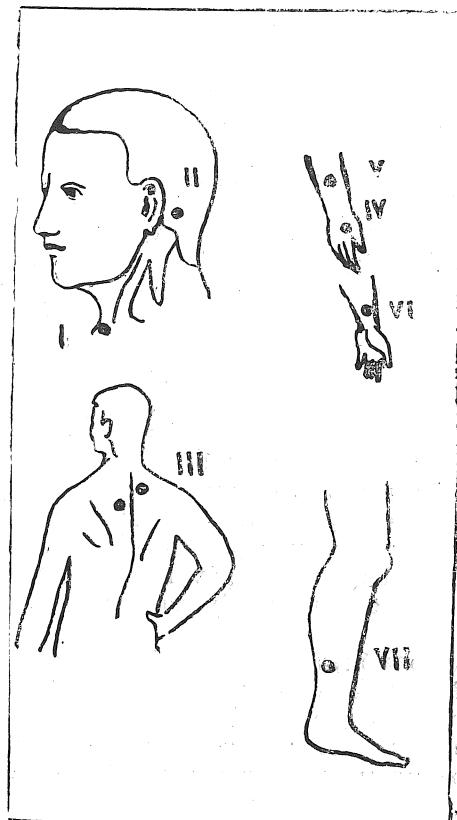
Эмийн ургамлыг гуурсан хоолойн цочмог үрэвслийн үед 3—5%-ийн уусмал, шүүс, ханд, чанамал хэлбэрээр ууж утлага хийнэ.

Нэг нас хүртэлх хүүхдэд 100—400 мл усанд хагас цайны халбага, 1—3 насанд нэг цайны халбага, 3—7 насанд 10 г, 7-оос дээш насанд хоолны халбага хуурай эмийн ургамал хийж бэлтгэнэ. Бэлтгэсэн чанамал, хандаас хүүхдэд өдөрт 4—6 удаа хооллохоос 30 минутын өмнө 10—15 граммаар бүлээгэж өгнө. Утлаганд хэрэглэх ханд, чанамалыг хэрэглэхийн өмнө 5—10%-ийн уусмалаар бэлтгэнэ. Өвчний эхний үед 3—4 хоног хөлөргөх, үйлчилгээтэй эмийн ургамлыг цай хэлбэрээр хэрэглэнэ. Утлаганд хэрэглэх эмийн ургамлыг хүүхдийн насланаас хамаарч 15 дуслаас 3 мл-ээр өдөрт 3—4 удаа хэрэглэнэ. Өвчний эхний үед саримс, сонгины шинэ бэлтгэсэн хандыг хэрэглэнэ. Өвчин эдгэрэх үед сормослог хучих эдийн үйл ажиллагаа, нөхөн төлжилтийг сайжруулах зорилгоор зуун настын хандыг хэрэглэнэ.

Мөн хүн хорхоодойн хандыг нас тутамд нэг дуслаар бодож хоногт 3 удаа, 3—6 долоо хоногийн турш ууж хэрэглэнэ. Нохойн хошуу, үхрийн нүдийг 1:1-ийн харьцаатайгаар витамины цай хэлбэрээр өдөр бүр хэрэглэж болно.

**УТЛАГА ЭМЧИЛГЭЭ.** Утлагыг хүүхдийн нас, хэрэглэх үеийн орчин нөхцөл зэргээс хамаарч задгай амтай сав цорготой данх, утла-





I. Овчүүний сэтэрхийний цэг.

II. Толгойн арын цэг (хос)

III. Хүзүүний төвгөрийн цэг

IV. Гарын I, II хурууны салааны угийн  
цэг хос

V. Гарын шууны цэг (хос), шууны доод  
гурвалын нэгт оршино.

VI. Бугуйн дотор талын цэг (хос)  
Бугуйны үенээс 1,5—2 см орчим дээш  
байна.

VII. Нарийн шилбэний дотор талын цэг  
(хос) шагайны дотор талаас 3,5—4  
см дээш оршино.

Редакцийд ирсэн 1986—05—05.

**Б. ЖАВ (Анагаах ухааны дээд сургууль)**

**ЭХ БАРИХУЙН ПРАКТИК ДАХЬ ГЕМОРРАГИЙН ШОК**

Хэвийн байрласан ихэс цагаас уртаж ховхрох, ихэс түрүүлэх, умай урагдах, төрсний дараах эрт үеийн умайн гипо, атони цус алдарт болон бусад хүндрэл нь геморрагийн шок үүсэх шалтгаан болдог.

Цус алдахад эргэлдэх цусны болон судсан дахь цусны урсгалын хэмжээ багассанаас үүсэх үл зохицолдоо геморрагийн шокийн эмнэл зүйн явцад чухал нөлөөтэй. Эргэлдэх цусны хэмжээ багасахад артерийн даралт буурч, зүрхний нэг удаагийн ба минутанд цохилох хэмжээ болон түүний зүүн тал уруу буцаж орох венийн цусны эргэлт багасна. Эдгээр өөрчлөлттэй уялдаж:

Нэгдүгээрт судаснуудын урсгалд цус дахин хуваарилагдана.

Хоёрдугаарт аутогемодилюци буюу эд, эсийн хоорондох шингэн цусны эргэлтэнд орж, биений шингэн дахин хуваарилагдана.

Гуравдугаарт вазомоторын төвийн үйл ажиллагаа идэвхжиж цусан дахь катехоламинууд, серотонин, бусад бодисын хэмжээ ихсэж, хязгаарын судсууд агшина.

Эргэлдэх цусны хэмжээний 20%-иас их биш (1000 мл) цус алдахад эхний 2 механизмын үед цус алдахыг зохицуулах боломжтой. Төвийн судаснуудын торлогт хоол боловсруулах зам, булчингууд, арьсан доорх сүлжээнүүдээс цус орно. Ийнхүү цус шингэрч эритроцитын тоо цөөрөн гемоглобины концентрац багасна.

Эргэлдэх цусны 20—25%-тай (1000—1200 мл) тэнцэхүйц хэмжээний цус алдахад дээр дурдсан эхний 2 механизм цус алдахыг зохицуулах боломжгүй болж судаснуудын урсгалын венийн хэсэг агшина.

Ингэж биед хамгаалах урвал буй болж, хязгаарын судсууд агшин, өөрчлөлт гүнзгийрэх тутам цусны бичил эргэлт өөрчлөгдөж өвчтөн шокын эргэшгүй хүнд хэлбэрт орно. Цусны бичил эргэлтийн өөрчлөлт доорх байдлуудаас шалтгаална.

1. Судсууд агшсаны улмаас артериовенозны холбоосууд нээгдэж, капилляруудад цусны гүйдэл багасна. 2. Судсууд өргөсөж эдийн хүчилтөрөгчийн дутагдал ихсэн, уйл ажиллагаанд оролцоогүй байсан капиллярууд нээгдэнэ. Цусны гүйдлийн 5—15% нь капиллярын урсгал юм. Капиллярын торлог өргөсөж цусны ба судасны урсгалын хэмжээний хоорондох зөрүү улам ихэнэ. Эдгээрээс болж хязгаарын судсан дахь цусны урсгал удаашран, гипо ба анокси гүнзгийрч, гистамин дуттуу исэлдэн бусад бодис хуримтлагдана. Нэгэн зэрэг төвийн гемодинамик өөрчлөгдөнө. Тухайлбал зүрхний минутанд цохилох хэмжээ ба венийн цусны эргэлт багасаж, артерийн дараалт буурна.

3. Улам гүнзгийрч буй хүчилжилтийн суурин дээр дотоод системийн идэвхжлээс шалтгаалж судсанд цус түгээмлээр бүлэгнэнэ. Хэврэгшсэн эритроцитууд хайлах, агглютинацаас (наалдуулга) хамаарч чөлөөлөгдсөн цусны тромбопластинууд нь бүлэгнэлтийн систем идэвхжихэд гол үүрэг гүйцэтгэнэ.

Хязгаарын цусны гүйдэлд фибрин тромбууд үүсэж эдийн тодорхой хэсэгт хүчил бүхий сөнөрөл, үхжлийн процесс үүснэ. Лабораторийн шинжилгээнд хэрэглээний цус бүлэгнэлтийн эмгэгийн процесс гүнзгийрч байгаа шинж илрэхийн сацуу шокын энэ шатанд нэн хүнд явцтай цус алдах хүндрэл эхэлнэ. 4. Шок улам хүндэрч эргэлтгүй болно. Фибрин уусгах систем идэвхжиж судсанд цус бүлэгнэнэ. Бүлэнгүүд уусаж цусны гүйдэлд саад учруулахгүй байж болох боловч эрхтнүүдэд гарсан өөрчлөлтууд сэргэх боломжгүй болно.

Геморрагийн шокын улмаас хязгаарын судсууд нарийч, агшмагц:

1. Цусны реологийн шинжид гарсан өөрчлөлтүүд улам гүнзгийрч цусны гүйдэл удааширч зогсонги байдалд орно.

2. Эд, эс хүчилтөрөгчийн дутагдалд орж, хүчилжилтэнд нэрвэгдсэнээс сөнөрөл, үхжил үүснэ.

3. Хэврэгшсэн эритроцитууд хайлж цус судсанд түгээмлээр бүлэгнэх хам шинж гарна.

Геморрагийн шокын үед цус өтгөрснөөс урсгал удааширна. Эдгээр өөрчлөлтөөс болж эргэлдэх цусны зарим нь хязгаарын судсуудад тогтох, түүний форменные элементүүд нь эвдэрнэ. Жижиг судсуудаар урсах цусны гүйдэл удааширч, эритроцитууд сийвэнгээс ялгарч капилляруудад тунана. Сийвэнгүй болсон эритроцитууд судсаар урсах чадвараа алдаж, бөөгнөрөн хөдөлгөөнгүй болно. Эдгээр эритроцит хайлсны улмаас тромбопластин ялгарна. Ийнхүү эритроцитууд хайлснаас үүсээн тромбопластинууд цусны урсгалд орж судсанд цус бүлэгнэх процессыг түргэсгэнэ. Фибриний утаслагууд эритроцитийг оросны улмаас цусын тромбопластинуудад тунарсан бөөмхөн үүснэ. Эдгээр бөөмхөн цусны бүтцийн жигд, хэвийн чанарыг улам алдагдуулна.

Геморрагийн шокын үед аутогемодилицийн процесс үндсэндээ судас эсийн гаднах шингэнээр зохицуулагдана. Эсийн гаднах шингэн бийн жингийн 20%-тай тэнцэнэ. Судасны хана бол түүний гаднах, судсан доторх судасны зааг юм. Судасны гаднах, судсан доторх шингэн биеийн жингийн 15% (10,5 л) ба 5% (3,5 л)-тай тус тус тэнцэнэ.

Орчин үед бие махбод эритроцитын нийт хэмжээний 35%-ийг алдаагүй байхад амьдрах чадвартай, харин сийвэнгийн нийт хэмжээний 30%-ийг алдахад амьдрах боломжгүй болдог нь тогтоогджээ. Ийм

Учраас судасны гаднах шингэний оролцоотойгоор аутогемодилюцийн процесс явагдах нь цус алдагдах үед бие махбодын зохицох механизмын чухал хэсэг юм. Цусны урсгалд шингэн байх нөхцөлийг коллоид-осмосын хэвийн даралт бурдүүлнэ. Коллоид осмосын даралт хэвийн байх нөхцөлийг бурдүүлэхэд цусан дахь альбумин (молекулярны масс 60,000—70000) чухал үүрэгтэй. Цус алдах үед их хэмжээний альбумин алдагдана. Ийм учраас альбумины алдагдлыг нөхөлгүйгээр шингэн эм сэлбэхэд эд хавагнана. Эсийн доторх, гаднах шингэний хэмжээний хоорондох зохицолдооны өөрчлөлт, хязгаарын цусны гүйдлийг хямралд оруулахын сацуу эдийн метаболизмын өөрчлөлтийг гүнзгийрүүлнэ.

Даамжрах явцтай эдийн хүчилтөрөгчийн дутагдал нь агааргүй орчинд явагдах эсэлдэх процессыг түргэтгэж, агааргүй орчны эдийн солилцооны хүчилжилт үүснэ. Хүний биед байгаа өвчинүүдтэй холбоотойгоор хүчил-суурийн байдал өөрчлөгдсөн нөхцөлд их биш хэмжээний цус алдмагц эдийн солилцооны хүчилжилтэнд амархан орно. Тухайлбал нефропатийн II—III зэрэгтэй жирэмсэн эмэгтэйд эдийн солилцооны хүчилжилт (В 19,3 ммол/л, ВЕ-6,0 ммол/л) байнга үүснэ. Үүнээс үзэхэд хүнд хэлбэрийн хожуу хордлоготой төрсөн эхэд цус алдмагц хүчил-суурийн ээнэгшилгүй эмгэг байдал үүсдэгийг нотолж байна. Нэн өртөмтгийн энэ бүлэгт зүрхний олдмол гажигтай, төмөр дутагдлын цус багадалттай, артерийн даралт багатай, бусад эрхтэн системийн өвчинтэй жирэмсэн, эхчүүд хамаарна.

Бие махбодод гликогены нөөцөөс глюкоз зарцуулагдан хүчилтөрөгчийн дутагдлын эсрэг хамгаалах урвал үүснэ. Гэхдээ гликолизын процессын метаболизм өөрчлөгдсөнтэй уялдаж хүчилжилтийн явц, хүндрэл улам ихэнэ. Даамжрах явцтай шокын үед эсүүдийн мембранны нэвтрүүлэх чанар ихсэж, эсүүдийн ферментийн тоо хомсдоно.

Шок үүсэхэд простагландинуудын идэвхжил чухал нөлөтэй. Цочролын нөлөөгөөр тромбоцитын фосфолипид метаболизмд шилжсэний улмаас простагландинууд, тромбоксан, простациклин үүснэ. Тромбоксанууд, тромбоцитуудын агрегацаах явцыг түргэсгэхийн зэрэгцээ простагландинуудтай хослон үйлчилж судсуудыг нарийсгана. Төрөлтийн явцад дотоодын гаралтай простагландинуудын хэмжээ ихэсдэг, Энэ нь төрсөн эхэд шок үүсэх нөхцөлийг бурдүүлж болно.

Эрчимт эмчилгээгээр өвчтөнг геморрагийн шокийн хүнд шатнаас гаргаж болно. Өвчтөний цаашдын тавилан гагцхүү амин чухал эрхтнүүд гэмтэх байдал хугацаа, хүнд хөнгөнөөс шууд хамаарна. Шокын үед янз бурийн эрхтэнд үүссэн гэмтэл харилцан адилгүй байдаг. Геморрагийн шоктой байхад уушгинд хүнд явцтай өөрчлөлт гарна. Энэ өөрчлөлт уушгины цочмог дутагдлаар илэрнэ. Уушгины цочмог дутагдал олон янзын шалтгаанаас үүснэ. Үнд: эрхтэний их биш хэмжээний эцсийн нөөц, бага даралтын системд уушгины цусны эргэлтийн ажиллагааны байдал, шокын үед гарсан гэмтлийн хүнд хөнгөн, судсанд цус түгээмлээр бүлэгнэж уушгины капилляруудад бичил нөжиurmөг тунарсан, хэт их хэмжээний цус юулсэн зэрэг шалтгаан орно. Уушгины цочмог дутагдлын үед түүний эдүүд хэсэг газар хатуурахаас гадна жижиг хэмжээний цусан харвалтууд үүснэ. Мөн эмфизем, ателектазийн өөрчлөлтүүд хосолсон байна.

Геморрагийн шоктой байхад бөөрний цусны эргэлт эрс багасна. Бөөрний эдүүд хүчилтөрөгчийн дутагдалд орно. Бөөрний судсуудад фибрин тунарч, сувганцаруудад үхжил үүснэ. Ийнхүү өвчтөн бөөрний цочмог дутагдалд орно.

Геморрагийн шок үүссэнтэй уялдаж порталын системд цусны эргэлт эрс багасна. Өөрөөр хэлбэл элэгний цусан хангамж хомсдоно. Хүчилтөрөгчийн дутагдалд элэгний эсүүд нэн эмзэг байдаг. Шокийн үед артерийн даралт буурахад элэгний гэмтлийн байдал ургэлжилсэн хугацаа, уг эрхтэний өөрийн үйл ажиллагааны чадавхиас шалтгаална.

Жирэмсний хожуу хордлого, элэгний үйл ажиллагааны архаг дутагдалтай хавсарсан тохиолдолд өвчтөний цаашдын тавилан ээдрээтэй болно. Шокын үед элгэнд гарах морфолог ба үйл ажиллагааны өөрчлөлтүүдийг шокын элэг хэмээн нэрлэдэг.

Аденогипофизи цусан хангамж эрс багасаж, судсанд цус түгээмлээр бүлэгнэж, эдүүд үхжинэ.

## СУДСАНД ЦУС ТҮГЭЭМЛЭЭР БҮЛЭГНЭХ ХАМ ШИНЖИЙН ЭМГЭГ ЖАМ

Цус алдах үед бие махбодод түүнийг зогсоох хамгаалах урвал буй болно. Энэ урвалыг гемостаз буюу цус тогтолт гэж нэрлэнэ. Цус алдахыг тогтооход судасны орчны эдүүд, судасны хана, сийвэн дэх цус бүлэгнэлтийн хүчин зүйлс, цусны үндсэн элементүүд (Эритроцит ба лейкоцитууд) ба тромбоцитууд оролцно. Цус тогтооход судастромбоцитын (венул, артериол, капиллярас цус алдвал) ба бүлэгнэлтийн (тсмоохон хэмжээний судсуудаас цус алдахад) гэсэн хоёр голлох механизм чухал уурэгтэй. Цус алдахад эдүүд ба ихэсийн прокоагулянтууд харилцан үйлчлэх явцад эдийн тромбопластин идэвхжин цус бүлэгнэхийг нөхцөлдүүлснээр фибриний тромбо үүснэ.

Судасны системийн үйл ажиллагаа хэвийн байхад төрөлхийн антикоагулянтууд (антитромбопластин, антитромбин, гепарин, фибрин уусгах систем), идэвхгүй байдалд байгаа сийвэнгийн бүлэгнуулэх хүчин зүйлс, бусад нөлөөлөх үйлчилгээний үр дүнд цусны шингэн хэсэг эргэлтэнд байна. Гэвч билемахбодын нэлээд олон эмгэгийн үед судасны битүү системийн дотор цус бүлэгнэж судсанд цус түгээмлээр бүлэгнэх хам шинж цочмог, цочмогдуу, архаг явцтайгаар үүснэ.

Ихэс, ховхорсон эд, ургийн бүрхүүл хальсанд их хэмжээний эдийн тромбопластин, протромбин, фактор V, VII, XIII байдаг. Ийнхүү ихэс, бүрхүүл хальс бүлэн уусгэх шинжтэй учраас ихэсийн талбайн судсуудад тогтвортой гемостаз болно.

Хэвийн байрласан ихэс цагаас урьтаж ховхорсон, ураг хавийн усаар бөглөрсөн, умайн атони үүссэн нөхцөлд ихэс, ургийн хальсны бүлэнжүүлэх бодит биес судсуудад цус түгээмлээр бүлэгнэх хам шинж үүсэхэд оролцно. Ихэнх тохиолдолд цусны бичил эргэлтэнд гарсан даамжрах явцтай эмгэг-физиологийн өөрчлөлтүүдийн дагавраас үүдэгдэж эх барихын практикт судсанд цус түгээмлээр бүлэгнэх хам шинж үүснэ. Шокын эхний шатанд цусны бүлэгнэх шинж ихэснэ. Цусны формены элементүүдийн зогсонгишил, агрегацлал, хайлалт, тромбопластин чөлөөлөгдөх нь түүний реолог чанарыг муутгаж судсанд цус түгээмлээр бүлэгнэх хам шинж үүсэх гол механизм болно.

Цусны фибрин уусгах систем коагулопатийн хам шинжийн эмгэг жамд онцгой нөлөөтэй. Фибрин уусгах системийн идэвхжлийн эсрэг цус хэт бүлэгнэх хариу урвал нь бие махбодыг хамгаалах боломжийг бүрдүүлнэ. Фибрин уусгахыг дарангуйлснаар бөөрний цочмог дутагдал, бусад цуллаг өрхтнүүдэд эргэшгүй өөрчлөлт үүсэхээс сэргийлнэ. Фибрин уусах нөлөөгөөр фибрин, фибриногены задралын бүтээгдэхүүн задаралын бүтээгдэхүүн гүйдэлд орно. Өөрөөр хэлбэл фибрин, фибриноген уусаж өндөр цусны гүйдэлд орно. Өөрөөр хэлбэл фибрин, фибриноген үүсэхээс Ийнмолекулын фракцууд, задарсан бүтээгдэхүүн, пептидууд үүснэ. Ийнхүү цус бүлэгнэлтийн эмгэг үүсэхэд фибриногены задралын бүтээгдэхүүн чухал үүрэгтэй. Эдгээр бүтээгдэхүүн фибрин олшрох процессыг өөрчилж, тромбоцитын үүргийг дарангуйлна. Үүний үр дүнд шархны хэсэгт (ихэсийн талбай, мэс заслын шарх) гемостазын хэвийн процесс явагдах нөхцөл бүрдэхгүй болно. Фибриногены задралын бүтээгдэхүүн (ФЗБ) жирэмсний хожуу хордлого, зарим эрхтэн системийн өвчин, пиелонефрит, төмөр дутагдлын цус багадалт зэрэг хүндрэлийн үед үүснэ.

Судсанд цус түгээмлээр бүлэгнэхэд фибрин уусгах системийн идэвхжил нь бичил бүлэнгүүд арилах, хязгаарын судсуудын хэлхээсний нэвтрүүлэх чадварыг сэргээнэ. Судсанд цус түгээмлээр бүлэгнэх хам шинж ужгирах тутам бичил бүлэнгүүд их хэмжээтэйгээр уусч, эцэстээ фибрин уусгах системийг хомсдуулна. Энэ үед гол эрхтнүүдэд эргэшгүй өөрчлөлт гарна. Жирэмсний хожуу хордлогын үед судсанд цус түгээмлээр бүлэгнэх хам шинжийн архаг хэлбэр уусч фибрин уусгах системийг хомсдуулна. 1970 онд З. Д. Федорова судсанд цус түгээмлээр бүлэгнэх хам шинжийг явцаар нь дараах шатлалд хуваажээ. Үүнд: I-цусны хэт бүлэгнэх; II-фибрин уусгах идэвхжил тархмал болоогүйгээр бүлэгнэлт багадах; III-фибрин уусгах идэвхжил тархмал болсон бүлэгнэлт багадах; IV-цус огт бүлэгнэхгүй болсон шат.

I шатанд калликреинкинин ба комплементар систем идэвхжин, цус хэт бүлэгнэж, цусны эсүүд судсанд агрегацлагдана. Үүнээс болж гол эрхтнүүдэд бичил эргэлтийн хориг үүснэ. Энэ шатны хугацаа янз бүр боловч судасны урсгалд орж байгаа идэвхжүүлэгч бодит биесийн тоо хэмжээ, хурд, өвчтөний биеийн ерөнхий байдлаас хамаарна. I шатанд цусны бүлэгнэлтийн хугацаа багасч фибрин уусгах ба бүлэгнэлтийн эсрэг идэвхжил буурахын зэрэгцээ фибриний нөжөрмөг үүсэх хугацааг илтгэгч тромбин тест богиносно.

Эмнэл зүйн хувьд энэ шатанд арьсны гадаргуу улайсан атлаа үе, үе хөхөлбүү өнгөөр солигдоно. Дээд, доод мөчний арьс цайвар цоохор өнгөтэй, заримдаа өвчтөн тайван биш, судасны лугшилт олширч чичирч дагжина.

II шатанд цус бүлэгнэлтийн факторууд тухайлбал VIII, V, XIII, фибриноген, тромбоцит зарцуулагдсанаас болоод цус тогтоох нөөц хомсдоно. Цусанд антикоагулянтын үйлчилгээтэй фибриногены задралын бүтээгдэхүүн буй болно. Цаашид тромбинг идэвхгүй болгодог антитромбин III хомсдож, хэсэг орчмын фибрин уусгах процесс идэвхжинэ.

Коагулограммын шинжилгээнд бүлэгнэлтийн факторууд зарцуулагдсан, цусанд фибриногены задралын бүтээгдэхүүн гарч, тромбоцитын тоо цөөрсөн, тромбиний хугацаа ихэссэн, фибрин нөжөрмөгийн уусах хугацаа ялимгүй багассан, антитромбин III-ын идэвхжил буурсан зэрэг шинж илэрнэ.

Шархны талбай, төрөх замаас цус алдах нь ихсэж арьс, дээд зовхи, гуя, чээжний хажуу талаар жижигхэн цусан тууралтууд гарч, хамраас цус гоожих зэрэг клиник шинж илэрнэ. Умайгаас гарах цусанд хөвсгөрдүү нөжөрмөг зүйл байх боловч амархан уусна.

**III шат буюу шилжилтийн шат.** Их хэмжээний тромбин үүссэнээс цусны бүлэгнэлтийн хүчин зүйлс хомсдон, цусны гүйдэлд плазминоген идэвхжүүлэгч фибриногены задралаас үүссэн их хэмжээний бүтээгдэхүүн орно.

Коагулограммын шинжилгээнд тромбоцитуудын үйл ажиллагааны шинж чанар суларсан, тооны хувьд цөөрсөн, прокоагулянтуудын идэвх, концентрац буурсан, цусан дахь фиброгены задралын бүтээгдэхүүний тоо хэмжээ, фибрин уусгагчийн идэвх хэт ихэссэн шинж илэрнэ. Хүндрэх тутам чөлөөт гепарини тоо ихэснэ.

Эмнэл зүйн хувьд судсанд цус түгээмлээр бүлэгнэх хам шинж нь огт бүлэгнэхгүй шингэн цус гоожих, хааяа жижигхэн бүлэн үүсэх боловч маш амархан уусна. Зүү хатгасан газар, венесекц хийсэн хэсэг, мэс заслын талбай зэргээс цус бүлэгнэхгүй шүүрнэ. Шээс цустай гарна. Чээж, хэвллийн болон зүрхний үнхэлцгийн хөндийд цусархаг шингэн хуримтлагдана.

**IV шатанд** судсанд цус түгээмлээр бүлэгнэх хам шинж нь цусны бүлэгнэлтийн системд гүнзгий өөрчлөлт үүсч бүлэгнэхгүй болохын салуу фибрин уусгагч ба антикоагулянтуудын идэвх өндөрших эмнэл

зүйн шинжээр илэрнэ. Эмнэл зүйн явцын хувьд III шаттай адилхан буюу шингэн цус гоожин нэлэнхүйд нь хамарсан цусан шүүрэлт гарна.

Цус их хэмжээтэй алдахад цусны бүлэгнэх чадвар муудан, алдаж байгаа цустай хамт прокоагулянтууд гарна. Өөрөөр хэлбэл 1 л цус алдахад фибриногены хэмжээ 1,8—2,5 г-аар багасна.

Дээр дурдсан материалыас үзэхэд эх барихын практикт цус алдаж байгаа нөхцөлд өвчтөний биеийн байдалд зөв үнэлгээ өгч, эмчилгээний тактикийг сонгон хэрэгжүүлэхэд юуны өмнө гемостазын системд лабораторийн шинжилгээгээр үнэлэлт өгөх явдал нэн чухал юм.

(Үргэлжлэл нь дараагийн дугаарт)

Редакцид ирсэн 1987—02—27.

Ц. ЯНЖИН (Хавдар судлалын төв)

## УМАЙН ХҮЗҮҮНИЙ ШАРХЛАА

Умайн хүзүүний шархлаа өвчнийг (Эрози) төрөлхийн ба олдмол гэж хоёр хуваана.

Олдмол шарх нь хучуур эдийн сэв бүхий жинхэнэ шархлаа хэлбэрээр арай олон-таяа тохиолдох бөгөөд хучуур эдийн сэвгүй хуурамч нь цөөн тохиолддог. Хуурамч шархлаа нь олон давхраат хавтгай хучуур эд бортгон эдээр солигдсоны улмаас үүснэ. С. С. Роговенко (1957) жинхэнэ шархлааг хуурамч шархлаанаас зааглахыг буруу гэж үзжээ. Учир нь эхлээд олон давхраат хавтгай хучуур эд нь идээрхээ шинтэй шүүрсийн улмаас гуужиж, дараа нь хүзүүвч дээр жинхэнэ шархлаа үүсдэг байна. Цаашид шархалсан хэсэг нь бортгон хучуураар хөрсжиж, түүнтэй холбоотойгоор хуурамч шархлаа бий болно.

Төрөлхийн шархлаа буюу эктопи нь нярай хүүхэд, охид, залуу эмэгтэйчүүдэд үзэгдэнэ. Төрөлхийн шархлаа нь бэлиг эрхтний хэвийн бус хөгжлийн уршиг юм. Төрөлхийн шархлааг харахад умайн хүзүүний гадна сувийг хүрээлсэн улаан цацраг харгадана. Энэ нь заримдаа нэлээд том хэмжээнд хүрч болдог.

Шархлааны эд шүүсэргэх, тод улаан өнгөтэй, уян зөвлөн байна. Үрэвслийн ямар нэгэн шинж (цагаан юм үзэгдэх, цус түрэх) байдаггүй. Эдгээр нь хожим бэлгийн амьдрал эхэлсэн үед умайн хүзүүний сувгийг үрэвсэл хэлбэрээр илрч болдог. Ер нь төрөлхийн шархлааны үед ямар нэгэн зониур шаналааг мэдэгдэггүй, заримдаа охидын анхны сарын тэмдэгтэй холбоотойгоор, эмэгтэйчүүдэд бол бэлгийн харьцааны дараа цусархаг ялгадас гарч болно.

Умайн хүзүүний жинхэнэ шархлаа нь гадна сувийг тойрон байрлах бөгөөд ихэвчлэн үрэвсэлтэй хавсрах тул цагаан юм (бели) элбэг олон давхраат хавтгай хучуур нь ховхордог. Голдуу умайн хүзүүний арын уруул дээр байрлана. Доорхи тулгуур эд нь хөөнгө байна. Тулгуур эд дотор гол төлөв жижиг эсийн нэвчдэс байдаг. Жинхэнэ шархлааны зах ирмэг нь голдуу зөв хэлбэртэй байдаг. Тэр нь хэвийн олон давхраат хавтгай хучуураас харьцаангуй тод зааглагдсан байна.

Эдгэрэлтнүүшархны захаас эхлэх бөгөөд нөхөнсөргэж байгаа олон давхраат хавтгай хучуур нь хэл маягаар түрж орсоор хучуурийн сэвийг бүрэн таглана.

Хучуурийн ийм сэв нь гол төлөв хүзүүчийн сувгаас ургаж түрсэн бортгон хучуураар таглагдах тул хуурамч шархлаа үүснэ.

