

2. 1988

АНАГААХ УХААН

ЭРҮҮЛИЙГ ХАМГААЛАХЫН ЗОХИОН БАЙГУУЛАЛТ

СУДАЛГАА ШИНЖИЛГЭЭ

ЛЕКЦ, ТОЙМ, ЗӨВЛӨГӨӨ

* УЛААНБААТАР ХОТ * ТУРШЛАГА СОЛИЛЦЬЕ

ХОВОР ТОХИОЛДОЛ

ЭРДЭМТДИЙН ДҮГНЭЛТ, ЗӨВЛӨМЖ

«Анагаах ухаан» 1988, № 2, 1—88 ШҮҮМЖ, МЭДЭЭ

АНАГААХ УХААН

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

19 дэх жилдээ

№ 2 (66)

1988 он

АГУУЛГА

Хөдөөгийн хүн амд үзүүлэх эмнэлэг ариун цэврийн тусламжийн хуртээмж чанарыг сайжруулыяа
Н. Цэнд Эрүүл аж төрөх ёс

3
10

ЭРҮҮЛИЙГ ХАМГААЛАХЫН ЗОХИОН БАЙГУУЛАЛТ

Р. Гүр Хөдөөгийн хүн амын хүн амзийн онцлог
Т. Гомбосүрэн Вируст гепатитаас сэргийлэхэд сумын эмнэлгээс зохион ажил
З. Жадамба Гадаадад суралцагсдын үр өгөөжийг дээшлүүлье
Р. Нямаа Нүдний эвэрлэг бүрхэвчийн соривийг нөхөн сэлбэх мэс засал

15
17
20
22

(И. Санжаадорж, Г. Мөнхбат Эмчийн нууц)

24

СУДАЛГАА ШИНЖИЛГЭЭ

Л. Буджав, Б. Дэмбэрэл, Ц. Мухар БНМАУ-ын хүн амын өвчлөлийг судалсан байдал
Д. Баасанжав, Ц. Мухар, Г. Цагаанхүү, Г. Долгор Сүхбаатар аймгийн Баяндэлгэр сумын хүн амын мэдрэлийн өвчний бүтэц, тархалтын түвшин
Я. Дондог, Х. Цэрэннадмид Говь-Алтайхны артерийн даралтын байдал
П. Янсан Малчдын эмнэлэг үйлчилгээнд бага эмчийн салбарын үүрэг
Ш. Жадамбаа, Ц. Намсрай, Н. Гэндэнжамц Эхийн сүүний уургийн байдал
Г. Санжмятав, Ж. Дугаржав Ч. Лхагва, Т. Должо Улаан суулга, балнадын халдвартархалтын уялдааг судлах асуудалд

29
34
39
42
46
49

СОДЕРЖАНИЕ

Улучшим качества и доступности медикосанитарной помощи сельскому населению
Н. Цэнд — Здоровый образ жизни

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Р. Гүр — Демографические особенности сельского населения
Т. Гомбосүрэн — Роль сомонной больницы в профилактике вирусного гепатита
З. Жадамба — Повысим эффективностей работы курсантов и ординаторов, обучающихся в зарубежных странах
Р. Нямаа — Кератопластика

И. Санжаадорж, Г. Мөнхбат — Врачебная тайна

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

Л. Буджав, Б. Дэмбэрэл, Ц. Мухар — Итоги изучения общей заболеваемости населения МНР
Д. Баасанжав, Ц. Мухар, Г. Цагаанхүү, Г. Долгор — Распространенность и структура нервных болезней среди населения Баяндэлгэр сомона Сүхэбаторского аймака
Я. Дондог, Х. Цэрэннадмид — Состояние артериального давления у населения Говь-Алтайского аймака
П. Янсан — Изучения деятельности фельдшера акушерского пункта сомона
Ш. Жадамбаа, Ц. Намсрай, Н. Гэндэнжамц — Динамика общего белка в грудном молоке
Г. Санжмятав, Ж. Дугаржав, Ч. Лхагва, Т. Должо — К вопросу изучения корреляционной связи эпидемиологии брюшного тифа и дизентерии

3. Мэндсайхан, Р. Цэвэлмаа, Н. Төмөрбаатар Эрүүл залуу хүмүүсийн цусны эргэлтийн тогтолцооны зарим узүүлэлтийг дөрвөн туйлт болон хоёр туйлт рео-бичлэгийн аргаар судалсан нь	52
Г. Цэцэгдарь Сонсголын гуурсыг шинжлэх бурдмэл арга	52
ЛЕКЦ, ТОЙМ, ЗӨВЛӨГӨӨ	
G. Сүхбат, Г. Батмөнх, П. К. Анохины бие махбодын үйл ажиллагааны системийн онол	58
И. С. Марков БНМАУ дахь иерсиниозын халдвартын эмнэл зүй, оношлогоо	63
P. Дарьсурэн Тархи нугасны битүү гэмтэл	66
ЭРДЭМТДИЙН ДУГНЭЛТ ЗӨВЛӨМЖ	
D. Алимаа БНМАУ-дахь цочмог вируст гепатитийн шалтгааны бүтэц. Вируст гепатитын гэрийн голомтанд НВ-вирусын халдвартархалт	70
ХОВОР ТОХИОЛДОЛ	
B. А. Харитонов, Ч. Жавзансүрэн Прингла-Бруневиллын өвчиний тохиолдол	72
ТУРШЛАГА СОЛИЛЦӨӨ	
O. Наръяахүү, Р. Пүрэв Нарийн будүүн гэдэсний шинжилгээний орчин үеийн аргууд	73
ГАДААД ОРНУУДАД	
Манай төлөвлөгөө цаг үеийг тусгаж байна (Е. И. Чазовтой хийсэн ярилцлага)	77

З. Мэндсайхан, Р. Цэвэлмаа, Н. Төмөрбаатар — Сравнительный анализ некоторых показателей гемодинамики у здоровых по данным тетраполярной и биболлярной интегральной реографии

Г. Цэцэгдарь — Комплексный метод исследования слуховой трубы

ОБЗОРЫ, ЛЕКЦИИ КОНСУЛЬТАЦИИ

- G. Сүхбат, Г. Батмөнх — Теория функциональных систем организма П. К. Анохина.**
- И. С. Марков — Клиника и диагностика иерсиниоза в МНР**
- P. Дарьсурэн Закрытые повреждения головного и спинного мозга**

ВЫВОДЫ И РЕКОМЕНДАЦИИ ДИССЕРТАНТОВ

- D. Алимаа — Этиологическая структура острых вирусных гепатитов, распространение НВ вирусной инфекции в семьях больных гепатитом «B» МНР**

РЕДКИЙ СЛУЧАЙ

- B. А. Харитонов, Ч. Жавзансүрэн — Болезнь Прингла-Бруневилля**

ОБМЕН ОПЫТОМ

- O. Наръяахүү, Р. Пүрэв — Современные методы рентгенодиагностики заболеваний толстой и тонкой кишок**

ЗА РУБЕЖОМ

- Наши планы диктуют время (Е. И. Чазов отвечает на вопросы читателей)

СЭТГҮҮЛИЙН РЕДАКЦИЙН ЗӨВЛӨЛ

**Ш. Жигжидсүрэн (эрхлэгч), Ш. Ванчаарай (Харнуцлагатай нарийн бичгийн дарга),
Б. Гоош, Г. Даашээг, Б. Дэмбэрэл, Б. Жав, Л. Лхагва, Э. Лувсандагва, П. Нямдэвэлжаваа, Д. Ням-Осор, Д. Самбууцээрэв, Т. Цагаанхүү, Б. Цэрэндаш**

Техник редактор Н. Саруул Хянагч Д. Ундармаа, Д. Чимгээ

Өрөлтөнд 1988 оны 3 сарын 24-нд орж ш хэвлэв.
Цаасны хэмжээ 70 x 108 1/16 хэвлэлийн хуудас. 5, А—07484 Зах. № С—112.

Д. Сүхбаатарын нэрэмжит Улсын хэвлэлтийн комбинатад хэвлэв.
Д. Сүхбаатарын талбай.

ХӨДӨӨГИЙН ХҮН АМД ҮЗҮҮЛЭХ ЭМНЭЛЭГ АРИУН ЦЭВРИЙН ТУСЛАМЖИЙН ХҮРТЭЭМЖК ЧАНАРЫГ САЙЖРУУЛЬЯ

— Эрүүлийг хамгаалах салбарын удирдах ажилтны зөвлөлгөөн дээр БНМАУ-ын Эрүүлийг хамгаалах яамны сайд Ч. Цэрэннадмын тавьсан илтгэлийг товчлон нийтлэв.

Энэ зөвлөлгөөний зорилго нь хөдөөгийн хүн амд үзүүлэх эмнэлэг, ариун цэврийн тусlamжийн хүртээмжк чанарын одоогийн байдалд дүн шинжилгээ хийж, авах арга хэмжээний үндсэн чиглэлийг тодорхойлоход оршиж байна.

I. Хөдөөгийн хүн амд үзүүлэх эмнэлэг, ариун цэврийн тусlamжийн чанар, хүртээмжийн өнөөгийн байдал:

Манай орны эдийн засгийн голлох салбар хөдөө аж ахуйн үйлдвэрлэлийн онцлогтой уялдан, хөдөөгийн хөдөлмөрчдөд үзүүлэх эмнэлэг, ариун цэврийн тусlamжийн зохион байгуулалт ах дүү социалист орнуудтай харьцуулж үзэхэд өвөрмөц хэлбэрээр хөгжиж, улс орны түүхэн хөгжлийн үе шат болгонд шинэчлэгдэн сайжирсаар байна.

МАХН-ын XIX их хурлаас хөдөөгийн хүн амд үзүүлэх эмнэлэг, ариун цэврийн тусlamжийг өргөтгэн сайжруулах талаар дэвшүүлсэн зорилтыг хэрэгжүүлэхэд Эрүүлийг хамгаалах яам хүч анхаарлаа төвлөрүүлэн нэлээд арга хэмжээ авч байна.

Эрүүл мэндийг хамгаалах ажилд улс, олон нийт, хоршооллын байгууллага хөдөлмөрчдийг өргөн оролцуулах, БНМАУ-ын Эрүүлийг хамгаалах хуулийн заалтыг хэрэгжүүлж, эрүүл мэндийн төлөө улс, олон нийтийн байгууллагын удирдах ажилтан, хөдөлмөрчдийн хариуцлагыг нэмэгдүүлж, салбар хоорондын ажлын уялдаа холбоог сайжруулах, хөдөөгийн эмнэлгийн байгууллагуудын материаллаг баазыг бэхжүүлэх, эмч мэргэжилтнээр давуутай хангаж, тэдний мэдлэг мэргэжлийг дээшлүүлж, мэргэжлийн ур чадвар, арга барилыг сайжруулахад гол ажил чиглэгдэж байна.

Өнгөрсөн хоёр жилд эрүүлийг хамгаалах газрын дарга, байцаагч мэргэжилтэн, нэгдсэн эмнэлэг, тусгай мэргэжлийн диспансеруудын ерөнхий эмч, сумын эмнэлгийн эрхлэгч, дотор, хүүхэд, эх барих эмэгтэйчүүд, чих хамар хоолой, стоматологи, наркологийн эмч нарын зөвлөлгөөн, семинар-ярилцлага, тэргүүн туршлагын үзүүлэх сургууль зохиосон нь ажилд зохих үр дүнгээ өгч байна.

1986—1987 онд 1000 шахам эмч мэргэжилтэнг гадаад, дотоодод курсээр мэргэжлийг нь дээшлүүлж, БНАГУ, ЗХУ, БНБАУ-д хөдөөгийн эмч нарыг клиник ординатурт сургаж, өндөр мэргэжлийн эмч бэлтгэж, анагаах ухааны эрдэмтдийг хөдөө орон нутагт ажиллуулах боллоо.

Хөдөөгийн эмнэлгийн байгууллагуудад 173,0 сая төгрөгийн хөрөнгө оруулж, 32 сумын эмнэлгийн барилга ашиглалтад өгч, 176 их эмчийн салбарыг сумын эмнэлэг, 32 сум дундын эмнэлгийг нэгдсэн эмнэлэг болгоод байна.

Сум, сум дундын эмнэлгийн түргэн тусlamжийн машины ашиглалтыг сайжруулах, шатахууны хэмжээг нэмэх, сум, сум дундын эмнэлэгт жижүүрийн эмч ажиллуулах, дуудлагаар эмнэлгийн тусlamж үзүүлсэн их, бага эмч, лаборант, сувилагч нарт хөлс төлөх,

Эмнэлгийн зөөлөн эдлэл, цагаан хэрэглэлийн нормыг шинэчлэлээ.

Авч хэрэгжүүлж байгаа арга хэмжээний үр дүнд хөдөөгийн хүн амд эмнэлэг, ариун цэврийн тусlamж үзүүлэх цэг салбарын тоо, хүртээмж нэмэгдэж байна.

Одоогийн байдлаар аймаг, орон нутагт 30—35 нарийн мэргэжлийн лээр тусlamж үзүүлэх нэгдсэн эмнэлэг 21, 6—9 нарийн мэргэжлийн эмчтэй сум дундын нэгдсэн эмнэлэг 32, дотор хүүхдийн мэргэжлээр тусlamж үзүүлэх сумын эмнэлэг 149, дотор, хүүхэд, эмэгтэйчүүд зэрэг 3—5 нарийн мэргэжлийн тусlamж үзүүлэх I зэргийн сумын эмнэлэг 27, бригадын бага эмчийн салбар 915, Ариун цэвэр, халдварт судлалын станц 28, ариун цэврийн групп 14, эмийн сан 392 ажиллаж байна.

Хөдөөгийн эмнэлэг, ариун цэврийн байгууллагуудын боловсон хүчин, аппарат багаж хэрэгсэл, автомашин, барилгын нормативт хангамж нэмэгдлээ. Боловсон хүчиний нормативт хангамж нэгдсэн эмнэлэгт 95,0, сум дундын нэгдсэн эмнэлэгт 59,4, сумын эмнэлэгт 70,2, бригадын бага эмчийн салбарт 91,0 хувь байна.

Сум, сум дундын эмнэлгийн аппарат багаж хэрэгслийн хангамж дунджаар 56,0 хувь, зориулалтын байртай сум дундын эмнэлгэ 76,6, сумын эмнэлэгт 62,5, лаборанттай сумын эмнэлэгт (131) 45,9 хувьд хүрч, автомашины нөхөн хангальт сайжирч байна.

Аймгуудын дунджаар 10000 хүн амд эмнэлгийн оп 104,5; их эмч 17,8 ногдох болж, нийт эмч нарын 14,2; орны 27,4 хувь нь сум, сум дундын эмнэлэгт ажиллаж байна.

1986 оны тайлан мэдээгээр 400-аад мянган хүнийг стационарт хэвтүүлэн эмчилж 11,8 сая хүнд амбулаториор тусlamж үзүүлэн 1 иргэн жилдээ 7 удаа эмчийн үзлэгт хамрагдаж байна.

Хөдөө орон нутагт ажиллаж байгаа бүх шатны эмнэлгүүдэд хэвтэж эмчлүүлэгчдийн 20,0 гаруй хувийг малчид эзэлж байна.

Хөдөөгийн хүн амын дунд зонхиц буй шүд, чих хамар хоолойн өвчтэй хүмүүсийг эмчлэх ажилд ахиц гарч, нийт өвчтөний 25,0—30,0 гаруй хувийг эмлэн эдгэрүүлж байна.

Хөдөөгийн эмнэлэг, сургууль, хүүхдийн байгууллагын материаллаг баазыг бэхжүүлэх, хөдөлмөрчид, хөдөө аж ахуйн салбарт ажиллагдын хөдөлмөр ахуйн нөхцөлийг сайжруулах, тэдний эрүүл мэндийг хамгаалах ажилд улс, хоршоолол, олон нийтийн байгууллагын оролцоо нэмэгдэж, эрүүлийг хамгаалахын үйл ажиллагааны чанарын үндсэн үзүүлэлтүүдэд нааштай ахиц гарч, хүн ам улам бүр эрүүлжиж байна. Ойрын үед шийдвэрлэвэл зохих тулгамдсан асуудал, нэн даруй арилгавал зохих ажлын дутагдал ч багагүй байна.

Бид социалист нийгмийн давуу тал, эрүүлийг хамгаалах салбарт нэгэнт бий болсон нөөц боломжийг бүрэн дүүрэн ашиглаж, идэвх санаачилга гарган ажиллаж чадахгүй байна.

Хөдөөгийн хүн амын дунд амьсгал, хоол боловсруулах, зүрх сүдас, шээс ялгаруулах, мэдрэл-мэдрэх эрхтэний өвчин зонхиц байхад малчдын хөдөлмөрийн чадвар түр алдах өвчлөлийн тохиолдлыг бүртгэх, судалж түүний мөрөөр арга хэмжээ авах асуудал бүрэн шийдэгдээгүй, малчдын хөдөлмөр зохицуулах, ажлын цаг хорогдуулах, нөхцөл солих, хөдөлмөрийн эрүүл ахуйн норм дэглэм, технологии, аюулгүйн байдлыг хангах, хөдөлмөрчдөд эмнэлэг-ариун цэврийн мэдэгдэхүүн эзэмшиүүлэх талаар Ариун цэвэр, халдварт судлалын байцаан шалгах газар, Эрүүл ахуй, халдварт нян судлалын улсын институт, Эмчлэн сэргийлэх газар, Анагаах ухааны хүрээлэн, Эрүүлийг хамгаалахын удирдлагын эрдэм шинжилгээний төв нэгдсэн тодорхой ажил зохицгүй байна.

Эрүүлийг хамгаалахын удирдлагын эрдэм шинжилгээний төв, Анаагаах ухааны хүрээлэнгээс хийсэн судалгаа, эмч нарын бүрдмэл үзлэгээр хөдөөгийн 1000 хүн амд 583 архаг өвчин илэрч байгаагийн 40,0 хувь гаруй нь хоол боловсруулах эрхтэний архаг өвчин байна. Гэтэл малчид улсын амралт, рашаан сувилалд бараг хамрагдахгүй, нэгдэл дундын амралт, сувилалд жилд 17075 нэгдлийн гишүүн амарч, сувилуулж байгаа нь малчдын дунд зонхицж байгаа өвчлөлтэй жишиж үзэхэд үнэхээр хангальгүй юм.

Улсаас нэгдлийн малчин гишүүдэд жил бүр ээлжийн амралт олгож байхаар шийдвэрлэсэн боловч ажил үйлдвэрлэл, ахуй бололцоо, ажиллах хүчийн хангальгүйгээс хуулиар олгогдсон эрхээ бүрэн эдэлж чадахгүйд хүрч байна.

Халдварт өвчинтэй тэмцэх талаар авч хэрэгжүүлж байгаа арга хэмжээ, ажлын арга барил, чанар хангальгүйгээс Баянхонгор, Баян-Өлгий, Говь-Алтай, Завхан, Сүхбаатар, Сэлэнгэ аймгийн хүн амын дунд сурьеэ, Дорнод, Завхан, Хэнтий аймаг, Эрдэнэт хотод өнгөний халдварт өвчин, Дорнод аймгийн хүн амын дунд бруцеллээ, Баянхонгор, Өмнөговь, Ховд аймгуудад иж балнад, сальмонеллээ, Дорноговь, Дорнод, Төв, Хөвсгөл аймагт улаанбурхан өвчний гаралт нэмэгдлээ. Архангай, Баянхонгор, Үүлган, Дундговь, Дорнод, Ховд аймгуудын Ариун цэвэр, халдварт судлалын станцууд вакцинуулах ажлыг хангальгүй зохион байгуулсаас зохих насын хүүхдийнхээ дөнгөж 40—63,0 хувийг вакцинуулжээ.

Улс, олон нийтийн ариун цэврийн хяналтын чанар, далайц, үр дүн хангальгүйгээс хөдөөгийн хүн ам, үйлдвэр албан газрын ариун цэвэр, ахуйн соёл төдийлөн сайжрахгүй байна.

Нэгэнт бий болсон нөөц бололцоог бүрэн дүүрэн ашиглаж, идэвх санаачилгатай ажиллахгүй байгаагийн улмаас хөдөөгийн хөдөлмөрчдөд ногдох клиник, биохими, рентген шинжилгээ, хотынхоос тав дахин доогуур, сумын эмнэлэгт нөхөн сэргээх эмчилгээ үндсэндээ хийгдэхгүй байна.

Хөдөөгийн хүн амыг үндсэн нарийн мэргэжлийн эмч нарын урьдчилан сэргийлэх үзлэгт бүрэн хамруулахгүй, аймгууд 16 хүртэлх насыхаа хүүхдийн дөнгөж 26,4 хувьд туберкулины сорил, хөдөөгийн насанд хүрэгчдийнхээ 35,2 хувийг, флюорографийн шинжилгээнд, насанд хүрэгчдийн 68,9 хувийг өнгөний өвчин илрүүлэх серологийн шинжилгээнд хамарчээ.

Сурьеэ, арьс өнгөний өвчинтэй тэмцэх талаар асар их хүч хөрөнгө зарцуулж байгаа боловч ажлын чанар үр дүн ийм байгаад Сурьеэ ууршигын эмгэг судлалын нэгдсэн төв, Арьс өнгөний эмгэг судлалын нэгдсэн төвийн захидал, аймаг, хотын Эрүүлийг хамгаалах газрын дарга нар хатуу анхаарч нэгийг бodoх цаг болсон байна.

Малчдын 30 орчим хувь нь бригад, хэсгийн бага эмчид үзүүлж, бага насын хүүхэд, жирэмсэн эхэд үзүүлэх эмнэлэг, ариун цэврийн анхан шатны тусламж бага эмчийн гар дээр байгаа боловч бага эмчийн салбар зориулалтын байргүй, цөөн нэр төрлийн эмтэй, ихэвчлэн сумын төвд суурьшин, ирсэн өвчтөнг үзэх, дуудлагад явах төдийгөөр ажлаа хязгаарлаж, урьдчилан сэргийлэх ажил, диспансерчлал, хэсгийн идэвхтэй үйл ажиллагаа доголдож байна.

Аймгийн Эрүүлийг хамгаалах газрууд боловсон хүчинээ зөв хуваарилах, байршуулах, дадлагажуулж ажиллуулах тэдний ажлын нөхцөл бололцоог сайжруулах талаар хангальгүй ажиллаж байгаагаас хөдөөгийн хүн амд эмнэлэг, ариун цэврийн тусламж үзүүлэх гол цем болсон сумын эмнэлэг үндсэн үүргээ бүрэн биелүүлж чадахгүй байна.

Манай орны нөхцөлд хөдөөгийн хүн амд эмнэлгийн үндсэн мэргэжлийн тусламж үзүүлэх хамгийн зохистой зөв хэлбэр болох сум дундын эмнэлэг байгуулагдаж ажилласан 30 шахам жилд дундын эмнэлгийн хүчин чадал бүрэн ашиглагдаж, үндсэн мэргэжлийн тусламжийг тойргийн сумдын хөдөлмөрчдөд хангалттай үзүүлж чадсангүй.

Манай орны хөдөө нутагт эмнэлгийн үндсэн ба нарийн мэргэжлийн тусламжийг хүн амд газар дээр нь үзүүлэх тохиromжтой хэлбэр болсон эмнэлгийн явууллын үйлчилгээний чанар, өгөөж тун хангалтгүй, өөрт байгаа боломжкоо ашиглаж чадахгүй байна. Сүүлийн 5 жилийн байдлаар аймгийн нүүдлийн амбулатори жилд дунджаар 80 гаруйхан хоног буюу 2,5 сар хөдөө ажиллаж, энэ чухал тусламжийн ач холбогдлыг бууруулж, машин техникийг ч олон хоногоор суул зогсоож, аппарат тоног төхөөрөмжк, мэргэжлийн боловсон хүчний нэгэнт бий болсон хүчин чадлыг туйлын хангалтгүй ашиглаж байна.

Сум, сум дундын эмнэлгийн 23,4—39,8 хувь нь зориулалтын бус байранд, Баянхонгор, Дорноговь аймагт яслиуд гэрт өнөө маргаашийг өнгөрүүлэн аргацааж байхад улс, хоршоолол, олон нийтийн байгууллага, хөдөлмөрчдийн хүч хөрөнгөөр эмнэлэг, яслийн барилга барих хөдөлгөөн үндсэндээ өрнөөгүй өдий хүрчээ.

Хүн амын зонхилох хувь нь хөдөө орон нутагт ажиллаж амьдарч байхад сум, сум дундын эмнэлэгт ажиллаж байгаа эмч нарын 50 хувь нь 1—5 жил ажилласан эмч нар байна.

Эрүүлийг хамгаалах яамнаас гаргаж байгаа ажил төрлийн олон чухал тушаал, заавар, аргачлал нэгж байгууллага эзэндээ тэр болгон очдоггүй, түүнийг хэрэгжүүлэх ажлыг газар дээр нь зохион байгуулж, биелэлт, үр дүнг тооцдоггүй дутагдал үргэлжилсээр байна.

Сүүлийн жилүүдэд Эрүүлийг хамгаалах яам, Анагаах ухааны дээд сургууль төгсөгчдийн 80—85 хувь, дунд сургууль төгсөгчдийн 90—95 хувийг хөдөө орон нутагт хуваарилсныг дүн тоогоор нь авч үзвэл, хөдөөгийн эмнэлгийн байгууллагуудын батлагдсан орон тооноос давж байгаа боловч хот, хөдөөгийн эмнэлгийн байгууллагын боловсон хүчний хангамж төдийлөн сайжраагүй байна.

Хүн ардын эрүүл мэндийг сайжруулан бэхжүүлэхэд улсаас олгож буй төсөв, хөрөнгийн зарцуулалтыг нарийн тооцож, үр дүн, өгөөжийг дээшлүүлэх, аж ахуйн механизмыг боловсронггүй болгох, эмнэлэг үйлчилгээний ажилд эдийн засгийн аргыг өргөнөөр хэрэглэх талаар манай ихэнх аймаг, хотын Эрүүлийг хамгаалах газрууд санаачилга муутай ажиллаж байгаад онцгой дүгнэлт хийх шаардлагатай байна.

Үүнээс үндэслэж бид хөдөөгийн хүн амд үзүүлэх эмнэлгийн тусламжийн хүрэлцээ, чанарыг сайжруулах асуудлыг давын өмнө байгаа боломжийг дээд зэргээр зохион байгуулах ажлаас эхлэх хэрэгтэй гэж үзэж байна.

2. Хөдөөгийн хүн амд үзүүлэх эмнэлгийн тусламжийн хүртээмж, чанарыг сайжруулах зорилт:

МАХН-ын Төв Хорооны 1985 оны X бүгд хурлын шийдвэрийн дагуу Эрүүлийг хамгаалах яам «Хөдөөгийн хүн амд үзүүлэх эмнэлэг ариун цэврийн тусламжийг 2000 он хүртэл хөгжүүлэх» хэтийн төлөвлөйг боловсруулан МАХН-ын (1987 оны) IV бүгд хурлын шийдвэрийн дагуу уг үндсэн чиглэлийг шинэчлэн тодотгоод байна.

Аймаг, орон нутгийн Эрүүлийг хамгаалах газар, бүх шатны эрүүлийг хамгаалах байгууллагууд, хөдөөгийн хүн амд үзүүлэх эмнэлэгийг хамгаалах байгууллагууд, хөдөөгийн хүн амд үзүүлэх эмнэлэгийн тусламжийг тойргийн сумдын хөдөлмөрчдөд хангалттай үзүүлж чадсангүй.

нэлэг, ариун цэврийн тусламжийг улам ойртуулан чанар, хүртээмжийг сайжруулах, эмнэлгийн хүчин чадал, боловсон хүчний хангамж хүрэлцээг улс, хотынхойтой ойролцоо түвшинд хургэх, хөдөөгийн эмнэлгийн үйлчилгээнд хэсгийн систем, урьдчилан сэргийлэх ажилд диспансерийн аргыг нэвтрүүлэн өргөтгөх талаар 2000 он хүртэл авах арга хэмжээний программыг 1988 онд боловсруулан орон нутгийн АДХ-ын чуулганаар батлуулан хэрэгжүүлэх нь зүйтэй гэж үзэж байна.