Хуурамч шархлаа нь доорхи хэлбэрүүдэд хуваагддаг. Үүнд: булчирхайлаг, хөхөнцөрт, уутанцарт гэхдээ ихэвчлэн хуурамч холимог хэлбэр тохиолдоно.

Хуурамч шархлааны хугацаа язь бүр байна. Тэдгээр нь заримдаа түргэн эдгэрнэ. Тухайлбал жинхэнэ шархлаа 1—3 долоо хоногт нөхөгдөх болох бөгөөд хуурамч нь удаан хугацаагаар байж болно. Ер нь үрэвслийн процессын шинж чанар, эмчилгээ оновчтой хийгдсэнээс ихээхэн хамаарна.

Ужиг явцтай шархлаан дээр суурьлан умайн хүзүүний өмнө үүсэх тохиолдол цөөнчдэг байдал тул онц анхаарах шаардлагатай юм.

Шинж тэмдэг. Жинхэнэ ба хуурамч шархлааг гол төлөв умайн хүзүүний сувгийн үрэвсэл дагалдах тул хамгийн олонтаа үзэгдэх шинж нь цагаан юм ихээр гарна. Цагаан юм голдуу аажмаар ялгаран гарах боловч заримдаа арын хүнхрээд хуралдаж байгаад гэнэт ялгаран гарч болно. Тэгвэл их хэмжээний зүйл ялгаран гарч байгаа сэтгэгдэл төрүүлж болно. Энэ нь голдуу өтгөн, зунгаарлдсан ховор тохиолдолд идээрхэг болсон байдаг.

Умайн хүзүүний шархлааны үед ховор тохиолдох шинжүүдийн нэг утреэгээс цус гарах бөгөөд энэ нь ихэвчлэн бэлгийн харьцааны дараа бага хэмжээтэй гардаг.

Оношлогоо. Утреэнд толь тавьж умайн хүзүүний шархлааны хэлбэр өнгө байдлыг тодорхой харж болно.

**Жинхэнэ шархлаа** нь тод улаан өнгөөрөө умайн хүзүүний эрүүл хэсгийн цайвар ягаан гадарга дээр ялгаран харагдана. Гадаргуу нь гялгардуу умайн хүзүүний ердийн олон давхраат хучуураас эрс зааглагдсан байна. Булчирхай ховор тохиолдох бөгөөд зөв хэлбэрийн жижиг цусны судаснууд үзэгдэнэ.

**Булчирхайлаг хуурамч шархлаа.** Толиор хараахад умайн хүзүүнд янз бүрийн хэлбэр, хэмжээ бүхий гялтганасан хөвсгөр гадаргатай, олон тооны томорсон, заримдаа тэлсэн булчирхайтай хэсэг үзэгдэнэ. Зарим газраар гол төлөв жижиг хэмжээний тагларсан уулинхай үзэгдэнэ.

**Хөхөнцөрт хуурамч шархлаа.** Түүний гадарга нь умайн хүзүүний ердийн олон давхраат хучуураас дээш өргөгдсөн мэт байна. Тэрээр олон, цөөн тооны тод улаан өнгийн хөхөнцөрт ургацагуудаас бурдэх тул тийм шархлаа нь харьцангуй гилгэр гадаргуутай булчирхайлаг шархлаанаас хялбархан ялгагдана.

**Уутанцарт хуурамч шархлааны үед толиор хараахад бага хэмжээтэй тод улаан өнгөтэй хэсгүүд умайн хүзүүнд янз бүрийн хэмжээ, хэлбэрийн олон тооны битүүрсэн уулинхай тодрон харагдана. Битүүрсэн уулинхай ханын нэвтлэн голдуу танан цагаан, хааяа шаравтар өнгийн шингэн шүүдэстэй байна.**

А. И. Серебров (1957) уутанцарт ба хөхөнцөрт шархлаа, мөн эктропионыг булчирхайлаг-булчинлаг гиперплази гэж үзжээ. Ийм гиперплазийн дэвсгэр дээр умайн хүзүүний өмөн үүсэх нь элбэг учир эмч нар онцгой анхаарах нь чухал юм.

Умайн хүзүүний шархлааны ангилалд эмч бүр өөр өөрөөр хандаж байгааг тэмдэглэх хэрэгтэй юм.

Хөхөнцөрт ба уутанцарт хуурамч шархлаа нь өмөнгийн угталь өвчин гэдэгт эмч нарын санал нийлдэг бол булчирхайлаг шархлааны тухайд эмч нарын санал зөрөөтэй байна. Зарим эмч түүнийг өмөнгийн угталь өвчинд оруулахгүй байгаа нь хорт хавдар судаллын хувьд эмчийн анхаарлыг сурлуулахад хүрч байна. Эмчилгээ удаан авдаг булчирхайлаг шархлаа буюу архаг шархлаа гэгчийг өмөнгийн угталь өвчинд оруулах нь зүйтэй байна. Энэхүү шархлаа хортойгоор хувирч болох нууц боломж нь олом давхраат хавтгай эсийн хучуур бортгон хучуураар идэвхтэй солигддогт оршино. Учир нь түүний дэвсгэр дээр хорт процесс үүсч нь цөөнгүй тохиолдоно. Энэ үед хучуур эд маш хүчтэй хөрсждэг тул эмгэг хортойгоор хувирч эхэлж байгаа эсэхийг ялгахад бэрхшээлтэй байдаг. Ийм учраас умайн хүзүүний өмөн хавдрын олонх нь хөрсхөн шархлааны суурь дээр үүсдэг учир хөрсхийтийг практикт хорт хувирлын угтвар хэмээн үнэлэн үзэж болох юм гэсэн академич И. В. Давыдовскийн (1958) саналыг анхаарах нь зүйтэй юм.

Умайн хүзүүний хавдрын угталь өвчинийг эрт эмчилж урьдчилан сэргийлэх нь өмөнгөөс сэргийлэх хамгийн оновчтой арга учраас утреэ болон умайн хүзүүний үрэвсэл өвчин, ялангуяа трихомонадын халдварт, хууль бус үр хөндөлттэй тэмцэлийг хүчтэй болгох хэрэгтэй юм. Үүийн зэрэгцээ амаржих газруудад умайн хүзүүний төрөх үеийн язралыг оношилж оёж чадвал өмөнгийн угталь өвчин их хэмжэээр буурах боломжтой юм.

Лейкоплакийн үед умайн хүзүүний цахилгаан коагуляци буюу цахилгаан кониаци, жижиг эктропионы үед цахилгаан коагуляци буюу цахилгаан пунктури (хатгалт) хийнэ. Умайн хүзүү будуурч уртсахын хамт эктропионтой зарим тохиолдолд Штурмдорф буюу Шредерийн хагалгаа хийж болно.

Умайн хүзүүнд ур (полип) ургасан үед хийх эмчилгээний сонгомол арга нь өвчтөнийг эмнэлэгт хэвтүүлж урыг мэс заслаар авч, дараа нь хүзүүний суваг ба умайн хөндийг хусаж цэвэрлэнэ. Умайн хүзүүний дээрх урны ормыг цахилгаан коагуляцаар эмчлэх нь ашигтай. Дахин ургасан ур нь хорт хувиралд орж болзошгүй тул түүнийг онцгой анхаарах хэрэгтэй.

Умайн хүзүүний шархлааг эмчлэхдээ жинхэнэ, хуурамч алийн болохыг сайтар ялган тогтооно.

Эмчилгээг 2—3 долоо хоногоос хэтрүүлж болохгүй. Учир нь энэ хугацаанд жижигийн ердийн шархлаа бол эдгэрэнэ. Эмчилгээнд загасны тос, пенициллиний түрхэц, синтомициний цийдмэгтэй тампон тавина. Заримдаа Гордеевийн шингэннийг хэрэглэж болох эсэхийг тогтоож урьдчилан биопсийн шинжилгээ хийнэ. Умайн хүзүүний шархлааны гүнд пенициллин шууд тарихад сайн үр дүнтэй байдал. Хавдар судалын үүднээс шархлааг ихтиолын тампон, химиин түлэгч бодисоор (ляпис, проторголын уусмал) эмчлэх нь буруу юм.

Цахилгаан коагуляци нь баттай эдгэрүүлдэг шархлааны эмчилгээний хамгийн ашигтай арга юм. Цахилгаан коагуляцыг умайн хүзүүний зөвхөн шархтай хэсэгт төдийгүй, эндоцервицитийг эмчлэхийн тулд мөн хүзүүний сувгийн хучуур эдэд хийнэ. Ийм цахилгаан коагуляци нь умайн хүзүүний шархлааг дахин үүсгэж болох боловч утреэний ялгадыг ч багасгадаг.

Хөрсхийгүй бол дахин биопси авна. Гистологийн шинжилгээгээр хорт хувирлыг үгүйсгэсэн ч гэсэн цахилгаан коагуляци хийхийн өмнө эмч колпоскопийн тусламж-тайгаар умайн хүзүүг анхааралтай шалган үзэх хэрэгтэй.

Өмөнгийн урьдал өвчтэй өвчтөнийг эмчилгээ хийхийн дараа диспансерийн хяналтанд нэг жил хүртэл хугацаатай байлгаж, улиралд нэгээс доошгүй шинжлэх бөгөөд зөвхөн бүрэн эдгэрэхэд нь хяналтаас гаргана. Хучуур доторхи өмнөтэй өвчтөнд эмчилгээ хийхийн дараа 3 жилээс доошгүй хугацаагаар хяналтад байлгах хяналтын үзлэгийн үед эсийн ба колпоскопийн шинжилгээ хийх нь ашигтай.

Өвчтөний биений байдлын клиникийн үнэлэлт нь хавдар судлаач нарт ч, ердийн эмнэлгийн эмч нарт ч нэн чухал тул ЗХУ-ын Эрүүдийг хамгаалах Яам диспансерийн хяналт тогтоо зорилгоор өвчтөний нэгдмэл ангиллыг доорхи булагтэйгээр тогтоожээ. Үүнд:

**Бүлэг I а.** Хорт хавдрын сэжиг бүхий өвчтөн

**Бүлэг I б.** Өмнөгийн угтал өвчинтэй өвчтөн

**Бүлэг II.** Тусгай эмчилгээтэй өвчтөн

Энэ бүлэг дотор II а дэд бүлэг ялгаж, түүнд яаралтай эмчилгээтэй (мэс заслын, цацраг туяаны, химиинхийг оролцуулсан хавсармал эмчилгээтэй) хүмүүсийг оруулна. Хучуур доторхи өмөн бол хорт хавдрын хамгийн анхны шат бөгөөд 0-шатанд холбогдох тул түүнийг II а бүлэгт оруулах нь зүйтэй юм.

**Бүлэг III.** Шуурхай эмчилгээ хийлгэсэн бөгөөд дахих буюу үсэрхийлэх шинж илрээгүй практикийн хувьд эрүүл хүмүүс. Ийм хүмүүст хяналт ба урьдчилан сэргийлэх эмчилгээ (дахих ба үсэрхийлэхээс сэргийлэх) шаардагдана.

**Бүлэг IV.** Шуурхай эмчилгээ хийж болохоргүй өвчин нь даамжирсан хүмүүс. Иймд өвчтөнд шинж тэмдгийн аргацаах эмчилгээ хийнэ.

I а. клиникийн бүлгийн өвчтөнүүд яаралтай шинжилгээ хийж, онош тодруулахыг шаардана. Амбулаторийн хамгийн богино хугацаанд онош тогтоо болохгүй бол уг өвчтөний яаралтай эмчилгээ шаардах II а бүлгийн өвчтөний адилаар 10 хоногоос хэтрэхгүй түргэн хугацаанд эмнэлэгт хэвтүүлсэн байх хэрэгтэй.

Умайн хүзүүний өмөнг эрт оношлох нь зөвхөн төрөлжсөн эмнэлэгт ажиллаж байгаа төдийгүй, эмэгтэйчүүдэд зөвлөлгөө өгөх газар, поликлиник, стационаарт ажиллаж байгаа эмэгтэйчүүдийн болон бүх мэргэжлийн эмчийн тэргүүн зэргийн зорилго өмнө.

Өмөнг эрт оношлох, өөрөөр хэлбэл хучуур доторх өмөнг оношлох нь өмөн өвчнийг даамжуулахаас сэргийлэх, уг өвчинийг гүйцэт эмчлэхэд ихээхэн ач холбогдолтой юм. Хэрэв умайн хүзүүний өмнөгийн урьдал өвчиний сэжигтэй тохиолдолд ердийн эмнэлгийн эмч нар хавдар судлалын төрөлжсөн байгууллагад шилжүүлэх хэрэгтэй.

Эмэгтэйчүүдийг үзэж шинжлэхдээ доорхи үндсэн зүйлүүдийг ямагт анхаарах нь чухал.

1. Умайн хүзүүний өмөн зөвхөн ахимаг хүмүүст төдийгүй, залуу эмэгтэйчүүдэд ч тусч болно.

2. Хорт явцын хөгжлийн эхний шат нь үндсэндээ шинж тэмдэггүй байна.

3. Цус гарах, утреэнээс ялгаран гарах юм нэмэгдвэл бүр ч онцлон анхаарах ёстой. Энэ шинж хучуурын доторхи өмнөгийн үед байхгүй байж болно. Голдуу микрокарциномын үед үзэгдэнэ.

4. Шинжилгээний нэг аргыг хэт сонирхоод нөгөөг орхигдуулж болохгүй. Учир нь гагцхуу хавсарсан шинжилгээгээр оношиг нотолно.

Эмэгтэйчүүдийн эмч нар оношлогооны орчин үеийн аргыг мэддэг байгаад зогсогхгүй, тэдгээрийг өдөр тутмын практикт хэрэглэдэг байх ёстой.

5. Гистологийн шинжилгээний хариу зүгээр байх нь өмөн унхэээр илрээгүйн шинж биш гэдгийн санаах хэрэгтэй. Үүнтэй холбоотойгоор хорт явцын клиникийн очижүүхэн төдий шинж тэмдэг байвал цахилгаан коагуляци хийхийг яарч болохгүй.

6. Өмнөгийн шинж тэмдэггүй эхний хэлбэрийг цөөнгүй илрүүлдэг урьдчилан сэргийлэх үзлэгт эмч нар ихээхэн хариуцлагатай хандаж өмнөгийн урьдал өвчинтэй өвчтөний диспансерчилахад онцгой анхаарах хэрэгтэй.

Умайн хүзүүний шархлаа өвчнөөр олон жил өвчилж, эмчилгээнд үр дүнгүй байгаа буюу төрөлтийн улмаас умайн хүзүү урагдаж, урваж сорвижих шархалсан, умайн хүзүүний сувгийн ур, умайн хүзүүний лейкоплаки зэрэг өвчиний үед онцгой анхаарч төрөлжсөн эмнэлгийн нарийн мэргэжлийн эмч нарт цаг хугацаанд нь үзүүлж байх нь зүйтэй юм.

Редакцид ирсэн 1986—01—01.

#### Д. ИЧИНХОРЛОО (Анагаах ухааны дээд сургууль)

### ХОЖУУ НАСАН ДАХЬ АНХНЫ ЖИРЭМСЛЭЛТИЙН ЯВЦ ТӨРӨЛТИЙН ОНЦЛОГ

30-аас дээш насанд анх удаа төрөхийг хожуу төрөгч гэнэ. Энэ нь бэлгийн харьцаа хожуу эхэлсэн үргүйдэл, үр хөндөлт, бэлиг эрхтэний үрэвсэлт өвчинүүд, бэлиг эрхтэний дутуу хөгжил, сарын тэмдгийн хямрал, эмэгтэйчүүдийн бус өвчинүүдээс шалтгаална.

Хожуу анхны төрөгч эмэгтэйн умай ба умайн хүзүүний холбогч эдүүдэд өөрчлөлт орсон байдаг. Эмэгтэйн төрөх замын зөвлөн эдийн уян хатан чанар муудсанаас болж умайн хүзүү, утреений хана, хярзан урагдах явдал нэлээд тохиолдоно.

Жирэмсэн ба төрөх үеийн хүндрэлийн улмаас перинаталь эндэгдэл ихэсдэг.

Хожуу насны анхны төрөгч эмэгтэй нь төрөлт яж явагдах, ямраар төгсөх зэрэгт сэтгэл зовж байдгийг анхаарч цаг ямагт тайвшруулж байх нь чухал.

Хожуу анхны төрөгч эмэгтэйд жирэмсний эхний ба хожуу үеийн хордлого, аарцгаар түрүүлэлт, илүү дутуу тээх зэрэг хүндрэл цөөнгүй тохиолддог.

Хожуу анхны төрөгч эмэгтэйн жирэмслэлтийг эхний саруудад оношлон зөвлөлгөө өгөх газрын онцгой хяналтанд авахаас гадна урьд өмнө нь үр хөндүүлсэн, эмэгтэйчүүдийн бус өвчинөөр өвдсөн зэргийг сайтар илрүүлэн эмчлэх шаардлагатай.

Жирэмсэн эмэгтэйг эхний 5 сар хүртэл сард 1 удаа, 5 сараас дээш хугацаанд 2 долоо хоногт 1 удаа үзэж, шаардлагатай үзлэг шинжилгээг нарийн хийж байвал зохино.

Жирэмсэн эмэгтэйн даралт их, хавагнасан, шээсэнд өөрчлөлттэй байвал өмнэлэгт хэвтүүлэх хэрэгтэй. Мөн жирэмсний эхний сараас эхлэн биеэ хэрхэн авч явах, төрөх үйл ажиллагаанд ухамсартайгаар оролцож, эх болох хариуцлагатай үүрэг тулгарч байгаа, төрөх явцаас айж эмээхгүй байх талаар биеийн ба сэтгэл санааны бэлтгэлийг сайтар хийх шаардлагатай.

Хожуу анхны жирэмсний төрөлтийг удирдахад өмч нарт нэлээд хэцүү үүрэг тулгарч, эмчээс их мэдлэг, туршлага шаардана. Сарын тэмдгийн явц ба бэлиг эрхтэний хөгжил онцын өөрчлөлтгүй үед зохих бэлтгэл хийсний дараа хожуу анхны төрөгч эмэгтэйн төрөлт нь ямар нэг хүндрэлгүй байж болно.

Бэлиг эрхтэний дутуу хөгжилтэй (сарын тэмдэг хожуу ирсэн, сарын тэмдгийн хугацаа жигд биш, анхдагч ургуйдэлтэй, дандаа үр зулбадаг зэрэг) хожуу анхны төрөгч эмэгтэйд жирэмсэн байх үед нь зохих ёсны бэлтгэл хийгээгүй бол төрөлтийн явцад хүндрэл цөөнгүй тохиолдоно. Иймээс хожуу анхны төрөгч эмэгтэйд зөвлөлгөө өгөх газарт үзлэг хийж байхдаа бэлиг эрхтэний дутуу хөгжлийн ил ба талд шинж тэмдгүүд, үр хөндүүлсний дараах хүндрэл умай ба дайврын үрэвсэлт өвчинөөр өвдсөн зэрэг бусад шалтгаануудыг илрүүлэх талаар онцгой анхаарах нь чухал.

Бэлиг эрхтэний дутуу хөгжлийн шинж тэмдгүүд илэрсэн хожуу анхны төрөгч эмэгтэйд жирэмсний 2 сартайгаас ургийн өсөж хөгжих нэхцэлийг сайжруулахын тулд эстроген ба прогестроны гормоныг 7 хоног бага тунгаар хэрэглэнэ. Мөн аскорбины хүчил (өдөрт 0.5 хүртэл), рутин 0,02-оор 3 удаа, витамин Е уулгана.

Хожуу насны анхны жирэмсэн эмэгтэйг эмчилгээний курс гимнастик хийлгэнэ. Мөн 1,5—2 сар тутамд өнжөөд кварцаар шарна. (дунджаар 20 удаа). Жирэмсний хугацаанд витамин С, нохойн хошууны ханд уулгана. Витамин Р 0, 015-аар өдөрт 2 удаа өгнө. Жирэмсний сүүлчийн саруудад төрөх хүчний суралтаас урьдчилан сэргийлж витамин В<sub>1</sub>-ийг хоногт 30—40 мг-аар ууна. Ураг нь аарцгаар түрүүлсэн хөндлөн ба ташуу байрлалтай байвал 32 долоо хоногтойд нь өмнэлэгт хэвтүүлнэ. Ер нь хожуу анхны төрөгч эмэгтэйг төрөхөөс 1—2 долоо хоногийн өмнө өмнэлэгт хэвтүүлж зохих шинжилгээнүүд, төрөх үеийн хүндрэлээс урьдчилан сэргийлэх арга хэмжээ авч төрөлтийн төлөвлөгөөг боловсруулна. Төрөх газарт хожуу анхны төрөгч эмэгтэйн умайн хүзүүний төрөлтөнд бэлтгэгдсэн байдлыг (умайн хүзүүний урт, умайн хүзүүний зөөлөрсөн эсэх, суналт, амсрын нээлт) тодорхойлно.

Төрөхийн өмнө Н. С. Бакшеев, Е. Г. Михайлenkогийн аргаар 5—7 өдөр бэлтгэнэ. Үүнд:

1. эстрогены гормонууд 300—500 ме 1 кг жинд хоногт 1—2 удаа булчинд тарина. (фолликулин 0,1 %, эстродиол-дипропионата, 1 %-ын синестролын уусмал).

2. Глютаминовын хүчил 1,0-аар өдөрт 3 удаа
  3. Витамин В<sub>1</sub>-1 мл 5%-ын уусмал, эсвэл 100 мг кокарбаксилазыг өдөр бүр булчинд тарина.
  4. Хлорт кальц 10%-10 мл глюкоз 40%-ын 40 мл-ын хамт венийн судсанд өдөрт 1 удаа тарина.
  5. Хлорт кали 10%-ын уусмал 15—20 мл-ээр өдөрт 3—4 удаа ууна.
  6. Натри бикарбонат 7%-ын уусмал 50 мл-ээр өнжөөд судсанд тарина.
  7. Альбумин 10%-ын уусмал 100 мл судсанд тарина.
  8. Хлорт кобалт 2%-ын уусмалыг 25—30 дуслаар өдөрт 3 удаа.
  9. Хүчилтөрөгчийг өдөр бүр 30 минутын турш амьсгалуулна.
- Эх барихын тусламжийг цаг хугацаанд нь зайлшгүй үзүүлж чадах зохих нөхцөл бүрдсэн аймгийн төвийн ба хотын амаржих газарт төрөлтийг явуулна.
- Эмэгтэйн умайн хүзүү нь төрөлтөнд зохих ёсоор бэлтгэгдээгүй үед төрөх хүчний суралтаас урьдчилан сэргийлэх зорилгоор умайн хүзүүнд 20000 ед синэстрол (0,1%—2 мл) 0,5—1 мл эфиртэй хамт тарина. 30 минутын дараа Хмелевский-Николаевын (40%-ын глюкозын уусмал 40 мл, 5%-ын аскорбины хүчил 5 мл, 10%-ын хлорт кальцын уусмал 10 мл) холимгийг венийн судсанд тарина. Цагийн дараа энэ холимгийг давтаж болно.

Сүүлчийн удаа Хмелевскийн холимог хийгээд цагийн дараа цэвэрлэх бургуй тавиад хинин 0,15-аар уухаар 6 удаа, питуитрин 0,2 мл-ээр арьсан дор будаа тарьж 15 минутаар зэлжлэн хэрэглэнэ. Цусны даралт ихэдсэн хунд питуитрины оронд окситоциныг хэрэглэнэ.

Дээрх арга хэмжээнүүд үр дүн өгөхгүй бол 1 мл окситоциныг 5%-ын 500 мл глюкозод уусгаад витамин В<sub>1</sub> 1 мл, 5%-ын аскорбины хүчил 5 мл-ын хамт венийн судсанд дуслаар хийнэ. Умайн хүзүү 2,5—3 см нээгдсэн үед окситоцины сэдээлтийг хэрэглэнэ. Окситоциныг тарьж байх үед ургийн байдал, умайн агшилт, төрөгч эмэгтэйн ерөнхий биеийн байдалд нарийн хяналт тавьж байж хэрэгтэй.

Хожуу анхны төрөгч эмэгтэйн ураг орчмын ус нь урьтаж гарах үед тэр дор нь төрөлтийг сэдээх эмчилгээг шууд хийнэ. Энэ эмчилгээ үр дүн өгөхгүй бол төрөгч эмэгтэйг амраана. Төрөлт сэдээх эмчилгээ хийхийн өмнө ба хийсний дараа заавал дотуур үзлэг хийж умайн хүзүүний нээлтийн байдлыг мэдэх хэрэгтэй.

Хожуу анхны төрөгч эмэгтэйд промедол, но-шпа, закись азот новокаин зэрэг өвчингүй болгох эмүүдийг өргөн хэрэглэх нь чухал. Төрөх хүч сул, ус эрт гарсан тохиолдол хавсарсан, нарийн аарцагтай, ураг аарцагаар түрүүлсэн, илүү тээлттэй, ураг хөндлөн байрлалтай, ихэр, толгойн буруу тавилтууд, том урагтай зэрэг эх барихын хүндрэлүүдийн үед кесарево огтлол хийнэ.

Төрөгч эмэгтэйд төрөлтийн үед хярzan ба умайн хүзүү урагдах хүндрэл тохиолдож болно. Ялангуяа төрөлтийн 3-р үеийг их анхааралтай явуулах шаардлагатай. Умайн агшилтын сулаас 3-р үед цус алдах хүндрэл тохиолддог тул, үүнээс урьдчилан сэргийлэх шаардлагатай юм.

Редакцийд ирсэн 1986—04—26.

Д. БЯМБАДОРЖ, д. ЭРДЭНЭ (Улсын хүүхдийн клиникин төв эмнэлэг)

## ШӨНИЙН ШИЖИН ӨВЧТЭЙ ХҮҮХДЭД ХИЙХ ФИЗИК ЭМЧИЛГЭЭ

Улсын хүүхдийн клиникин төв эмнэлгийн поликлиникт шөнийн шижин өвчтэй хүүхдийг эмчлэх физик эмчилгээний янз бүрийн аргыг хэрэглэж байна.

Бага насанд шөнө орондоо шээх, зарим уед өдөр ч шээх нь бий. Энэ нь мэдрэлийн системийн зарим өөрчлөлт, давсагны үйл ажиллагаа, шээсний замын эмгэг процесстой холбоотойгоор үүсдэг нь эмчилгээний явцад болон хэвлэлийн мэдээллээс ажиглагдаж байна.

Шижин өвчний дотор, мэдрэл, бөөр, шимэгч хорхой, охидын зэрэг төрөл бүрийн мэргэжлийн эмч нар үзэж, ямар өвчинөөс шалтгаалсныг илрүүлсний дараа эмчилгээ хийдэг. Энэ хугацаанд 3—15 наасны (эмегтэй—43, эрэгтэй—38) хот хөдөөгийн нийт 81 хүүхдийг гальванийн гүйдэл, электрофорез, цахилгаанаар нойрсуулах аппаратаар эмчлэхэд 96,3% нь үр дүнтэй боллоо. Бид физик эмчилгээний биеийн тамир, (гол ачааллыг хэвлж, хярзангийн булчинд өгөх), өдрийн болон хоолны дэглэм, эрүүл ахуйн нөхцлийг зөв баримтлах, сэтгэл засах зэрэг эмчилгээтэй хослуулан хэрэглэсэн нь илүү үр дүнтэй болж байна.

Одоогоор шижин өвчний эмнэл зүй болон үүсэх механизмын талаар нэгдсэн үндэслэл байхгүй боловч сүүлийн уед сэтгэл мэдрэл сульдлын бүлэгт багтах үйл ажиллагааны өөрчлөлт гэж үзэж байна. Эдгээрийн үндэс нь шээх үйл ажиллагааг зохицуулагч төв болох их тархины бор хальс болон бор давхаргын доорхи байгуулалтын хоорондын харилцан үйлчилгээнд хямрал үүссэнтэй холбоотой. Үүний зэрэг цээ шээхэд шууд нөлөө үзүүлдэг нугас, нугасны гаднах ургал мэдрэлийн аппаратуудын үйл ажиллагааны алдагдалтай холбоотой.

Орондоо шээх нь ихэнхдээ орчны муу нөлөөнөөс шалтгаалан тархины сэрэл saatlyн процесс алдагдаж давсагны булчин суларснаас үүсдэг байна. Үнд удаан хугацаагаар өвчлөх, сэтгэл санааны болон биеийн гэмтэл авах, мэдрэлийн сэрлийн процесс хэт ихсэх мөн хүмүүжлийн доголдол зэрэг нөлөөлнө.

Шижин хүүхэд гүн нойрсдогоос шээс хүрэхийг мэдэрч чадалгүй орондоо шээнэ. Нөгөө талаас төв мэдрэлийн системийн үйл ажиллагааны өөрчлөлт нөлөөлдөг.

Шижинг эмчлэхдээ өвчтөний биеийн ерөнхий байдлыг сайжруулж чийрэгжүүлэх, шээс хүрэхийг мэдэрч сэргээ болгох, мэдрэлийн системийн үйл ажиллагааг сайжруулах, шээс гарах үйл ажиллагааны алдагдлыг хэвийн байдалд оруулах зэрэг иж бүрэн эмчилгээ хийнэ. Одоо уед шижин өвчний эмчлэхдээ физик эмчилгээний янз бүрийн аргыг өргөн хэрэглэж байгаа нь шээлгэх үйл ажиллагааны процесст сайн нөлөөтэй. Эдгээрээс олонх нь төв болон ургал мэдрэлийн системд тодорхой нөлөө үзүүлж, эмчилгээг үр дунд хүргэж байна.

Төв мэдрэлийн системийн үйл ажиллагааг хэвийн болгох зорилгоор «электросон—4Т» аппаратын нам давтамжийн түлхэлттэй гүйдлээр нүдний аяга, мөн хөхлөг ясны орчимд электрод тавьж нойрсуулна. Нүдний аяга дахь электродыг сөрөг туйлд холбоно. Түлхээцийн үргэлжлэх хугацаа 0,2 мс, давтамж 10 гц. Гүйдлийн хүчний хэмжээг зөв сонгож авахын тулд гүйдлийг аажмаар нэмэгдүүлэхэд өвчтөний нүдний дээд зовхиши арьс нь үл мэдэг жирвэлзэн эрвэгнэх уед гүйдлийг ялигүй багасгана. Эмчилгээг 15—20 минутаар эхлэж цаашид өдөр бүр 30—40 минутаар, бүгд 10—20 удаа хийнэ. Цахилгаанаар нойрсуулах эмчилгээний дараа хүүхдийг өөрөө сөртэл нь унтуулах хэрэгтэй.