Эрүүлийг хамгаалах яам дэвшигдэж байгаа зорилтыг хэрэгжүүлэх үүдиээс энэ таван жилийн үлдэж байгаа гурван жилд буюу 1988—1990 онд хөдөөгийн эмнэлгийн материаллаг баазыг бэхжүүлэхэд 200 гаруй сая төгрөгийн хөрөнгө оруулж, аймаг, орон нутагт 620 их эмч, 418 бага эмч, 120 лаборант, 732 сувилагч хуваарилан, сумын эмнэлэг, сум дундын нэгдсэн эмнэлгийг нормативт их эмчээр 100 хувь хангаж, Ариун цэвэр, халдвэр судлалын станц 23, сумын ариун цэврийн групп 27, ясли 16, сүүний газар 83, хүүхдийн хэсэг 26-г шинээр байгуулж, сум дундын эмнэлгийн 50,0 (30) сумын эмнэлгийн 11,6 хувийг I зэрэгт хүргэж сумын эмнэлгийн 27,9 (79) хувийг II, 60,4 (171) хувийг III зэргийн сумын эмнэлэг болгож сум, сум дундын эмнэлгийн 76,6 хувийг зориулалтын барилгатай болгох арга хэмжээг авах болно.

Нэгдсэн журмаар улсын төлөвлөгөө төсвөөр авах эдгээр арга хэмжээнээс гадна бидний ажлын арга барил зохион байгуулалтыг сайжруулах замаар байгаа нөөц боломжоо дайчилж хийх ажил их байна.

1988—1990 онд шинээр байгуулагдах мал аж ахуйн 120—160 хэсгийн зохион байгуулалт, хүн амын тоо, нутаг дэвсгэрийн онцлогийг харгалзан бригадын бага эмчийн салбарыг хэсэг дундын болон зарим хэсэгт дагнуулан ажиллуулах байдлаар зохион байгуулж байна. Ялангуяа, хүүхэд залуучуудад эмнэлэг, ариун цэврийн мэдэгдэхүүн олгох, хүн амд эрүүл аж төрөх ёсыг хөвшүүлэхэд бага эмч нарын ажлын нэлээдийг чиглүүлэх хэрэгтэй байна.

Сумын эмнэлэгт байх аппарат багаж хэрэгслийн норматив их, бага эмч нарын гардан хийх яаралтай тусламжийн ажилбарын жагсаалтыг шинэчлэн боловсруулах, жил бүр 60-аас цөөнгүй сумын эмч нарыг ерөнхий мэргэжлийн чиглэлээр мэргэжлийг нь дээшлүүлэх, хөдөөгийн хүн амд эмнэлэг, ариун цэврийн мэдэгдэхүүн олгох, тэднийг диспансерчлалд бэлтгэх, зарим өвчинтэй тэмцэх ажилд Анагаах ухааны дээд, дунд сургуулийн оюутан сурагчдын гавшгай отрядыг ажиллуулах асуудлыг эрүүлийг хамгаалах яам ойрын үед судлан боловсруулах нь зүйтэй гэж үзэж байна.

Эрүүлийг хамгаалах газрууд сумдын эмнэлгийн идэвхтэй эргүүл диспансерчлал, урьдчилан сэргийлэх явуулын үйлчилгээг өргөтгөж, малчдыг ажил үйлдвэрлэлээс нь хөндийрүүлэхгүй, их эмчийн баундсэн мэргэжлийн тусламжаар тасралтгүй хангаж ажиллах хэрэгтэй.

Сумын эмнэлэгт эмийн бус эмчилгээг орон нутгийн байгалийн хүчин зүйл, хөдөлмөр, хөдөлгөөн зэрэг бүхий л боломжийг ашиглан хийж, хүүхэд чийрэгжүүлэх сувиллыг нэг загварын барилгатай болгон тохижуулах, ажиллах журмыг нь баталж мөрдүүлэх, Говь-Алтай аймгийн туршлагаар эхчүүдийн амрах байрыг нэг маягийн зургаар баруулах, нэгдэл, албан газрын хөрөнгөөр сувилал (профилактор) байгуулах ажлыг 1988 оноос эхлэн хэрэгжүүлж эхлэвэл зохино.

Сум, сум дундын эмнэлгийн стационарын хүчин чадлыг дүүрэн ашиглаж, ачаалал багатай үед архаг өвчтэй, диспансерийн хянал-

ВЫН ӨВЧТӨНГ ГРАФИК ТӨЛӨВЛӨГӨӨТЭЙГЭЭР ЭМЧЛЭН ЭРҮҮЛЖУУЛЭХ ӨДРИЙН СТАЦИОНАР, ГЭРИЙН ЭМЧИЛГЭЭГ ӨРГӨТГӨХ ХЭРЭГТЭЙ БАЙНА.

Сум, сум дундын эмнэлгийн түргэн тусламжийн машины ашиглалтыг сайжкуулах зорилгоор хүн ам олон, өвчлөл дуудлага ихтэй сумдын машиныг 2 ээлжийн жолоочтой болгох, түргэн тусламжийн цүнх, хэрэглэлээр хангахад байгаа бүх боломжийг ашиглах нь зүйтэй байна.

Аймгийн нэгдсэн эмнэлгийн поликлиникиг эрүүл мэндийн төв болгон зохион байгуулж, хүч хөрөнгийн дийлэнхийг төвлөрүүлэн уртасгасан цагийн үйлчилгээ, захиалгат үзлэг, ээлжийн ажиллагааг өргөтгөн урьдчилан сэргийлэх үзлэгийн кабинетаар амбулаториор үзүүлэгчдийг 100 хувь үйлчилж эрүүл мэндийг нь шалгаж зөвлөдөг болох нь чухал байна.

1985 онд батлан гаргасан нормативын дагуу 1988—1989 онд багтаан нүүдлийн амбулаторийг эмч, ажилчдаар ханган хүчин чадлыг нь ашиглаж үйлчилгээний чанарыг дээшлүүлэхэд өөрсдөөсөө шалтгаалах бүх арга хэмжээг авч хэрэгжүүлэх нь зүйтэй.

Нарийн мэргэжлийн эмнэлэг, эмч мэргэжилтний хүрэлцээ байршил, өвчин эмгэг, эмнэлгийн тусламжийн шаталалын байдлыг харгалзан хөдөө орон нутгийн өвчтэй хүмүүсийн 70 гаруй хувийг сумын, 20 орчим хувийг аймгийн нэгдсэн эмнэлэгт, 10 орчим хувийг улс, хотын үйлчилгээтэй эмнэлэгт эмчлэн эрүүлжүүлэхээр тооцон зохион байгуулж ажиллах хэрэгтэй байна.

XXI үзүүны малчны тухай ярьж байгаа өнөө үед оторт явваа малчдын хоолны асуудлыг ч хүний эрүүл мэндийн эрх ашгийн үүднээс хөндөх цаг болсон. Анаагаах ухааны хүрээлэн малчдын хоолны зохистой бүтэц, төрөл, дэглэмийн талаар үлгэрчилсэн зөвлөмжийг 1988 онд боловсруулан гаргах хэрэгтэй.

Хөдөөгийн хүн амын эрүүл мэндийг хамгаалах ажилд идэвх санаачилга гарган ажиллаж, туршлага хуримтуулж байгаа Хөвсгөл аймгийн Цагаан-Уул сумын Бадрал цэгдлийн дарга БНМАУ-ын хөдөлмөрийн баатар н. Аварзэд, Төв аймгийн Бүрэн сумын Бүрэндэлгэрэх нэгдлийн дарга н. Батмөнх, Дундговь аймгийн Хулд сумын Талын цэцэг нэгдлийн дарга н. Халзанхүү, Ховд аймгийн Үенч, Хөвсгөл аймгийн Их-Уул, Өвөрхангай аймгийн Бүрд сумын эмнэлгүүдийн их эмч Даваа, Цүрвээ, Даажамба нарын туршлагыг сурталчлан нийтийн хүртээл болгох нь чухал байна.

Диспансерийн хяналтад бүх малчдыг тодорхой ўе шатаар авах, сумын эмнэлгийн түвшинд өрх гэрийн диспансерчлалыг өргөтгөн эрүүл мэндийн бүлгийн шилжилтээр тооцдог журмыг 1988 оноос мөрдөх хэрэгтэй. Үүний тулд 1988 онд багтаан архаг өвчнийг туштай илрүүлэн өвчтөнг төлөвлөгөөтэй эрүүлжүүлэх, отор нүүдлийн үеэр бригад, хэсэгт нүүдлийн ортой түр салбарыг байгуулж, өдрийн стационарын хэлбэрээр эмчлэн эрүүлжүүлэх үйлчилгээг сум, дундын эмнэлэг, аймгийн Эрүүлийг хамгаалах газар санаачлан энэ ажлыг зохион байгуулах нь зүйтэй.

Хүн амыг ўе шатлан диспансерчлах зорилтыг хэрэгжүүлэх явцад, эмийн хэрэгцээ бараг хоёр дахин ёсөх төлөвтэй байгааг харгалзан аймаг, бүр дотоод нөөцөө дайчлан ашиглах замаар, гален цех байгуулж, орон нутгийн эмийн ургамал, жимс жимсгэнийг өргөн ашиглах, гол нэр төрлийн ариутгасан шингэнийг 1988—1989 оноос эхлэн өөрсдөө хийж (Баянхонгор, Хэнтий зэрэг аймгуудын жишээгээр) аймгийнхаа дэвсгэр нутгийн эмнэлгүүдийн дотоод хэрэгцээг бүрэн хангах арга хэмжээ авахыг Эм хангамж үйлдвэрлэлийн газар, аймгийн Эрүүлийг хамгаалах газарт үүрэг болгож байна.

Өргөн хэрэгцээний эм, урвалж бодис, ариун цэврийн барааны гадаад захиалгыг нэмэгдүүлж, 1988 оны хоёрдугаар хагасаас эхлэн хүн амын тоо, өвчлөлийн байдалд тохируулан аймаг-орон нутагт зөв зохистой хуваарилж дисцансерийн хяналтын эмчийн заалтаар зохих эзэнд нь олгодог журам тогтоож мөрдүүлэхэд Эмчлэн сэргийлэх газар, аймаг, хотын Эрүүлийг хамгаалах газар, эм хангамж үйлдвэрлэлийг газрууд, анхаарлаа төвлөрүүлбэл зохино.

Энэ таван жилд аймгийн нэгдсэн эмнэлгүүдийг хөндийт эрхтэнийг шинжлэх иж бүрэн дуран, зөөврийн эхографийн аппарат, сумын эмнэлгийг микроскоп, лабораторийн иж бүрдэл, урвалж боди-соор хангаж, IX таван жилд зарим аймгийн нэгдсэн эмнэлгийг алсын оношлогооны аппараттай болгох зорилт тавьж байна.

Хөдөөгийн хөдөлмөрчдийн эмнэлгийн тусламжийн чанар, хүртээмжийг сайжруулах асуудал олон хүчин зүйлээс хамаарах нийгэм-эдийн засаг, эрүүлийг хамгаалахын цогцолбор арга хэмжээ боловч, эцсийн эцэст энэ ажлыг гардан хариуцаж байгаа хувь хүний хариуцлага, бидний зохион байгуулж байгаа ажлын арга барил, санаачилга шийдвэрлэх үүрэгтэй цохон тэмдэглэхийг хүсч байна.

ЗХУ-ын эрүүлийг хамгаалахын өөрчлөн байгуулалтын туршлагаас судалж, улсын төлөвлөгөө, төсөв, цалин хөлсний системийг орон нутагт та бүхний мэдэлд өгч эмч нарын цалин, жижүүрийн хөлсний хэмжээг нэмэгдүүлж байгаа энэ нөхцөлд хувь хүний хийсэн ажлын чанар эцсийн үр дүн, ажилд гарсан ахиц өөрчлөлт, өгөөжөөр нь цалин хөлсийг тооцдог эдийн засгийн удирдлагын механизмыг эрүүлийг хамгаалахын цэг салбар бүхэнд түүштэй нэвтрүүлж, жил, таван жилийн төсөв, санхүүгийн төлөвлөгөөг нарийн тооцоо, үндэслэлтэй боловсруулан батлуулан авч, уул хэмжээндээ багтаан эмнэлэг үйлчилгээний ажилд төсөвтэж ахуйн болон аж ахуйн до тоод тооцоо нэвтрүүлэх үндсэн дээр эмчилгээ, үйлчилгээний ажлын чанарыг бүх шатанд цомхон, шуурхай, шат дамжлага багатай болгох талаар тодорхой арга хэмжээ авч хэрэгжүүлж эхлэхэд аймаг, хотын Эрүүлийг хамгаалах газруудын өмнө өндөр шаардлага тавигдаж байна.

Эрүүлийг хамгаалах яам, БНМАУ-ын Хөдөө аж ахуй, хүнсний үйлдвэрийн яамтай хамтарч IV бүгд хурлын шийдвэр, Эрүүлийг хамгаалах яамны тайлан тавих үед хөдөлмөрчдөөс гарсан санал шүүмжлэлийн дагуу хийх ажлын З жилийн төлөвлөгөө боловсруулаад байна. Иймд аймаг, хотын Эрүүлийг хамгаалах газрууд ч АДХ-ын гүйцэтгэх захиргаа, хөдөө аж ахуйн байгууллагатайгаа хамтарч хөдөлмөрчдийн тавьсан санал хүсэлтийг хэрэгжүүлэх ажлыг төлөвлөн, ажилдаа эрчимтэй орох хэрэгтэй байна.

Сүүлийн хоёр жилд тус яамнаас гаргасан амбулатори-поликлиникийн тусламж, диспансерчлалыг сайжруулах, Эх нялхсүн эрүүл мэндийг хамгаалах, халдварт гепатиттай тэмцэх цогцолбор зорилтот программ, хөдөөгийн хүн ам малчдын эрүүл мэндийг хамгаалах талаар 2000 он хүртэлх хугацаанд хэрэгжүүлэх арга хэмжээний чиглэл, явууллын эмнэлэг, үйлчилгээг сайжруулах талаар тус яамнаас гаргасан шийдвэр, баримт бичгүүдийг үндсэн материал гарын авлага болгон аймаг, орон нутгийн онцлог бодит байдалд тохируулан бүтээлчээр хэрэгжүүлэх хэрэгтэй.