Шижин өвчнийг «төв мэдрэлийн системийн төрөлхийн суралт» болон юуны өмнө ургал мэдрэлийн үйл ажиллагааг зохицуулагч завсрын тархины үйл ажиллагаатай холбож үзвэл нүд-дагзны аргаар 1—2%-ын кальц хлоридын электрофорезийг хэрэглэнэ. Салаа, 2—3 см дугираг электродыг нүдний аяга аньсан зовхин дээр, 30—50 см<sup>2</sup> хэмжээтэй нөгөө электродыг шилэн хүзүүний орчим (шилний усийг сайтар ногрож) тавина. Гүйдлийн хүч 2—3 МА хүртэл байна. Өдөр бүр 10—15 минутаар, мөчлөг эмчилгээг 10—15 удаа хийнэ.

Новокаины 1—2% уусмалаар хамрын хөндийд электрофорезоор эмчилгээ хийнэ. Аххны хоёр эмчилгээг 5 мин, дараа нь 10—12 минут

болгон уртасгаж, өдөр бүр мөчлөг эмчилгээ хийх явцад гүйдлийн хүчийг аажмаар 0,3-аас 1 МА хүртэл ахиулж болно.

Давсагны булчингийн хэсэгчилсэн мэдрэмжинд нөлөө узүүлэхийн тулд ууц нурууны хэсэгт гальванийн гүйдлээр эмчилгээ хийнэ. 120—150 см<sup>2</sup> талбайтай хоёр электродыг харалдаа аргаар байрлуулна Эрэг цэнэгтэй электродыг ууц нурууны нугалмайны орчим, сөрөг цэнэгтэй электродыг умдагны уулзварын ясан дээр тавина. Гүйдлийн хүч 0,02—0,05 МА/см<sup>2</sup>, эмчилгээний хугацаа 10—15 минут, өдөр бүр эсвэл өнжөөд мөчлөг эмчилгээг 12—15 удаа явуулна.

Өвчтөний ерөнхий сэргэлтийн процесс ихэссэн үед, мөн ургал мэдрэлийн системийн өөрчлөлтийн үед өвчний шинж тэмдгийг бууруулахын тулд хүхэр хүчлийн атропины 0,1% -ын уусмалтай электрофорезийн эмчилгээ хийнэ. Электродын талбай 120—150 см<sup>2</sup> байна. Атропины уусмалтай электродыг ууц нурууны нугалмайны орчим байрлуулж, нөгөө электродыг умдагны уулзварын ясан дээр тавина. Гүйдлийн хүч 0,02—0,05 МА/см<sup>2</sup>, үргэлжлэх хугацаа 15—20 минут, өдөр бүр эсвэл өнжөөд мөчлөг эмчилгээг 12—20 удаа хийнэ.

Давсагны хуниас суларсан үед цахилгаан идэвхжүүлэлт (татвануулах буюу экспоненциалын гүйдэл)-ийг хэрэглэнэ. Эмчилгээ хийхийн өмнө бие зассан байх шаардлагатай. Энэ гүйдэл нь булчингийн ажиллагаа, мэдрэлийн дамжуулах чадварыг дээшлүүлж, булчингийн цусан хангамжийг сайжруулна. Цахилгаан идэвхжүүлэлтийг хийхдээ УЭМ—1 (универсальный электроимпульсатор)-ийн З электродоор явуулна. Тус бүр 1 см<sup>2</sup> талбайтай («Цэгэн») 2 электродыг (сөрөг) умдагны ясны баруун, зүүн дээд талд байрлуулна. 100—180 см<sup>2</sup> хэмжээтэй 3 дахь (эерэг) электродыг ууц нурууны орчимд байрлуулна.

Гүйдлийн хүч 0,02—0,05 МА/см<sup>2</sup>, модуляцын давтамж нь 24—36 гц, эхний 4—6 эмчилгээг өдөр бүр 10 минутаар, бусдыг нэг өнжөөд 15 минутаар, мөчлөг эмчилгээг 15—20 удаа хийнэ. Ургал мэдрэлийн урвалыг жигдруулэхийн тулд ууцны симпатик мэдрэлийн зангилааг диадинамын гүйдлээр нөлөөлүүлж явуулна. 100—180 см<sup>2</sup> жийргэвчтэй сөрөг цэнэгтэй нэг электродыг (наснаас шалтгаалан) ууцны орчим байрлуулж 150—200 см<sup>2</sup>-ийн жийргэвч бүхий зерэг цэнэгтэй электродыг умдагны ясан дээр байрлуулна. Үүнд: хос үелэлтэй долгион, нэг үелэлтэй долгион, өөрчлөгдсөн богинохон үетэй буюу синкопын хэмээр тус бүр 1—2 минут, мөчлөг эмчилгээг 6—8 удаа, өдөр бүр эсвэл өнжөөд хийнэ. Гүйдлийн хүч нь өвтгөхгүйгээр хамгийн нам чичирхийлэлтэй байна. 7—10 хоногийн завсарлагатайгаар 2—3 мөчлөг эмчилгээ хийж болно.

Хүүхдийн насанд тохицуулан «Амплипульс—4» аппаратаар эмчилгээ хийх нь илүү үр дүнтэй. 50 см<sup>2</sup> хэмжээтэй жийргэвч бүхий нэг электродыг давсагны орчим байрлуулж, 150 см<sup>2</sup> хэмжээний жийргэвчтэй нөгөө электродыг ууц нурууны хэсэгт байрлуулна. Ажлын II ба III төрлийн шулуутгагдаагүй горим нь бага насны хүүхдэд тохиромжтой. Модуляцын давтамж 30 гц, гүн нь 75%, гүйдлийн хүч гэдэсний хананы электродын доорхи булчин агших хүртэл байна. Өдөр бүр 8—10 минут, мөчлөг эмчилгээг 10—12 удаа хийнэ. С. Б. Фипогеновын аргаар ууц нуруу, өгзөг, умдагны орчмыг хэсэгчлэн (өдөрт 200—300 см<sup>2</sup> хүртэл хэмжээтэй нэг л талбайд эмчилгээ хийнэ) хэт ягаан туяаны улайлгах тунгаар эмчилнэ. 3—4 биотунгаар хэрэглэж, давтан эмчилгээ хийвэл биотунг нэмнэ. Мөчлөг эмчилгээг 4 удаа хийнэ. Сургуулийн өмнөх насны хүүхдэд эмчилгээг зөвхөн ууц нуруунд хийх ба 1.5—2 биотунгаар эхлэж, 3—4 биотунд хүргэнэ. Эмчилгээг нэг өнжөөд хийнэ.

Зарим тохиолдолд ууц нуруу ба хярzan орчим дарсанвалийн эмчилгээ хийх нь сайн үр дүн өгнө. Эмчилгээний хугацаа 5—10 минут мөчлөг эмчилгээ 10—12 удаа. Шижин өвчтэй хүүхдэд ерөнхий үйлчил-

гээ үзүүлэхийн тулд усан эмчилгээ хийнэ. Үүнд: өглөө бүр чийгтэй арчилт, шүршүүр ванн, бас 37°C-ын халуунтай шилмүүс-давсны ваныг хэрэглэж болно. Хугацаа 10—12 минут, мөчлөг эмчилгээ 10—12 удаа. Мөн А. Е. Шербакийн аргаар («Зах») гальваний гүйдэл, хэт ягаан туяаны ерөнхий шарлагыг хийнэ.

Редакцид ирсэн 1986. 06. 20

В. С. ЗУБ. Ш. ЖИГЖИДСҮРЭН, Д. К. МУРЗАГАЛИН, Б. ГООШ. Б. ЛУВСАННОРОВ.

## ПАНКРЕАТИНЫН ЭМЧИЛГЭЭНД ГАРСАН ОЛОЛТ ТҮҮНИЙГ ХЭРЭГЖҮҮЛЭХ БОЛОМЖ

БИМАУ-д элэг, цөс, нойр булчирхайн өвчин элбэг, эмчилгээний үр дүн хангалтгүй байгаа нь биднийг нойр булчирхай судлалын чухал асуудлуудыг сонирхоход хүргэсэн юм.

Сүүлийн үеийн баримтаас үзэхэд архаг болон анхдагч цочмог панкреатитын хүнд явц амь насанд аюултайгаас гадна дотрын ердийн эмнэлгүүдэд ийм өвчтэй хүмүүс олон дахин хэвтэх явдал ихсэх хандлагатай байгаа нь тус улсад нойр булчирхайн өвчтэй хүнд үзүүлэх тусгай мэргэжлийн тусламж үгүй байгаатай холбоотой гэх үндэс байна.

Бид энэ өгүүлэлд панкреатитын лабораторийн болон багажит шинжилгээний оношлогоо эмчилгээ, урьдчилан сэргийлэлтийг зохион байгуулсан арга хэмжээний үр дүн цаашдын тавилан тогтоох орчин цагийн боломжийн талаар өгүүльье.

Нойр булчирхай хэвлэйн ард байрлаж, түүний өвчин чухам тийм гэх содон шинжээр илрэдэггүй бөгөөд мөн нарийн яв цав шинжилгээгүй учир нойр булчирхайн эмгэгийг оношлоход төвөгтэй байдаг.

Харин нойр булчирхайг шинжлэх зарим шинэ арга нэвтэрснээр уул булчирхайг судлахад дэвшил гарав.

Нойр булчирхайгаас З ховилт хаймсуураар авсан шүүс, цус, шээсэнд липаз, амиаз, трипсиныг нэгэн зэрэг тодорхойлох нь нойр булчирхайн эдийн эмгэгийг уул булчирхайн цорго түгжирч үүссэн өвчинөөс ялгах боломж олгож байна.

Цус, шээс, нойр булчирхайн шүүсэнд дээрх фермент нэгэн зэрэг ихсэх нь уул булчирхайн эдийн эмгэг буйг гэрчлэх бөгөөд цус шээсэнд фермент ихдэж нойр булчирхайн шүүсэнд тэр нь багадах юмуу тодорхойлогдохгүй бол нойр булчирхайн цоргонд саад буйг гэрчилнэ.

Дурангийн тусламжаар нойр булчирхайн цоргоно рентген зургийг сөргүүлэн гаргах нь уул цоргоны saatlyg тогтоож түүнд чулуу, уйланхай байхыг илрүүлэхэд туслана.

Панкреасын цоргоноос соруулсан шүүсэнд эсийн шинжилгээ хийхэд нойр булчирхайн үрэвслийг хавдраас ялгах боломжтой болно.

Цацраг идэвхт хэд хэдэн сорилын бэлдмэлийг өвчтөнд тарьж изотоп шинжилгээ хийснээр өмөн зэрэг голомтот өөрчлөлтийг мэдэж болох бөгөөд хэт авианы аргаар бол хавдрын зэрэгцээ уйланхай үрэвслийг хялбар оношлох боллоо.

Рентген компьютерийн томографи нойр булчирхайн эзэлхүүний өөрчлөлтийг илрүүлж тэр хэсгийнхээ нягтыг тодорхойлж чадвал хавдар уйланхайн алин болохыг тогтооход туслаж байна.

Шинжилгээний шинэ аргууд клиникт нэвтэрсэн нь цочмог панкреатитын эмгэг жамыг нэн ондоогоор ойлгоход хүргэсэн билээ. Цочмог панкреатит гэдэгт анх нойр булчирхайн үрэвслийг л ойлгож байлаа. Орчин үед харин энэ нэр томьёонд эмгэг явцаараа ерөнхий боловч

Өөр өөр шалтгаантай булчирхайн хаван, идээт үрэвсэл, цусархаг болон өөжэн үхжил зэрэг бүлэг эмгэгийг авч узэх болов.

Гаднын олон төрөл хүчин зүйлээр (элэг, цөс, ходоод гэдэсний эмгэг, гэмтэл, архи, харшил, хавдар, булчирхайн дотоод шүүрлийн хямрал зэргээр) нойр булчирхай үрэвсэж түүний эдийн задрал, судасны нэвчилт ихсэж цорго нь битүүрдэг байна. (1,2).

Нойр булчирхайн өөрчлөлт нь булчирхайн ялгаруулан гаргадаг ферментийн нөлөөгөөр нэг ёсондоо идэгдэн боловсorskontoy холбоотой юм. (12). Нойр булчирхайн цочмог үрэвслийг эхний үед трипсинтэй илүү ихээр холбон узэж байсан нь трипсиныг нойр булчирхайн цоргоор хийхэд түүний эд эст цус зогсонгошин, судас өргөсөж, цус харвах, үхжилийн голомтууд үүсгэсэн туршилтаар тайлбарлаж байв. (3). Гэвч нойр булчирхайн өөрчлөлт бурийг протеолит ферменттэй холбох боломжгүйг ойлгож эхлэв. Тухайн ферментийн эсрэг ингибитор бүр тэр бурий нойр булчирхайн эдийн өөрчлөлтөөс сэргийлэх, эсвэл багасгаж чаддаггүй болох нь үүний харуулна.

Шинэхэн судалгаанаас узвэл нойр булчирхайн эдийн дотор хемотрипсин, карбоксипептидаз, калликреин, эластаза, фосфолипаза ферментийг трипсиныг идэвхжүүлсэнтэй холбон узэж байна. Нойр булчирхайн эдээд хемотрипсин трипсины нэг адил үйлчлэх бөгөөд липаза, фосфолипаза «А» нойр булчирхайн эдийг хүчтэй гэмтээж булчирхайд үхжил үүсгэдэг байна. Амилаза, карбоксипептидаза нойр булчирхайн эдийг сул үрэвсүүлэн, бага зэрэг хавагнах, цагаан цогцосын нэвчидэс үүсгэхэд хүргэнэ. Эластаза протеолит ба эласт нөлөө үзүүлэх тул нойр булчирхайн цочмог үрэвсэлд чухал нөлөөтэй.

Эластаза цусанд ороход цусны даралт илэрхий буурч өвчний клиник илрэлийн эмгэг жамд мэдэгдэхүйцээр нөлөөлнө. Сүүлийн үед цочмог панкреатитын эмгэг явцад лизосомын үзүүлэх нөлөөнд их анхаарал тавих болов. Тэрээр эдээд нэвчихдээ түүнийг задлаж булчирхайн цусан хангамжийг хямруулан, эс хордуулах бодис, нойр булчирхайн ферментүүдийн үйлчлэлийг хүчтэй болгодог байна. (3).

Нойр булчирхайн цоргонд цөс, цөсний чулуу орох явдал цочмог панкреатитын өрнөлтөнд нөлөөтэй болох нь батлагдлаа. Ялангуяа фосфолипаза А-ийн нөлөөгөөр нойр булчирхайн шүүсэндэх цөсний лецитинээс үүсэх цөсний хүчил (хенодезоксихолийн, дезоксихолийн) лецитинлизолецитин онц ач холбогдолтой болохыг тэмдэглэж байна.

Нойр булчирхайн эдэнд үзүүлэх дээрх хүчин зүйлийн нөлөөгөөр уул булчирхайн эд эс задарч, судасны ханын нэвчүүлэх чанар ихэсч ферментийн хордлого үүснэ (2, 4, 5). Ийм хордлогын урхгаар нойр булчирхайн хямралын зэрэгцээ судас, бөөрний дээд булчирхай, тархины үйл хямралын хам шинж гарна. Панкреатитын үед нойр булчирхайн гадаад шүүрэл сулрах нь нуурс ус уураг, өөх тосны солилцоо хямрах шалтгаан болно. (6—7, 9). Энэ үед ус-эрдэсийн солилцоо мөн хямарч хүчил-шүлтийн төнцвэр алдагдана. (10).

Цочмог панкреатитын олон хэлбэрүүд нь бие даасан өвчнүүд үү эсвэл нэгэн эмгэгийн үе шатууд уу гэсэн асуудал өнөөг хүртэл тодорхойгүй байна. Хэвлэлд мэдээлснээр бол (1, 4, 7, 9, 11) өвчний хэлбэр нь түүний шалтгааны төлөв, нойр булчирхайн эдэнд үйлчлэх хүчээс хамаарна гэж узэж болно.

Үүгээр нойр булчирхайд гарах эмгэг өөрчлөлтийн эхний илрэл нь биеийн хамгаалах тогтолцоо, юуны өмнө идэвхжсэн ферментүүдийг саармагжуулах чадвараас хамаарна.

Ийм учраас панкреатит, түүний клиник-бүтэцийн хэлбэрүүдийн баттай оношлогоо нь өвчтөний иж бүрэн шинжилгээгээр (биохимийн үзүүлэлт, ферментийн, рентген-тодотгогч бодисийн, лапароскопийн үеийн эсийн) гүйцэтгэгдэж болох бөгөөд энэ нь өвчний тавилан, эмчлэх тактикаийг сонгох үзүүлэлт болно.

Цочмог панкреатитыг мэс заслын бус аргаар эмчилсэн бидний туршлага, тэрчлэн хэвлэлийн мэдээ нь (2, 6, 8, 10—11) нойр буличрхайн өвчин үүсэх эмгэг физиологийн талаарх өнөөгийн ойлголтоос үндэслэн уул өвчинөөс урьдчилан сэргийлэх, эмчлэх өргөн хүрээтэй арга хэмжээг авч мэс заслын тодорхой заалт гаргаж чухлыг харуулав.

Эмийн иж бүрэн эмчилгээнд новоканины 0.5%-ийн уусмалыг антиферментийн хамт нойр буличрхайн орчны өөхлөгт хийх, антиферментийг вен судсанд микроциркуляцийг сайжруулах эмийн хамт тарих, хордлого тайлах эрчимт эмчилгээ багтана. Энэ нь уул өвчиний хүндрэлийг багасгах боловч зарим тохиолдолд хагалгааны бэлтгэл болох нь ч бий.

Монголд одоогоор хийгдэж байгаа, панкреатитын мэс заслын эмчилгээний ихэнх нь уул өвчиний хожуу үед хүндрэлийг арилгахад чиглэсэн байна. Иймээс панкреатитыг үүсгэх дэвсгэр өвчин болох цэсний замын эмгэгийг эрт илрүүлэх, цагт нь хугацаа алдалгүй эмчлэх, шархлаа, архаг панкреатит, шижин өвчтэй хүмүүсийг диспансерийн хяналтанд авах нь нойр буличрхайн өвчиний хүндрэлийн үед хийх хагалгааг цөөлөхөд дохомтэй болох юм.

Цочмог панкреатиттай өвчтөнг зөвхөн мэс заслын эмнэлэгт хэвтүүлэх нь зүйтэй. Энэ нь уул өвчиний цочмог эхлэл юмуу, архаг панкреатит хурцдах үеийн эмчилгээний тактикт хамарагдах ундсэн зарчмыг баримтлах боломж олгох бөгөөд бидний санаж байгаагаар тэр нь энэхүү ярвигтай эмгэг бүхий өвчтөний эмчилгээний үр дүнд зайлшгүй чухал болно.

Нойр буличрхайн хагалгааг, орчин үеийн мэдээгүйжүүлэх ухааны ололт, хагалгааны үеийн оношлох арга, хагалгааны дараах эрчимт эмчилгэгүйгээр хийнэ гэх аргагүй.

Нойр буличрхайд хийгдэх хагалгааны үр дүн нь нойр буличрхайн цоргонд тохирох гоожуурга тавих, цоргыг ломбодох, хэвлэлийн гоожуургыг зөв тавих, ходоод гэдсийг алгасуулан хооллох арга барилыг нарийн чанд биелүүлэхээс шалтгаалж байна.

БНМАУ-д элэг, цэс, нойр буличрхайн эрхтнийг бүх талаар шинжлэн өндөр хэмжээнд оношлох боломж бүрдсэн бөгөөд цочмог, архаг панкреатитыг нэгэн эмгэгийн хоёр үе шат гэж үзэж уул эмгэгийн оношлох аргыг улам боловсронгуй болгох явдал чухал байна.

#### АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. Г. И. Акжигитов — "Острый панкреатит", М., 1974.
2. Н. Н. Блохин, А. Б. Итин, А. А. Клименков — Рак поджелудочной железы и внепеченочных желчных путей. М., Медицина 1982.
3. П. А. Бэнке — Панкреатит М., Медицина 1982.
4. П. Э. Ванян, В. А. Кубыкин, Ю. В. Огнев — Хирургическая тактика при панкреатогенном перитоните. Хирургия, 1983, 6, 72—77.
5. К. Н. Веремеенко — Кининовая система. Киев, 1977.
6. В. С. Земсков — Рациональное парентеральное питание при остром панкреатите. Вестн. хур. 1986. 11. 21—24.
7. М. И. Кузин, М. В. Данилов, Д. Ф. Благовидов — Хронический панкреатит. М., Медицина 1985.
8. Б. В. Петровский — Достижение и задачи советской хирургии. Хирургия. 1981. 12. 3—12.
9. В. С. Савельев, В. М. Буянов, Ю. В. Огнев — Острый панкреатит. М., Медицина 1983.
10. В. Н. Филин — Острые заболевания и повреждения поджелудочной железы. М., 1982.
11. А. А. Шалимов — Болезни поджелудочной железы. М., 1970.
12. О. Д. Черноярова — Эластаза и ее роль в патогенезе острого панкреатита. Автореф. дисс. канд., М., 1976.

Т. ДЭЛГЭР, (Халдварт өвчнийг анагаах клиникийн эмнэлэг)  
Н. ЖАНЦАН, Б. БАЙГАЛЬ (Анагаах уханы дэд сургууль)

## ВИРУСТ ГЕПАТИТ. (үргэлжлэл)

КЛИНИК БА ЯЛГАХ ОНОШЛОГОО. ВГ оношийг өвчтөний шаналгаа, тахал судлалын байцаалт, лабораторийн шинжилгээн дээр үндэслэн тавьдаг. Шаралтын өмнөх үед олон хувилбар эмнэл зүйн шинж гардаг учир энэ үед оношлоход бэрхшээлтэй байдаг. Ямар ч шинжээр илэрсэн тохиолдолд ч гэсэн бие нь сулрах, залхуу хүрэх, нозойрох, их биш боловч халуурах, өлөн шээс хүрэн өнгөтэй гарах, хоолонд дургүй болох нь нэлээд түгээмэл байна. Тэрчлэн ийлдсийн ферментийн идэвх тухайлбал аминотрансфераз, альдолазын идэвх ихсэж өөрчлөгдсөн байна.

Ханиад маягаар өвчин илрэхэд томуу шиг төв мэдрэлийн тогтолцооны хордлогоо ихтэй, биеийн халуун нь өндөр, нүдний ухархай толгойгоор өвдөх, хамар битүүрч, цэртэй ханиалгаж цээж өвдөх шинж байдаггүйгээр нь томуугаас ялгаж, харин энэ үед шээс хүрэн өнгөтэй болж, аюулхай орчим хөндүүрлэх элэг томрох шинж тэмдэг илэрнэ.

Гэдэс ходоодны хямралын шинж илэрсэн үед цочмог гастроэнтерит, хоолны хордлогоос зайлшгүй ялгах шаардлагатай. Өвчин хурц эхлэх, гэдэсээр базлаж өвдөх, бөөлжүүлэх, олон удаа шингэн суулгах, баасанд нь залхаг салстай байх нь гэдэсний өвчний үед илэрдэг өвөрмөц шинж юм.

Өвчний гол шинжийн нэг болох шарлаж эхлэхэд өвчнийг танихад нэлээд хялбар болдог боловч шарлах шинж нь бас цусны өвчин, цэсний уут цоргын үрэвсэл, хордлогот ба архины гепатит, мөн янз бүрийн байршилтай хавдар, элэгний бэтэг зэрэг эмгэгийн үед ч илэрдэг тул ВГ-ийг андуурах явдал цөөнгүй. Тэрчлэн уушгины үрэвсэл, цусны халдвар, гэдэсний балнад, хумхаа, цус эргэлтийн хурц ба архаг хямрал бүхий зүрхний өвчний үед ч шарлаж болно. Янз бүрийн химиин хор, зарим төрлийн эм (атофан, паск, тубозид, пиразинамид, этионамид этамбутол, аминазин, антибиотик (рифадин, тетрациклин г. м.) (элэгний эд эсийг хордуулж, өөхжилт үүсгэж, түүний үйл ажиллагааг хямруулахад, мөн цус задралын өвчний үед шарлан). Ингэж шарлалт нь олон өвчний үед тохиолдог бөгөөд гарал үүсэл нь өөр өөр байгааг харгалзан түүнийг дотор нь цус задран шарлах, элэгний цулын шарлалт, механик шарлалт гэж 3 төрөл болгон ангиана.

1. ЦУС ЗАДРАЛЫН ШАРЛАЛТ нь янз бүрийн шалтгаанаар улаан цогцос их хэмжээгээр задрахад цусанд шууд бус билирубины хэмжээ эрс нэмэгдэж баас шээсэнд уробиллиногены хэмжээ ихэсдэг учраас биохимиин шинжилгээгээр цусны билирубины чанарын урвал нь шууд биш байна. Баас нь хүрэн өнгөтэй байдаг, цус багадалтын шинж илэрч, ретикулоцитоз болсон дэлүү томорсон байна. Аажимдаа цэс ялгаруулах зам, элэгний дотор цоргуудад будах бодис тундасжин, чулуужсанаас механик маягийн түгжрэлийн шарлалтын шинжтэй болно. Цусны шууд бус билирубины хэмжээ ихсэж шарласан бүрийг цус задралын гаралтай гэж болохгүй. Энд элэгний энзим дутагдлын улмаас үүссэн Жильбер-Дабин-Джоксон, Роторон хам шинж бүхий цулын шарлалт гэж бас байдгийг санах хэрэгтэй.

II. ЭЛЭГНИЙ БҮЮУ ЦУЛЫН ШАРЛАЛТ нь халдварт хордлогын нөлөөгөөр элэг гэмтэж түүний цэс ялгаруулах үйл ажиллагаа тутмаг болсноос үүсдэг. Цулын шарлалтын үед цэсний замд saat ал үүсэхгүй боловч, цэсний уутанд цэс ялгарч ирэхгүй, харин цус руугаа шууд орж, цусан дахь нийт билирубин, түүний шууд бурдэлийн хэмжээ давуутай ихсэж, чанарын урвал нь шууд болсон байна. Энэ үед элэгний үйл ажиллагаа хямарсан бусад шинжүүд ч мэдэгдэнэ. Өвчний ид дундуур баас цайвар болох боловч механик шарлалтыг бодвол тийм ч цагаан

Түрүүч нь сэтгүүлийн иэгдүгээрт бий.

биш байна. Шээсэнд цөсний пигмент тод илэрч, уробилиноген олдохгүй болдог. Хойшид элэгний үйл ажиллагаа сэргэж цөсний цоргонд цөс орохын хэрээр баасны өнгө хувирч, шээсэнд нь уробилиноген олдох болно. Цусан дахь цөсний хучлийн хэмжээ энэ үед мөн адил ихэсдэг боловч, холестрины хэмжээ буурч, түүнчлэн сулемат, тимолт сорилууд өөрчлөгдөж, нэн ялангуяа цусан дахь ихэнх ферментийн идэвх нэлээд хугацаагаар ихэссэн байна. Харин холинстразын идэвх буурна. Аминотрансферазын идэвх ихсэж ялангуяа түүний АлАТ бурдлийн идэвх илүүтэй ихэсдэг учраас АсАТ/АлАТ-ын харьцаа (АсАТ) нэгжээс бага АлАТ

байдаг.

Элэг гэмтэж шарлалтын шинж илрэх дараах өвчинүүдээс ВГ-ийг ялган оношлоно.

1. Энтрориус халдвэр заримдаа элгийг гэмтээж, гепатитын шинж өгдөг. Энтерориус халдвэр зуны улиралд тохиолдож, лимфаденит, ангина, менингит ажиглагдаж, нүдний ухархайгаар, бүх биеийн булчин хүчтэй өвдөх зэрэг шинжээр илэрнэ. Элэгний гэмтлийн шинж бүдэг, биохимиин шинжилгээний өөрчлөлтүүд нь их биш, хурдан засардгаа раа ВГ-ээф ялгаатай.

2. Аденовирусийн халдвэр нь амьсгалын замын эрхтэнийг гэмтээж хамар залгиур, уушги үрэвсэн, буйлсан булчирхай өнгөртөх, гол төлөв өрөөсөн нүд улайх, биеэр тууралт гарах шинжээр илэрнэ. Энэ үед элэг томрох боловч элэг нь зөөлөн, хөндүүр, өвчин багатай, түүний хэмжээ амархан багасаж, лабораторийн шинжилгээний өөрчлөлт ч их биш байдаг.

3. Зарим үед халдварт мононуклеоз өвчин шарлалтын шинж өгнө. ВГ-ээс ялгаатай шинж гэвэл, халдварт мононуклеозын үед буйлсан булчирхай цайвар өнгөрөөр хучигдаж, улайж үрэвсэн, хүзүү, сугацавьны тунгалгийн булчирхай томорч, цусанд цагаан цогцос ихсэж, хэвшинжит бус мононуклеар эс давамгайлсан лимфомоноцитоз ажиглагдана. Эдгээр өвчиний үед шар тод биш, элэг томрох авч ВГ, В-тэй адилгүй байдгаараа ВГА-тай гол төлөв андуурагдана. ВГА-гийн онош тавихад халдвэр судлал, лабораторийн шинжилгээ нэн ялангуяа цусанд А вирусийн эсрэг болно. (анти НАУ) илрүүлэх лабораторийн аргыг өргөн ашиглана.

4. Вейль-Васильевын өвчин. Өвчин гэнэт эхэлж их халуурч чичруулжээ, халуун нь 10-аад хоног үргэлжилж, хэд хэд дахиж болно. Түүнчлэн биеэр цусархаг тууралт гарах, хөлийн булчин, үе мөч өвдөх цусны цагаан цогцос (нейтрофил) ихсэж УЦТУ хурдасна. Төв мэдрэлийн тогтолцооны хордлогоо ихтэй, толгой өвдөх, нойр хүрэхгүй байх, бөөлжих, өвчтөн хөөрүү болно.

Бөөр үрэвсэж шээсэнд нь өөрчлөлт гарна. Цаашдаа цус багадалт болно. Өвчиний оношийг цус шээсийг бактериолог шинжилгээнд өгч, цусны ийлдсэнд үүсгэгчийн эсрэг бодис илрүүлснээр танина.

5. Иерсениоз. псевдотуберкулез өвчинүүдийг ВГ-тай андуурах явдал бий. Эдгээр өвчинүүд нь хордлого арай ихтэй, чичирч халуурах хүзүү эрүүний булчирхай томрох, гэдсээр өвдөх, шингэнээр суулгах, янз бүрийн шинж төлөвтэй тууралт гарах шинжээр илэрдэг. Цусны цагаан цогцос олширч, УЦТУ хурдасана. Эцсийн оношийг баас, цуснаас үүсгэгчийг бактериолог аргаар илрүүлж, серологийн тундасжуулах урвал тавьж шийднэ.

6. Цитомегаловирус заримдаа элэгийг гэмтээж, шарлалтын шинж өгнө. Төрөлхийн цитомегали өвчиний үед элэг дэлүү том хатуу, цусархаг шинж илэрч, шар ихтэй, хожуудаа элэгний цирроз үүснэ. Энэ өвчинг оношлоход бэрхшээлтэй байдаг учраас ВГ гэж андуурагдах явдал гардаг.

7. Хоёрдогч гепатит гэгдэх бүлэг өвчин бий. Грам эерэг коккоор үүсгэгдсэн өвчин, тухайлбал уушгинь үрэвсэл, сепсис, грам сөрөг сав-

ханцраар үүсгэгдэх гэдэсний балнад, бруцеллез, салмонеллын халдварт зэрэг өвчний үед гепатит үзэгдэх нь цөөнгүй. Арьс салст бүрхүүл шарлах, элэг томрох, цусны ферментийн идэвх ихсэх шинж өгдгөөрөө ВГ-тай адил. Гэвч эдгээр нь үндсэн өвчний шинжийн дор халхавчлагдаж, гол төлөв өвчний 4—6 дахь хоног дээр «хоёрдогч» байдлаар илрэх бөгөөд, үндсэн өвчин эдгэрэх хэрээр арилна. Зарим үед элэгний гэмтэл нэлээд гүн, клиник-лабораторийн өөрчлөлт их байдал учраас ВГ-тай андуурагдахад цөөнгүй хүргэдэг. Энэ үед өвчний оношийг клиникийн гадна, антиген, антивирусын эсрэг бодис, иммунглобулиныг тодорхойлох шинжилгээг оролцуулсан лабораторийн нарийн шинжилгээг үндэслэн тогтооно.

8. **Орчин үед** үйлдвэр, хөдөө аж ахуй, гэр ахуйд химиийн бодис, эмийн бэлдмэлийг өргөн хэрэглэж байгаатай холбогдох клиникт, хордлогот гепатит цөөнгүй тааралдах болов. Энэ өвчний үед арьс, салст бүрхүүл шар өнгөтэй болж, элэг томорч, цусархаг шинж гарна. Зарим тохиолдол хүндэрч элэгний комоор үгдрэх явдал ч гардаг. Үүгээрээ цочмог ВГ-тай адил боловч өвчин мэдэгдэх ямар нэгэн урьдал шинжилгүйгээр гэнэт эхэлдэг, бөөлжүүлдэг, гэдэс өвддөг, цус багадаж бөөр гэмтдэг, халуурдаггүй, өвчний училсэн явц ажиглагддагтуй, цусны цагаан цогцос, УЦТУ хэвийн байдгаар ВГ-ээс ялгагдана. Зарим үед холестазын шинж үүснэ. Оношлоход өвчтөний анамnez чухал байдал.

9. **Архины гепатит** нь архаг архичин юу уу, эсвэл архи уусны дараахан үүсдэг. Оношлохдоо элэгний эдэд биопси хийж гепатоцит эсэнд архины гиалин, элэгний эдийн портал хэсэгт олон бөөмт цагаан цогцосын нэвчдэс байхыг олж илрүүлнэ. Клиник биохимийн шинжилгээгээр архины гепатитыг ВГ-ээс салган оношлоход бэрхшээлтэй байдаг.

10. **Заримдаа жирэмсэн үед** гепатоз, холестаз ажиглагддаг. Гэхдээ холестаз нь шар их биш, цусны аминотрансферазын идэвх ялимгүй ихэссэн, бие загтнадаг, элэг дэлүү томордоггүй хордлого багатай, жирэмсний суулийн З сард тохиолддогоороо ВГ-ээс ялгагдана. Гэтэл жирэмсэн үед үүсэх гепатоз нь элэгний үйл ажиллагааг хямруулж амархан хүндэрч бөөрийг давхар гэмтээдэг. Жирэмсний хожуу хордлогын нефропатийн үед элэг ноцтой гэмтэж болно. Шарлах шинжээс гадна, элэг томрох, арьс загтнах, цусны аминотрансферазын идэвх ихсэх, элэгний ялгаруулах ажиллагаа алдагдах, уургийн хэмжээ багасна. Комоор ч хүндрэх тал бий. ВГ-ийг эдгээр эмгэгээс ялгаж оношлохдоо клиник-лабораторийн шинжилгээг нягт бүрэн хийж, болгоомжтой байхыг шаардана. Учир нь жирэмсэн хүнд ВГ тохиолдох нь цөөнгүй.

III. МЕХАНИК БЮОУ ТАГЛАРАЛТЫН ШАРЛАЛТ НЬ цэсний замын төрөлхийн гажиг, цэсний цоргын чулуу, хавдар тагласан, элгэн доторхи цэсний сувгаар цэс хаагдсан үед тохиолдоно. Цэсний зам тагларсан учраас цэс цоргондоо хоригдож байгаад, цусанд орж шарлуулна. Механик шарлагааны үед арьс нь гол төлөв ногдох шаргал байдал. Цусанд цэсний хүчил их хэмжээгээр хуралдсаны улмаас арьс загатнаж, судасны лугшилт удаашрана. Механик шарлалтын үед цусан дахь суурьт фосфатазын идэвх эрс нэмэгдэнэ. Тэрчлэн цусан дотор холестины хэмжээ ихсэж, харин холенестраз, хининокидазын, фруктоз моно-ба ди-альдолазын идэвх жирийн хэмжээндээ байна. Механик шарлалтын хожуу үед трансминазын идэвх ихсэж болохоос гадна цусан дахь төмрийн хэмжээ багасаж, зэс ихэддэг учраас төмөр зэсийн илтгэлүүр 0,1—0,6 хүртэл буурсан байна. Гэтэл элэгний шарлалтын үед энэ үзүүлэлт 1-ээс дээш байдал.

1. **Цэсний уут үрэвсэх.** Цэсний замын эрхтэний үрэвслийн үед элэг томрох, шарлах шинж илэрч болно. Үүгээрээ ВГ-тай төстэй боловч баруун сувээгээр хойшоо нэвт хатгуулж өвдөх, өвчин гэнэт эхлэх, өвдөлт нь дал мөрийг дагаж, баруун гар өвдөх, их халуурах, чичрэх, цөөн биш

удаа бөөлжүүлэх, цусны цагаан цогцосын тоо олшрох, УЦТУ хурдсах шинжээр ялгагдана.

2. Цөсний чулуу цөсний цоргыг таглахад механик шарлалт үүсч, цөсний хүчтэй колик болно. Үе үе өвчин нь ихсэх бөгөөд гол төлөв архи уух, өөх тостой юм идэх, сэтгэл хөдлөх, ядрах үед сэдрэгдэнэ. Цөсний гэр томорсон, тэр орчинд хэвллийн хана чангараалтай байна. Өвдөлт хэдэн цаг заримдаа нэг хоёр хоног ургэлжилж байгаад гэнэт намдана. Цөсний уутны рентген зураг авах, ультросонографи (эхографи) хийх шинжилгээгээр онош тодруулна. Эхогепатографиаар зөвхөн 0,5—1 см диаметрээс багагүй чулуу илрүүлэх тул үүгээр оношийг бүрэн шийдэж чадахгүйг санах хэрэгтэй.

3. Цөсний сувгийн төрөлхийн гажиг. Энэ нь дотроо элэгний дотор, элэгнээс гадна гэж 2 байдлаар ажиглагдана. Элэгний гаднах атрези дангаар илүүтэй тохиолдоно. Төрсний эхний өдрөөс шарлалтын шинж илэрч нүд арьс нь шар байх, баас нь цайвартан, эмчилгээ хийсээр байтал тэр нь арилахгүй байна. Зарим тохиолдолд бүтэн бус атрези болсноос шарлалт үе үе ихсэж, заримдаа ч багасах мэт болдог. Оношийг холецистографи, холангиографи хийж шийднэ.

4. Нойр булчирхай, цөсний замын өмөн зэрэг шалтгаанаас үүссэн механик шарлалт эндүүрэгдэх явдал бий. Ийм үед тагларалтын шарлалт илэрдэг бөгөөд өвчиний эхний үед элэг гэмтсэн шинжилгүй байна. Гэвч өвчин удаашрах тутам элэгний үйл ажиллагаа хямарч, элэгний үйл ажиллагааны байдлыг үзүүлэх сорилтууд өөрчлөгднө. Трансами назын идэвх ч ихсэж ирнэ. Үе үе ургэлжилсэн маягаар халуурах, элэг орчим хаттуулж байгаа мэт хүчтэй өвдөх, удаандаа турах, лейкоцитын тоо ихсэх, УЦТУ хурдсана. Мөн өвчтөний баас цустай гарч Грегерсенийн урвал илрэнэ. Хавдраар цөсний цорго дарагдсанаас цөсний гэр томорч Курвуазье шинж үзэгднэ. Онош тогтооход хэт авиаагаар, радиоизотопоор мөн цусанд д—фетоглобулинг тодорхойлж шинжилнэ.

5. Архаг гепатит хурцадсан үед ВГ гэж оношлогох явдал цөөнгүй. Ялангуяа австрал антиген илэрсэн тохиолдолд ялган оношлоход хэцүү төвөгтэй байдаг. Энэ хоёр өвчинг салган оношлоход өвчтөний анамнез, клиник-лабораторийн шинжилгээнээс гадна элэгний эдэнд биопсийн шинжилгээ болон сонографи хийж шийднэ. Үрд нь ВГ-ээр өвчилж байсан анамнестай хүний архаг гепатит нь дахиж сэдрэхийг шинэ халдварт авч, ВГ-ээр дахин өвчиллөө гэж үздэг явдал бий. Энд ВГ-ээр өвчилж эдгэрсний дараа бие махбодод тогтвортой дархлалт тогтдогийг санаж байвал зохино. ВГ-ийг элэгний циррозоос ялган оношлох нь тийм ч хэцүү биш байдаг. Эцэст нь ВГА ба ВГВ-т ялган оношлох нь эпидемийн байдалд шууд нөлөөлж, өвчлөлийг бууруулах арга хэмжээ боловсруулах, өвчиний тавиланг тогтооход чухал ач холбогдолтой байна. Хэдийгээр энэ хоёр гепатит клиник-биохимийн шинжээр төстэй боловч халдварт судлал, дархлал судлалын мөн чанараар тус бүр биеэ даасан өвчин мөн. А ба В гепатитыг ялган оношлохдоо дараах шалгууруудыг ашиглана. Үүнд:

### 1. Эпидемиологийн шалгуур

ВГВ-гээр 1 хүртэлх насын хүүхэд, 30-аас дээш насын хүмүүс гол төлөв өвчилдөг бол ВГА-аар 3-аас дээш сургуулийн өмнөх насын хүүхэд, өсверийн ба идэр насын залуу хүмүүс зонхицж өвчилнө. Учир нь энэ насын хүмүүс нь ВГА-т эсэргүүцэх дархлалтай болоогүй, тэдгээрийн цусанд А вирусийн эсрэг бодис үүсээгүй байдаг. Гепатит А-гийн өвчлөл намар, өвөл ихэсдэг, контактын замаар халддаг бол гепатит В нь өвчлөхөөс 40—180 хоногийн өмнө эмчилгээний буюу шинжилгээний зорилгоор тария хийлгэсэн, шүд эмчлүүлсэн, мэс засал хийлгэсэн, мөн цус сийвэн юулсэн үед халдварт дамждаг байна.

Гэвч ВГВ нь заавал тария, мэс засал хийлгэсэн, цус юулсэн тохиолдолд л дамждаг гэж үзвэл буруу. Сүүлийн жилүүдэд гэр ахуйн хавьтальны замаар, өөрөөр хэлбэл өвчтөн ба антиген тээгч хүмүүсийн цус,

бөөлжис дэх вирус эрүүл хүний арьсны жижиг гэмтэл шархлаагаар нэвтрэн орсон үед ч халдварт уусдэг тухай их бичиж байна. Ийм замаар ВГВ халдах явдал 12—17 %-д тохиолддог.

### 11. Клиник шалгуур.

ВГВ-ийн шарлалтын өмнөх үе ВГА-т бодвол илүү сунжуу үргэлжилдэгээс гадна аажим явагдаж үе мөчөөр өвдөх, биеэр макул маягийн улаан жижиг тууралт гарах зэрэг шинж өвөрмөц юм. Шарлалтын үе ч ужиг, долгио маягтай явагдаж үе үе шар нь тод болж, улмаар шар гол төлөв тод байна. Өвчин дахих, сэдрэх, тэр ч байтугай Комоор хүндрэх нь энэ гепатитын үед л байдаг. Гэтэл А гепатит нь харьцангуй хурц эхэлж, шарлалтын өмнөх үе болино, хордлого ихтэй, бөөлжүүлэх, өндөр халуурах зэрэг шинж өгч, шарын шинж илрэхийн зэрэгцээ хордлого багасаж, өвчтөн хөнгөрөх мэт болж ирнэ. Арьс биесийн шар их биш, эхний 7—10 хоногийн дараа шар нь хурдан буурч ирэх нь ажиглагдана. А гепатитын явц өрөнхийдөө хөнгөн, эдгэрэх нь түргэн байдаг.

### III. Лабораторийн шалгуур

В гепатитын үед цусны билирубин, трансаминазын идэвхийн хэмжээ харьцангуй их, харин тимолын сорилын үзүүлэлт гол төлөв бага, цусанд австрал антиген ихэвчлэн зэрэг байна. А гепатитын үед А вирусийн эсрэг бодис үүсч, Ig M хэмжээ эрс нэмэгдэнэ.

**ЛАБОРАТОРИЙН ОНОШЛОЛТ.** Бие машбодод явагдах бодисын бүх солилцоонд элэг чухал үүрэг гүйцэтгэнэ. Иймээс элэгний өвчнийг оношлох, эмчилгээний үр дүнг хянах, өвчиний явц тавиланг тогтооход цусны биохимиийн шинжилгээг өргөн ашигладаг. Орчин үед элэгний үйл ажиллагааг тодруулах 1000 гаруй сорилшинжилгээ байдаг. Элэгний үйл ажиллагааны төрөл бурийн сорилуудыг нэгэн системд оруулж, түүнээс цөөн тооны оновчтой сорилыг зөв сонгон хэрэглэх нь чухал билээ. Элэгний эмгэгийн онош тогтооход өдөр тутмын практикт 7—20 тооны шинжилгээ хийхэд хангалттай гэж үзэж байна. Дээр дурдсан олон сорил шинжилгээний дотроос ВГ-ийг оношлоход хамгийн их ашиглагдаг шинжилгээ бол цусны ийлдсийн доторхи билирубин, уураг тэдгээрийн фракци, протромбин, холестерины хэмжээ ба трансфераз, шүлтлэг фосфотаз, альдолаз зэрэг ферментийн идэвхийг тодорхойлох, суплемат, тимолт сорил шинжлэх аргууд орно.

### ЦУСАН ДАХЬ БИЛИРУБИН

Элэгний цэс ялгах үйл ажиллагааг хянах зорилгоор цусны билирубины хэмжээг тодорхойлно. Ердийн үед эрүүл хүний цусанд билирубины хэмжээ 4—17,1 ммол/л чөлөөт билирубин 2,2—9,8 мк моль/л байдаг. Элэгний өвчний үед билирубины хэмжээг тодорхойлохоос гадна түүний чанарын үзүүлэлтийг гаргадаг. Билирубин нь диазореактивтай урвалд ороход З төрлийн урвал урвал. Үүнд: 1) Шууд бус урвал. 2) Шууд урвал. 3) Удааширсан шууд урвал. Билирубины хэмжээ вируст гепатитын үед гол төлөв ихэсдэг. Гэхдээ өвчний хэлбэр, явц бүрт адилгүй байдаг. Билирубины хэмжээ өвчний хүнд хөнгөн байдалтай ихэнхдээ шууд хамаатай боловч зарим тохиолдолд, тухайлбал ВГ-ийн хэт хордлогын хэлбэрийн үед бага билирубинтэйгээр комд орох явдал ажиглагддаг. Билирубин ихтэй мөртлөө өвчин хүнд биш байж болдог. Харин ВГ-ийн хүнд хөнгөний нэг шалгуур бол билирубины коэффициентын үзүүлэлт юм. Энэ коэффициентийг шууд бус билирубины хэмжээг нийт билирубины хэмжээнд хувааж 100-аар үржүүлж гаргана. Билирубиныг зөвхөн цусанд төдийгүй баас шээсэнд илрүүлж, билирубины солилцооны хямралыг тогтооно. Мөн баас шээсэн дэх уробилиныг тодорхойлдог. Цулын шарлалтын үед баас, шээсний уробилины хэмжээ ихэсдэг. Харин механик шарлалтын үед тэр нь тодорхойлогдохгүй байна.

**1.Альдолаз.** Альдолаз нь лиазын ангид багтах бөгөөд глюкозыг гликоген болон задрахад оролцно. Гепатитын үед фруктозо—1—6 дифосфатальдолаз фруктозо-монофосфальдолаз хоёрыг гол төлөв тодор-

хойлж оношлоход ашигладаг. Фруктозо-монофосфальдолаз бол элэгний хувьд эрхтэн өвөрмөц фермент бөгөөд гепатоцит эсийн сийвэн дотор байрладаг учраас түүнийг тодорхойлох нь элэгний өвчний оношлогооны ач холбогдолтой.  $\Phi$ —1,6—ФА-ийн цусан дахь ерийн хэмжээ нь 1—8 ед буюу эсвэл 0,05—0,4 ммол/л,  $\phi$ —1—ФА бол 1,5 ед хүртэл байна. ВГ-ын эхлэн шарлалтын өмнөх үеэс эхлэн энэ ферментийн идэвх эрс нэмэгдэнэ. Иймээс халдвартын голомтонд өвчтөнг илрүүлэх шинжилгээ хийхэд түүнийг өргөн ашигладаг. Гепатитын дахисан буюу хурцдаж сэдэрсэн үед альдолазын идэвх хэвийн болж байснаа дахин нэмэгдэх ба энэ байдал нь цаашид удаан үргэлжилдэг. Харин элэгний циррозын үед альдолазын идэвх нэмэгдэх нь ховор ажиглагдана. Механик шарлалтын үед энэ ферментийн идэвх нэмэгдэж өөрчлөгдөхгүй.

2. Аминотрансаминаз. Трансаминаз ферментийн нөлөөгөөр амин хүчил, кетохүчлийн хооронд амин булэг зөөгдөх процесс явагдана. Одоо практикт глютамат-аспарат-трансаминаз (АсАТ), глютамат-аланинтррансаминаз (АлАТ) хоёрын идэвхийг тодорхойлж элэгний өвчний оношлогоход ашиглаж байна. Эдгээр фермент нь зүрхний булчин, элэг, бөөр, булчинд байдаг бөгөөд эмгэг үүсгэгч агент эс эрхтэн дээр үйлчлэхдээ булчинд орж ирдэг. Эруул хүний ийлдсэнд АсАТ нь 0,1—0,65 ммоль, АлАТ дэлд орж ирдэг. Эруул хүний ийлдсэнд АсАТ нь 0,1—0,65 ммоль, АлАТ 0,1—0,45 ммоль/л байдаг. Цусны сийвэн дэх аминотрансферазын идэвх нь элгэн дэх цитолиз (эс задралын) процессын найдвартай үзүүлэлтийн нэггэж одоо хүртэл тооцогдож байна. Тэр нь эд эрхтэний нэвчмэл идэвх илүү ихэсдэг бол архаг процессын үед АсАТ-ийн идэвх илүү бийн ашиглана. Энэ нь АсАТ, АлАТ-ын харьцаа бөгөөд хэвийн хэмжээндээ 1,3—1,4-тай тэнцэнэ. Трансаминазын идэвх ВГ-ийн үед өвчний эхний шатуудаас эхлээд ихсэж, эдгэрэхэд аажмаар багасаж хэвийн болно. Ялангуяа АлАТ-ын идэвх илүү ихсэж байдаг. ВГ-ийн шарлалтгүй хэлбэрийг оношлоход илүү ач холбогдолтой. Трансаминазын идэвхийн өөрчлөлтөөр өвчний хүнд хөнгөнийг тогтоох, өвчний явцыг хялигах, элгэн дэх эмгэг процессын идэвхжил, эдгэрэлтийг мэднэ. Трансаминазын идэвх нь ВГ-ийн өвчний хүнд үед өндөр хэмжээнд хүртэл ихэсдэг боловч элэгний хурц дутагдал болоход гэнэт буурч цусан дахь бидэг боловч элэгний хурц дутагдал болоход гэнэт буурч цусан дахь билурубин, трансаминаз хоёрын диссоциаци үүсдэг явдал цөөнгүй. Энэ нь элэгний эс үй одноороо үхэж, улмаар трансаминазын нийлэгжих процесс зогсонгитой холбоотой юм. ВГ хөнгөн тусахад трансаминазын идэвх ихэсдэг боловч тэр нь харьцангуй хурдан буурна. Харин хүнд хэлбэрийн үед тэр нь илүү их хэмжээнд ихсэж аажим хэвийн болдог. Өвчин хурцдаж сэдрэх, дахих үед трансаминазын идэвх дахин нэмэгдэнэ. Хэрэв шаналгаа зовиургүй болж шар бүрэн арилсан боловч дэнэ. Хэрэв шаналгаа зовиургүй болж шар бүрэн арилсан боловч трансаминазын идэвх хэвийн хэмжээнд ороогүй өндөр байгаад байвал өвчин бүрэн эдгэрээгүй гэж үзнэ. Архаг гепатиттай өвчтөнд өвчин нь дахиж сэдрэхээр трансаминазын идэвх ихсэнэ. Харин механик шарлахаа, элэгний циррозын үед тэр нь ихэнхдээ ихсэхгүй байна.

3. Лактатдегидрогеназ (ЛДГ). Энэ фермент нь сүүн хүчлийг пирогиноград хүчилд хувиргах урвалыг исэлдүүлэхэд оролцдог. Цусанд ЛДГ нь 5 изомерээр байдаг. Үүнээс ЛДГ-4 ба ЛДГ-5 изофермент нь элэгнээс гаралтай. Цусны ийлдэс дахь ЛДГ-ийн ердийн хэмжээ нь 100—300 мг/байна.

1. ЛДГ ба түүний 4 ба 5-р изомерийн идэвх ВГ-ийн үед элэгний голомтод үхжил (очаговые некрозы) болохын өмнөх шатанд нэмэгдэхдээ үхжил болоход тэр нь буурдаг.

2. ЛДГ-5 изомерийн идэвх элэгний цочмог дистрофиийн үед эрс буурдаг тул энэ шинжилгээ өвчний тавиланг прогнозчилоход ач холбогдолтой.

3. А гепатитыг бодвол В гепатитын үед түүний идэвх нь илүү ихэсэн байдаг онцлогтой.

4. ЛДГ-5 изомерийн идэвх хурц ВГ-ийн үед өвчний эхний 1—2 доо хоногийн турш өндөр хэмжээнд хурц, эдгэрэх үед буурсан байна.

4. **Холинэстераз**. Энэ фермент нь эфильт холиныг холин ба хучил болгон задлахад оролцно. Ийлдсийн холинэстераз (ХЭ) нь элэгний гепатоцит эс дотор нийлэгждэг тул элэгний үйл ажиллагааг харуулах чухал үзүүлэлтийн нэг болдог. Элэгний гэмтэл хэдий чинээ хунд, их газрыг хамарсан байвал ХЭ-ийн идэвх төдий чинээ буурдаг. Ийм учраас Хэ-ийн идэвхийн хэмжээ нь элэгний эс задрал болж байгааг зааж байдгийн хувьд өвчний хүндрэлийн нэг шалгуур болно. Элгэнд хорт хавдрын зангилаанууд түгээмэл түгсэн үед ХЭ-ийн идэвх эрс багасаж, харин ердийн явцтай хурц гепатит, архаг гепатитын үед бага хэмжээгээр буурна. Хэрэв механик шарлалтын үед ХЭ-ын идэвх буурч эхэлбэл элэгний процесс элэгний цуллагт орсныг гэрчлэнэ. Жирийн үед цусанд ХЭ нь 108—318 ммол/ц. л (0,285—0,490 нэгж) байна.

5. **Фосфатаз**. Фосфатаз фермент нь фосфат эфирийн органик нэгдлийг фосфат ба органик радикал болгон задлахад оролцдог бөгөөд рН-ийн ямар орчинд идэвхтэй байдаг чанараар дотор нь хүчиллэг ба шүлтлэг фосфатаз гэж хоёр фермент болгож ангилдаг. Тэрээр хүний бараг бүх эрхтэнд байдаг бөгөөд цэсөөр гадагш ялгаран гарна. Ийлдэс дэх шүлтлэг фосфатазын хэмжээ жирийн үед 0,8—1,7 ммол/ц. л буюу 5—12 ед байдаг. Бие махбодын дараах эмгэг процессын үед ийлдэс дэх шүлтлэг фосфатазын идэвх эрс нэмэгддэг. Энэ бол раплит, сарком зэрэг өвчний үед ясны эд дотор шүлтлэг фосфатаз их хэмжээгээр үүссэнээс цусанд ихэснэ. Холестазын шинжтэй цэсний замын хавдар, цэс чулуужих өвчин зэрэг шалтгаантай механик шарлагаа, хүүхдэд бол цэсний замын төрөлхийн гажиг-атрези өвчин, элэгний карцином, буглаа, элгэн дэх хорт хавдрын метастаз (шилжвэр), мөн ВГ-ийн холестатик хэлбэр, түүнчлэн элэгний билиар цирроз өвчин болно.

Элэгний эмгэгийг оношлоход эрхтэн өвөрмөц фермент болох сорбитдегидрогеназ, уроканиназ, изоцитратдегидрогеназ, орнитин-карбамилтрансфераз зэргийг зөвхөн судалгаа шинжилгээний үед ашиглана. Харин 5-нуклеотидаз, В-глюокуронидаз, лейцинаминопепдаз зэрэг фермент нь шүлтлэг фосфатазын адил шарлалтын гарал үүслийг тогтоох оношлогоонд ашиглахаас гадна эсийн үхжил процессыг үзүүлнэ. Дээрх ферментүүдээс гадна практикт өргөн тодорхойлогдож байдаг гамма-глютамилтранспепдаз, глютаматдегидрогеназ (ГлДГ) ферментийг элэгний эсийн үхжил гэмтэл, холестаз зэргийг тогтооход хэрэглэж байна. Элэгний эсийн гүн үхжил болсныг заах эсийн лизосомын фермент-рибонуклеоз, (...) ЛАП, митохондрийн фермент, түүний изоферментүүд МДГ-4, МДГ-5), ГлДГ зэрэг нь өвчний хүндрэлийг тогтооход ашиглагдаж байна.

6. **Амилаз**. Энэ фермент нь полисахарид болох цардуул, гликогеныг мальтоз, глюкоз болтол задлана. Нойрны ба шүлсний булчирхай амилазыг ялгаруулдаг. Нойр булчирхайн толгойн хэсгийн хавдрын улмаас цэсний зам тагларч үүсэх механик шарлалтыг оношлоход энэ ферментийг ашигладаг. Түүнийг тодорхойлсноор цэс ямар хэсэгт саатаж байгааг тогтооход чухал ач холбогдолтой.

7. **Уураг ба түүний фракци**. Нийт уураг ба түүний фракцуудын хэмжээг тодорхойлох нь элэгний өвчин, түүний дотор элэгний архаг өвчнийг оношлоход чухал ач холбогдолтой. Нийт уургийн хэмжээг биуретийн урвалаар тодорхойлдог. Ердийн үед нийт уургийн хэмжээ нь 65—85 г/л байна. Уургийг электрофорезаар задлаж тодорхойлоход жирийн үед альбумин 55,2%, гаммаглобулин 18,7—22%, альфа-1 глобулин 5,6%, альфа-2 глобулин 9,2%, бетта глобулин 12,7% байна. Хурц гепатитын үед уургийн солилцоонд гүн өөрчлөлт гарах нь ховор. Харин түүний хүнд хэлбэрийн үед альбумины хэмжээ багасдаг. Элэгний идэвх-

тэй архаг үрэвсэл ба циррозын үед байнга ажиглагдах өөрчлөлт бол гипергаммаглобулинеми болох явдал юм. Уургийн солилцоонд дараах өөрчлөлт элэгний өвчний үед ажиглагддаг.

1. Хурц гепатитын үед альбумин ялимгүй багасаж гаммаглобулин ихэсдэг.

2. Архаг гепатит, цирроз өвчний үед альбумины хэмжээ их багасаж гаммаглобулины хэмжээ эрс нэмэгдэнэ. Энэ үед альбумин, глобулины харьцаа эрс буурна.

3. Механик шарлалтын үед альбумин төдийлөн өөрчлөгдөхгүй, зөвхөн альфа-2, бетта, гаммаглобулины хэмжээ нэмэгдэх хандлагатай.

8. **Сулемагийн сорил.** Энэ нь Такатын урвалын бүлэгт хамааргдах бөгөөд уургийн фракцын харьцааны тоо ба чанарын өөрчлөлтийг харуулах шинжилгээ юм. ВГ-ын хүнд үед мөн архаг гепатит, циррозын үед сулемагийн үзүүлэлт буурна. Нэн ялангуяа өвчин хундэрч комд орох гэж байгаа юм уу, комд орсны дараа тэр нь 0,9 мл хүртэл буурна. ВГ-ийн хүнд хөнгөний явцын үзүүлэлтээс гадна өвчний цаашдын тавиланг тогтооход ашигладаг.

9. **Тимолт сорил.** Энэ сорил нь ВГ-ын А хэлбэрийн үед түүний бүр шарлалтын өмнөх үеэс эхлэн өөрчлөгдөнө. Ялангуяа шарлалтгүй хэлбэрийн ВГ оношлоход ач холбогдолтой шинжилгээ юм. Хэвийн хэмжээ нь 0—5 ед, ВГ-ын үед тэр нь ихэснэ. Харин механик шарлалтын үед ихсэхгүй.

10. **Липопротеид (ЛП).** Цусан дахь түүний бетта фракци юм уу бетта-липопротеидын ерийн хэмжээ нь 15—20 ед буюу 5,5 ммоль/л байна. Энэ нь ВГ-ын үед шарын шинж гарах цагаас эхлэн ихэсдэг бөгөөд ялангуяа элэгний дотор цөс тогтонгошиход эрс нэмэгдэнэ. ЛП-ын бетта фракци нь элэгний цочмог дистрофи болсон үед эрс багасдаг учир түүнийг өвчний хундрэлийн нэг үзүүлэлт болгон ашигладаг.

11. **Гликопротеид.** Энэ ферментийг электрофорез аргаар задлан тодорхойлдог. Тэр нь элгэн дэх холбогч эдийн үрэвслийн процессыг заадаг үзүүлэлт юм. ВГ-ын үед түүний альбумин нэгдэл багасаж, альфа фракци нь ихсэнэ. Архаг ба элэгний циррозын үед альбумини нэгдэл багасаж, гамма фракци эрс нэмэгдэж хавдрын гаралтай шарлалтын үед альфа ГП ихэсдэг онцлогтой.