Хүн амын эрүүл мэндийг хамгаалах асуудал, хөдөлмөр ахуйн нөхцөлийг сайжруулах, хүн амын эмнэлэг, ариун цэврийн мэдлэгийг системтэй дээшлүүлэхэд нийгэм эдийн засаг, анагаах ухааны иж бүрэн арга хэмжээг авч, эрүүл энх хөдөлмөрийн чадвартай урт удаан

наслуулах нийгмийн гол гогцоо эмзэг, нарийн төвөгтэй асуудал болон дэвшигдэж байна.

Эрүүл мэндийн асуудал хувь хүний төдийгүй улс орны нийгмийн баялагийг арвижуулан, үндэсний орлогыг нэмэгдүүлж, үйлдвэрлэл бүтээгдэхүүний чанар үр ашигт хүчтэй нөлөөлөх үнэт баялаг алтан фонд гэдгийг зориуд цохон тэмдэглэж хэлэх байна.

1988 оныг ажлын чанар үр ашгийн он болгон шинэ арга, шинэ сэтгэлгээгээр ажиллаж хөдөөгийн хүн амд үзүүлэх эмнэлэг, ариун цэврийн тусlamжийн чанар хүртээмжийг сайжруулна гэдэгт итгэл төгс байна.

Н. Цэнд

ЭРҮҮЛ АЖ ТӨРӨХ ёС

Эмч, эмнэлгийн ажилчид нь хөдөлмөрчдөд эрүүл аж төрөх ёс хэвлүүлэн төлөвшүүлэхэд өөрсдийн биеэр үлгэр жишээ үзүүлэх ёстой.

Ард түмний материаллаг аж байдал, соёлын хэмжээг улам дээшлүүлж, хүн амын эрүүл мэндийг сахин хамгаалах явдал нь намын эдийн засаг, нийгмийн бодлогын салшгүй бүрэлдэхүүн хэсэг юм. Энэ нь өнөөдөр нэг талаас социализмын материал техникийн баазыг байгуулах, социалист нийгмийн харилцааг боловсронгуй болгох, шинэ хүнийг төлөвшүүлэх зорилтыг нам, ард түмэн амжилттай хэрэгжүүлж байгаагийн үр дүн, нөгөө талаар социализмын ялалтыг цаашид бүрэн хангах бодит шаардлагаас үүдэгдэн улам ч чухал болж байна.

МАХН-ын XIX их хурлаас «Хөдөлмөрчдийн эрүүл мэндийг сахин хамгаалах нь намын өдөр тутмын анхаарал халамжийг шаарддаг, нийгмийн чухал зорилтын нэг байсаар ирсэн, байх ч болно» гэж заасан билээ.

Социалист ёсоор аж төрөх, түүний үндсэн шинжүүд төлөвшин тогтох, юуны өмнө иргэн бүр нийгмийн туслын тулд цуцалтгүй хөдөлмөрлөж, эх орноо хөгжүүлэх үйлсэд хувь нэмрээ оруулах явдалд нийгэм, гэр бүл хийгээд хувь хүний эрүүл мэнд тэргүүн зэргийн ач холбогдолтой. Хүний эрүүл мэнд гэдэг бол нийгмийн хөгжлийн хамгийн чухал үзүүлэлтийн нэг төдийгүй улс орны нийгэм, эдийн засаг, хүн, ардын эрүүл саруул, сайн сайхан байдлын тод илэрхийлэл, нийгмийн үнэт баялаг мөн. Иймээс ч социалист аж төрөх ёсны салшгүй бүрэлдэхүүн хэсэг нь эрүүл аж төрөх явдал юм. Хүн бүр бага залуугаасаа өөрийн бие бялдрын үvtэгш өсөлт, хөгжилтийн төлөө санаа тавьдаг, эрүүл аж төрөх ёсны хэвшил төлөвшин тогтосон эмнэлгийн анхны тусlamжийн зохих мэдлэг эзэмшилэх байх ёстой.

Хүний эрүүл мэндийг сахин хамгаалах, аливаа өвчнөөс урьдчилан сэргийлж, идэвхтэй урт наслахад шийдвэрлэх гол хучин зүйлийн нэг бол эрүүл аж төрөх ёсыг нийт хүн амд төлөвшүүлж тогтоох явдал юм.

Чухам иймээс БНМАУ-ын Эрүүлийг хамгаалах хуулинд иргэн бүр өөрийн болон гэр бүл, хамт олны эрүүл мэндийг хамгаалахын төлөө ямагт анхаарал тавьж, эрүүлийг хамгаалах байгууллагаас энэ талаар зохиож байгаа ажилд идэвхтэй дэмжлэг туслаалцаа үзүүлэн оролцдог байх үүрэгтэй тодорхойлон заасан юм.

Социалист нийгэмд эрүүл байх явдал нь тухайн бие хүний хувийн хэрэг, дур зоригийн зүйл огтхон ч биш, нийгмийн асуудал, нийгмийн эрх ашгийн үүдиээс түүнд хүлээлгэж байгаа өндөр үүрэг хариуцлага мөн.

Эрүүл аж төрөх ёс гэдэг нь хүний бие махбодын оршин амьдарч буй орчиндоо зохицон дасах чадварыг бататгаж, нийгмийн үүргээ бүрэн дүүрэн биелүүлж, идэвхтэй урт наслах явдлыг хангаж байгаа хүмүүсийн өөрсдийнх нь амьдрал, үйл ажиллагааны хэлбэр болно.

Эрүүл аж төрөх ёсыг хэвшиүүлэн тогтоон гэдэг бол эрүүл мэндийн хүмүүжлийг эзэмшиж нийгмийн тустай хөдөлмөрт системтэй оролцож, ажил хөдөлмөр, аж байдал, амралт, хэрэглээ, зан байдлын соёлыг улам дээшлүүлэх тухай цогцолбор ойлголт юм. Бие, оюуныхаа чадал бололцоонд тохирсон хөдөлмөр эрхэлж, байнгын идэвхтэй хөдөлгөөнтэй байж, эрүүл ахуйн шаардлагыг чандлан сахиж, харшмуу зуршилд автагдахгүй байх, амралт чөлөө цагаа биеийн алжаал, сэтгэхүйн ядаргаагаа арилгаж, ажиллах чадвараа нөхөн сэргээхэд зориулан өөртөө болон гэр бүлийнхэндээ улмаар нийгэмд үр ашигтайгаар өнгөрүүлдэг байх зэрэг нь эрүүл аж төрөх ёс төлөвшин тогтсоны үндсэн хэмжүүр мөн.

Эрүүл аж төрөх ёс төлөвших явдлыг тодорхойлогч гол хүчин зүйл нь материаллаг үйлдвэрлэлийн арга болохын зэрэгцээ түүний төлөвшин тогтоход үзэл суртлын хүчин зүйл, цаашилбал хүнийг хүрээлэн байгаа бичил орчин, ажил мэргэжлийн үйл ажиллагааны шинж чанар, соёлын түвшин, бие мабодын аль нэг өвчинд эмзэг өртөмтгий байх онцлог, удамшлын болон нас, хүйсний байдал зэрэг нь мөн нөлөөлне.

Орчин үед хөдөлмөрчдийн материаллаг аж байдлын өсөлт, нөхцөл бололцооны байдалд хувь хүний ариун цэврийн соёл, эрүүл аж төрөх ёсыг зүй зохистой эзэмших заншил нь тэр бүр тохирогүй байх тохиолдол байна.

Зарим хүмүүс ямар ч үед эмнэлгийн үнэ төлбөргүй тусламж авах боломж, бололцоотойд найдаж өөрийнхөө эрүүл мэндийг эмнэлгийн байгууллагад даатган зөнд нь орхиж ихээхэн хүч чармайлт, тэвчээр, даг хугацаа шаардах эрүүл мэндийн хүмүүжлийг эзэмшин эрүүл аж төрөх ёсны горим, журмыг өдөр тутам байнга мөрдех зайлшгүй шаардлагыг хэрэгжүүлэхээс төвөгшөөдөг буруу ойлголт зохисгүй дадал зуршил байгааг арилгавал зохино.

Иймээс эрүүл аж төрөх ёсны төлөвшлийг тодорхойлогч гол хүчин зүйл нь хувь хүн, хамт олны ухамсар, хүмүүжил, өөрийнхөө болоод бусдын эрүүл мэндийг хамгаалан бэхжүүлэх талаар санаа тавих явдал, хамт олны эвсэг харьцаа, ёс суртахуун, сэтгэл зүйн таатай үр амьсгал бүрдүүлэх зэрэг нийгэм, сэтгэхүйн нөхцөлүүд юм.

Хүмүүсийн эрүүл мэндийг сахин хамгаалахад чухал ач холбогдолтой эдгээр нөхцөлийг бүрдүүлэн бий болгох хамгийн үр нөлөөтэй арга бол эдгээр зөв зохистой дадал зуршлыг хэвшүүлэх явдая юм. Эдгээрээс үзэхэд эрүүл аж төрөх ёс нь хоорондоо уялдаа холбоотой олон хүчин зүйлсээр бүрэлдэж хувь хүнд урт удаан хугацаанд төлөвшдөг зүйл болох нь тодорхой байна. Иймээс эрүүл аж төрөх ёсыг хэвшиүүлэх асуудалд нийгмийн өргөн байр сууринаас хандаж, хүний ухамсар, хүмүүжилд тулгуурлахын зэрэгцээ материаллаг нөхцлийг ханган бүрдүүлэх талаас нь иж бүрнээр хандах явдал зайлшгүй шаардагдаж байна.

БНМАУ-ын Эрүүлийг хамгаалах хуульд «Хүн амын эрүүл мэндийг хамгаалах ажил бүх нийтийн үйл хэрэг» гэж заасан нь чухамдаа эрүүл аж төрөх ёсыг төлөвшүүлэх, хүмүүсийн ажиллаж, амьдралын эрүүл ахуйн нөхцөлийг иж бүрэн бүрэлдүүлэх явдлыг хэлсэн хэрэг бөгөөд манай орны улс, хоршоолол, олон нийтийн бүх байгууллага, үйлдвэр албан газар, иргэн бурийн энэхүү үүрэг зөвхөн чиглэсэн тодорхой зорилготой, харилцан уялдаатай, байнгын идэвхтэй үйл ажиллагаа, хүчин чармайлт, жигд оролцооны үр дүнд хэрэгжин

биелэх боломжтой юм. Эрүүл аж төрөх ёсны үндсэн зарчмыг хэрэгжүүлэхэд хувь хүн өөрөө хамгийн идэвхтэй оролцож, үнэ цэнийг нь зөв ойлгож ухамсарласан байх шаардлагатай. Эрүүл аж төрөх ёсиг төлөвшүүлэн тогтооход хүн амын ерөнхий соёлын түвшинг дээшлүүлэх, эрүүл аж төрөх явдалд хамааралтай үнэт зүйлсүүдийг хүлээж авах чадвар, бэлэн байдлыг хүмүүст эзэмшиүүлэх нь шийдвэрлэх ач холбогдолтой.

Эрүүл аж төрөх ёсны эх сурвалж болох хамгийн гол зүйл нь хүний аж төрөх амьдрахын үндэс болсон хөдөлмөр мөн. Хөдөлмөрийн үйл ажиллагаа нь хүнд байгалиас заясан амьдралынх нь урталь нөхцөл мөний хувьд түүний үvtэгш хөгжил, физиологийн хэвийн үйл ажиллагаа, амьдралын баяр баясгалай, аз жаргалын тухай хөдөлмөргүйгээр төсөөлөх ч боломжгүй юм. Хүн хөдөлмөрийнхөө нийгмийн үнэ цэнийг ойлгож дур сонирхолтой баймааж хөдөлмөрөөс аз жаргал олж эрүүл энх, урт удаан наслахад шийдвэрлэх чухал нөхцөл болдгийг сая ухамсарлан ойлгож амьдрал ахуйдаа хэрэгжүүлж эхэлдэг.

Нийгмийн тустай хөдөлмөрөөс зайлсхийгчидтэй тэмцэх явдлыг хүчтэй болгож, хөдөлмөрийн чадвартай хүн бурийг хөдөлмөр эрхлүүлэх, хөдөлмөрийн нийгмийн үнэ цэнэ, үр өгөөжийг дээшлүүлж, бүтээмжийг нэмэгдүүлэхийн зэрэгцээ хөдөлмөр хамгаалал, хөдөлмөрийн нөхцөлийг сайжруулах талаар авч байгаа арга хэмжээ нь өргөн утгаараа эрүүл аж төрөх ёсны салшгүй бүрэлдэхүүн хэсэг юм.

Ажил, хөдөлмөрийг урт наслах, эрүүл мэнд байх, ажиллах чадвараа хадгалах хүчин зүйл болгохи н тулд хүн бүр өөрийн эрүүл мэнд, ажил мэргэжлийн онцлог, амьдралын байдалд зохицсон одрийн дэглэм тогтоож, түүнийгээ баримталж байх нь чухал. Үүнд хамгийн гол нь ажил, амралтын цагаа системтэй зөв хуваарилаж түүнийг байнгын хэвшил болсон хэм, хэмнэлд оруулж занших нь янз бурийн ажил, мэргэжлийн хүмүүст нийтлэг ач холбогдолтой.

Үйлдвэр, аж ахуйн газруудад ажлын байр, хөдөлмөрийн нөхцөлийг эрүүлжүүлэх, эрүүл ахуйн норм, дүрмийг биелүүлэх, ажилчин, албан хаагчдын ажиллах чадвараа нөхөн сэргээх бололцоо нөхцөлийг (амрах, хооллох) ханган бүрдүүлэх нь анхаарлын төвд байх ёстой асуудал төдийгүй хүний хүчин зүйлийг бүрэн дүүрэн ашиглахад нөлөөлөх ач холбогдолтойг тэр бүр ухамсарлахгүй байх явдал үзэгдэж байна.

Гадаад орчны бохирдол ялангуяа үйлдвэр, ахуйн хог хаягдал, бохир ус зэргээр газрын хөрс, агаар мандал, усны эх булаг, гол мөрнийг бохирдуулж байгаа нь хүн амын ариун цэвэр-ахуйн соёлжилт, эрүүл мэндэд муугаар нөлөөлж байгааг анхаарч, орчны бохирдолтой хийх тэмцлийг дайчин давшигүй явуулах талаар хууль хяналт, олон нийтийн байгууллагуудын нэгдмэл үйл ажиллагааг сайжруулах шаардлагатай байгаа нь өнөөдөр мэдэгдэхүйц үгүйлэгдэж байна.

Эрүүл аж төрөх ёсиг төлөвшүүлэхэд хүн амын нийт давхаргад эрүүл мэндийн хүмүүжил олгох ажил их чухал бөгөөд энэ нь зөвхөн эрүүлийг хамгаалах байгууллагаас зохиох ажил бус харин улс, олон нийтийн байгууллагуудын өмнө тавигдаж байгаа чухал асуудал юм.

МАХН-ын XIX их хурал «...Өвчинөөс урьдчилан сэргийлэх ажлын зохион байгуулалт хангалтгүй, эрүүл ахуйн суртал нэвтрүүлэг зохион байгуулах ажил ходрогодж байна» гэж онцлон тэмдэглэсэн юм.

Шинжлэх ухаан техникийн дэвшил хурдсаж байгаа одоогийн нөхцөлд тодорхой ажил, мэргэжлийн хүмүүс, малчин, ажилчин, албан хаагчдын амьдралын хэвшил, эрхэлж буй хөдөлмөрийн онцлог, наслын байдал зэрэгтэй ўялдуулан эрүүл мэндийн хүмүүжил олгох ажилд

ялгавартай хандаж зохион байгуулах арга хэлбэрийг нэвтрүүлэх цаг нэгэнт болжээ.

Тухайлбал зөв зохистой хооллох соёлыг эзэмших талаар залуучуудад сурталчилгаа хийхдээ урт наслаж асуудалтай холбож тайлбарлахаас гадна бие бялдрын өсөлт хөгжилт, гадаад төрх байдал, сурлаага, спортын амжилтанд яаж нөлөөлдөгтэй уялдуулах, харин ахимаг насын хүмүүст бол идэвхтэй урт удаан наслахтай холбож ярих нь илүү үр дүнтэй болох жишээтэй.

Өөрийн болон үр хүүхэд, хамт олны эрүүл мэндийг хамгаалах талаар хувь хүний хүлээх үүргийг хууль эрхийн үүднээс нарийн чанд тодорхойлох шаардлага ч тавигдаж байнд. Хүүхдэд эрүүл аж төрөх ёсыг төлөвшүүлэн тогтоохдоо аль болох балчир бага үеэс нь эхэлбэл төдийчинээ илүү үр дунд хүрч болно. Иймээс хүүхэд, өсвөр үе, залуучуудын эрүүл мэндийг хамгаалах, тэдэнд эрүүл аж төрөх ёсны мэдлэг, хүмүүжил олгож хэвшигүүлэх нь бодит олон шалтгааны улмаас тэргүүн зэрэгт тавигдах ёстой асуудал болж байна. Хүн амын зонхилох хувийг эзэлж байгаа хүүхэд залуучууд бол юуны өмнө манай улс үндэстний ирээдүй, нийгэм, эдийн засгийн хөгжлийн шийдвэрлэх хүчин зүйл, хөдөлмөрийн үндсэн нөөц мөн. Төлөвшин тогтох үе шатандаа яваа залуу бие махбод нь нэг талаас эрүүл мэндэд харш элдэв мую нөлөөлөлд ихээхэн өртөмтгий байхын зэрэгцээгээр аливаа өвчинөөс урьдчилан сэргийлэх, эрүүлжүүлэх арга хэмжээнд идэвхтэй оролцож хүлээн авах чадвар сайтай байдаг онцлогтой.

Биений тамир, спортоор хичээллэх эрэлт хэрэгцээ, түүний материалыг нөөц, боломжийн хооронд ихээхэн зөрөө байгааг анхааран үзэж үүнийг хэрхэн шийдвэрлэх нь улс, олон нийтийн байгууллагуудын үйл ажиллагаанаас ихээхэн хамаарах боловч орон нутгийн байгууллага, үйлдвэр, аж ахуйн газрын санаачилга чухал үүрэг гүйцэтгэнэ.

Ялангуяа байгалийн таатай нөхцөлд оршиж байгаа аймгуудад усан сан, наран шарлагын талбай, соёл-амаралтын төв, биений тамирын талбай, цэцэрлэгт хүрээлэн зэрэг байгалийн хүчин зүйлийн нөлөөллөөр эрүүлжүүлэн чийрэгжүүлэх байгууламжийг хөрөнгө мөнгөний асар их зардалгүйгээр байгуулж болох юм. Энэ талаар «Эрүүл мэндийн бүс» байгуулж байгаа болон ЗХУ-ын бүх холбоотын зурх судасны эрдэм шинжилгээний төвийн дэргэд «Эрүүл аж төрөх ёс», «Сэтгэл зүйн соёлын клуб» байгуулан ажиллуулж байгаа зэрэг зөвлөлтийн туршилагыг судалж нэвтрүүлэх нь чухал байна. Ийм клубын зорилго нь мэдээллийн хэлбэр үлэмж ихсэж, сэтгэл цочролын нөлөөлөл бараг алхам тутам учрах болсон орчин үед хүмүүсийн эрүүл мэндийг хамгаалж, тэднийг улам бүр эрүүл чийрэг, бүтээлч, үр өгөөжтэй, аж жаргалтай ажиллахад нь тус дэмжлэг болох явдал юм.

Энэ клубын ажил нь эрүүл аж төрөх ёсны онол, практикийн нэгдлийг хангах, биений тамир, эрүүлжүүлэх арга хэмжээг зохион байгуулах, сэтгэл зүйн мэдлэг олгох гэсэн 3 чиглэлтэй явагдаж эрүүл аж төрөх явдлыг амьдралын хэрэгцээгээ болгох хүмүүсийн сонирхлыг хөгжүүлэхийн зэрэгцээ хамгийн гол нь түүнийг практикт өдөр тутам хэрэгжүүлэхэд оршино.

Эрүүл аж төрөх ёсыг үнэхээр төлөвшүүлж тогтоож, мөрдөж ажиллавал олон өвчинөөс урьдчилан сэргийлж, өвчлөхгүй байх боломжтой юм.

Эрүүл мэндийг бэхжүүлэх, эрүүл аж төрөх ёсыг төлөвшүүлэхэд чөлөөт цагийг ухаалаг, үр ашигтайгаар өнгөрүүлэх нь юугаар ч сольшгүй чухал юм. Энэ талаар тодорхой ажил санаачлан зохион

байгуулах хэрэгтэй байна. Аялал, явган аялал, зүн өвлийн улиралд зохицсоң биеийн тамирын өдөрлөг, соёл, урлагийн олон төрлийн арга хэмжээг явуулахад залуучууд, эмэгтэйчүүдийн байгууллага идэвхтэй нухацтай оролцох хэрэгтэй.

Үйлдвэр албан байгууллага бүр өөрсдийн ажилтан, албан хаагчдад тохирсон биеийн тамирын заал, танхимтай болох шаардлагатай байна. Үүнтэй холбогдуулж хүний эрүүл аж төрөх, уvtэгш хөгжих, хөдөлмөрийн бүтээмжийг дээшлүүлэх хүчирхэг хэрэглүүр болсон нийтийн биеийн тамирыг далайцтай хөгжүүлэх явдал урьд урьдаас улам чухлаар тавигдаж байна. Юуны өмнө хүн бүр хоол ундны дэглэмийг нарийн сахиж, өглөөний эрүүл ахуйн болон үйлдвэрлэлийн гимнастикийг тогтмолжуулахаас эрүүл аж төрөх ёсыг өөртөө төлөвшүүлж өхлэх нь илүү зохистой юм.

Эрүүл мэндэд муугаар нөлөөлж байгаа аж төрөх байдлын зарим сөрөг нөлөөллийн нэн тодорхой жишээ бол архи, тамхи хэрэглэх зэрэг хорт зуршилууд, ариун цэвэрч бус бохир буртаг байдалд дасах явдал юм.

Архидан согтуурах нь хувь хүний эмгэнэлт явдал төдийгүй нийгэмд асар их хор хонөөл учруулж байна. Архидан согтуурах нь танхайрах, гэмт хэрэг үйлдэх, өвчин эмгэгт өргөх, хөдөлмөрийн чадвар алдах, тахир дутуу болох, амь наасаа алдахад хүргэж, гэр бүл, хөдөлмөрийн хамт олны амгалан тайван байдлыг алдагдуулж, хөдөлмөрийн нөөц, нийгмийн баялагийг үрэн таран хийхэд хүргэдэг юм.

Архи, тамхинд орох явдалтай тэмцэхэд ухуулга, сурталчилгаа болон нийгмийн бусад арга хэмжээний зэрэгцээ төрийн ба захиргааны байгууллагуудаас албадах маягаар хийх тэмцэл чухал байр эзлэх ёстой.

Архи, тамхинд орохоос сэргийлэхэд хөдөлмөрийн хамт олны нөлөөллийг өндөржүүлэх, энэ талаар олон нийтийн үүсгэл санаачилгыг өрнүүлэхэд байгууллага, хамт олон ялангуяа тэдгээрийн дэргэдэх нам, олон нийтийн байгууллага өндөр идэвх санаачилгатай ажиллаж системийн төв байгууллагуудаас тодорхой ажил, мэргэжлийн хүмүүсийн дунд архи, тамхи хэрэглэх зэрэг хорт зуршилд өртөх явдлыг арилгах, эрүүл аж төрөх ёсны мэдлэг, хүмүүжил олгох талаар төрөл бүрийн механизмыг дайчлан ашиглах хэрэгтэй байна.

ЗХУ-ын Эрүүлийг хамгаалах яамны сайд, академич Е. Чазов саяхан зөвлөлтийн «Утга зохиол» сонини сурвалжлагчтай ярилцахдаа анхдагч урьдчилан сэргийлэлтийн чанарыг эрс сайжруулж хүн амын дунд зохиох эрүүл ахуйн сурталчилгааны ажлын ур дүнг дээшлүүлэхийн хамт гадаад орчин, агаар мандлын бохирдлыг эрс багасгах, энэ талаар холбогдох яам, тусгай газруудын үүрэг, оролцоо хичинээн чухал болохыг онцлон тэмдэглэсэн нь манай оронд даруй авч хэрэглүүштэй арга хэмжээ юм.

Манай орны эдийн засаг, нийгмийн хөгжлийн шинэ үе шатанд улс орны хамгийн үнэт баялаг болсон хүн амын эрүүл мэндийг хамгаалан бэхжүүлэх ажилд дорвитой алхам өөрчлөлт хийхийн тулд нийт хүн амд эрүүл аж төрөх ёсны мэдлэг олгож, үүнийгээ амьдрал ахуйд нь төлөвшүүлэн тогтоох ажлыг бүх нийтийн үйлс болгон өрнүүлж, хувь хүн, иргэн бүр өөрийнхөө эрүүл мэндийг бэхжүүлэх, хамгаалах талаар ихээхэн нягт нямбай хандаж өдөр тутам уйгагүй хичээл зүтгэл гарган идэвхтэй, ухамсартай амьдарч чадвал биеэ улам бүр эрүүл саруул байлгаж хөдөлмөрийн бүтээл өндөртэй, өвчин зовлонгүй урт удаан наслах эх үүсвэрийг чухам эзэн хүн өөрөө бүрэлдүүлнэ гэдгийг хэзээ ч мартаж болохгүй.

Р. Гүр

ХӨДӨӨГИЙН ХҮН АМЫН ХҮН АМЗҮЙН ОНЦЛОГ

Философи, социологи, эрхийн хүрээлэн

Манай орны социалист байгуулалтын ололт амжилтын нэг тод илрэл бол хүн амын эрүүл энх аж төрөх нийгмийн нөхцөл боломжийг сайжруулан, хүн амын нөхөн үйлдвэрлэлийг тогтвортой хангаж чадсанд оршино. Одоо тус улсын хүн ам 1921 оныхоос 3 гаруй дахин, 1960 оныхоос 1,5 дахин өсч, хүн амын жил тутмын цэвэр өсөлт 2,7—2,8% байна.

Хөгжлийн өнөөгийн шатан дахь хүн амын нөхөн үйлдвэрлэлийн байдал, түүний онцлогийг демографын шинжлэх ухааны үүднээс судлан шинжлэх явдал улс орны эдийн засгийн хөгжилтийг эрчимжүүлэх, хөдөлмөрчдийн нийгмийн асуудлыг боловсронгуй болгоход чухал ач холбогдолтой. Энэ асуудалд ялангуяа хөдөөгийн хүн амын нөхөн үйлдвэрлэл нэн учир холбогдолтой.

Бид энэ өгүүлэлд улсын хэмжээний том хот болон аймгийн төвөөс бусад нутаг дэвсгэрт суурьшин буй хүмүүсийг хөдөөгийн хүн амд багтаан үзэж нөхөн үйлдвэрлэлийн үндсэн параметр болох төрөлт, нас барагт, насны бүтцийн онцлогийг харуулахыг гол болгов.

Хүн амын төрөлт тус оронд 1950-иад оны эхнээс байнга хурдасч одоо хамгийн дээд түвшиндээ нэгэнт хүрчээ. Хүн амын төрөлтийн түвшин одоогийн байдалар улсын хэмжээнд 1000 хүн дутамд дунджаар 43, хамгийн өндөр төрөлттэй байдаг 25—34 насны 1000 эмэгтэйчүүдэд 370 байхад энэ үзүүлэлт хөдөөгийн хүн амд 44—45, дээрх насны 1000 эмэгтэйчүүдэд 410 байна.

Аливаа улс орны хүн амын нөхөн үйлдвэрлэлд төрөлтийн түвшин ийнхүү огцом давталтаар эрс өөрчлөгдсөн тохиолдол бараг

байхгүй бөгөөд энэ нь манай орны хүн амын нөхөн үйлдвэрлэлийн нэг онцлогийг харуулж байгаа юм. Төрөлтийн одоогийн үзүүлэлтийг бусад улстай харьцуулахад ихээхэн өндөр, ялангуяа хөдөөгийн хүн амын хувьд хэт өндөр байна,

Хөдөөгийн хүн амын төрөлтийн эл өндөр түвшин нь хөдөө дэх эрүүлийг хамгаалах, эмнэлгийн үйлчилгээг сайжруулах эх, нялхсын эндэгдлийг багасгах талаар нэмэгдэл арга хэмжээг зайлшгүй авах шаардлагатайг харуулж байна.