12. **Холестрин ба эфирт холестрин.** Холестрин хүний бүх эд эрхтэний шингэний дотор чөлөөт юм уу спирт өөхний хүчилтэй нэгдэлд орсон байдлаар тохиолдоно. Ердийн үед нийт холестрины хэмжээ 6,8 ммоль/л чөлөөт нь 1—2,6 ммоль/л, түүний эфиртэй нэгдэл нь 1,8—4,9 ммоль/л байна.

Гиперхолестеринеми болох нь элэг өөхжих, механик шарлалт үүсэн үед тохиолдоно. ВГ, ялангуяа түүний хүнд ба хүндэрсэн хэлбэрийн үед холестерин ба эфирт холестерин эрс багасна. Онош тавихад холестерины эстеринжуулахын коэффициентийг гаргаж ашигладаг. Энэ нь эфирт холестеринг нийт холестеринд харьцуулсан харьцаа бөгөөд хэвийн үед 0,6—0,8 байдал. Тэр нь хурц ба архаг гепатитын үед багасдаг бол механик шарлалтын үед ихэсдэг. Эфирт холестерины хэмжээ элэгний үйл ажиллагааны дутагдалтай шууд пропорционаалаар багасна.

#### Цус бүлэгнүүлэх чанарын үзүүлэлт

Элэгний гэмтэлийн хэмжээг тогтооход цус бүлэгнэлтийн факторуудыг тогтоох нь чухал.

Вируст гепатит өвчний үед бүлэгнэлтийн II, V, VII факторуудын хэмжээ багасаж, өвчин хүндэрсэн тохиолдолд эдгээр нь илүү хурдан буурна. Ялангуяа протромбины индексыг тодорхойлох шинжилгээг өвчний хүнд хөнгөнийг тогтооход өргөн ашигладаг. Вируст гепатит элэгний хурц дутагдлаар хүндэрсэн үед энэ үзүүлэлт 30-аас доош хувь болж

багасдаг. Тэрчилэн цус бүлэгнэлтийн бусад фактор, тухайлбал проакцилерин (V фактор) ба проконвертины (VII фактор) хэмжээ ч чухал үзүүлэлт болдог. Хэрэв VII факторын хэмжээ (жирийн үед 100% байна) 40%-иас доош болсон бол өвчин хүнд явцтай, тавилан муутай байна гэж үзнэ.

Үргэлжлэл нь дараагийн дугаарт

Редакцийн 1986—10—31

Л. ЭРДЭНЭБАЯР (Эрүүлийг хамгаалах Яам)  
Ц. ГҮРДОРЖ, С. БЯМБАСҮРЭН, Д. БОЛДЦЭРЭН (Анагаах ухааны дээд сургууль)

## «АРХИДАЛТ» ӨВЧНИЙ ЭМГЭГ ЖАМ, ОНОШЛОГООНЫ АСУУДАЛД

«Архидалт» өвчинтэй хүмүүсийг эрт илрүүлэх, тууштай эмчлэх, диспансерийн хяналтанд авах, урьдчилан сэргийлэх эрчимтэй арга замыг боловсруулахыг улс, нийгмийн эрх ашиг шаардаж байна.

«Архидалт» өвчин бол нийгэм-анагаах ухааны нэг асуудал учраас түүний эмгэг жам, оношлогооны асуудалд иж бүрэн хандах нь эмчилгээний үр нөлөөтэй төгс арга боловсруулахад туслана. «Архидалт» өвчиний эмгэг жам нэлээд нарийн төвөгтэй бөгөөд түүнийг бүрэн судалж хараахан чадаагүй байна. «Архидалт» өвчиний эмгэг жамд нийгэм, тухайн бие хүний сэтгэл зүй ба биологийн хувийн онцлог чанарууд ямар нэг хэмжээгээр нөлөөтэй болохыг ихэнх судлаачид хүлээн зөвшөөрч байна. «Архидалт» өвчиний үүсэлд нэг тохиолдолд нийгмийн, нөгөө талд сэтгэл зүйн, гурав дахь тохиолдолд биологийн хүчин зүйлс зонхилон нөлөө үзүүлдэг байхад дөрөв дэх тохиолдолд дээрх 3 хүчин зүйлс өөр хоорондоо адил хэмжээгээр эмгэг төрүүлэгч үйлчилгээтэй болохыг эрдэмтэд тогтоосоор байна. «Архидалт» өвчин үүсэхэд нөлөөлдөг биологийн зарим хүчин зүйлийг тодруулан авч үзье.

Орчин үеийн ойлголтоор «Архидалт» өвчиний эмгэг жамын нэгэн үндэс нь этилийн спирт буюу этанолын хортой нөлөө юм. Этanol нь архинд эмгэг дуртай болох, шартах хам шинж, архи даах нь ихсэх зэрэг архидалт өвчиний үндсэн шинж тэмдгүүдийг үүсгэнэ. Ер нь архидалт өвчиний эмгэг жамыг сайтар судлахын тулд учруулж байгаа олон тооны нейрохимиийн өөрчлөлтөөс чухам ямар нь уг өвчиний шалтгаан, ямар нь архини хортой нөлөөний үр дагавар болж байгааг зөв тогтоох хэрэгтэй юм. Энэ утгаар авч үзвэл этанолын үүсгэж байгаа архидалт өвчиний үндсэн шинж тэмдгээс бусад хямрал, өөрчлөлтийг архини хортой үр дагавар гэж үзнэ. Ийнхүү өвчиний шалтгаан-үр дагаврын харилцаан холбоо, шутэлцээг зөв тогтоох нь аливаа өвчиний эмгэг жамын гол хэсэг мөн.

Зарим эрдэмтдийн (10) үзэж байгаагаар архи буюу этилийн спирт нь бие махбодын бүтэц тогтолцооны дараах 6 түвшинд нөлөө үзүүлдэг байна.

1. Протейн, нүүрс-ус, липидийн нийлэгжилт болон ферментийн солилцоонд оролцох хэлбэрээр молекулын түвшинд;

2. Эсүүдийн дотор оршиж тэдгээрийн дотоод солилцоонд оролцож уураг, нуклейны хүчил, липид зэрэг бодисыг боловсруулдаг. Өөртөө ферментүүд агуулсан бодисууд болох лизосом, митохондри хэмээх жижиг биенцерүүлэд нөлөөлөх байдлаар эсийн дотоод түвшинд;

3. Бодисын солилцооны бүтээгдэхүүн нэвтрэн дамждаг эсийн мембрран, кали-натрийн коэффициент болон мэдрэлийн эсүүдийн хоорондын харилцаан зайд болох синапсын сэрэл дамжуулах чадварыг өөрчлөх байдлаар эсийн түвшинд;

4. Элэг, зурх зэрэг амин чухал эрхтэний түвшинд

5. Ферментуудийн үйл ажиллагааг өөрчлөх, мэдрэлийн эсүүдийн хооронд сээрэл дамжуулдаг биологийн идэвхтэй бодис болох медиаторуудын нийлэгжилт ба задралын процесст оролцох хэлбэрээр системийн түвшинд;

6. Уураг тархи, дотор эрхтэний эд, эс болон тэдгээрийн бодисын солилцоог өөрчлөх хэлбэрээр бие махбодын бүх бүтэц тогтолцоонд тус тус үйлчилнэ.

Уусан архины 5—10 хувь нь биохимийн урвал, хувиралд оролгүй шээс, амьсгал, хөхний сүүгээр дамжин бие махбодиос гадагшилж, улдсэн 90—95 хувь нь алкогольдегидрогеназа (АДГ), катализа зэрэг ферментуудийн оролцоотойгоор бодисын солилцооны урвалд орж Кребсийн циклээр дамжин ацетальдегид-ацетил-КОА-цитрат болж, цаашид  $\text{CO}_2 + \text{H}_2\text{O}$  хэмээх химийн нэгдэл болон задардаг (10).

Этилийн спиртийн 90 хувь орчим нь алкогольдегидрогеназа ферментийн оролцоотойгоор элгэнд исэлдэн ацетальдегид болон хувирна. Үүссэн ацетальдегид биеэр тархан бараг бүх эрхтэнд очиж исэлдэх урвалд орж, цууны хүчил болон биохимийн дараагийн бусад хувилбаруудад шилжинэ. Архины солилцооны завсрлын бүтээгдэхүүний нэг болох ацетальдегид нь бие махбодод үзүүлэх хортой үйлчилгээгээрээ архинаас, 5—10 дахин илүү хүчтэй юм (4).

Сүүлийн үеийн судалгаагаар тухайлбал В. П. Сербскийн нэрэмжит Ерөнхий болон шүүхийн сэтгэц гэм, судлалын эрдэм шинжилгээний хүрээлэнд «архидалт» өвчний нэг үндсэн шинж тэмдэг болох архинд сэтгэц болон биеийн хамаат байдлын нейрохимиийн үндсийг судалжээ. Үүний үр дүнд «архидалт» өвчний эмгэг жамд катехоламин чухал үүрэгтэй тогтоожээ (8).

Эрдэмтдийн үзэж байгаагаар «Архидалт» өвчний эмгэг жамд катехоламин, серотонин зэрэг биоген-амины бүлгийн нейромедиаторууд чухал ач холбогдолтой юм (12). Архи норадреналины үүсэл, задралыг идэвхжүүлэх байдлаар тархины катехоламины системд үйлчилнэ. Иймээс гипоталамус, дунд тархинд норадреналин ихээр хуримтлагдах бөгөөд түүний хэмжээ багасахад тархины эдгээр тогтолцооны үйл ажиллагаа дарангуйлагдана.

Архи удаан хугацаагаар байнга хэрэглэхэд норадреналины задрал улам хүчтэй болдог нь архи уухгүй бол энэ нейромедиатор тархинд дутагдахад хүргэнэ. Иймээс өвчтөний ажлын чадвар буурч, сэтгэл санаа хямрах шалтгаан болно. Энэ үед архи бага хэмжээгээр уухад норадреналин ихээр ялгарч, төв мэдрэлийн системийн зарим үйл ажиллагаа богино хугацаанд сайжирна. Гэвч ялгарсан норадреналин төдөлгүй амархан задарч төв мэдрэлийн системд дутагдах нь улам ихсэнэ. Ийнхүү архичин хүн архинд сэтгэцийн хамаат байдал үүсэх үндэс болно.

Архи уусны дараа сэтгэл санааны хямрал арилж, сэтгэл түр зуур хөнгөрдөг нь архи ахин дахин уухыг шаардана. Улмаар архи байнга ууснаар норадреналины задрал улам бүр ихсэж, энэ нь өөрийн ээлжинд катехоламины нийлэгжилтийг идэвхжүүлнэ. Ийнхүү катехоламин ихээр нийлэгжих нь архины даац ихсэх нэг шалтгаан болно. Учир нь катехоламины илүүдлийг задлахын тулд архи улам их шаардагдана.

Хэрэв архи уухгүй бол катехоламины системд үлэмж өөрчлөлт гарна. Архи уухгүй үед катехоламины задрал хэвийн байх боловч түүний нийлэгжилт нь хүчтэй байдаг учраас норадреналины угтвар болох дофамин үлэмж ихсэнэ. Катехоламины системд гарч байгаа энэхүү тэнцвэрт биш байдал өөрөөр хэлбэл, архи уухгүй бол дофамин ихээр хуримтлагдаж архинд биеийн хамаат байдал үүсэх үндэс болно. Дофамин бол архинд биеийн хамааралт байдал төдийгүй шартах хам шинж, архины цагаан солио өвчин үүсэхэд чухал үүрэг гүйцэтгэнэ.

«Архидалт» өвчтэй болсон хүмүүс туссан өвчинөө эхний үед ухаарах чадваргүйгээсээ болж өөрсдийгүй өрүүл хүмүүс, бусдын адил хааяа 5\*

балгадаг гэсээр өвчний эцсийн шатанд хүргэх нь олонтаа. Ийнхүү өвчин хийгээд түүний ямар нэг эмгэг шинж тэмдгийг ойлгох чадвараа алдахыг өвчнөө үгүйсгэх харьцаа (анозогнозия) гэнэ.

«Архидалт» өвчний үеийн өвчнөө үгүйсгэх харьцаа нь органик биш, харин сэтгэл зүйн гарал үүсэлтэй байдгаараа тархины судасны хийгээд бусад органик өвчний үеийн өвчнөө үгүйсгэх харьцаанаас ялгатай. Өөрөөр хэлбэл ууж согтуурах эмгэгээ ойлгохыг «хүсэхгүй», өөрийгөө архичин гэдгээ хулээн зөвшөөрөхгүй биээ өмгөөлөн хамгаалах зорилгоор өвчнөө үгүйсгэнэ. Тиймээс «Архидалт» өвчний эхний үед өвчтөн өвчиндөө шүүмжлэлтэй хандах нь бараг үгүй. Өвчтөний зөвхөн 2—4 хувь нь өвчний эхний үед эмчид үзүүлдэг байна (9).

«Архидалт» өвчтэй хүний ихэнх хэсэг нь өвчний II үе шатанд орсон хойно өвчнөө ухаарч эмчид үзүүлнэ. Тиймээс эдгээр өвчтөн наркологийн кабинетын хяналтанд байгаа өвчтөний үндсэн хэсгийг бурдуулнэ.

«Архидалт» өвчтэй хүнийг эрт илрүүлэн оношлох явдал өвчтөний эмчилгээнд чухал нөлөөтэй юм. Архидалт өвчнийг оношлох үндсэн арга нь анамнез юм.

Архидалтыг оношлох анамнез аргыг:

1. Объектив
2. Субъектив

гэж хоёр хуваана. Энэ хоёр аргаас объектив анамнез нь оношлоход шийдвэрлэх ач холбогдолтой. «Архидалт» өвчнийг зөв оношлох нь түүний тархалтыг үнэн тогтооход тусална. Тиймээс архидалт өвчнийг «өвчин болоогүй архи уух бүх хэлбэрээс» (донозологические формы злоупотребления алкоголем) ялгах хэрэгтэй.

«Өвчин болоогүй архи уух хэлбэр»-үүдийг дотор нь:

1. Архи хааяа хэрэглэгч
2. Архийг бага хэрэглэгч
3. Архийг тогтмол хэрэглэгч
4. Архийг зуршмал хэрэглэгч

гэж хуваана. Архийг зуршмал хэрэглэгч гэдэгт долоо хоногт 2—3 удаа 200—300 мл архи (дээд хэмжээ нь 500 мл) уудаг хүмүүсийг хэлнэ.

Архийг зуршмал хэрэглэх хэлбэр бол «Архидалт» өвчний өмнөх шат юм. «Архидалт» өвчиний өвчин болоогүй архи уух хэлбэр, тухайлбал архийг зуршмал хэрэглэх хэлбэрээс ялгах нь зөвхөн онолын төдийгүй, практикийн чухал ач холбогдолтой юм. Учир нь өвчний заагийг зөв тогтоож чадахгүйгээр түүний тархалт, үүнээс үндэслээд эмнэлэг-нийгэм хангамжийн тусламжийн хэмжээг зөв төлөвлөж чадахгүй юм.

«Архидалт» өвчнийг архийг зуршмал хэрэглэх хэлбэрээс дараах үндсэн гурван шинж тэмдгээр ялгана (3). Үүнд:

1. Архидах үл ялих зовлонт дур бий болох;
2. Уух архины хэмжээнд тавих хяналт алдагдах;
3. Хаана, хэнтэй хэрхэн уух хяналт алдагдах;

Энэ гурван шинж тэмдгийн аль нэг нь биш, харин гурвуулаа тухайн хүнд нэгэн зэрэг илэрч байвал өвчин гэж үзэх ба «Архидалт» гэсэн онош тавих үндэстэй.

«Архидалт» өвчин дараах 3 үе шаттай. Үүнд:

**I ҮЕ ШАТ:** Архидалт өвчний эхний I үеийг сэтгэц архины эрхшээлд орох буюу сэтгэцийн хамаарлын хам шинжээр оношлоно. Энэ хам шинжийг дараах шинж тэмдгүүд бурдуулнэ.

1. Архинд (анхдагч дур) эмгэг байдлаар дуртай болох;
2. Уух архины хэмжээний хяналт сулрах;
3. Архины даац ихсэх;
4. Архины ойгүйдэх шинж тэмдэг

«Архидалт» өвчний эхний үе шат ойролцоогоор 1—6 жил үргэлжилнэ (11). «Архидалт» өвчний эхний үе шатанд байгаа өвчтөн наркологийн кабинетын хяналтад байгаа өвчтөний 12 хувийг эзэлнэ (8). Энэ 68

үед лабораторийн шинжилгээнд АСАТ-0,6—1,8 м/м; АЛАТ-0,7—0,9 м/м; эритроцитийн хэмжээ ихэссэн байдаг.

**II ҮЕ ШАТ.** «Архидалт» өвчний II үе шатыг бие машбод архины эрхшээлд орох буюу бие бялдын хямралын хам шинжээр оношлоно.

Архидалтын II үе шатанд өвчний эхний үеийн шинж тэмдгүүд улам гүнзгийрэн тодрохоос гадна шартах хам шинж, согтох байдал өөрчлөгдөх, архийг хэд хэдэн өдрөөр үргэлжлүүлэн уух, бие хүний онцлог чанар улам тодрон гарах нь ажиглагдана.

Шартах хам шинж бол «Архидалт» өвчний II үеийн үндсэн хэмжүүр мөн. Архидалтын II үе шатанд ихэнх өвчтөн эмчид үзүүлдэг учраас наркологийн кабинетын хяналтад байгаа өвчний үндсэн хэсгийг (69,9%) бурдуулнэ (6). Өвчний II үе шат ойролцоогоор 10 жил үргэлжилнэ. Лабораторийн шинжилгээнд АСАТ 1,6 м/м АЛАТ 0,9—2,2 м/м; эритроцит, тромбоцитын тоо буурах үзүүлэлт ажиглагдана.

**III ҮЕ ШАТ.** «Архидалт» өвчний III үеийг оношлоход архины даац буурах шинж тэмдэг бөгөөд энэ бол өвчний II үеийн шартах хам шинж шиг оношийн чухал ач холбогдолтой. Архины даац буурахын зэрэгцээ бие хүний зан төрх өвдрэх, үргэлжлүүлэн олон хоног донтон уух, архидалтын улмаас үүсэн гарах бие хүний нийгэмд эзлэх байр суурь биеийн эрүүл мэндэд учрах хор уршиг гүнзгийрнэ. Ер нь архидалтын III үед бие, сэтгэц мэдрэлийн системийн талаас гүнзгий эмгэг өөрчлөлт гарч, амин чухал эрхтэн системийн эмгэгүүд үүссэн байдаг. (элэг, цөс, зүрх судас, ходоод гэдэсний). Мөн энэ үед урт, богино хугацаа бүхий архины солиорлууд ажиглагдана.

«Архидалт» өвчнийг оношлохдоо «шинж тэмдгийн архидалт» (симптоматический алкоголизм) хэмээх ойлголтоос ялгах хэрэгтэй. Цөөхөн тохиолдолд архидахын шалтгаан сэтгэл мэдрэлийн зарим өвчин байж болно. Далд ба бүдэг явцтай невроз төст хам шинж, эмгэг төрх төст байдал, зан сэтгэлийн хөнгөн хэлбэрийн өөрчлөлт бүхий сэтгэл мэдрэлийн өвчний улмаас согтууруулах ундааны зүйл хэтрүүлэн хэрэглэх үзэгдлийг шинж тэмдгийн «архидалт» гэдэг. Өөрөөр хэлбэл шинж тэмдгийн «архидалт» гэдэг бол сэтгэл мэдрэлийн өвчтэй хүний өвчний шинж тэмдгийн нэг илрэл буюу тэдгээрийн явцад үүсч байгаа «архидалт»ыг хэлнэ. Тухайлбал, тархины гэмтэл, шизофрени, эпилепси зэрэг сэтгэл мэдрэлийн архаг өвчтэй хүмүүс өвчнийхөө донгоос архи уух явдал бий. Шинж тэмдгийн архидалтын онцлог нь дараах хүчин зүйлээс хамаарна.

1. Шинж тэмдгийн архидалтыг төрүүлж байгаа сэтгэл мэдрэлийн өвчний эмнэлзүйн онцлогоос;

2. Шинж тэмдгийн архидалт, сэтгэл мэдрэлийн өвчин хоёрын аль нь анхдагч болж байгаагаас зарим тохиолдолд сэтгэл мэдрэлийн өвчин архидалтын урьдал болдог бол, зарим үед «архидалт» нь сэтгэл мэдрэлийн өвчний урьдал болно.

3. Өвчтөний зан төрхийн хувийн онцлог, орчны нөлөөнөөс хамаарна. Ер нь сэтгэл мэдрэлийн өвчин шинж тэмдгийн «архидалт» өвчний үүсэх явц, үндсэн шинж тэмдэг зэрэг олон талд нөлөөлнө.

Өвчний оношийг хөдлөшгүй тавьсны дараа зохих эмчилгээний хэлбэрийг сонгон авах шаардлагатай бөгөөд энэ нь өвчний үе шат, архины архаг хордлогын байдлаас шууд хамаарна. «Архидалт» өвчний клиникийн оношийг сэтгэц эмгэгийн клиникийн үндсэн арга барилд тулгуурлан тогтоох бөгөөд манай улсын нөхцөлд зөвхөн сэтгэл мэдрэл, наркологийн мэргэжлийн эмч нар хот, хөдөөгийн хүн амын дунд «архидалт» өвчний онош, эмчилгээ, урьдчилан сэргийлэх асуудлыг бүрэн шийдвэрлэх боломжтой юм.

#### АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. И. П. Анохина, Б. М. Коган — «Роль нарушений функций катехоламиновой системы мозга в патогенезе хронического алкоголизма. Невропатол. и психиатр, 1975, 75, 1874—1883.

2. И. П. Аюхина — "Нейрохимические аспекты патогенеза хронического алкоголизма". М. Медицина, 1976, 15—19
3. Э. Е. Бехтель — "Донозологические формы злоупотребления алкоголем" Медицина, 1986.
4. В. Т. Кондрашенко — "Патогенез алкоголизма. Алкоголизм" Минск. 1983, 65—90
5. А. К. Качаев — Алкоголизм и соматические заболевания М. 1970, 27—29
6. А. К. Качаев, И. Г. Ураков — "Хронический алкоголизм" М. 1978, 150—152.
7. Ю. П. Лисицын, Н. Я. Копыт — "Алкоголизм" М. Медицина, 1983
8. Г. В. Морозов, В. Е. Рожков, Э. А. Бабаян — "Алкоголизм", 1983
9. А. А. Портнов, И. Н. Пятницкая — "Клиника алкоголизма"
- Л. Медицина, 1973, 368
10. И. Н. Пятницкая, В. А. Карлов, Б. Л. Элконин — Терапевтические и неврологические проявления алкоголизма" М, 1977, 120
11. И. В. Стрельчук — "Острая и хроническая интоксикация алкоголем" М. Медицина 1966, 72—78
12. И. А. Сытинский — Алкоголь и мозг. М. 1980, 23—40.

Редакций ирсэн 1987. 01. 21

И. С. МАРКОВ, Л. М. МАРЧУК, Б. БЯМБАА, И. В. ТАРАСЕВИЧ, М. ДАШ

## БНМАУ-Д КУ-ЧИЧРЭГИЙГ КЛИНИК-ЭПИДЕМИОЛОГИЙН СУДАЛГААГААР ОНОШЛОСОН ДҮН

БНМАУ-ын нутаг дэвсгэрийн янз бүрийн бүсэд шалтгаан нь тодорхойгүйгээр халуурдаг явдал хүн, амьтны дотор ганц нэг буюу хэсэг бүлгээр тохиолдож байгаатай холбоотой риккетсийн шалтгаантай халдварт өвчнийг хайх, судлах ажил суулийн жилүүдэд эрчимтэй хийгдэж байна. ЗХУ-ын тус оронтой хил залгаа буюу ойр зэргэлдээ районууд (Приморийн хязгаар, Чита муж, ЗСБНАБУ г. м), Ази тивийн олон оронд (Энэтхэг, Хятад г.м) энэ халдварын байгалийн болон хүн амын доторхи голомт байгаа нь тус оронд Кү-риккетсиозын өвчин байж болзошгүй харуулж байна.

БНМАУ-д 1984 онд анх удаа тус орны хойт хэсэгт Кү-чиичрэгийн голомтыг илрүүлсэн байна. (Б. Бямбаа). Эпидемиологи-эпизоотологийн олон талт судалгаа, шинжилгээний ажлын үр дүнд тус орны хүн ам, зарим талд уг өвчний эсрэг дархлалын бүтэц болон Бернетийн риккетсийг зөөвөрлөгч хачгийн үндсэн зүйлийн бүрэлдэхүүнийг тогтоолоо.

Хүн, амьтанд ийлдэс судалалын шинжилгээг хавсраг холбох урвал (ХХУ), шууд бус дархан туяарлын урвалаар (ШБДТУ) хийв. Хөдөө орон нутгийн хүн ам төвлөрсөн томоохон суурин газрын (Алтан-булаг, Баруун-Хараа, Дархан г.м) эрүүл хүн амын дотор хийсэн ийлдэс судалалын шинжилгээний эерэг хувь нь нийт дүнгээрээ хавсраг холбох урвалаар  $8,1 \pm 0,9\%$ , шууд бус дархан туяарлын урвалаар  $11,9 \pm 1,2\%$  тус тус байлаа. Өвчний эх уурхай болох гэрийн тэжээмэл амьтнаас болсон эсэхээс хамааран янз бүрийн сангийн аж ахуйд шинжилгээний эерэг үзүүлэлтийн хэмжээ  $4\% - 16\%$ -ийг эзэлж байна. Хөдөөгийн хүн амын дотор 9—15 наасны хүрхдүүд (хавсраг холбох урвал, шууд бус дархан туяарлын урвалаар тус тус  $7,0 \pm 2\%$ ,  $12,2 \pm 2,6\%$ ), 41—50 наасны хүмүүс хавсрах холбох урвал, шууд бус дархан туяарлын урвалаар тус тус  $14,1 \pm 2,9$ ,  $22,8 \pm 3,8\%$ ) Кү-чиичрэгээр хамгийн их халдварлагдсан байна. Улаанбаатар хотын хүн амын дотор хийсэн судалгаагаар шинжилгээний хамгийн өндөр эерэг үзүүлэлт ажил, мэргэжлийн хувьд мал, гэрийн тэжээмэл амьтадтай байнга харьцдаг буюу мал аж ахуйн бүтээгдэхүүнийг боловсруулах ажилд оролцлог хүмүүсийн дунд илэрч байна ( $8,8 = 1,9$ ;  $15,1 \pm 2,3\%$ ). Хотын хүн амын үндсэн хэсгийн дотор эерэг үзүүлэлт ихээхэн доогуур байна ( $2,0 \pm 0,5\%$ ,  $3,3 \pm 0,8\%$ ). Гэрийн

тэжээмэл амьтдад хавсраг холбох урвалаар хийсэн шинжилгээгээр хамгийн өндөр эерэг үзүүлэлт хонинд ( $4,2 \pm 0,3\%$ ), хамгийн бага эерэг үзүүлэлт үхэрт ( $1,2 \pm 0,3\%$ ) илэрч байна. Хонины хээл хаялт ихтэй сууриуд ( $7,9 \pm 1,3\%$ ), төлөгний сууриудад ( $8,9 \pm 1,9\%$ ) Ку-чичрэгийн халдварталт харьцангуй хамгийн өндөр байна.

БНМАУ-ын нутаг дэвсгэрийн умард хэсэгт Ку-чичрэгийг дамжуулагч *Dermocentr hettalli*, *Dermocentr Silvarum* хачигууд тохиолдож байна. Эдгээр хачиганд Ку-чичрэгийг үүсгэгч (*C. Burnetii*) байгаа эсэхийг Гименес ба шууд дархан туяарлын урвалаар шинжилж үзлээ. Эдгээр хачгийн халдварталгдсан байдал. *C. Burnetii*-ийн илрэл нь *D. hettalli*-д 1,3—6,8%, *D. Silvarum*-д 1,4% байна. Шууд дархан туяарлын урвалаар эерэг гарсан хачигнаас *C. Burnetii*-ийн «Дермоцентр Монголия—1», Дермоцентр-Монголия-2 гэсэн хоёр төрлийн омгийг ялган гаргасан бөгөөд эдгээр нь бүтэц, өсгөврийн шинж байдал усан гахайд өвөрмөц, халууралтай өвчин үүсгэх чадвар болон эсрэг төрөгчийн шинжээрээ *C. Burnetii*-ийн «желтогорлай мышь-луга» (1961 он) гэсэн омогтой нэгэн ижил байлаа.

Хачиг хүн амьтанд халдах хамгийн идэвхтэй ўе нь 4 дүгээр сарын эхнээс 5 дугаар сарын эхний 10 хоногт байна. Хачгийн Ку-риккетсиозоор халдварталгдсан байдал, түүнчлэн гэрийн тэжээмэл амьтад цаашилбал хүн амын тодорхой хэсэгт уг өвчиний эсрэг дархалын тодорхой түвшин илрэч байгаа нь БНМАУ-д Ку-чичрэг өвчиний байгалийн болон хүн амын доторх голомт байгааг харуулж байна. Гэтэл Ку-чичрэг өвчнөөр хүн өвчилсөн тохиолдол БНМАУ-д одоо хүртэл албан ёсоор бүртгэгдээгүй байна. Энэ нь бидний хийсэн шинжилгээний дүнтэй зөрж байгаа бөгөөд үүний учир шалтгааныг тогтоохгүйгээр дээр дурдсан голомтуудад өвчиний эпидемийн процесс ямар байдлаар явагдаж буйг тайлбарлаж болохгүй юм.

Үүнд Ку-чичрэг өвчиний явц, илрэл нь олон янз байдаг учраас урьд нь оношлогдохгүй байсан байж болох юм. Олон хоног халуурсан хүмүүст амьсгалын дээд замын халдварт, балнад, иж балнад гэсэн ономшигийг арга буюу тавиад тэр нь удалгүй өөр өвчин байсан нь тогтоогдож байсан урьдын зарим тохиолдол ч бий.