Хөдөөгийн хүн амын нөхөн үйлдвэрлэлийн бас нэг анхаарах зүйл бол төрөх насны нэг эмэгтэйд оногдох төрүүлэх хүүхдийн тоо олон байгаад оршино. Хүүхэд төрүүлэх нас буюу 15—49 насны хугацаанд, өөрөөр хэлбэл 34 жилд нэг эмэгтэй улсын дунджаар 8—9 хүүхэд төрүүлэх боломжтой байхад энэ үзүүлэлт хөдөөд 9—10 байгаа нь олон улсын дунджаас даруй 3 дахин өндөр байна.

Хүн амын нөхөн үйлдвэрлэлийн нөгөө нэг параметр болох нас барагтны түвшингээр хөдөөгийн хүн ам басхүү өвөрмөц байгаа юм. Тухайлбал нас барагтны түвшин хотын 1000 хүн ам тутамд 12,1 байхад хөдөөд 11,4 байна. Үүний гол шалтгаан бол хөдөөд хүн ам нилээд сийрэг суурьшиж байгаагаас болж халдварт ба паразитын өвчиний тархалт бага, түүгээр ч үл барам хүхдийн хурц халдварт өвчин нилээд хэдэн жилээр тохиолдохгүй байх явдалтай холбоотой.

Нас барагт бага байгаа нөгөө нэг шалтгаан нь экологийн зохицдоо хөдөө орон нутагт илүүтэй байгааг цохон тэмдэглэх хэрэгтэй.

Орон нутагт үйлдвэрлэлийн болон ахуйн гэмтэл осол суурин газраас даруй 3—4 дахин ховор байдаг явдал нь нэс баралтын шалтгаанд нөлөөлж буй нэг онцлог болно.

Хөдөөгийн хүн амын нас баралт нь нийт хүн амын нас баралтын түвшингөөс доогуур байгаа энэхүү боломжийг цаашид нийгэм-эрүүл ахуй, нийгэм-эдийн засгийн зохистой арга хэмжээг улам эрчимжүүлсний үрээр хүн амын нас баралтыг багасгаж болох тийм нөөцөд тооцож болох юм. Нас баралтын одоогийн үзүүлэлт дэлхийн хөгжилтэй орнуудынхаас доогуур байгааг тэмдэглэх хэрэгтэй.

Хөдөөгийн хүн амын нөхөн үйлдвэрлэлийн эцсийн үр дүн болох хүн амын цэвэр өсөлт нь улсын нийт хүн амын өсөлтөөс өндөр байна. Нийт хүн амын өсөлт нь одоогийн байдлаар 2,8—2,7%-ийн хооронд хэлбэлзэж байхад хөдөөгийн хүн амд 3,2—2,9%-ийн хооронд хэлбэлзэж байна.

Баруун мужийн хүн амын өсөлт нь төв болоод дорнод мужийнхаас өндөр байна. Тус улсын хүн ам насын бүтцийн хувьд эрс залуужсан бөгөөд энэ байдал хөдөөгийн хүн амд бүр ч тодорхой байна.

Нийт хүн амын дотор 0—15 насын хүүхдийн эзлэх хувийн жин тухайлбал баруун мужид 45—44% байхад харин хөдөөд 50—49% нь төв болоод дорнод мужуудад 45—44% байхад хөдөөд 47—46% нь болж байна.

Баруун мужид нийт хүн амын дотор хөдөлмөрийн насын хүн ам нь 44—43% байхад хөдөөд 42—41%, төв болоод дорнод мужуудад 43—44% байхад хөдөөд 41—40% орчим нь байна. Нийтдээ улс ардын аж ахуйд ажиллагсдын 34—35% орчим орон нутагт ажиллаж байна.

Материаллаг үйлдвэрлэлийн хүрээнд ажиллагсад нь хөдөөд дунджаар нийт ажиллагсдын 75—80% орчим байхад, үйлдвэрлэлийн бус хүрээнд 15—20% орчим нь ажиллаж байна.

Эндээс үзэхэд материаллаг бус үйлдвэрлэлийн хүрээ, тухайлбал хөдөөгийн хүн амд хамгийн түгээмэл үйлчилгээг үзүүлдэг эрүүлийг хамгаалах ба ардын боловсролын системийн үйлчилгээний радиус нь 250—300 километрээр хэмжигдэж байна. Хөдөөгийн хүн амын тоо ба тэдний суурьшин нутаглаж байгаа газар нутгийн хооронд, малын тоо толгой ба ажиллах хүчиний хооронд улс ардын аж ахуйд ажиллагсад ба асрамжлуулж байгаа хүний тооны хооронд тус тус диспорпорцтой байна. Ийм гол онцлог нь цаашид нэлээд үргэлжлэх бодит нөхцөл юм.

Өнгөрсөн 10 жилийн хугацаанд хөдөөгийн хүн амын эзлэх хувь ерөнхийдөө буурчээ.

2000 он хүртэлх прогнозоос үзэхэд манай орны хөдөөгийн хүн амын тоо нэлээд өсөх юм. Хөдөөгийн хөдөлмөрчдийн соёл ахуйн нөхцөлийг сайжруулах, хүнсний хангамжийг дээшлүүлэх зэрэг нийгэм-эдийн засгийн аливаа зорилтыг дэвшүүлэхдээ хүн амын нөхөн үйлдвэрлэлийн онцлогийг тооцон үзэх асуудал орхигдонгүй байгааг анхааран үзвэл зохино.

Өнөө үед дэлхийн хэмжээнд эдийн засгийн хөгжилтэй, хөгжлийн буурай аль ч орнуудад хүн амын 11%-ийн өсөлтийг үндэсний орлогын 4%-тай тэнцүүлэн үзэж, үүний үндсэн дээр нийгмийн ба хүн амын өргөтгөсөн нөхөн үйлдвэрлэлийн хоорондын зохистой харьцааг тогтоодог заншилтай болжээ.

Ингэхлээр одоогийн байдлаар манай орны хөдөөгийн хүн амын жил тутмын дундаж өсөлт 3% байлаа гэхэд үндэсний орлогын өсөлт 12%-тай тэнцүү байх шаардлагатай юм.

Эндээс үзвэл хүн амын нөхөн үйлдвэрлэлийг нийгмийн хөгжлийн өнөөгийн байдалд зохицуулах бодлогыг боловсруулан хэрэгжүүлэх, ингэснээр нийгмийн өргөтгөсөн нөхөн үйлдвэрлэлд нөлөөлөх сөрөг нөлөөг багасгах юм.

Т. Гомбосүрэн

ВИРУСТ ГЕПАТИААС СЭРГИЙЛЭХЭД СУМЫН ЭМНЭЛГЭЭС ЗОХИОХ АЖИЛ

Анагаах ухааны дээд сургууль

Орон нутагт гарч байгаа вируст гепатитын 1/2—1/3 нь тухайн аймаг, сум, САА-н төвд тохиолдож байна.

Бидний ажиглалтаас үзэхэд вируст гепатитын халдвартыг хот газраас авсан хүн нутагтадаа эргэн ирэхдээ юм уу эсвэл өвчин гардаггүй байсан сум, САА-д очихдоо халдвартын эхний голомтыг үүсгэж, хэрэв цаг хугацаанд нь дорвийтой арга хэмжээ авахгүй бол өвчин цааш тархах эх үүсвэр болдог. Ийм байдлаар л вируст гепатитын голомтууд газар авч байгаа юм. Энэ нь өвчиний эхний тохиолдол илэрмэгцээ эрчимтэй арга хэмжээ авч чадалгүй, хугацаа алдсаныг харуулна.

Вируст гепатитын тархалтанд олон хүчин зүйл нөлөөлж байгаа боловч манай орны нөхцөлд энгийн бие засах газар, угаадасны цооногийг ариун цэврийн шаардлагын дагуу барьж зөв ашиглаагүй, ялааны авгалдайн хавар, намрын устгалыг чанар муутай хийж байгаа явдал, хүүхдийн бие махбодын эсэргүүцлийг сулруулдаг турал, сульдаа, амьсгалын замын хурц ба архаг өвчнүүд гол хүчин зүйл болж байна. Гепатит гардаггүй сум, САА-аас аймаг хот руу албаны ба амины ажлаар явагчид, мөн газруудаас шинээр шилжин ирэгчдийн эрүүл мэндийн байдалд 45 хоногийн хугацаанд идэвхтэй хяналт тавьж, сэжигтэй шинж тэмдэг илэрмэгцээ тусгаарлан эмчлэх бэлтгэлтэй байх нь хүн амынхаа дунд энэ өвчинийг дэлгэрүүлэхгүй байх сонор сэрэмжийн арга хэмжээ юм.

Хэрэв тухайн суманд өвчин гардаггүй байсаннаа вируст гепатитын анхны тохиолдол илэрвэл энэ тухай аймгийн Эрүүлийг Хамгаалах

Газар, АЦХС-ын станцад тэр даруйд нь яаралтай мэдэгдэж, өвчиний голомтонд хүч нэмэгдүүлсэн эхний арга хэмжээнүүдийг тэр дор нь авах хэрэгтэй. Үүнд шаардлагатай гэж үзвэл ажлын газарт нь (ялангуяа хүүхдийн байгууллага, хүнс, ус хангамжийн газар зэрэгт) голомтын эцсийн халдвартгүйтгэл хийх, цаашид өдөр тутмын цэвэрлэгээ, угаалга, ариутгалыг өвчтөнийн ар гэрийнхэн болон ажлын газрынхны хүчээр гарын дор байгаа ариутгал, угаалгын бодисын аль нэгээр чанар чансаатай хийлгэх зэрэг арга хэмжээ авна. Гэрийн нөхцөлд аяга, таваг, халбага сэрээ, хоол ундын сав суулгыг буцалган ариутгаж байх нь хамгийн энгийн бөгөөд тохиромжтой арга болно. Хүний гар байнга хүрч бохирдуулдаг аяганы ширээ, шүүгээ, гэрийн багана, хаалганы бариул зэрэг зүйлсийг савантай халуун усаар сайтар угаан цэвэрлүүлж байх хэрэгтэй. Халдвартгүйтгэл цэвэрлэгээний чанарыг шалгуулахаар эд юмсаас сорьц авч харьяа АЦХС-ын станцаар шилжүүлж болно.

Голомтын халдвартгүйтгэл, ариутгалыг гэрийн хортон шавьж устгах ажилтай заавал хослуулай хийж байвал зохино. Практикаас үзэхэд энэ хоёр арга хэмжээг хослуулан зохиохгүй байгаа нь өвчин үүсгэгчийн дамжих замыг бүрэн таслан зогсоож чадахгүй байхын нэг шалтгаан болж байна.

Ил бие засах, бохирын ус халих явдалтай хатуу тэмцэл хийж, тийм тохиолдол илэрвэл нэн даруй зогсоож арга хэмжээ авч тэр хавийн газрын хөрсөнд хлорын шохой цацан ариутгаж байвал зохино.

Эдгээр арга хэмжээний зэрэгцээ сумын их эмч нар өөрсдөө өвчиний голомтонд халдварт судлалын судалгааг биечлэн хийж халдва-

бэр
хөн
ба

рын эх уурхай, дамжин халдсан зам, дамжуулагч хүчин зүйлийг магадтай тогтоож, халдварт өвчний бүртгэл журнал, халдварт судлалын судалгааны картыг асуудлын дагуу бүрэн чанартай бичсэн байх хэрэгтэй. Судалгааны энэ картыг өвчний түүхийн нэгэн адил бүрэн гүйцэд, цэвэр нямбай хөтлөхөд онцгойлон анхаарах хэрэгтэй. Сум, САА-д АЦХС-ын станц, салбар, групп байхгүй нөхцөлд халдварт судлалын судалгааны картыг сум, САА-н их эмч нар өөрсдөө хөтлөн бөглөж байх үүрэгтэй юм. Гэтэл зарим эмч нар халдварт судлалын судалгааны картыг огт бичихгүй буюу бичсэн ч хагас дутуу бичиж хариуцлагагүй ажиллаж байна.

Вируст гепатиттай өвчтөнтэй хамт байсан гэр бүлийн ба ажлын газрын хүмүүст эмнэл зүйн үзлэг хийж, шээсэнд нь уробилиноген, цэсний нөсөө тодорхойлж байх хэрэгтэй. Шаардлагатай гэж үзвэл энэ үзлэг, шинжилгээг өвчтөний төрөл садан, үерхдэг хүмүүсийн гэр булийнхэнд хийх нь халдварт судлалын их ач холбогдолтой байдаг.

Өвчтөнтэй хавьтагсад нь үйлдээрлэлийн ба хувийн ариун цэврийг сайтар сахиж өвчний нууц үеийн хугацаанд өөрсдийн биед ямар нэг сэжиг бүхий шинж тэмдэг илэрч буй эсэхийг ажиглаж, ялангуяа ясли цэцэрлэгийн хүмүүжүүлэгч, эх, эцгүүдээс хүүхдийн эрүүл мэндийн байдалд өдөр тутамд хяналт тавин, хүүхэд нэг бүр дээр тэмдэглэл хөтөлж байх хэрэгтэй.

Хавьтагсад 30—45 хоногийн турш 7—10 хоног тутамд эмнэл зүйн үзлэг заавал хийж сэжигтэй шинж тэмдэг, өөрчлөлт илэрвэл биохимиийн шинжилгээнд цус авч аймгийн нэгдсэн эмнэлгийн клиник, биохимиийн лабораторт явуулж байна.

Үүнээс гадна орон нутгийн өвөрмөц онцлог нөхцөлд тохирсон ямар ажил зохиож болохыг ургуулан бодож, түүнийгээ зохион байгуулж үр дүнг нь дор бүр нь гаргаж,

олсон амжилтаа улам бататгаж илэрсэн дутагдал зөрчлийг цаг хугацаа алдахгүйгээр арилгаж байх хэрэгтэй.