1984 оны 10 дугаар сард Улаанбаатар хот дахь Зөвлөлтийн мэргэжилтний нэгдсэн эмнэлгийн халдвартын тасагт б настай, сургуулийн сурагч Б. тодорхойгүй шалтгаанаар халуурсан учир хэвтэж эмчлүүлсэн. Өвчин нь хурц эхэлж чичрэх, өндөр халуурах ( $40^{\circ}\text{C}$ -аас дээш) их хөлрөх, үндсэн шинж тэмдэг илэрсэн. Цаашид удаан хугацаагаар давхин давтан халуурч, амьсгалын болон хоол боловсруулах эрхтэний эмгэг өөрчлөлтийн шинж тэмдэг, цусархаг гүвдруү, элэг дэлүүний хамшинж, ўе мөч өвдөх зэрэг шинж илрэч байв. Ялгах онош, эмнэлзүй, лабораторийн шинжилгээний дүн нь балнад, иж балнад, хурц бруцеллэс, хуурамч сурьеэ, холбогч эдийн системийн өвчин, хэрлэгийн хурцдал зэрэг өвчин биш болохыг ялган тогтоов. Өвчин эхлэснээс хойш 45 хоногийн дараа өвчтөний биений байдал сайжирч эмнэлгээс гарсан. Гурав, зургаан сарын дараа дахин үзэхэд эрүүл байлаа. Эмнэлзүйн хувьд Ку-чичрэг өвчиний онцлог шинж тодорхой илэрсэн гэж үзэж болох боловч оношийг өвчиний 65,92 дахь хоногт хийсэн ийлдэс судлалын шинжилгээгээр (Хавсрех холбох урвалаар таньц нь 1:8,1:16 байсан) бүрэн тогтоов.

Бид дараагийн хэдэн сард нь удаан хугацаагаар халуурсан өөр 5 өвчтөнийг ажигласан бөгөөд тэдгээр нь мөн ийлдэс судлалын шинжилгээгээр Ку-риккетсиоз болох нь тогтоогдов. (Хавсрех холбох урвалаар таньц нь 1:8-1:32 байв). Эпидемиологийн асуумж судалгаагаар дээрх хүмүүс БНМАУ-д ирээд 4 сараас 4,5 жил болж байгаа, Улаанбаатар хотод байнга оршин суудаг хүмүүс байв. Тэдний хоёр нь гүйцэд буцалгаагүй сүү, сүүн бүтээгдэхүүн хэрэглэсэн, нэг нь өвчин эхлэхээс 8-16 хоногийн өмнө тарваганы мах идсэн, нэг нь дутуу шарсан

МАХ ИДСЭН БАЙВ. Хоёр тохиолдол нь хоол тэжээлийн замаар халдварт авах боломж байгаагүй. Эдгээр хүмүүсийн гэр бүлийнхний дотор болон ажил, сургуульд хамт байдаг хүмүүсээс энэ өвчний хоёрдогч тохиолдол гараагүй.

Эдгээр баримт нь БНМАУ-ын нутаг дэвсгэр нь Ку-чичрэг өвчний дэлхийн тархалтын бүсийн нэг хэсэг болохыг харуулж байна. Урьд жилүүдэд өвчлөл бүртгэгдэхгүй байсан нь зөвхөн дүн бүртгэлийн шинжтэй бөгөөд цаашид БНМАУ-ын нийт нутаг дэвсгэрт Ку-чичрэг өвчний эмнэлэгүй, эпидемиологийн судалгааг өргөжүүлэхийн хэрээр өвчний тохиолдлын тоо нэмэгдэж болох талтай байна.

Редакцид ирсэн 1985. 09. 03.

Л. ШАГДАР (Анагаах ухааны дээд сургууль)

## ТИМПАНОПЛАСТИК ХИЙХ ЗААЛТ

Тимпанопластик хийх заалтыг тогтоохдоо архаг үрэвслээс үүссэн дунд чихний морфологи өөрчлөлтийн байдлыг онцгой харгалзан үзэх шаардлагатай юм. Хэнгэргийн хөндийгөөс булаг гараагүй, хуурай байгаа нөхцөлд тимпанопластик хийх нь сайн үр дунд хүрдэг. Ийм нөхцөлд хагалгааны ясан хэсгийг өргөтгөхгүй хийж, хагалгааны дараах хүндрэлүүдээс урьдчилан сэргийлэх боломжтой юм.

Дунд чихний хөндийд холестеотом сорви полип, ясны үрэвсэл байгаа үед эмийн эмчилгээ онц нөлөөлөхгүй. Чихнээс гарах булаг татрахгүй үед тимпанопластикийг «ил» аргаар хийдэг. Ийм аргаар хийсэн 53,7% тохиолдолд бид сонсгол сайжруулж чадсан юм. Гэтэл «далд» аргаар хийсэн тимпанопластикийн (хуурай чихэнд) үр дун 88%-д хүрч байна. Тимпанопластик амжилтанд хүрэхэд дотор чихний цонхнууд хөдөлгөөнтэй байх нь асар их нөлөөтэй байдаг.

Ясан дамжуулалт бараг хэвийн байхад, агаарын дамжуулалт эрс буурч (60 дб ба үүнээс ч дээш) хоёр дамжуулалтын хооронд их завсар гарсан аудиограмм нь дотор чихний цонх сорив, тимпаносклерозын өөрчлөлтөөр хөдөлгөөнгүй болсныг тодорхойлж байгаа юм.

Хэрэв хэнгэргийн цоорхойгоор дотор чихний цонх харагдаж байвал түүнийг микроскопоор сайтар ажиглаж хөдөлгөөнийг шалгана. Зондоор дөрөөний сэнжин дээр болгоомжтой дараахад дугирааг цонх дээр гэрлийн рефлекс илэрч байх нь хависны цонхнууд хөдөлгөөнтэйн шинж юм.

Хагалгааны үед дөрөө орчимд байгаа сорив, полип авах замаар зууван цонхны хөдөлгөөнийг сэргээж сонсгол сайжруулж болно. Харин соривоор дугариг цонх тагларч хөрсжисэн үед түүний хөдөлгөөнийг сэргээхэд маш төвөгтэй байгаа нөхцөлд тимпанопластикийг эхний удаа хийх боломжгүй юм.

Тимпанопластикийг огт хийж болохгүй нөхцөлд архаг отитоос үүссэн уураг тархины хүндрэлүүд, нүүрний мэдрэлийн саа, дотор чихний олон хэлбэрийн нэвчдэст үрэвсэл хамрагдана. Дунд чихний архаг үрэвслүүд сэдэрсэн байх, чихний сувгийн арьсны үрэвсэл, амьсгалын дээд замын харшил эмзэгшил, сонсголын гуурсны нарийсалт, хамар нармайн эмгэгүүдийн үед тимпанопластикийг хийхийг түр хориглоно. Харин дээрх эмгэгүүдийг бүрэн эмчилсний дараа тимпанопластик хийж болно.

Бид хамар нармайд мэс засал хийсний дараа, эсвэл чихнээс булаг гарах нь татраад 4—6 долоо хоног, түүнээс дээш хугацаа өнгөрсний дараа тимпанопластик хагалгаа хийж байна.

Дунд чихний архаг үрэвслийн үе дэх сонсголын бууралтын байдал (үүнийг бид 1, 2, 3, 4-ын а, б зэрэг гэж ялгав), сонсгол буурсан эм-

тэг физиологийг сайтар мэдэж байх нь тимпанопластик хийх заалтыг тодруулах, хагалгааны явц, үр дүнг урьдчилан тогтооход туслана. Мэс заслын өмнөх сонсголын байдлыг, хагалгааны үед илэрсэн морфологийн эмгэг өөрчлөлттэй харьцуулан судалснаар сонсгол буурсан эмгэг физиологийн жамыг тогтоож байгаа юм.

Дунд чихний архаг үрэвслийн үеийн сонсгол бууралтын 1,2-р үед нь голчлон чихний хэнгэрэг цоорч, түүний хэлбэлзэх талбай багассанаас шалтгаалж байгаа боловч хэнгэргэн хөндийн битүү байдал алдагдсан нь багагүй нөлөөлж байна. Энэ үед сонсголын яснууд хоорондоо холбоотой, цонхнууд нь хөдөлгөөнтэй, сонсголын гуурс онгорхой, дотор чихний үйл ажиллагаа сайн байдаг юм.

Сонсголын 1-р зэргийн бууралттай 17 хүнд мэс засал хийхэд 2 хүний алхны иш нь эвдэрснээс өөр эмгэг тодорхойлогдоогүй, харин сонсголын II зэргийн бууралттай 23 өвчтөнөөс хагалгааны үед алхны иш эвдэрсэн 6, дөшний урт сэргэн идэгдсэн 3 өвчтөн тус тус хагалгааны явцад тодорхойлогдов. Энэ хоёр группд хамрагдах өвчтөнүүдийг тимпанопластик мэс засал хийхэд яг тохирсон гэж үзлээ. Эдгээр өвчтөний гуравт нь алх дөш хоёрыг хооронд нь холбоод хэнгэргийг битүүлэх, бусад 37 өвчтөнд хэнгэргийн хөндийг шалгаад, зөвхөн хэнгэргийг нөхөх мэс засал хийллээ.

Сонсгол бууралтын III зэрэгт 99 өвчтөн байв. Эдгээр өвчтөнд хагалгааны үед дор дурдсан эмгэг өөрчлөлтийг илрүүлэв. Үүнд: Дөш яс дангаар гэмтсэн 62, дөрөө яс, дөш, алхтай хамт эвдэрсэн 17, дөш, дөрөөтэй хамт эвдэрсэн 16; үүнээс гадна хагалгааны явцад 14 өвчтөнд хэнгэргэн хөндийд полип, 7 өвчтөнд холестеотом, 12 өвчтөнд сорвижилт байгааг тодорхойлов. Эдгээр нь дууны долгион дамжуулахад саад хийж сонсгол бууруулах шалтгаан болохоос гадна хависны цонхны хөдөлгөөнийг хязгаарлах, сонсголын гуурсыг нарийсгах, саласт бүрхэвч үрэвсэхэд нөлөөлнө.

Энэ бүлгийн ихэнх өвчтөнүүдэд хагалгааны явцад гуурсыг онгойлгох, цонхнуудын хөдөлгөөнийг сэргээх арга хэмжээ авсаны дараа, дуу дамжуулах аппаратыг сэргээх, сонсголын яснуудыг холбох мэс заслыг хийгээд хэнгэргийг нөхөв. Энэ группийн өвчтөний 70%-д сонсгол сайжирсан нь энэ группийн өвчтөнд тимпанопластик хийх боломжтойг харуулж байна.

Сонсгол бууралтын 4-а зэрэгт багтсан 41 өвчтөний, 31-д нь сонсголын 3 яс бүрэн арилсан, 4 өвчтөнд хөндий бүрэн сорвижсон, хэнгэргэн хөндийн саласт хавагнасан зэрэг эмгэг өөрчлөлт тодорхойлогдож байв. Эдгээр өвчтөнд аялгууны аудиометраар дуу хүлээн авах аппаратын согог ямар нэгэн хэмжээгээр илэрч байсан боловч үгийн аудиометраар үг яриаг бүрэн ялгаж чадаж байлаа. Иймээс сонсгол сайжруулах мэс засал хийж болно гэж үзээд тимпанопластик хагалгаа хийхэд 50%-д сонсгол сайжирч чадлаа.

Эцэст нь дотор чихний үйл ажиллагаа алдагдсан, үгийн аудиометраар хэлэх үгийг бүрэн ялгаж чадахгүй 4 өвчтөнг сонсгол сайжруулах мэс засалд тохироггүй гэж үзэв. Хагалгааны өмнөх шинжилгээгээр эдгээр өвчтөнд тимпанопластик мэс засал үр дүн өгөхгүй нь мэдэгдэж байгаа боловч өвчтөний хүсэлтийн дагуу «гомдолыг нь барагдуулах зорилгоор» мэс засал хийсэн юм. Хагалгааны үед илэрсэн эмгэг өөрчлөлтийг нь арилгаад, дуу дамжуулах механизмыг сэргээсэн боловч сонсгол сайжраагүй. Энэ нь сонсгол бууралтын 4-б зэрэгт хамарагдаж байна.

Тимпанопластик мэс заслыг хийх явцад ажиглагдсан нэг чухал зүйл гэвэл дотор чихний үйл ажиллагаа буурсан өвчтөнд тимпанопластик хийсний дараа сонсгол нь сайжрахгүй ч гэсэн цаашдаа сонсгол нь муудахгүй, хагалгааны өмнөх байдалд байлаа. Хэрэв тимпанопластик мэс засал хийгээгүй бол энэ өвчтөнүүдийн сонсгол аажмаар муудах байв.

Дээр дурдсан зүйлүүдийг нэгтгэн дүгнэхэд сонсгал сайжруулах тимпанопластик мэс засал хийх морфологийн болон үйл ажиллагааны заалтыг тогтоох нь удаан хугацааны ажиглалт, сонголыг угээр, камертоноор, аудиометрийн бүх аргаар, ялангуяа аялгууны болон, үгийн аудиометраар шалгаж сонсголын анализаторын согогийн зэргийг ялган заагласны үндсэн дээр шийдвэрлэх хэцүү төвөгтэй асуудал юм.

Редакцийд ирсэн 1986—04—28

## ТУРШЛАГА СОЛИЛЦЬЁ

Г. ЛХАГВАЖАВ, Ж. ТАМИР, Б. БАТБОЛД (Улсын клиникийн төв эмнэлэг)

### НУГАСНЫ ГАДУУРХИ ЭПИДУРАЛ ХӨНДИЙД МОРФИН ХИЙЖ ХАГАЛГААНЫ ДАРААХ ӨВЧИН НАМДААХ АРГЫГ ХЭРЭГЛЭСЭН НЬ

Анагаах ухаан түргэн явцтай хөгжиж төрөл бүрийн мэс заслын эмчилгээг амжилттай хийж өвчин эмгэгийг анагааж байна. Гэвч мэс заслын эмчилгээний дараа зайлшгүй гардаг нэг гаж нөлөө нь хагалгааны дараах өвчин юм. Өвчний улмаас өвчтөний зовиур шаналгаа нэмэгдэж амьсалах хэвийн үйл ажиллагаа алдагдаж, хүчил шүлтийн байдал өөрчлөгдөн улмаар даралт буурч, гөлгөр булчингууд хүчтэй агшсанаас өвдөх нь улам нэмэгддэг байна. Хүчтэй өвдөх нь өвчтөний идэвхтэй хөдөлгөөнийг хязгаарлаж, гүнзгий амьсалах, ханиалгах, цэр гаргах үйл ажиллагааг саатуулж улмаар бөөрний судсыг агшааж шээс ялгаралтыг бууруулдаг байна. Энэ бүгд нь өвчтөний биеийн байдалд муугаар нөлөөлж хүндрэл гарах нөхцөлийг бурдүүлнэ. Эрдэмтэд мэс засал хийлгэсэн өвчтөнүүдэд хагалгааны дараах өвчин их байх тусам уушгины хүндрэл илүү тохиолдож байгааг тогтоосон байна. Иймд хагалгааны дараах өвчин намдаах асуудал эмч судлаачдын анхаарлыг зүй ёсоор татах болсон юм.

Энэ зорилгоор өвчтөний зовиур шаналгааг багасгахын тулд өвчин намдаах эмуудийг тарьж хэрэглэх болсон байна. Гэвч эдгээр эм нь амьсгал дарангуйлах, даралт бууруулах, огиулж бөөлжүүлэх зэрэг нөлөө үзүүлэхээс гадна өвчин намдаах хүч багатай, үйлчлэх хугацаа богино учир олон давтан хийх шаардлага гарч зарим тохиолдолд өвчтөн дээрх эмуудэд дасамтгай болох нь ч ажиглагддаг байна.

Сүүлийн үед хагалгааны дараа өвчин намдаах олон аргыг хэрэглэх болсны дотор нугасны гадуурхи хөндийд эмийн бодис хийж өвчин намдаах эпидурал, аналгезийн аргыг хэрэглэх боллоо.

Энэ аргыг 1901 онд Францын эмч Sicard, Cathelin нар хэрэглэж мэс заслын үед мэдээ алдуулж болох боломжтой гэдгийг тогтоожээ. Нугасны гадуурхи эпидурал хөндийд гидрохлорид морфин хийж хагалгааны дараах өвчин намдаах аргыг практикт анх нэвтрүүлсэн хүн бол эрдэмтэн М. Бехар юм.

1960-аад оноос судлаачид нугасны хальсны гадуурхи (эпидурал) хөндийд хатгаж нарийн гуурс тавиад түүгээрээ лидокайн (1—2%), дикайны (0,1%) уусмалыг 4—5 цаг тутамд хийж, хэд хоногийн турш өвчин намдаах аргыг хэрэглэх болжээ. Энэ арга нь заавал гуурс олон дахин хийдэг учир, учир дутагдалтай ажээ. Иймд сүүлийн үед нугасны гадуурхи хөндийд өвчин намдаах сонгомол үйлчилгээтэй гидрохлорид морфиныг хийх болсон нь янз бүрийн гаралтай өвдөлтийг намдаахад үр дүнтэй арга болж өргөн хэрэглэгдэх боллоо. Энэ аргаар өвчнийт намдаахдаа уг хөндийд нэг удаагийн хатгалтаар гидрохлорид морфин хийж байгаа бөгөөд өвчин нь удаан хугацаагаар намддаг сайн талтай байна. Ингэж өвчин намдаах механизмыг тайлбарлахын тулд эрдэмтэд төрөл бүрийн судалгаа хийж таамаглал дэвшүүлж байна.

Сүүлийн үеийн судалгаанаас үзэхэд нугасны арын эвэрт оршдог морфины төрлийн эмэнд маш мэдрэг шинж чанар бүхий өвөрмөц рецепторийг нээсэн явдал энэ аргын онолын үндэслэлийг тайлбарлахад чухал тулхэц болсон юм. Эдгээр рецептор нь өвчний сэрглийг төв мэдрэлийн систем рүү дамжуулагч анхдагч нэгж нь болдог бөгөөд

морфин болон түүний төрлийн эмүүд нь нугасны арын эврийн рецептор, нейрон болон нугасны ёзооруудад үйлчилж өвчиний сэргийг төв мэдрэлийн систем рүү дамжуулахыг саатуулж улмаар өвчин намдаадаг болохыг тогтоосон байна.

Зөвлөлтийн зарим эрдэмтэд цээж, хэвлийн хөндий, урологийн хагалгааны дараа энэ аргыг хэрэглэхэд өвчин намдаах үйлчилгээ 16—34 цаг хүртэл үргэлжилж байгааг тогтоожээ. (2—4).

Судлаачид өвчин намдаах зорилгоор 2 мг-аас 13 мг хүртэл морфиныг эпидурал хөндийд хийж судалгааг явуулсан байна.

Тэд судалгааныхаа үндсэн дээр нугасны гадуурхи эпидурал хөндийд морфин хийж хагалгааны дараах өвчин намдаахад 4—6 мг гидрохlorид морфин хангалттай гэж үзэж байна.

**СУДАЛГААНЫ МАТЕРИАЛ, АРГА ЗҮЙ.** Бид мэс заслын эмчилгээ хийлгэсэн биеийн байдал нь хүнд, хагалгааны дараах өвчин ихтэй өвчтөнүүдэд уг аргыг хэрэглэж үр дүнг судаллаа. Энэ аргаар өвчнийг намдаахдаа эпидурал мэдээ алдуулалт хийдэг ерөнхий арга техникийг баримтлав.

Өвчнийг намдаахын тулд хатгах түвшин биеийн жин, нас хүйсийг харгалзахгүй 5 мг гидрохlorид морфиныг (1%—0,5 мл) 10 мл хлорт натрийн изотоник усмалд шингэлж эпидурал хөндийд хийгээд 10—15 минут болоход өвчин намдаж байлаа. Өвчин намдсан эсэхийг өвчтөний клиник анамнез биеийн байдал зэргээс үндэслэн субъектив аргаар дүгнэсэн болно.

Үүнд: Морфин хийсний дараа өвчин бүрэн намдаж гүнзгий амьсгалах, ханиалгах, хөдлөхөд өвдөхгүй байвал онц үр дүнтэй тайван байхад өвдөхгүй боловч хөдлөх, ханиалгахад өвчин мэдрэгдэж байвал сайн үр дүнтэй, өвчин багассан боловч бүрэн намдахгүй, өвчин намдаагч эмийг бага тунгаар хийх шаардлагатай байвал дунд үр дүнтэй гэж үзнэ.

Судалгааны үр дүнг тодорхой гаргахын тулд хагалгааны дараах өвчнийг З зэрэгт хувааж үзлээ.

1. Маш хүчтэй гэдэгт тэсэхийн аргагүй өвдөж, өвдөлт намдаагч эмийг ойрхон зйтай хийж, өвдсөнөөс болоод өвчтөн хангалттай амьсгалж чадахгүй байвал

2. Хүчтэй гэдэгт өвдөхийг тэсч болох боловч өвчин намдаагч эмийг ойрхон зйтай хийлгэж өвчтөний амьсгал болон хөдөлгөөн хязгаарлагдмал байвал,

3. Дунд зэргийн гэдэгт өвдөхийг бүрэн тэсэх боломжтой, өвчин намдаагч эмийг заавал хэрэглэж байгааг тус тус хамааруулж үзлээ.

## СУДАЛГААНЫ ҮР ДҮН

Энэ аргыг хагалгаа хийлгэсэн маш хүчтэй ба хүчтэй өвдөж буй 18—65 насны 52 өвчтөнд хэрэглэж үр дүнг гаргав.

Хүснэгт 1-ээс харахад бүх өвчтөний 21 хувийг маш хүчтэй өвдсөн, 75 хувийг хүчтэй өвдсөн өвчтөнүүд тус тус эзэлж байна. Бүх өвчтөнд хагалгаа хийсний дараа 19—24 цаг өнгөрсний хойно энэ аргыг хэрэглэв. Энэ өвчтөнд хагалгааны өмнө өвчин ихтэй байсан учир хагалгааны дараа мэс заслын ширээн дээр эпидурал хөндийд морфин хийж өвчний намдаав. Ихэнх тохиолдолд 1 удаа хийхэд өвчин бүрэн намдаж байсан ба 2 өвчтөнд анх морфин хийснээс хойш 10—16 цаг болоод дахин өвчин нь ихэссэн учир 2 дахь удаагаа давтан 5 мг морфин хийж өвчний намдаасан болно.

Хүснэгт 2-оос үзэхэд 40 өвчтөнд өвчин нь бүрэн намдсан. Энэ нь бүх тохиолдлын 80 орчим хувийг эзэлж байна. Муу болон үр дүнгүй болсон тохиолдол гарсангүй. Онц дүнтэй болсон тохиолдол бусад

Хүснэгт 1

**МОРФИН ХИЙХЭЭС ӨМНӨХ ХАГАЛГААНЫ ДАРААХ  
ӨВЧНИЙ БАЙДАЛ**

Хагалгааны нэр	Өвчтөний тоо	Өвчний зэрэг		
		Маш хүчтэй	Хүчтэй	дунд
1. Уушгины болон цээжний хөнгийн хагалгаа	6	1	5	
2. Гэдэсний түүгжрэл, гялтан хальсны идээт үрэвсэл	22	5	16	1
3. Элэг цөсний замын хагалгаа	6	2	4	
4. Бэтэгний хагалгаа	4		3	1
5. Ходоодны хагалгаа	11	1	10	
6. Бусад	3	2	1	
<b>БҮГД</b>	<b>52</b>	<b>11</b>	<b>39</b>	<b>2</b>

Хүснэгт 2

**МОРФИН ХИЙСНИЙ ДАРАА ӨВЧИН НАМДСАН БАЙДАЛ**

Морфин хийхээс өмнөх өвчний зэрэг	Бүгд	Морфин хийсний дараах үр дүн			
		онц	сайн	дунд	үр дүнгүй
Маш хүчтэй	11	10	1	—	—
Хүчтэй	39	28	10	1	—
Дунд	2	2			
<b>ДҮН</b>	<b>52</b>	<b>40</b>	<b>11</b>	<b>1</b>	

судлаачдынхтай харьцуулахад харьцангуй их байгаа нь монгол хүний өвчин мэдэрч эхлэх нь бусад улсынхтай харьцуулахад харьцангуй их биш байгаа болон өвчин намдсан байдлыг гаргахдаа ихэвчлэн субъектив аргаар үнэлсэнтэй холбоотой гэж үзэж байна. Энэ аргыг хэрэглэхийн өмнө бүх өвчтөнд амьсгалын тоо, судасны похилт, arterийн даралтыг хэмжиж, морфин хийсний дараа эдгээр параметрүүдийг 3—4 цаг тутам хэмжиж байлаа. Ингэхэд өвчтөнүүдийн arterийн даралтанд ямар нэг хэлбэлзэл гаралаагүй. Ихэнх өвчтөнд амьсгалын тоо 1 минутанд 2—4, судасны похилт 10—15-аар тус тус цөөрч байлаа. Энэ нь дээрх арга үр дунтэй болж байгааг харуулж байна.

Хүснэгт 3

**ПЕРИДУРАЛ ХӨНДИЙД МОРФИН ХИЙСНИЙ ДАРАА  
ӨВЧИН НАМДАЛТ ҮРГЭЛЖИЛСЭН БАЙДАЛ**

Хагалгааны байдал	Өвдөлт намдалт (цагаар)				
	6—12	13—18	19—24	25—26	37 дээш
1. Уушги цээжний хөндийн хагалгаа	1	=	4	1	
2. Гэдэсний түүгшрэл, гялтан хальсны үрэвсэл			4	10	8
3. Элэг цөсний замын хагалгаа		1	3	3	
4. Бэтэгний хагалгаа	1	1	1	1	
5. Ходоодны хагалгаа		1	3	5	
6. Бусад	2	3	16	21	9
<b>БҮГД</b>					

Хүснэгт 3-аас харахад мэдээ алдуулалт онц болон сайн үр дүнтэй болсон үед өвчин намдах нь 24—36 цаг хүртэл үргэлжилж байлаа. 9 өвчтөнд 37 цагаас дээш хугацаагаар өвчин нь намсан. Мэдээ алдуулалтын үргэлжлэх хугацаа дунджаар 24 цаг орчим байлаа. Энэ аргыг хэрэглэсний дараа өвчтөний зовиур шаналгаа намдаж хөдөлгөөн, идэвх сайжирч клиникийн тодорхой үр дүн ажиглагдаж байв.

Энэ аргыг хэрэглэх явцад бидэнд онцын хүндрэл ажиглагдаагүй. Гэвч нугасны хатуу хальс гэмтэх, амьсгал дарангуйлагдах артерийн даралт буурах, огиулж бөөлжих, толгой эргэх болон идээт хүндрэлүүд гарч болно.

Нугасны хатуу хальс гэмтсэн үед нугасны шингэн гадагш гоожих бөгөөд тийм тохиолдолд морфины уусмал нугасны шингэнд орсноос хүндрэл гарч болзошгүй учир зүүгээ сугалан авч түрүүчийн хатгасан түвшингээс нэг нугалам дээгүүр буюу доогуур хатгаж морфины уусмалыг хийнэ.

Нугасны хатуу хальс гэмтсэн үед өвчтөний амьсгал дарангуйлагдах, даралт буурах зэрэг хүндрэл илүү гардагийг байнга санаж, зохиомол амьсгал хийх нөхцөлийг бүрэн хангасан байх шаардлагатай.

Артерийн даралт буурах хүндрэлийн үед эфедрин гидрохлоридийн 1%-ийн 1 мл уусмалыг изотоник шингэнд хийж судсаар дусаах нь үр дүнтэй байдгаас гадна бусад симпатомиметик ваголитик эмийг хэрэглэнэ. Идээт хүндрэлээс урьдчилан сэргийлэхийн тулд асептикийн дүрмийг нарийн баримталж хянуур нямбай ажиллах хэрэгтэй.

Өвчтөний мэдрэмж чанар, эмийн тун хэмжээнээс хамаарч огуулах, бөөлжих, толгой өвдөх, бие загатнах зэрэг гаж нөлөө илэрч болох бөгөөд энэ үед өвчтөний биеийн байдлыг маш анхааралтай хянаж шинж тэмдгийн эмчилгээнүүдийг хийнэ.

Дүгнэлт 1. Хагалгааны дараах өвчнийг намдаахын тулд хоногт 80—100 мг хүртэл гидрохлорид морфин тарьж хэрэглэх шаардлагатай болдог. Гэтэл эпидурал хөндийд морфин хийж өвчин намдаахад хоногт 5 мг морфин хангалттай учир энэ аргыг хэрэглэснээр бараг 20 дахин бага морфин зарцуулж байна.

2. Энэ арга нь хагалгааны дараах өвчнийг намдаах найдвартай арга төдийгүй янз бүрийн гэмтлийн үед энэ зорилгоор хэрэглэхэд хамгийн тохиромжтой гэж үзэж байнаа.

#### АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. А. А. Воронцов с соавт—Длительная перидуральная анестезия морфином в после операционном периоде. Бест хир. 1982. 3. 131.

2. И. В. Левитэ — Длительная перидуральная анестезия морфином и местными анестетиками после онкологических операций. Анестезиол. и реаниматол. 1983, 6, 51.

3. Г. И. Софиенко с соавт — Опыт перидурального применения наркотических анальгетиков для послесовременного обезболивания. Клин. хир. 1981. 12. 35.

4. А. И. Трецинский с соавт — Первый опыт эпидурального введения морфина для послеоперационного обезболивания в урологической клинике. Клин. хир. 1981. 12. 31.

#### ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ ЭПИДУРАЛЬНАЯ АНАЛГЕЗИЯ МОРФИНОМ

Г. Лхагважав, Ж. Тамир, Б. Батболд

Авторы с 1984 года эпидуральную аналгезию морфином (ЭАМ) проводили у 52 больных с сольными и очень слийными послесовременными болями, требующие введение больших доз наркотических анальгетиков (до 30—40 мг промедола) с 4—5 часовыми интервалами.

Проводили ЭАМ у всех больных введением 5 мг морфина (1%—0,5 мл раствора) разведено о в 10 мл изотонического раствора хлорида натрия.

В результате проведения ЭАМ в 80% случаев получили отличные результаты, дающие возможность полностью исключить назначение аналгетических препаратов.

У остальных больных достигли хорошего результата, позволявшего резко сократить назначение наркотических анальгетиков.

После проведения ЭАМ улучшается экскурсия грудной клетки при дыхании, значительно урежется пульси дыхание больных. Продолжительность анальгезии составляет среднем около 24—3,0 часов. В некоторых случаях энанальгезия продолжается до 48 часов.

Авторы не наблюдали осложнений и считают возможным рекомендовать ЭАМ, как один из действенных методов послеоперационной анальгезии.

Редакция Ирсэн 1986. 11. 13.

## ХОВОР ТОХИОЛДОЛ

П. ХОРОЛМАА (Ерөнхий ба сорилын биологийн хүрээлэн)  
С. БАДАМХАНД (Улаанбаатар хотын III амаржих газар)

### 21 ДҮГЭЭР ХРОМОСОМЫН (ГУРВАЛ) ТРИСОМИ

Удамших гажгийн тархалтыг судлан тогтоох нь уг гажгаас урьдчилан сэргийлэх шинжлэх ухааны үндэслэл боловсруулахад чухал ач холбогдолтой юм. Бид манай орны хүн амын дотор удамшлын төрөл бүрийн өвчин, тухайлбал хромосомын гажгуудын давтамжийг тодорхойлох зорилгоор Улаанбаатар хотын амаржих газруудад судалгаа хийж байгаа бөгөөд тус өгүүлэлд 21-р хромосомын трисоми бүхий тохиолдлын тухай товч өгүүлье. Үүнд:  
Төрөгсдийн 201 дэх хүүхэд (өвчтөн) эрэгтэй, 3100 г жинтэй төрсөн. Өвчтэй хүүхдийн эх 40 настай, 10 дахь төрөлт, эцэг 42 настай. Эх эцгийн удам угсаанд удамшлын өвчтэй хүн байгаагүй, хэвийн фенотиптэй. Үүний өмнөх 9 хүүхэд бүгд эрүүл энх бойжсон.

КЛИНИК ШИНЖ ТЭМДЭГ. Өвчтөний царай улаан, нүд жартгай, хамар хавтгай, чих дор байрлалтай, ам жижиг, хэл том, амаа хагас ангайсан. тагнай өндөр, дагзны арьс сулхан, булчингийн хүчдэл сул, зүүн талын XII хавирга маш жижиг, 2 гарын чигчий хуруу богинохон, баруун гарын алганд хөндлөн нугалаас (Simian line)-тай гадаад бэлиг эрхтэн жижиг үе мөч хэт уян налархай зэрэг шинж тэмдэгтэй байв.

Эдгээр клиник шинж нь Даун синдромын үндсэн шинж тэмдгүүдтэй бурэн тохирч байна.

МАТЕРИАЛ. АРГА ЗҮЙ-Хромосомын бэлдмэлийг Мурхедийн (1) нэгдсэн арга зүйн дагуу цусны лимфоцитыг өсгөвөрлөн ургуулж, эсийн митоз хуваагдлын метафаз шатан дахь хромосомыг G-бэндингээр будаж, зургийг авч кариотипын шинжилгээ хийв.

СУДАЛГААНЫ ДҮН Хромосомын бэлдмэлд микроскопийн шинжилгээ хийж 25 ширхэг митозын хромосомыг тоолоход бүгд 47 хромосомтой байв.

Энэ өвчтөний 21 дүгээр хромосом хэвийнхээс нэгээр илүү буюу 3 ширхэг байгаа нь тодорхой байна. Иймээс цитогенетикийн судалгаагаар Даун синдром болох нь батлагдлаа.

Даун синдромыг анх 1866 онд Л. Даун (2) оюуны хомсдлын бусад хэлбэрүүдээс биеэ даасан өвчин болгож ялган бичсэн ба 1958 онд Лежен (3) энэ эмгэгийн үед хүний 21 дүгээр хромосом гурав болсны улмаас нийт хромосомын тоо 47 болдгийг тогтоожээ. Даун синдром ийнхүү 21 дүгээр хромосомын гурвалаар үүсэхээс гадна мөн транслокаци байдлаар ч илэрдэг.

Даун үүсгэгч хүчин зүйлүүд (генүүд) нь 21 дүгээр хромосомын 22 бэндинг дээр байрладаг бөгөөд зөвхөн энэ хэсэг гурвалсан тохиолдолд мөн уг эмгэг үүснэ (4). Бидний судалсан тохиолдолд 21 дүгээр хромосом бүхлээрээ трисоми болсон байна. 21 дүгээр хромосомын трисоми болох явцыг дараах механизмаар тайлбарлах боломжтой юм. Үүнд:

Эмэгтэй хүүхэд анх төрөхдөө 2 сая орчим өндгөн эсийг өндгөвчин дөө агуулсан байдаг. Шилжилтийн насанд хүрэхэд эдгээр эсүүдийн зарим нэг нь мейоз хуваагдлаар хуваагдаж эхэлдэг. Мейоз хуваагдлын үед хос хромосомууд эсийн 2 туйл руу нэг нэгээрээ салан шилждэг. Энэ явцад алдаа (non dysjunction) гарснаас хос хромосом хоёул нэг өндгөн эсэнд орж, ийм өндгөн эс үр тогтосноор

хэвийнхээс нэгээр илүү хромосом агуулсан хүүхэд төрдөг. Хэвлэлийн мэдээнээс үзэхэд гол төлөв 35-аас дээш насын эмэгтэйчүүдэд аль нэг аутссомын трисад бүхий хүүхэд төрүүлэх тохиолдолд ажиглагддаг байна. Хромосомын трисад болох үзэгдэл нь тохиолдлын чанартай боловч бие махбод хөгшрөх явцтай уялдаатайгаар эмэгтэй хүний насаахих тусам өндгөн эсийн мейоз хуваагдлын механизмын алдаа гарах магадлал ихэсдэг хэмээн эрдэмтэд үздэг. Дээрх Даун синдромтой хүүхдийн эх 40 настай байсан нь уг гажиг үүссэн шалтгааныг үүгээр тайлбарлах боломжтой юм. Даун синдром 35 хүртэлх насын эхчүүдээс төрөх хүүхдийн дунд 1,2% гэсэн давтамжтай бол түүнээс дээш насын эхчүүдээс төрөх хүүхдийн дунд 2% гэсэн давтамжтай байдаг байна (5).

**ДҮГНЭЛТ:** Даун синдромын клиник шинж тэмдэг бүхий хүү цитогенетикийн судалгаагаар 21 дүгээр хромосомын трисад болох нь илрэв.

### АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. Moorhead. P. S. et al 1960. Chromosome preparations of leucocytes cultured from human peripheral blood. Exp. Cell. Res. 20. 613.
2. Langton Down, 1966. Observations on an ethnic classifications of idiots. Clinical Lecture Reports. London Hospital. 3. 259.
3. Lejeune. J. et al. 1958. Etude des chromosomes somatiques de neuf enfants mongoliens. C. R. Acad. Sci. Paris. 248. 1721.
4. Parizzi konferencia. 1972. Standardization in human cytogenetics. II; 317
5. Schuler. Dezso. 1977. A human chromosome — aberraciok jelentosege a klinikumban. 1155.

Редакцид ирсэн 1986. 10. 09

## ЭРДЭМТДИЙН ДҮГНЭЛТ, ЗӨВЛӨМЖ

Н. МӨНХТУВШИН (Анагаах ухааны дээд сургууль)

### ҮРГҮЙДЛИЙН ҮЕИЙН ЭР БЭЛИГ ЭСИЙН ЭСРЭГ ДАРХЛАЛ

Эр бэлиг эсийн өвөрмөц эсрэгтөрөгчийг цэврээр ялгаж дүйн тодорхойлох, сонгомол эсрэгбийт түүнд нөлөөлдөг эсэх зэрэг дархлалын хэд хэдэн чухал асуудал өнөө хэр нэгэн мөр болж шийдвэрлэгдээгүй байна. Судалгааны сорилын хэсгийг молтогчин туулай дээр хийсэн бөгөөд клиник туршилтын явцад шалтгаан тогтоогдсон үргүйдэл бүхий 113 хос, шалтгаан тогтоогдоогүй үргүйдэл бүхий 72 хосыг шинжилж үзэв. Хяналт болгож үр хүүхэдтэй, эхнэр нь эруул, жирэмсэн 106 хосыг сонгож авав. Судалгаанд иммуноэлектрофорез цус наалдахыг saatuuлах урвал, цагаан эс наалдуулах урвал, бэлиг эс наалдуулах (БЭН) арга, бэлиг эс хөдөлгөөнгүй болгох (БЭХБ) арга, цагаан эсийн нүүдэл saatuuлах (ЦЭНС) аргуудыг ашигласан болно.

Үр дүн: иммуноэлектрофорезийн анализ хийхэд эр бэлиг эс ба үрийн шингэнд нийтдээ 9—16 эсрэгтөрөгч олдсан ба үүнээс дөрөв нь эр бэлиг эсийн, хоёр нь үрийн шингэний «Эдийн өвөрмөц» эсрэгтөрөгч байлаа. Энэ цуврал судалгаа бэлиг эс ба үрийн шингэн нь дархлалын сонгомол хариу урвал үүсгэх боломжтойг нотолсон юм.

Туршилтын бүлэгт, цусны АВО тогтоцын эсрэгбие ба цагаан эсийн эсрэг биесийн таниц хяналтын бүлэгтэй харьцуулахад илүү байсан, боловч зөрүү нь магадлалын ач холбогдолгүй байв.

Ердийн нөхцөлд эр бэлиг эсийн хооронд өвөрмөц бус наалдац үүсгэдэг стероидын булэг гормон мэтийн бета-спермоагглютинины молекулуудыг цусны ийлдсээс сорууцлан арилгасны дараа судлахад үргүйдэлтэй эмэгтэйчүүдийн 9—14 хувьд цусны ийлдэс ба умайн салст дотор БЭН сонгомол эсрэгбие илэрсэн болно. БЭХБ сонгомол эсрэгбие мөн эмэгтэйчүүдийн 13—18, 5 хувьд цусны ийлдсэнд олдсон юм.

Эрэгтэйчүүдэд эр бэлиг эсийн эсрэг дархлалыг судалж үзэхэд үргүйдэл оноштой 4 эрэгтэйн цусны ийлдсэнд БЭН сонгомол эсрэг бие илэрсэн болно.

ЦЭНС аргаар судалсан бидний судалгаа үргүйдэлтэй эрэгтэйчүүдийн 64—70 хувьд эр бэлиг эсийн хариуд мэдрэгжсэн лимфоцит үүсдэгийг харуулав.

Энэхүү цогцолбор судалгаанаас үндэслэн хүүхэд төрүүлдэггүй гэр бүлийн эхнэр, нөхөрт клиник үзлэг шинжилгээнүүдээс гадна эр бэлиг эсийн эсрэг чиглэсэн дархлалын урвалыг шинжлэн тогтоож, иммуны шалтгаант үргүйдлийг оношлох, улмаар эмчилгээний шинэ зарчим боловсруулах шаардлагатай байна гэсэн дүгнэлтэнд хүрсэн юм.

Редакцид ирсэн 1987—03—12

С. ДУЛАМСҮРЭН (Дундговь аймгийн Эрүүлийг хамгаалах газар)

НЯРАЙ ХҮҮХДЭД ТОХИОЛДОЖ БУЙ СТАФИЛОКОККЫН  
ГАРАЛТАЙ УЖИЛ ХАЛДВАРЫН  
ЭМНЭЛЗҮЙ-ДАРХЛАЛЫН ХАМ ШИНЖ ТӨЛӨВ

✓ **Дүгнэлт:** Нярай хүүхдийн ужил халдварт үүсэхэд эх жирэмсэн үедээ өвчилсөн байдал (21,8%), жирэмслэлт болон төрөлтийн эмгэг явц (36,3%), бүтэлт (33,1%) төрөхийн гэмтэл (35,5%) тэж болон тэмдэг хөгжил (9,7%) нөлөөлж байна.

✓ 2. Страфилококкын ужил халдварт **нярай хүүхдэд** (80,7%) ялангуяа 9—15 хоногт ихэвчлэн тохиолдож байна.

3. Ужил халдвартай хүүхдийн цуснаас ялгаж авсан страфилококкын ёсгөврийн 74,2 хувь нь биологийн идэвхээр сүл байсан боловч эмчилгээнд хэрэглэж байгаа ихэнх антибиотикт тэсвэртэй болсон байв.

4. Нярай хүүхдийн страфилококкын ужил халдвартын онцлог нь өвчний шинж тэмдэг, будэг (57,3%) байгаад оршиж байна.

5. Нярайд страфилококкын ужил халдварт ид явагдаж байгаа үед А ба М иммуноглобулины нийлэгжилт идэвхжиж, страфилококкын эсрэг хор, эсрэг бие нэмэгдэж, цагаан эсийг хамгаалах идэвх, иммуноглобулины хэмжээ багасч байв.

6. Дархлал заслын эм-Декарисыг эмчилгээнд хэрэглэсэн нь иммуноглобулин G-ийн хэмжээг хэвийн болгож, цагаан эсийн идэвхийг нэмэгдүүлж байна.

**Зөвлөмж:** 1. Нярайд тохиолдож буй страфилококкын ужил халдвартыг оношлоход клиник-лабораторийн иж бүрэн сорилоос тогтсон оношлох шалгуурыг хэрэглэвэл зохино.

2. Оношлох зорилгоор өвчний үе шаттай уялдуулж, цусны ийлдэс дэх иммуноглобулины хэмжээг тодорхойлох нь зүйтэй байна.

3. Нярайн страфилококкын ужил халдвартын онош болон хүүхдийн дархлалын байдлыг тогтоох зорилгоор иммунологийн иж бүрэн судалгаа хийх нь зүйтэй юм.

4. Дархлал заслын эм-Декарисаар хийх эмчилгээг хүүхдийн хордлого тайлгадж, биений байдал сайжирсан үед хийвэл үр дүнтэй байх болно.

5. Страфилококкын ужил халдвараар өвдсөн хүүхэд нэг жилээс доошгүй хугацаагаар хэсийн эмчийн диспансерын хяналтад байх нь зүйтэй.

Редакцийд ирсэн 1987—03—16.

# АУГАА ИХ ОКТЯБРИЙН СОЦИАЛИСТ ХУВЬСГАЛЫН 70 ЖИЛИЙН ОЙД

## УРАГШ ТАТАХ АУГАА ХҮЧ

Хүн төрөлхтөний түүхэнд социалист эрүүлийг хамгаамахын онол, практикийн тулгын чулууг анх тавьж бүтээлчээр хэрэгжүүлсэн түүхэн бүх процесст зөвлөлтийн анагаах ухаан нийгмийн энэ салбарын дэвшлийг урагш татах аугаа их хүчин зүйл болон үймчилж ирлээ.

Онол практикийн нэгдлийг бүтээлчээр хослох нийгмийн бодит нөхцөлийн үр хөврөл өөрөө зөвлөлт нийгмийн үед л үүдэн бүрэлдсэнээс зөвлөлтийн анагаах ухаан эрүүлийг хамгаалахын нэгдлийн хувь заяа ийнхүү шийдэгдэх болсон нь маргаашгүй бодит түүхэн үнэн билээ.

1986 оны 12 дугаар сард Москва хотноо хуралдсан ЗХУ-ын анагаах ухааны академийн ерөнхий хуралдааны V хурлаар ЗХУ-ын анагаах ухааны өмнө тавигдаж буй амин чухал олон асуудлыг шүүн хэлэлцэж өөрчлөн байгуулалтын шатанд шийдвэрлэх асуудлын үндсэн чиглэл, стратегийн зорилтыг тодорхойлсон нь анагаах ухааныг шинжлэх ухааных нь хувьд нийгмийн хөгжлийн шинэ зорилт, шийдвэрлэх асуудалд илүү бүтээлчээр шинэ арга барилаар хандан хөгжүүлэх сайхан үндсийг бий болголоо. Энэ нь угтаа шинжлэх ухаан техникийн дэвшлийг хурдавчлах, анагаах ухаан эрүүлийг хамгаалахыг тулгамдсан асуудлыг шийдвэрлэхэд бүх салбар шинжлэх ухааны ололт амжилтыг илүү ухаалгаар хослуулж бүтээлчээр ашиглахын чухлыг тодорхойлж байгаа хэрэг юм.

Сүүлийн жилүүдэд ЗХУ-д эмнэлэг, хөдөө аж ахуйн үйлдвэрлэлд чухлаар шаардагдаж буй физиологийн идэвхт бодисуудыг гарган авч шинжлэх ухааны үндэс болсон физик-химийн биолог амжилттай хөгжих байна. Дархлал судлал, вирус судлал, генетикийн салбарт үлэмж амжилт олж, түгээмэл тархсан зарим өвчинөөс урьдчилан сэргийлэх, оношлогоо эмчилгээний олон арга нэвтрэх боллоо.

ЗХУ-ын шинжлэх ухааны академийн эрдмийн зөвлөл. ЗХУ-ын анагаах ухааны академийн эрдмийн зөвлөлүүд бүтээлчээр хамтран ажиллаж, анагаах ухаан эрүүлийг хамгаалахын чухал ач холбогдол бүхий тодорхой асуудлаар хамтарсан программ боловсруулан ажиллаж байна. ЗХУ-ын эрдэм шинжилгээний ажлын цар хүрээг өргөжүүлж судалгааны ажилд нийт 500 гаруй эрдэм шинжилгээний байгууллага оролцож байгаагийн дотор ЗХУ-ын анагаах ухааны академи, Холбооны бүгд найрамдах улсуудын 230-аад эрдэм шинжилгээний хамтлаг оролцож байна. Анагаах ухааны салбарт биохими, молекулын биологи, биоорганик хими хүчтэй хөгжиж, уураг нуклеины хүчлийн бүтцийн судалгааг амжилттай явуулж эхэллээ. Дээд мэдрэлийн системийн үйл ажиллагааны онолын үндсийг нарийвчлан судалж атеросклерозын молекул, эсийн механизмыг тодорхойлж байна. Генийн инженерийн технологийг хөгжүүлж интерферон зэрэг бэлдмэлүүдийг ихээхэн хэмжээгээр үйлдвэрлэж вирусийн өвчиний оношлуур вакциныг бэлтгэн гаргах боллоо.

Зөвлөлт орны бүтээлч ард түмнээс шамдан суралцаж ард түмнийхээ эрүүл мэндийн соргог манаанд зогсож байгаа манай эмч эмнэлгийн ажилчид, эрдэм шинжилгээний ажилтнуудыг дээрх ололт амжилт үлэмж баярлуулж, шинжлэх ухааны бартаатай бөгөөд гэрэлт оргил өөд уриалан дуудаж байна.

Манай хоёр орны ах дүүгийн уламжлалт гүн бат харилцаа шинжлэх ухаан техникийн салбарт ч нэгэн адил бадран цэцэглэж, ана-

гаах ухааны биологийн хамгийн сүүлчийн ололт амжилтууд манай ард түмний эруул мэндийн өдөр тутмын хэрэгцээнд үйлчлэх боллоо.

Хот хөдөөд эмнэлгийн алба, байгууллагуудыг цогцлон байгуулах үйлст ч, түүнийг тоноглон төхөөрөмжлөх, өндөр нарийн мэргэжлийн боловсон хүчинээр хангах хэрэгт ч ЗХУ-ын өгөөмөр тусlamж онцгой үүрэг гүйцэтгэсэн.

Чухамхүү энэ тусlamжийн үрээр л манай эрүүлийг хамгаалах байгууллагын эх суурь тавигдаж өнөөгийн тувшинд хүртлээ өсөн бэхжсэн билээ.

Өнөөдөр ЗХУ-ын анагаах ухааны хөгжилт манай анагаах ухаан эрүүлийг хамгаалахын хөгжлийг урагш татах аугаа их хүчин зүйл болон үйлчилсээр байна.

ЗХУ-ын бүх холбоотын зүрх судасны институт түүний харьяа эрдэм шинжилгээний хүрээлэнгүүдтэй хамтран ажиллаж цусны даралт, тархины судасны өвчтэй хүмүүсийг идэвхтэй үзлэгээр илрүүлэн уг өвчинөөс урьдчилан сэргийлэх, түүнд нөлөөлж буй хүчин зүйлийг судалж липидийн солилцооны болон, реоэнцефалографийн шинжилгээ явуулж байна. Зөвхөн 1986 онд зүрхний төрөлхийн болоод олдмол гажигтай 150 орчим хүнийг илрүүлэн бүртгэж, нээлттэй зүрхэнд мэс засал хийх аргууд, зүрх хамгаалах хувилбарууд практикт нэвтэрч, хүүхдийн зүрхний мэс заслын олон арга боловсрууллаа.

Тэрчлэн хорт хавдраас урьдчилан сэргийлэх, оношлогоо эмчилгээний шинэ аргуудыг практикт нэвтрүүлж биоинженерчлэлийн аргаар шинэ төрлийн вакцин, орчин үеийн иммунохимиийн аргын тусlamжтайгаар оношлогооны бэлдмэлүүд, нэг удамт эсрэг биес гарган авах талаар нэг болон олон талын хамтын ажиллагааг явуулж байна.

«В гепатитын вирусийн эсрэг нэг удамт эсрэг биеийн иж бүрдэл бүтээх» сэдвээр ЭЗХТЗ-ийн хүрээнд хамтран ажиллаж HBs антигений эсрэг бие нийлэгжүүлдэг хулганын гибридомыг зорчуулах аргыг эзэмшилээ.

Томуунийн вирусийн үндсэн З дэд хэв шинжийг судлан эмчилгээний тактик, гепатитын В вирусийн гадаргуугийн эсрэг төрөгчийг илрүүлэх, наалдуулах оношуурыг бэлтгэх арга, В гепатитын эсрэг ийлдсийн полипептид вакцины лабораторийн загвар, вируст гепатитын шаралтгүй далд хэлбэрийг эрт илрүүлэх, халдварын хэлхээг таслан зогсоох арга зэрэг анагаах ухааны орчин үеийн ололтыг бүтээлчээр ашигласан олон арван арга зөвлөмж аргачлалыг боловсруулан практикт ашиглаж байна.

Манай орны анагаах ухаан эрүүлийг хамгаалахын үүсэл хөгжлийн тулах цэг нь ах дүү социалист орнуудтай түүний дотроос ЗХУтай тогтоосон ах дүүгийн интернационалч хамтын ажиллагаа байсан бөгөөд цаашид ч түүний хөгжлийг шийдвэрлэх олон чухал, хүчин зүйлийн нэг нь байсаар байх болно.

Олон улсын хамтын ажиллагаа түүний дотор анагаах ухаан, биологийн салбарын хамтын ажиллагааг бүхий л талаар хөгжүүлэх явдлыг орчин үе, хүнлэг энэрэнгүй үзэл урд урдаас илүү шаардаж байна.

Энх тайван, аюулгүй байдал ус ургамал лугаа амьд холбоотой бөгөөд түүний оршин тогтох үндэс нь харилцан итгэлцэх явдал билээ.

Нийт хүн төрөлхтөний хүсэл эрмэлзлэлийг нэвт шингээсэн харилцан итгэлцэх уур амьсгалыг бий болгон хөгжүүлэхэд хүнлэг энэрэнгүй ёсонд чин үнэнч социалист эрүүлийг хамгаалахын хамтын тэмцэл чухал үүргийг гүйцэтгэдгийг олон улсын эрүүлийг хамгаалахын олон чуулга уулзалтын дун яруу тод харуулж байна.

Энэ тэмцэлд социалист орнуудын анагаах ухаан, биологийн салбарын ололт амжилт жинтэй хувь нэмэр сруулж байр сууриа ямагт өндөр дээд хэмжээнд эзлэж байхыг орчин үе шаардаж байна.

Тус орны эрүүлийт хамгаалахын практикийн үндсэн асуудлыг биеэ даан шийдвэрлэх нийгэм эдийн засгийн нөхцөл үндсэндээ бурэлдэн тогтсон өнөө үед анагаах ухаан эрүүлийг хамгаалах салбарын олон улсын хамтын ажиллагааг анагаах ухааны шинэ нээлтийг хамтран шийдвэрлэх, ах дүү социалист орнуудад нэгэнт нээн илрүүлсэн шинжлэх ухаан техникийн ололтыг тус орны нөхцөлд бүтээлчээр хэрэгжүүлэхэд зонхилон чиглүүлэх хэрэгтэй байна.

Энэ нь манай салбарын хамтын ажиллагааны олон улсын ач холбогдлыг дээшлүүлж манай орны анагаах ухаан эрүүлийг хамгаалахын хөгжлийг урагш татах их хүч болон үйлчлэх болно.

### 3. Жадамба

## ГАДААД ОРНУУДАД

АПН мэдээлж байна

### ЗӨВЛӨЛТИЙН ЭРДЭМТДИЙН НЭЭЛТ

Анхандаа энэ өвчнийг хорт томуугийн онцгой хүнд хэлбэр гэж уздэг байлаа. Энэ өвчинөөр өвдөхөд их халуурч, толгой өвдөх бөгөөд нас барах явдал ч тохиолддог. Манай зууны гучаад онд Уссурийн тайгаас энэ өвчинөөр өвчилсөн тухай түгшүүрт мэдээ ирж эхэлмэгцээ эмч нар төдийгүй тахал судлаач эрдэмтэд хүртэл Алс Дорнод руу явах болсон юм.

Гэтэл энэ нь ерөөс томуу биш уураг тархи цочмог үрэвсэх халдварт өвчин болохыг тэд удалгүй мэдлээ. Тэгэхдээ халдварт тараагч нь нэг зүйлийн хачиг болохыг ч тогтоов. Түүнээс хойш энэ өвчнийг хачигны гаралтай тархины үрэвсэл гэж нэрлэх болсон юм. Хачигны гаралтай тархины үрэвсэл Сибирь, Алс Дорнодоор барахгүй Европын зарим нутагт, бас Канадад гарч байжээ.

Анагаах ухаан энэ аюулт өвчний эсрэг даруй тэмцэл өрнүүлсэн юм. Тусгай вакцин гарч, тэр цагаас хойш тархины үрэвслээр өвчилж болзошгүй газарт очих хүмүүст заавал тарилга хийдэг боллоо. Вирус тараагч хачиг байгаа нь ажиглагдсан ойн хэсгийг химиин боди-соор ариутгадаг болов.

Гэтэл саяхан тархины үрэвсэл, мөн хачиг болон бусад шавьжны хазсанаас болж үүсдэг өөр олон өвчинөөс урьдчилан сэргийлэх цоо шинэ арга оллоо. 1986 оны арван хоёрдугаар сард ЗСБНХУ-ын Шинэ бүтээл, нээлтийн хэрэг эрхлэх улсын хороонд бүртгэн авсан шинжлэх ухааны нээлт энэ аргын үндэс болжээ. Уг нээлтийг ЗСБНХУ-ын Анагаах ухааны академийн жинхэнэ гишүүн Вениамин Вотяков, биологийн ухааны доктор Нина Мишаева, биологийн ухааны дэд эрдэмтэн Татьяна Лобачева нар гаргасан юм.

Белорусын Тахал судлал, микробиологийн хүрээлэнгийн энэ эрдэмтэд хачигны гаралтай тархины үрэвслийн байгалийн голомтын загварыг лабораторид бий болгожээ. Тэд хачиг болон түүнийг шимэгч вирус хоёр хоорондоо ямар холбоотой байдгийг мэдэхийн тулд маш жижиг багажаар хачигны дотор эрхтнийг гаргаж шинжилж узсэн байна. Эрдэмтэд байгалийн голомтын бүрдэл хэсгүүдийг судалсны дүнд дараах зүй тогтол байгааг мэджээ. Үүнд шприцээр шууд сорж авсан вирусийг эрүүл хулганад хийхэд тэр нь даруй өвчилж байв. Харин нөхцөлийг нь байгалийнх нь орчинд дээд зэргээр ойртуулж, вирусийг хачигны шулстэй хамт хийхэд хулгана ихэнхдээ өвчлөхгүй байлаа.

Тэгвэл өвчилдөггүй тэр хулгануудын бие махбодод өвчин үүсгэгчийг дарж чадах юу байв? Тэдгээр хулганын цусанд эсрэг бие байгаагүй шүү дээ. Гэтэл хачигны шулсийг дардаг эсрэг бие хамгаалах үүрэг гүйцэтгэдэг нь цаашдын судалгаанаас тодорхой болов. Хачигны шүлс нь өөр төрлийн уураг учраас хулганын бие махбодод орохдоо өөрийн эсрэг чиглэсэн эсрэг бие үүсэхэд хүргэдэг байна.

Чухам энэ л нээлтийн мөн чанар болсон юм. Амьд бие махбодод өвчин үүсгэгч вирус, нян зэргийн өсч үржихийг шууд тэдгээрийн эсрэг чиглэсэн эсрэг биеийн нөлөөгөөр л дарж болно гэж урьд нь үзэж байлаа.

Тэгэхлээр бие махбодод хачигны шүлсний эсрэг бие үүсдэг юм бол хачгаар дамжин халдаж болох бүх өвчнийг эсэргүүцэх вакцин хийж болно гэсэн уг. Янз бүрийн халдварт өвчин бясаа, ялаа, шумуул, нохой бөөс зэргээр дамжин халддаг. Тэгвэл тэдгээрийн тус бүрийнх нь эсрэг биш харин аль алиных нь эсрэг хэрэглэж болох тусгай вакцин гаргаж болохгүй гэж үү?

Энэ бол маш их хэтийн төлөвштэй зам юм. Энэ нь хүнд бөгөөд аюултай нэлээд хэдэн өвчнөөс урьдчилан сэргийлэх ажлыг мэдэгдэхүйц хөнгөвчлөөд зогсохгүй, бас яваандаа осолтой бүсүүдийг огт гэм хоргуй болгох боломж олгох юм.

Одоо тархины үрэвслийн тухай эргэж ярья. Энэ өвчин гарсан газруудад өнөөдөр түр зуур л тайван болоод байгааг бид мэдэж байна. Вирус тараагч хачгийг химийн бодисоор устгах нь экологийн хувьд ихээхэн хор уршигтай юм. Ер нь хачгийг шимэгч вирусээс нь цэвэрлэх хэрэгтэй юм. Тэр вирусийг устгагч бодис бүхий хоолоор хачгийг удаан хугацаагаар тэжээвэл энэ нь болох талтай юм. Тухайлбал: хачигнаас урьдчилан сэргийлэх вакцин хийсэн малыг аюултай газруудад бэлчээвэл малын цусны зохих бүрэлдэхүүн хэсэг нь хачигны дотор нуугдсан вирусийг устгадаг байна. Ингэснээр уг газарт өвчин үүсгэгч аажмаар устаж үгүй болох ажээ.

## КАСМОН СИСТЕМ

ЗСБНЛатви улсын эрдэмтэд хүн амыг үзлэгт бүрэн хамруулэх автоматчилсан систем боловсруулж амьдралд хэрэгжиулж байна. Энэ системийг КАСМОН (комплексная автоматизированная система медицинских осмотров населения) гэж нэрлэдэг. Систем нь тооцоолон бодох Искра—1256, Искра—226 машинуудаар өвчтөнийг эмчийн үзлэгт орохын өмнө нарийн мэргэжлийн өвчлөлийн 15 ангиллаар тодруулан өгдөг байна.

Та эмчийн үзлэгт орохоор поликлиникт ирлээ. Танд таны биеийн байдлыг асуусан асуулт өгнө. Тоон таблицан дээр өвчтөн асуултын дагуу тохирч буй номераа зурна. Дараа нь таны биеийн халуун, цусны дараалтыг хэмжиж, зүрхний цахилгаан бичлэг болон шинжилгээ хийнэ. Гарсан хариуг ТБЭМ-д өгнө. Та эрүүл, эсвэл таны юу өвдэж байгааг машин хариулна. Түүний дагуу эмчид үзүүлнэ. Эмч үзээд шаардлагатай бол нэмэлт үзлэг шинжилгээ хийж эцсийн онош тавина.