«Ариун цэврийг сайжруулъя» гэж ерөнхийлөн уриалах нь хоцрогдсон арга барил болжээ. Иймээс чухам юуг сайжруулах хэрэгтэйг нүдийг нь олж ажлаа зохион хэрэгтэй юм. Магадгүй тухайн орон нутагт ундны ус хангамжийг сайжруулах, усны эх булгийг бохирдуулс хамгаалах, тэнд байгаа айл өрх нүүлгэх асуудал, эсвэл олон жил дарагдан хур хогийг цэвэрлэн хөрсийн нь ариутгах, бохир ус халихыг зогсоох, эсвэл ясли, цэцэрлэг, сургуулийн дотуур байр, хоолны газрын ариун цэврийг онцгойлон анхаарах, хөдөлмөрчдийг ариун цэврийн тодорхой нэр төрлийн бараагаар хангах зэрэг арга хэмжээг эн тэргүүнд авч явуулах шаардлагатай байж болно.

Вируст гепатитаын суурь өвчин болж байгаа хүүхдийн тураал, амьсгалын замын өвчнөөс сэргийлэх үр дүнтэй арга хэмжээг хайн олж практикт бүрэн хэрэгжүүлсэн байх нь вируст гепатитаас сэргийлэхэд чухал үүрэг гүйцэтгэнэ.

Тухайн орон нутагт вируст гепатитын үүсгэгчийг дамжуулан халдаахад гол үүргийг чухам юу юу гүйцэтгэж байна, түүнийг хэрхэн ямар арга барилаар таслан зогсоох талаар хөдөлмөрчдөд ухамсарлуулан ойлгуулж, шаардлагатай арга хэмжээг тэдний хүч туслалцаатайгаар авч явуулан, зохиосон ажлынхаа үр дүнг дор бүр нь дүгнэж байвал ариун цэвэр гэгээрлийн ажлын үр өгөөж байнга сайжирч байх болно. Энэ сурталчилгаа нь «шар өвчинд тийм ч юм сайн, ийм ч юм сайн» гэсэн асуудалд шинжлэх ухааны үндэстэй үнэн зөв хариу өгсөн байхад онцгойлон анхаарах хэрэгтэй. Энэ асуудалд анхаарал сурлуулбал залт этгээдүүд «ардын эмнэлгийн нэрийн дор амьтны ба ургамлын гаралтай эмийг дуурайлган хийж дамлах, ууж хэрэглэхийг дөвчигнөн шаардах арга хэл-

бэрээр өвчтөний бие махбодод хор хөнөөл хүргэх аюул бий гэдгийг байнга санаж байх хэрэгтэй.

Сум, САА-н нам, захиргаа, олон нийтийн байгууллагын дарга нарт вируст гепатитын өвчлөл ямар байгаа, түүнтэй тэмцэн сэргийлэхэд орон нутгийн бололцоо нөхцөлд тохирсон ямар ямар арга хэмжээ авч явуулах нь илүү үр ашигтай болох, аймаг болон улсад ямар асуудлыг тавьж шийдвэрлүүлэх шаардлагатай байгааг тогтмол танилцуулж, тэдний хүч туслалцааг байнга авч байх хэрэгтэй. Зарим эмч нар ийм арга барилааř ажиллахгүй байгаагаас вируст гепатиттai тэмцэх ажлыг бүх нийтийн үйл хэрэг болгон зохиож чадахгүй дээд байгууллагын болон мэргэжилтэн нарын тусламж дэмжлэгийг хүлээж суудаг идэвхгүй байдалтай байгаад дүгнэлт хийх хэрэгтэй. Энэ өчинтэй тэмцэх сэргийлэх асуудлаар БИМАУ-ын ЭХ Яам, УАЦХС Байцаан шалгах газраас гаргасан тушаал, заавр, аргачлал, зөвлөмж орон нутагт их очсон боловч тэдгээрийг эмч нар удирдлага болгон мөрдөж ажиллах нь ханталтгүй байна. Ийм бэлэн юмыг ашиглан мөрдөхгүй атлаа өөрсдөө идэвх санаачилга гарган ажиллахгүй бол вируст гепатиттай тэмцэн сэргийлэх ажилд яаж амжилт олох билээ гэдэгт бид дүгнэлт хийх хэрэгтэй. Энэ дашрамд дараах хэдийн асуудлыг хөндөн ярих нь зүйтэй гэж үзнэ. Эрүүлий хамгаалахын одоогийн практикт сумдаас халдварт өвчний мэдээг сарын эцэст нэгтгэн нэг удаа бөөнөөр нь авч байна. Вируст гепатит зэрэг анхаарал татсан гол гол халдварт өвчний мэдээг тохиолдол бүрд тэр дор нь авч байя гэхэд төсөв байхгүй, хүрэлцэхгүй гэдэг хариулттай тулгарч байна. Гэтэл вируст гепатиттай нэг өвчтөнд улсаас дунджаар 1500 төгрөг, түүний дотор зөвхөн эмнэлэгт хэвтүүлэн эмчлэхэд 400-аад төгрөг зарцуулж байгаа юм. Үүнтэй харьцуулан үзвэл цахилгаан болон шуудангаар вируст гепатитын тохиолдол бурийг сумаас аймгийн төвд мэдээлэхэд

тун бага зардал гарна. Харин мэдээг шуурхай болгоогүйгээс болж өвчин голомтлон гарч дэлгэрсэн үед мэдээний зардлаасаа олон зуудахин зардал, чирэгдэл гардгийг амьдрал харуулж байна. Үүнээс гадна сард ганц удаа мэдээ авах нь зарим үед халдварт өвчний тохиолдлыг мартагнуулах, орхигдуулах нэг шалтаг болж байна. Энэчлэн эмнэлгийн газруудын социалист уралдааныг дүгнэх зарим үнэлгээ, арга барил боловсронгуй болоогүйгээс вируст гепатитын тохиолдлын тоог дараах явдал ч зарим сумдад ажиглагдаж байна. Өвчнийг ингэж дарагдуулах нь голомтонд авах арга хэмжээ хожимдож дээр дурьдсанаар вируст гепатит дэлгэрэн тараахад нөлөөлж байна. Вируст гепатит зэрэг хөнөөлтэй халдварт өвчнийг тараасан болон өвчлөл ихтэй сумдыг бусад үзүүлэлт нь сайн байлаа ч гэсэн социалист уралдаанд тэргүүн байр эзлүүлэхгүй байх нь зүйн хэрэг. Гэхдээ энд харж үзэх асуудал байгаа юм. Социалист уралдаанд эмнэлгийн байгууллагыг байр эзлүүлэхдээ вируст гепатитын тухайн оны биш, харин сүүлийн 5—10 жилийн аймаг, хот, сумдын өвчлөлийн түвшингээс тухайн сумын өвчлөлийн түвшин ямар байгаа, мэдээлэлт, эрт илрүүлэлт, голомтын арга хэмжээний чанар, уг өвчний голомтлог байдал ямар байгаа зэргийг бусад байгууллага, газрынхтай нь харьцуулан дүгнэвэл бодит байдалд нэлээд ойртон очих болно.

Вируст гепатитаар өвчлөгсдийг эмнэлгээс гарсны дараа диспансерын хяналтанд оруулах нь чухлаас чухал асуудлын нэг юм. Диспансерын хяналт нь элэгний хэвийн үйл ажиллагааг бүрэн сэргээж ужиг урхаггүй эдгэрээх, өвчтөний хоол унд, хөдөлмөрийг шинжлэх ухааны үндэстэйгээр зөв зохицуулах, ингэнээрээ элэг цэсний архаг өвчин, түүнээс үүдэн шалтгаалсан элэгний цирроз, өмөнгөөс сэргийлэх онцгой ач холбогдолтой учир одоогийн мөрдөж буй заавар, дүрэм, аргачлалын дагуу

өвчлөгсийг эмнэлгээс гарсны дараа диспансерилалд бүрэн хамруулж хяналтын үр дүнг тогтмол гаргаж байх хэрэгтэй. Сум, САА-д энэ арга хэмжээг өрх гэрийн диспансерилалтай хослуулан зохион нь тохиромжтой бөгөөд үр ашигтай байх болно.

Дээр дурьдсанаас үзэхэд сум, САА-н нам, захиргааны байгууллагын өдөр тутмын удирдлагын

туслацаатай тэндхийн эмнэлэг нь вируст гепатиттай тэмцэн сэргийлэх арга хэмжээг мэргэжлийн талаар чиглүүлэн зохион байгуулж, энэ ажлыг бүх нийтийн үйл хэрэг болгох нь өвчлөлийг туштай бууруулж, цаашид гаргуулахгүй байхын үндэс болох нь хэн бүхэнд ойлгомжтой байна.

Редакцид ирсэн 1987. 01. 18

ГАДААДАД СУРАЛЦАГСДЫН ҮР ӨГӨӨЖИЙГ ДЭЭШЛҮҮЛЬЕ

Өнгөрсөн 5 жилд эрүүлийг хамгаалах системийн хэмжээгээр соёлын болон шууд хамтын ажиллагааны шугамаар 405, шинжлэх ухаан техникийн шугамаар 52, худалдаа зээлээр 76 хүн, ДЭХБ-ын шугамаар 134, нийт 667 хүн гадаадад явж суралцсан байна. Суралцагчдын 39,2 хувь нь эмчлэн сэргийлэх, 20,3 хувь нь эх нялхас, 11,1 хувь багш, эрдэм шинжилгээний, 10,5 хувь эрүүлийг хамгаалахын зохион байгуулалт, 9,3 хувь нь ариун цэвэр, халдварт судлалын, 4,8 хувь нь эм хайгамжийн, 4,8 хувь нь бусад салбарын байгууллагаас явжээ.

Гадаадад суралцагчдын 20,1 хувь олон улсын байгууллагын шугамаар, 79,9 хувь нь хоёр талын хамтын ажиллагааны шугамаар явсан бөгөөд тэдний 80-аад хувь нь ЗХУ-д суралцсан байна.

Өнгөрсөн 5 жилд ДЭХБ, НҮБ-ын хүүхдийн фонд, НҮБ-ын хөгжлийн программаар нийт 134 ханийг дунджаар 3—6 сарын хугацаагаар гадаадын орнуудад явуулж сургасны бараг 70-аад хувь нь эх нялхсүүн эрүүл мэндийг хамгаалах салбарт ажилладаг эмч мэргэжилтэн байлаа.

Эх нялхсүүн салбараас 1981—1985 онд гадаадад явж суралцагсад 1976—1980 оныхоос 4,2 хувиар өссөн нь эх нялхсүүн эрүүл мэндийг хамгаалах талаар нам, засгаас явуулж буй бодлого, манай салбарын гадаад арга хэм-

жээнд тусгалаа олон хэрэгжиж байгааг харуулж байна.

Гадаадад мэргэжил дээшлүүлсэн хүмүүсийн ажлын үр дүнг сайжруулах зорилгоор яамцаас гаргасан тушаал, шийдвэрийн биелэлтийг хянан тооцож гадаадад явах хүнийг зөв шилж сонгох, урьдчилан бэлтгэлийг хангуулах журам тогтоож хийсэн ажлыг дүгнэх үзүүлэлт боловсруулан мөрдөж байгаа нь зохих үр дүнгээ өгч байна.

Өнгөрсөн 3 жилд гадаадад эмч мэргэжилтнээ явуулж сургасан Улаанбаатар хотын бүх эмнэлэг урьдчилан сэргийлэх байгууллагуудыг хамруулсан шалгалт хийж, гадаадад явж суралцсан хүмүүсээс зохиож буй ажилд харьяа байгууллагуудаас тавьж буй хяналтыг шалган туслах ажлыг явуулж, 10 гаруй байгууллагын дарга нарын сонсголыг хэлэлцэв.

Судалгаанаас үзэхэд гадаадад явж суралцсан хүн бүр доод тал нь 2—3 зүйлийг санаачлан эмчилгээ оношлогоо, үйлчилгээний чанарыг сайжруулах удирдлага зохион байгуулалт төлөвлөлтийг эрчимжүүлэх зорилгоор амьдрал практикт хэрэгжүүлсэн байна.

Сүүлийн 10 жилийн судалгаанаас үзэхэд гадаадад явж суралцсан хүмүүсийн шууд санаачилга, сурч ирсэн зүйлийг нь ажил амьдралд нэвтрүүлэх талаар Эрүүлийг хамгаалах яамнаас зориуд авч хэргэжүүлсэн арга хэмжээний үр

дүнд эрүүлийг хамгаалахын төлөв лөлт, удирдлагын статистикийн алба бий болж, автомат удирдлагын системд компьютерыг ашиглах суурь тавигдаж, цээжний хөндийн мэс засал, бөөрний диалез, нүдний хиймэл болор суулгах, хамар засах, тагнай нөхөх, элдэв, гэмтэл, гажгийг засах зэрэг хэдэн арван арга, бусад эмчилгээ оношлогооны мянга гаруй хялбар дот арга, ажилбарыг нэгж байгууллагуудын түвшинд нэвтрүүлж, биобэлдмэл вакцин, түүний бүтээгдэхүүний үйлдвэрлэл биотехнологийн суурь тавигдаж, вируслогийн алба, реабилитацийн алба, цөмийн болон, хэт богино долгион, компьютерын оношлогоо, төрөл бүрийн дотоод эрхтэнийг дурандах зэрэг эмчилгээ оношлогооны 30-аад шинэ цэг салбар бий болж, олон арван заавар, журам, ажлын аргачлал, зөвомж боловсруулан мөрдөж, эмнэлэг урьдчилан сэргийлэх байгууллагуудын бүтэц зохион байгуулалтыг боловсронгуй болгох ажил хийгдсэн байна.

Хоёр талын болон олон улсын хамтын ажиллагааны үр дунд оношлогоо, эмчилгээний чанар дээшилж хүн амд үзүүлэх эмнэлгийн нарийн мэргэжлийн тусламжийн тоо, цар хүрээ өсч байна. Гэвч боловсон хүчинийг гадаад арга хэмжээгээр бэлтгэх талаар явуулж буй бодлого чиглэл тодорхий бус түүнийг дотоодод бүрэн бэлтгэгдсэн хүмүүсийг цахин бэлтгэх дээд шатны сургалтын хэлбэр болгон зохион байгуулж чадаагүй байна.

1984—1985 онд гадаадад явуулж суралсан хүмүүсийн 33,3 хувь нь нэг сараас доош хугацаагаар 55,7 хувь нь 2—3 сарын хугацаагаар явж байгаа нь өндөр, нарийн мэргэжлийн боловсон хүчинийг бэлтгэх зөв зүйтэй хэлбэр болж хөгжиж чадаагүйг харуулж байна. Ийм хугацаагаар явсан хүмүүс

ойр зуурын аар саархан зүйлийг өнгөц харж, төсөөлж ирэхээс илүү зүйл сурч эзэмшиж чадахгүй, гэдний өгөөж тааруу байна.