Электрон туслахууд урьдчилан сэргийлэх үзлэгийн чанарыг хэд дахин сайжруулж байна. Түүний тусламжтайгаар үзлэг шинжилгээ өдөр 7 хоногоор биш ойролцоогоор 1 цагт хийгдэж байна. КАСМОН нь нэг ээлжинд 60 хүнд үйлчлэх чадалтай. Тэрээр 12 эмчтэй бригадыг урьдчилан сэргийлэх үзлэгээс чөлөөлж, диспансерийн хяналтанд орох шаардлагатай хүний тоог мэдэгдэхүйцээр өсгөж байна. Жишээлбэл: Хэсгийн дотрын эмчид ногдох хүний тоо өсч диспансерийн хяналтад 150—170 байх нормтойгоос 375—425 өвчтөн болсон байна. Энэ системийг хэрэглэснээр поликлиникийн үйл ажиллагааны хувваарын өөрчлөлт орохгүй. Ингэснээр үзлэгийн цаг 3—4 дахин буурч, үзлэгийн чанар сайжирна.

«Новое в жизни, науке технике  
Серий «Медицина» сэтгүүлийн 1986  
оны 10 дугаараас орчуулсан

Д. Ганбаатар

## МЭДЭЭ

### АЖЛАА ДҮГНЭЖ, ЗОРИЛТОО ТОДОРХОЙЛОВ

Эрүүлийг хамгаалах байгууллагын удирдах ажилтны ээлжит зөвлөлгөөн болж Эрүүлийг хамгаалах Яамны сайд Ч. Цэрэннадмид «МАХН-ын XIX их хурлын шийдвэрийг биелүүлэх ажлыг эрчимжүүлье» гэсэн илтгэл тавилаа.

Илтгэлтэй холбогдуулж Дундговь аймгийн ариун цэвэр халдварт судлалын станцын ерөнхий эмч Отгонбаатар, Улаанбаатар хотын эмэгтэйчүүдэд зөвлөлгөө өгөх төв газрын ерөнхий эмч Эрдэнэжав, Хөвсгөл аймгийн Эрүүлийг хамгаалах газрын дарга Хоролжав, Гэмтэл согогийн больницын ерөнхий эмч Даш, Баянхонгор аймгийн Эрүүлийг хамгаалах газрын дарга Мягмар зэрэг 10 гаруй хүн үг хэлж үүрэг амлалт авав.

Илтгэгч намаас дэвшүүлсэн зорилтыг хэрэгжүүлэх талаар зарим нэг ахиц олсныг тэмдэглээд нийгмийн шаардлагын дагуу ажилдаад дун шинжилгээ хийж, дутагдал, доголдлоо арилгах, шинэ сэтгэлгээ, арга барилаар ажиллах явдал нэн хойшлуулшгүй зорилт болж байгааг онцлон тэмдэглэлээ.

Зөвлөлгөөнд БНМАУ-ын Сайд нарын Зөвлөлийн орлогч дарга Д. Цэвэгмид оролцож үг хэлэв. Нэхөр Д. Цэвэгмид хэлэхдээ МАХН-ын XIX их хурлын түүхэн шийдвэрийг хэрэгжүүлэх, тус улсын нийгэм эдийн засгийг хөгжүүлэх VIII 5 жилийн төлөвлөгөөний гарсааны жилийн ажлаа дүгнэж, 1987 оны зорилтыг хэрэгжүүлэх ажилдаа дөнгөж ороод байгаа хариуцлагатай үед тус зөвлөлгөөн болж байна.

МАХН-ын XIX их хурал «Эрүүлийг хамгаалах байгууллагын ажилд ноцтой дутагдал оршсоор байна» гэж тэмдэглэсэн билээ. Ийм учраас бид хүч анхаарлаа уг дутагдлыг арилгахад чиглүүлэх хэрэгтэй байна.

Эрүүлийг хамгаалах байгууллагын нийт ажлын судсыг барьж, жолоог нь залж байгаа хумуус бол та нөхөд юм.

Аль нэг эмнэлэг доголдол гаргавал тэр нь та нарын хэн нэгний доголдол мөн. Иймээс та нөхөд дор дурдсан зүйлд анхаарах хэрэгтэй юм. Үүнд: «Нийгмийн эрүүл ахуй, эрүүлийг хамгаалахын зохион байгуулалт» гэдэг шинжлэх ухааны биеэ даасан салбар бий. Тэр шинжлэх ухааныг байнга судалж, арвин баялаг сангаас нь өдөр бүр шүүж, оюун ухаанаа баяжуулж байх хэрэгтэй. Энэ ухааныг эзэмшихгүйгээр ажилдаа дун шинжилгээ хийж, олслт дутагдлаа олж харах, хэтийн төлөвөө зөв тодорхойлж чадахгүй.

Манай ололт амжилт бүхэн ЗХУ-ын өгөөмөр тусламж, баялаг туршлагатай холбоотой гэдгийг та нөхөд сайн мэднэ. ЗХУ-ын туршлагаас суралцах явдал урьд урьдаас улам илүү ач холбогдолтой боллоо. ЗХУ-ын туршлагаас ямагт-соргог суралцаж ажил үйлсдээ бүтээлчээр нэвтрүүлж байхыг та нөхдөд анхааруулж байна.

Аль ч салбар, газар байгууллагын ажилд илэрч буй дутагдал доголдол нь ажлын хариуцлага, сахилга, дэг журам суларсантай холбоотой байдаг. Эрүүлийг хамгаалах байгууллагын удирдах ажилтан та нөхөд ажлын хариуцлага, сахилга, дэг журмыг сайжруулахад бүх ажлаа чиглүүлэх хэрэгтэй.

Эрүүлийг хамгаалах байгууллагын үндсэн зорилт нь урьдчилан сэргийлэх ажил мөн. Ялангуяа ариун цэвэр, гэгээрлийн суртал нэвт-

РҮҮЛЭГ ЭРҮҮЛ аж төрөх ёс нэвтрүүлэх сурталчилгааг сайжруулах, хүмүүсийг эрүүл ахуйн мэдлэг, дадлагатай болгоход эмч ажилтан нэг бурийн хүчийг дайчлах хэрэгтэй байна.

Диспансерчлалыг үе шаттайгаар хэрэгжүүлэх талаар намын XIX их хурлын заалтыг удирдлага болгон энэ ажлыг жинхэнэ ёсоор зохион байгуулж эцсийн бодитой үр дүнд хүрэх явдал гол зорилт болж байна гэж онцлон тэмдэглээ.

Зөвлөлгөөнд MAXH-ын Төв Хорооны хэлтсийн эрхлэгч Г. Дашзэвэг, орлогч эрхлэгч Б. Аюуш болон аймаг, хот, районы эрүүлийг хамгаалах газар, хэлтсийн дарга, клиникин ба тусгай мэргэжлийн болон нэгдсэн эмнэлэг, ариун цэвэр, халдварт судлалын станцын өрөнхий эмч, эрдэм шинжилгээний хүрээлэн, анагаах ухааны дээд, дунд сургуулийн захидал, эм хангамжийн байгууллагын удирдах ажилтанууд оролцлоо.

Зөвлөлгөөний төгсгөлд эрүүлийг хамгаалах байгууллагуудын 1986 тооны социалист уралдааныг дүгнэж, түрүүлсэн байгууллага, хамт олон хувь хүмууст шагнал гардуулав.

Зөвлөлгөөний ажиллагааг Эрүүлийг хамгаалах Яамны сайд Ч. Цэрэннадмид хааж, MAXH-ын XIX их хурлаас эрүүлийг хамгаалах салбарын өмнө дэвшүүлсэн зорилтыг амжилттай хэрэгжүүлэхэд чиглэгдсэн тодорхой үүрэг даалгавар өгөв.

**Манай сурвалжлагч**

## ҮХАМСАРТАЙ САХИЛГА ХУНИЙГ ЗАХИРЧ УДИРДАНА.

### ҮГЭЭР ЭМЧЛЭХИЙН ҮНЭ ЦЭНЭ

Анагаах ухаанд эртнээс хэрэглэж ирсэн эмчилгээний нэг арга бол сэтгэл засал эмчилгээ юм.

Сүүлийн үед сэтгэл засал эмчилгээг хэрэглэх нь ихсэж хэлбэр нь баяжиж улмаар эмчилгээний үр дүн ч сайжирч байна.

ЗХУ болон ах дүү социалист орнуудын эмнэлгийн практикт сэтгэл засал эмчилгээг эмийн эмчилгээнээс дутуугүй хэрэглэж байна. Сэтгэл засал эмчилгээний гол зэвсэг нь «Үг» буюу үгээр итгүүлэн үнэмшүүлэх арга юм.

Үгээр эмчлэхийн үнэ цэнийг үнэлж, академич И. Х. Кассирский «...эмч хүний үг бол эм байх ёстой. Эмч хүн өвчтөнтэй ярилцаж суухдаа өвчтөнг эмчилж байна гэдгийгээ бүү март» гэж сургасан байdag.

Сэтгэл засал эмчилгээнд багтах хүндэтгэлийн хэлбэр болох «ахайлах» арга нь «үгээр» эмчлэхийн нэг жишээ бөгөөд уг чанартаа хүний сэтгэлийн хөдөлгөөний сайхан илрэлийг хөхүүлэн дэмжих замаар «өвчтэй» хүнийг эмч, эмнэлгийн ажилчид биедээ татаан, итгэх итгэлийг улам гүн бат болгож ингэснээр эмчилгээний үр дүн төдийчинээ сайн болох учиртай юм.

«Эмч хүн «өвчтэй» хүнийг эмчлэхдээ өвчтөн, өвчин, би гурав байна гэдгийг бүү март! Хэрвээ, эмч та өвчтөнг өөрийн талд элсүүлж чадваас «өвчин» чинь ганцаардаж өвчтөн, эмч хоёр өвчнийг дийлэх болно» гэж хэлсэн байdag.

Эрүүл саруул болж энх тунх амьдралдаа эргэн орох их хүслийг өверлэн эмнэлгийн хаалгаар орж ирж байгаа «өвчтөн»-ий сэтгэл, санаа эмч эмнэлгийн ажилчидтай анх уулзахдаа төрсөн тэр сэтгэгдлээс их хамаардаг байна.

Хүнийг хүндлэх, халамжлах, сэтгэл санаагий нь өөдрөг байлгах нь уг хүний сэтгэл хөдлөлийн сайн талыг дэмжихээс хамаарна.

Сэтгэл санаа нь ханамжтай байгаа «өвчтөн» хүний санаа бодол нь ямагт өөдрөг, эмч эмнэлгийн ажилчдад итгэх итгэлээр дүүрэн, эмнэлэгтэй төдийчинээ ойр дотно байдаг учраас «өвчин» эдгэрэх нь хурдан байdag.

Тэгвэл сэтгэл хөдлөлийн тааламжгүй байдалд байгаа хүн, өөртөө болоод бусдад итгэх итгэлээр дульхан, өвчиндөө найр тавьж өгөх хандлагатай болсноос эмнэлэг «өвчтөн» хоёрын хооронд тодорхой зайд бий болж болох юм. Ийм байдалд хургэхгүйн тулд хэн хэнтүй анхаарах нь чухал бөгөөд энэ нь ихэнх тохиолдолд эмч эмнэлгийн ажилчдаас «өвчтөн» хүнд зохих ёсны анхаарал, халамж тавьж чадаагүй, итгэл найдвар, үнэмшил бүрэн төрүүлж чадаагүйтэй холбоотой байдаг.

Москва хотын клиникийн 8 дугаар эмнэлэгт сэтгэл засал эмчилгээг төрөл бүрийн хэлбэрээр амжилттай хэрэглэж байгаа юм. Энэ эмнэлэгт хэрэглэдэг сэтгэл засал эмчилгээний хэлбэр нь-(волны добра и любви) харьцааны соёлыг бүрэн эзэмшсэний үндсэн дээр хүнийг хүндлэх, халамжлах, өвчтэй хүнийг үнэн сэтгэлээсээ анхаарч санаа тавих юм.

Бид энэ эмнэлгийн туршилагаас суралцах зорилгоор өөрийн орны байдалд тохируулан «ахайлах» аргыг ҮБ хотын клиникийн төв эмнэлгийн мэдрэлийн тасагт туршин хэрэглэж байна. Бидний санаа-

чилсан «ахайлах» арга нь нэг талаар манай өвгөд дээдэс эртнээс хэрэглэж ирсэн хүнийг хүндлэх уламжлалт сайхан арга мөн бөгөөд гагцхүү эмнэлгийн практикт сэтгэл засал эмчилгээний нэг арга болгон хэрэглэж байгаагаараа онцлог юм, нөгөө талаар эмнэлгийн ажилчдын хуучин хэрэглэж ирсэн «Өвчтөн» гэсэн ярианаы хэллэгийг эмнэлгийн үйл ажиллагаанд хэрэглэхгүй байхыг хичээсэн юм.

Эмч эмнэлгийн ажилчид нь эмнэлэгт үзүүлэхээр ирсэн өвчтэй хүнийг «өвчтөн» гэж дууддаг, «өвчтөн» гэж бичдэг байлаа. Бид «өвчтөн» гэдэг үгийг Эмч эмнэлгийн ажилчдын ярианаас харин, өвчиний түүхэнд бол «өвчтөн» гэж бичиж байяа гэсэн санааг дэвшүүлэн ажиллаж байна.

Өнгөн талаас нь хараад «ахайлах» арга нь ганц үг мэт боловч энэ үгний цаанаа их угта учир байгаа юм.

Тухайлбал: Өвчтөн эмнэлэгт ирэхдээ, хэн гэдэг Эмч үзэх бол, ямар шинжилгээ, ямар эмчилгээ хийх бол гэж эн түрүүнд боддог. Энэ бодлын цаанаа маш олон бодол санаа бий бөгөөд тэр нь өвчтэй хүний анх түрүүн нүүр учирч ярилцсан тэр Эмч, эмнэлгийн ажилчдын үг ярианаас шалтгаална.

Эмч эмнэлгийн ажилчдын үг яриа бол зарим үед эмчилгээний хувь заяаг шийдэж ч болох үнэ цэнэтэй зүйл юм. Энэ тухай Академич В. М. Бехтерев «Эмч хүн өвчтөнтэй зөвлөж ярилцсаны дараа өвчтөний биеийн байдал сайжрахгүй бол тэр Эмч, Эмч биш...» гэжээ. Ийм учраас «ахайлах» аргыг эмнэлгийн бүх Эмч, ажилчид бүрэн эзэмшиж ажиллахын тулд зохих хэмжээний боловсрол, зан суртахууны хүмүүжилтэй байхын зэрэгцээ биднээс ихээхэн тэвчээр шаардах нь мэдээж юм.

Үүний өмнө бид өвчтөн Доржийг дууд-өвчтөнүүд тариагаа хийлгээ гэх мэтээр ярьдаг байв.

Одоо бол, бид Эмээ, Өвөө, ахаа, эгчээ, миний дүү гэж ярьж байна.

Сувилагч «ахаа» Эмээ уугаарай гэж хэлэхийг сонссон өвчтөн хариуд нь мөн л тийм «элэгсэг» байдлаар хандах болно. Энэ сувилагч намайг ахаа гэж дуудаж байх юм. Яасан сайхан ааш зантай сувилагч вэ? Ганцхан энэ сувилагч ч биш ер нь энэ эмнэлгийнхэн бүгдээрээ «өвчтөн» хүний төлөө л гэсэн нэг сэтгэл өвөрлөсөн хүмүүс юм даа гэж бодно.

Өвчтөнд төрсөн энэ бодол санаа, итгэл үнэмшил нь «өвчинөөс» нь хөндийрүүлж «өвчнийг» ялах их хүчтэй болгож, бүрэн эдгэрэх итгэл төрүүлнэ.

Өвчтөнд төрсөн аятай сэтгэгдэл нь эмнэлгээс гарсан гартаа хадлагдах бөгөөд эмнэлгээс гарсан хойноо ч мөн л тийм сэтгэгдэлтэй байх болно. Энэ нь эмнэлгийн байгууллага хөдөлмөрчдийн хоорондын холбоо харьцааг ойртуулж өвчиний эдгэрэхэд сайнаар нөлөөлж, эмнэлгийн байгууллагын нэр хүндийг хөдөлмөрчдийн дунд өргөжөгөх сайн талтай юм.

Анагаах ухааны дэд эрдэмтэн Л. Жамсран

## ТАСГИЙН ЭМЧ ИЮУ АНХААРЧ АЖИЛЛАХ ВЭ?

Эмч, бид нар ням ард түмнээс хүлээлгэсэн өндөр хариуцлагатай үүргийг нэр төртэй биелүүлэхийн тулд мэргэжил мэдлэгээ байнга дээшлүүлж мэргэжлийн талаар гарсан шинэ сэргэг бүхнийг алдалгүй уншиж, практикт чадварлаг хэрэглэдэг байх ёстой.

Би мэдрэлийн тасгийг олон жил хэрхэн эрхлэн ажиллаж байснаа залуу Эмч наарт санамж туршлага болох болов уу гэсэн санааны үүднээс товчхон бичихийг зорилоо.

Тасгийн эрхлэгч бол эмнэлгийн ажилчид, эмч нарыг удирдаж өвчтөн олны амь насыг хариуцдаг учраас илүү хариуцлага, итгэлийг хүлээдэг. Ийм учраас удирдлагадаа байгаа хүмүүсээс илүү ихийг мэдэхийн хамт тэдний ажлыг зохион байгуулах авьяас чадвартай байх ёстай. Тасгийн эмч ажилчид, өвчтөнүүдийн зан араншин, ахуй амьдрал, бодол санааг сайн мэдэж, тэдэнд байнга тусалж байх нь эмч ажилчдын ажлын идэвхийг өрнүүлэх, өвчтөний түргэн эдгэрч эруулжихэд нөлөөлдөг юм.

Тэгж чадвал тасгийн өмнө тавигдсан зорилтыг бүрэн биелүүлж чадна. Тасгийн асрагч сувилагч нар ээлжиндээ ажиллаж үүргээ гүйцэтгэхийн хамт хүн бүр хоёроос гурван палат хариуцаж түүний ариун цэвэр дотоод дэг журмыг сайжруулж, өвчтөнүүдэд улс төр эмнэлэг гэгээрлийн суртал нэвтрүүлэг явуулж тэдний эрэлт хүсэлтийг сонсох ажил хийдэг.

Тасаг эрхэлсэн эмч өглөө ээлж солилцохын өмнө палатуудаар явж хөнгөн үзлэг хийж, ээлжийн ажил хүлээлцэхэд ахлах сувилагч нярав сувилагчийг биечлэн оролцуулан ээлжийг хүлээлцүүлдэг байсан нь тасгийн ажил жигд сайн байхад нөлөөлдөг байв.

Ээлж хүлээж авсан, хүлээлгэж өгсөн хоёр ээлжийн хүмүүсийг түр цуглуулан, ажилласан ээлжийн хийсэн ажлыг дүгнэж ярилцаад даараагийн ээлжийн хийх ажлыг хэлж өгнө. Мөн ажилласан ээлжийн хугацаанд санал хүсэлтийн дэвтэр болон амаар ямар санал хүсэлт, томдол гарсныг судлан үзэж шийдвэрлэдэг. Тэгэхдээ өглөөний яриаг танцхан өөрөө яриад байхыг гол болголгүй эмч, сувилагч, асрагч нараар яриулж тэдний бодол санааг сонсож, зарим тодорхой асуултын талаар өөрийн саналыг хэлж тэдэнтэйгээ саналаа хуваалцах нь зүйтэй.

Ямар өвчтөн хүнд байгаа, ямар өвчтөн дээр юуг онцлон анхаарах, ямар өвчтөний эм, хоолыг яаж өөрчилсөн болохыг эмч бүр сувилагчад сайтар танилцуулж байх хэрэгтэй.

Тасгийн эрхлэгч эмч ажилчдынхаа аж амьдрал, гэр орон, зан харилцаа, мэдлэг, хүмүүжил зэргийг судалж, зан харилцааны доголдлыг засч, ахуй амьдралд нь тусалж итгэлийг нь авч чадвал тэдний ажлын идэвх өрнөж ажлаа сайн хийдэг юм.

Түүнээс гадна тасгийн хамт олны эв нэгдлийг бэхжүүлэхэд онцгой анхаарах хэрэгтэй.

Тасгийн эрхлэгчийн нэг гол үүрэг нь эмч нарын ажилд хяналт тавьж ажиллах явдал юм. Тийм учраас их эмч нарын эмчилгээний ажлын байдлыг долоо хоног тутам хоёроос доошгүй удаа шалгаж ямар өвчтөний эмчилгээнд юуг анхаарч ажиллах талаар ярилцаж зөвлөх нь чухал байдаг.

Тасгийн эмч нар өөрийнхөө мэдлэг мэргэжлийг дээшлүүлэхийн тулд зөвлөлтийн мэргэжлийн өснин, сэтгүүлийг тусгай хуваарийн дагуу үншиж товчлон сар болгон бэлтгэсэн сэдвээрээ 10—15 минут харилцан ярилцаж байх нь их ашигтай байдаг.

Долоо хоногт нэг удаа зөвлөх эмч, ординатор эмч нарын хамт үзлэг хийж өвчтөн болгон дээр өөрийн саналыг хэлж байх нь чухал. Мөн улиралд нэг удаа тасгийн эмч нар, анагаах ухааны дээд сургуулийн багш нартай хамтарч клиник эмгэг анатомийн бага хурал тогтмол хийж байвал их үр дүнтэй байдаг.

Тасгийн эрхлэгч их эмч бол тасагтаа сувилуулж байгаа өвчтөн нэг бүрийн өвчний өрөнхий байдал, оношийг сайн мэдэж байх нь чухал. Тасаг удирдаж байгаа хүн мэргэжилдээ сайн төдийгүй хариуцлага, сахилга зан харилцаагаараа эелдэг даруу байх ёстай. Иймээс өөрөө өөртөө байнга өндөр шаардлага тавьж, бусад нөхдөөсөө суралцаж аливаа асуудлыг нөхөдтэйгөө зөвлөн ярилцаж хамтран шийдвэрлэж байх нь зүйтэй. Тасгийн эрхлэгч хүн аливаа зүйлд хөн-

гөн хийсвэр хандвал ажилчдад муу жишээ үзүүлнэ гэдэг нь хэн бүхэнд тодорхой. Ийм учраас өөрөө асуудалд буйр суурьтай хандаж нь удирдагч хүний нэг гол зүйл байдаг.

Тасгийн эмч ажилчиддаа зөв, хатуу шаардлага тавьж эргэж шалгаж түүнээ заавал биелүүлдэг байх нь чухал. Тэгээд хүмүүсийн хээ ажлын сайн мууг дор дор нь зөв дүгнэж байвал тэдний идэвх сонирхол буурахгүй, үүрэг даалгаврыг тогтмол сайн биелүүлдэг, болдог. Харин идэвхийг бууруулахгүй гэж таамгаар хоосон магтаж-ажлын дутагдлыг олж хэлж чадахгүй бол хүнийг зөв шударгаар хүмүүжуулж чадахгүйд хүрнэ.

Ер нь тасгийн ажил сайн байх эсэх нь тасагт ажиллаж байгаа нийт эмч, ажилчдын эвсэг хамтач ажиллагаа, ажлын хариуцлагаас хамаарна.

Тасгийн асралгч, сувилагчдын хүчийг зөв хуваарилж ажиллуулахын тулд хамгийн чадвартай, шаардлагатай сувилагчийг ээлжийн ахлагч болгон ажиллуулах нь ажил ахицтай байхад тус болдог.

Тасгийн эрхлэгч хүн зөвхөн тасгийн ажилд анхаараад зогсохгүй тасгийн ажилчид иргэнийхээ үүргийг хэрхэн биелүүлж байгааг ямагт сонирхож байх хэрэгтэй. Жишээлбэл тасгийн ажилчдын хүүхдийн сурлага хүмүүжил ямар байгааг сонирхож эцэг эх, багш нартай нь уулзаж тусламж шаардагдах хүмүүст тусламж үзүүлж, тэдэнд тохиолдсон баяр жаргал, зовлон зүдүүрийг хуваалцаж байвал тасгийн нийт ажилд сайн нөлөөтэй байдгийг манай залуу эмч нар бодож ажиллах нь зүйтэй гэж бодож байна.

Хувьсгалт тэмцлийн ахмад, зүтгэлтэн, БНМАУ-ын гавьяат эмч **Л. ДАГЗМАА**

## ТАМЕТА—ЗЫН ТУХАЙ

Бөөрний өвчнийг анагаахад хэрэглэж байгаа Тамета—3 эмийн гарал үүсэл үйлчилгээний талаар өөрийн бодол санааг нэмэрлэе.

Энэхүү эмийн гарлыг уншиж үзвэл эрт үеэс ардын эмнэлэгт хэрэглэж ирсэн Жамба шитан (Мальва 4) гэдгээс үндэслэж хийсэн бололтой. Жамба шитаны найрлаганд:

1. Ярутка полевая, төвд нэр брэга, монголоор талын бирааг *Thlaspi arvense* L.
2. Якорцы стелющиеся, төвд нэр Сэ-ма, монголоор нохой зангуу *Trifolus terrestris* L.
3. Хвойник, төвд нэр Цэдум, монголоор зээргэнэ *Ephedra* S.
4. Мальва обыкновенная, төвд нэр Жамба, монголоор Жамба цэцэг *Malva neglecta* W. хэмээх дөрвөн эмийн ургамал оржээ.

Харин Тамета—3-ын найрлаганд Жамбаас бусад эмийн ургамал орсон байна.

Тамета—3-ыг хэрэглэх зааварт бөөрний өвчний үед аяга усанд цайны халбагаар хийж буцалгаад өдөрт 2—3 удаа ууна гэсэн байдал.

Тамета—3-т орсон ургамлын заримыг нь авч үзвэл:

1. Якорцы стелющиеся, нохой зангуу, *Trifolus terrestris* L.

Нохой зангуунд алколоид строидын Сапонин, «С» витамин, давирхайлаг, будагт, идээллийн бодис агуулагддаг.

Гэхдээ ургамлын химийн найрлагыг бүрэн судлаагүй тухай Ц. Хайдав (1985) бичжээ.

2. Китайский хвойник, Нангиад зээргэнэ, *Ephedra sinica* Stapf. Нангиад зээргэнэ ногоон мөчиртөө алколоид 0,6—1,3% агуулдаг ба түний 85% нь эфедрин эзэлдэг. (Т. Балдан 1976). Судасны ханыг агашааж даралт ихэсгэдэг үйлчилгээ нь туршилт шинжилгээгээр батлагдсан юм. (Эфедрин)

Гэтэл бөөрний аливаа өвчний үед даралт ихсэх нь уг өвчний гол шинж тэмдэг байдал. Түүгээр ч зогсохгүй бөөрний өвчний үед Р. Брайтайн гурвал хэмээх даралт ихдэх, хавагнах, шээсэнд уураг ялгарах хам шинж тэмдэг гардаг.

Тэгвэл зээргэнд байгаа эфедрин даралт ихэсгэх үйлчилгээтэй байдал, даралт ихдэх шинж тэмдэг байнгын дагуул болсон бөөрний өвчний үед энэ эмийг хэрэглэж байгаа нь эмчилгээнд үр дүн өгөх шинжлэх ухааны үндэслэл муутай байж болох талтай юм.

Дээрхээс үндэслэн:

1. Тодорхой судлагдаагүй эмийн ургамлыг яагаад эмчилгээний практикт хэрэглэж байна;

2. Бөөрний өвчний үед даралт нууц (далд), ил хэлбэрээр ихэддэг.

Гэтэл Ц. Хайдав «Монгол орон дахь эмийн ургамал» (1985 он) номонд зээргэнийг даралт ихтэй үед хэрэглэж болохгүй гэж бичсэн атлаа Тамета—3 эмэнд эфирийн агуулсан зээргэнийг яагаад оруулав.

3. Ямар нэг эм бэлдмэлийг шинээр батлуулаад эмчилгээний практикт нэвтрүүлснээс хойш яагаад клиникийн ажиглалт хийхгүй байна;

4. Зээргэнийг бөөрний өвчний ямар шинж тэмдгийг нь эмчлэхэд хэрэглэж байна гэсэн асуултууд гарч байгаа юм.

Ер нь эмнэлгийн практикт эм бэлдмэлийг шинээр хийхэд лабораторийн туршилтанд тулгуурлахаас гадна өвчний клиник явц түүний шинж тэмдэг, уг эмэнд орж буй бодис, ургамлын харш нөлөөг харьцуулан клиникийн туршлага болон сэтгэлгээгээр дүгнэж байх нь зайлшгүй шаардлагатай юм.

Их эмч Б. Мятаавдорж

## ДАРААГИЙН ДУГААРТ

- Б. Дэмбэрэл —Хүн амыг бүх нийтээр шатлан диспансерчлахын оно-  
лын үндэс, практикийн ач холбогдол
- Т. Дэлгэр, Н. Жанцан, Б. Байгаль —Вируст гепатит (ургэлжлэл)
- Б. Ганбаатар —Улаанбурхан өвчинтэй тэмцэх стратеги, тактикийн  
асуудалд
- Б. Жав —Эх барихуйн практик дахь геморрагийн шок (ургэлж-  
лэл)
- Д. Баасанжав, Г. Цагаанхүү —Мэдрэлийн өвчтэй хүмүүст үзүүлж  
байгаа стационарын тусlamжийн бай-  
дал, цаашид сайжруулах асуудалд
- Ц. Цэрэгмаа, А. А. Подколзин, В. А. Томилец —Эсд цагаригт  
аденозин монофосфат (Ц—АМФ)-ыг  
йхэсгэгч бодисыг хэрэглэн дархла-  
лын үл хариулах чанар үүсгэх нь
- М. Дарьсүрэн, Т. Варламова —Дендронизид эмийн клиник судалгаа

## ЭМНЭЛГИЙН ИЭГДСЭН РЕДАКЦЫН ЗӨВЛӨЛ

Ш. Жигжидсүрэн (эрхлэгч), Ш. Ванчаарай (Хариуцлагатай нарийн бичгийн дарга)  
Б. Гоош, Г. Дашээвэг, Б. Дэмбэрэл, Б. Жав, Л. Лхагва, Э. Лувсандагва, Д. Ням-  
Осор, П. Нямдаваа, Д. Самбуупүрэв, Г. Цагаанхүү, Б. Цэрэндаш

---

Техник редактор Б. Болат

Хянаагч Д. Ундармаа

---

Өрөлтөнд 1987 оны 5 сарын 7-нд орж 3532 ш хэвлэв.  
Цаасны хэмжээ 70x108 1/16. Хэвлэлийн хуудас 5  
Зах № С—112 Д. Сүхбаатарын нэрэмжит Улсын Хэвлэлийн  
Комбинатад хэвлэв.  
Д. Сүхбаатарын талбай.

---