Гадаадад явж сурах хүмүүсийн удирдамж, суралцаж ирсэн хүмүүсээс зохиох ажлын төлөвлөгөөнд аар саар, хэт олон зүйлийг шахан оруулдаг нь жинхэнэ хэрэгтэй зүйлийг сурч тодорхой хугацаанд биелүүлэх боломжийг алдагдуулж гадаадад суралцагчдын ажлын өгөөжийг бас бууруулж байна.

Гадаадад суралцагчдын ажлыг хичнээн зүйлийг шинээр санаачилсан зэрэг тооны үзүүлэлтээр дүгнэх хандлага удирдлагын бүх түвшинд байгаа нь зохиосон ажлын үр өгөөжийг бус харин хийсэн ажлын тухай цаасыг ихэсгэж, чанар үр дүнгийн асуудлыг орхигдуулахад хүргэж байна.

Гадаадад суралцагчдын ажилд тавих хяналт, үр өгөөжийг нэгтгэн дүгнэх, анализ судалгаа хийх ажил ч учир дутагдалтай, гардамжсан элдэв тайланд зонхилон тулгуурлаж байна.

Гадаад харилцааны аль ч асуудлаар шийдвэр гаргах ажлын хурд хамтран ажиллаж буй социалист бүх орнуудынхаас үлэмж удаан, хэт олон шат дамжлага дамжин олон хүн цагийн хөдөлмөр зарцуулагдаж байгаагийн дээр олон шатны хяналтын явцад гадаадын улс олон улсын байгууллагатай байгуулсан гэрээ хэлэлцээр төлөвлөгөөний заалтуудын нөхцөлүүд чалдагдах тохиолдол шөөнгүй байна.

Энэ бүхэн нь гадаад арга хэмжээний төлөвлөлт уян хатан чанарыг дээшлүүлж яамд тусгай газруудын эрх үүргийг өндөржүүлж, гадаад арга хэмжээний эцсийн үр өгөөжийг дээшлүүлэхэд зохих хувь нэмрээ өгөх болно.

ЭХЯ-ны гадаад

харилцааны тасгийн дарга З. ЖАДАМБА

НҮДНИЙ ЭВЭРЛЭГ БУРХЭВЧИЙН СОРИВЫГ НӨХӨН СЭЛБЭХ МЭС ЗАСАЛ

Анагаах ухааны дээд сургууль

Эвэрлэг бурхэвчийн үүл (лейкөм) гэдэг бол үрэвсэлт өвчин, гэмтлийн дараа тогтсон цайвар өнгийн толбыг хэлнэ. Үүл нь нимгэн зузаанаар адилгүйн дээр их бага хэмжээтэй, зарим уед бүх эвэрлэгийг хамарсан байж болно. Ийнхүү эвэрлэгийн тунгалаг чанарыг бүдэгшүүлснээс нүдний хараа алдагдаж зөвхөн гэрэл мэдрэх төдий болдог. Хэрэв уг үүл нь хүүхэн харааг хаагаагүй, эвэрлэг бурхэвчийн заход оршивол хараанд төдий л нөлөөлөхгүй боловч хүний гоо, үзэмжинд нөлөөлөх нь зайлшгүй юм.

Эвэрлэг бурхэвчийг хүчсан үүл нь зөвхөн төвийн хэсгийг хаасан байвал эвэрлэгийн үлдэж байгаа тунгалаг хэсгийн орчим (ард нь) солонголог бурхэвчийг цоолон нүх гаргаж, хиймэл хүүхэн хараа үүсгэн харааг сэргээх боломжтой юм. Ийм мэс заслыг иридэктоми гэдэг бөгөөд одоо ч үүнийг тодорхой заалт, шаардлагаар хийж болох юм. Өвчин эмгэгийн улмаас ийнхүү үүлтэй болсон хүмүүс эмчлүүлэхээр ирдэг. Үнэндээ ч уул толбыг цоолж «цонх» гаргах юм бол эрхбиш юм харах болно.

Дээр үеийн эмч нар эвэрлэг бурхэвчийг ийнхүү нүхлэн шил, уулын болор мэтийн тунгалаг материалаар нөхөхийг оролддог байсан боловч төдий л амжилт олоогүй учир үүлийг авсны дараа тунгалаг эвэрлэгээр нөхөх ёстой гэдгийг эмч, эрдэмтэд ойлгосон байна.

Энэ санаа хоёр зуугаад жилийн өмнө гарч ирсэн боловч сэлбэн суулгах материалд гол төлөв амьтан, малын нүдний эвэрлэг хэрэглэдэг байсан учир үр дүн муу байв. Биологийн үл тохирооны шалтгааны улмаас нүдийг дахин өвчлүүлж сорив тогтдог байжээ.

Өнгөрсөн зууны сүүлчээр Германы офтальмологч Гиппель өрөм хэлбэрийн багаж (трепан) зохиож эвэрлэгийн нөхөн сэлбэлт-кератопластик анх удаа хийсэн юм. 1906 онд мөн Германы эрдэмтэн Цирм кератопластик хийхдээ хүний эвэрлэг хэрэглэснээр сайн үр дунд хүрч чадсан юм. 1908 оноос Чехийн офтальмологч Эльшниг энэхүү кератопластик мэс заслыг өргөн хэрэглэх болж олон зуун хүмүүсийг хараатай болгов. Гиппель, Эльшниг нарын зохион бүтээж хэрэглэсэн өрөмдөгч хутга (трепан) нь пүршээр ажилладаг байсан түл зарим уед болрыг хөндөн гэмтээх, шиллэг биеийг гоожуулах мэтийн хүндрэл гардаг байсан.

Зөвлөлтийн нэрт эрдэмтэн академич В. П. Филатов (1875—1956) энэ зууны гучаад оноос эхлэн кератопластик мэс заслыг боловсронгуй болгох талаар ихээхэн хувь нэмэр оруулсан эрдэмтэн билээ. Тэрээр сэлбэн суулгах материалын хувьд зарчмын шинэ арга зам боловсруулсны дээр трепаныг өөрчлөн шинэчилж аюул багатай болгосон, сэлбэн суулгасан эвэрлэгийг тогтоон бэхлэх цоо шинэ арга зохион юм. Эхний уед үүлний зөвхөн төв хэсгийг 4—5 мм хэмжээтэй трепанаар дугуйруулан нэвт авч мөн хэмжээний тунгалаг эвэрлэгээр нөхөн нүдний салстаар хучин тогтоож байлаа. Цаашдаа хэмжээгийн томруулсаар эвэрлэг бурхэвчийг бүхэлд нь сэлбэн солих нэвт биш үечлэн хуулах, мөн түүнчлэн заалт зориулалтыг өргөн болгосон байна. Сүүлийн уед нүд судлалын ухаанд бичил мэс заслын арга нэвтэрч эхэлснээс хойш салстаар хучихаа больж, бичил оёдлоор бэхлэх болов. Уг мэс заслын заалт өргөжихийн хамт эмчилгээний зорилгоор

эвэрлэгийн шархлаа, гэмтэл, трахомын дараа буюу зарим витамины дутагдлаас эвэрлэг хуурайшин бүдэгших үед, хугарлын гажиг засах, зарим үед гоо заслын зорилгоор хийх болж байна.

В. П. Филатовын зохион бүтээгч нарын бүтээсэн трепан багаж нь тусгай хамгаалалттай учир болор болон шиллэгийг хөндөх аюулгүй. Эхний бүтээсэн трепан ФМ—1 (зохион бүтээгч А. П. Марциковский хамт), дараах нь ФМ—3, ФМ—4, ФМ—5 гэх мэтийн олон янзын загвар байсан. Одоо хэрэглэж буй багаж нь янз бүрийн диаметртэй бөгөөд онгөц болон гүнд ажиллах боломжтой. В. П. Филатов суулгасан эвэрлэгийг нудний салст бүрхэвчээр хучин бэхлэх арга зохиож түүний олон жилийн турш амжилттай хэрэглэж байлаа.

Эрдэмтэн Мажито нэг өвчтөнд эвэрлэгийг нөхөн сэлбэхээр бэлтгэсэн боловч мэс заслыг хойшилуулах шалтгаан гарсан учир донорын эвэрлэгийг хөргөгчинд хийж 8 хоногийн дараа хэрэглэсэн тохиолдлын тухай В. П. Филатов дурьдан бичсэн байдаг. Гэтэл тэр эвэрлэг (трансплантат) тунгалааг чанараа отthon ч алдаагүй, уул хүн нь хоёр жилийн турш сайн хараатай бийжээ. Энэ тохиолдол В. П. Филатовт донорын эвэрлэгийг 0-ээс +2—4 градуст хэд хонуулахад гэм хоргуй юм байна гэж санаа төрүүлэв. Цаашид тус институтын эрдэмтдийн судалгаагаар консервац хийсэн эвэрлэг нь илүү сайн болох нь мэдэгдсэн юм.

В. П. Филатовын үүсгэн байгуулж олон жил удирдсан Одесс дахь нудний өвчний эрдэм шинжилгээний институтэд гагцхүү кератопластик мэс засал олон мянга хийгдлээ. Зөвхөн гоц авьяаслаг чадалтай цөөн тооны мэс засалч нарын хийдэг байсан энэхүү мэс заслын аргыг академич В. П. Филатов шавь нарынхаа хамтаар боловсронгуй болгон улмаар хөгжүүлж жирийн офтальмохиург эмч бүхэнд эзэмших боломж өглөө.

Энэ бол тэр үед шинжлэх ухааны ололтыг эрүүлийг хамгаалахын практикт нэвтрүүлэх, амьдралд ойртуулахад ихээхэн ач холбогдолтой болсон юм. Филатовын институтэд зөвлөлтийн бүх район, муж, бүгд найрамдах улс болон гадаад орнуудаас эмч нар очиж маш боловсронгуй программ бүхий 2 сарын курсц суралцаж тодорхой асуудлаас гадна бусад чиглэлээр тал бурийн өргөн мэдлэг авдаг байв.

Манай мэргэжилтнүүд анх 1956 онд Одессын институтэд очиж кератопластик мэс засал сурч эзэмшсэн юм. 1956 оноос хойш энэ хугацаанд олон тооны мэс засал хийгдлээ. Манайд тол төлөв 4, 5, 6 мм-ийн диаметр бүхий нэвтэрхий пластик хийгддэг бөгөөд суулгасан трансплантатыг анхандаа салстаар, дараа нь захын оёдлоор, эсвэл тоонолжин оёдлоор бэхэлдэг юм. Эвэрлэг бүрхэвчийг нүүлгэн суулгах мэс заслын заалт маш нарийн, донор ба өвчтөний биеийн эрүүл мэнд, нудний ерөнхий байдал, харшлах шалтгааныг маш сайн судалсан байх ёстой. Жил ирэх тутам энэ мэс заслыг хийж явдал цөөрч байгаа нь орон нутагт ажилладаг эмч нар эвэрлэгийн үрэвсэл, шархлаа, гэмтэлд цаг тухайд зохих ёсны тусламж үзүүлж чаддаг, эмчилж чаддаг болсныг үзүүлж байгаа юм.

ЗХУ-ын анагаах ухааны энэ том амжилтыг манайд нэвтрүүлснээс хойш 30 гаруй жил болж байгаад бид баяртай байдаг юм.

Редакцийд ирсэн 1987 02. 14

И. Санжаадорж, Г. Мөнхбат

ЭМЧИЙН НУУЦ

Эрүүлийг хамгаалах яам
Анагаах ухааны дээд сургууль

Эмчийн мэргэжлийн ёс суртахууны чухал зарчмын нэг болсон эмчийн (эмнэлгийн) нууц хадгалах асуудал нь анагаах ухаан үүсэн хөгжсөн цагаас эхлэн өдүгээ хүртэл баяжин уламжлагдаж ирсэн билээ.

Анагаах ухааны хөгжлийн эхэн үед хүн эмчлэх ажлыг эрхэлж байсан бөө тайлгач нар нэр хүндээ алдахгүйн тулд хүмүүсийн эрүүл мэнд, тэдний гэр бүлийн амьдралын зарим зүйлийг нууцалдаг байжээ.

Шинжлэх ухааны эмнэлгийн эцэг гэж алдаршсан Гиппократ өөрийн алдарт «Тангартага» «Эмчилгээний болон аль ч үед хүмүүсийн амьдралаас харж сонссон бусдад хэзээ ч илчилж болохгүй зүйлийг нууц гэж тооочон уг алдахгүй байна» гэж бичиж байв (8). Гиппократын энэ тангартгийн залгамж болсон XVII, XIX зууны «Амлалтууд» («Обещание» Факультетское обещание) болон 1948 онд Женевт болсон Дэлхийн Анагаах Ухааны Холбооны бага хурлаас батлан гаргасан «Женевийн» тангартаг эмчийн нууц хадгалах ёс агуулагдсаар байжээ (12). Ингэж нууц хадгалах Гиппократын зарчим үе залгамжлан өнөөгийн шатанд ирж эмчийн хүнлэг энэрэнгүй ёсны нэг илрэл болон хадгалагдсаар байна. Эмчийн нууцыг хадгалах тухай заалт зарим улсын хууль эрхийн актуудад тусгагдсаар байна. БНБАУ-ын Эрүүгийн хуулийн (1968) 245 дугаар зүйл, БНУАУ-ын Эрүүгийн хуулийн (1978) 177-дугаар зүйл, БНАГУ-ын Эрүүгийн хуулийн (1968) 136 дугаар зүйлд эмч, эмнэлгийн ажилтан мэргэжлийн аж-

лаа гүйцэтгэж байхдаа мэдэж авсан бусдын хувийн сонирхолд нийцүүлэн нууцлах зүйлийг санаатайгаар задруулбал эрүүгийн хуулийн хариулага хүлээх тухай тус тус заасан байдаг (10). Гэвч зарим капиталист оронд өвчтөн нууцыг задруулахгүй байх талаар эмчтэй хэлэлцээ хийж мөнгө төлсөн бол тэр хэрэг улс нийгэмд хортой ч байсан задруулалгүй эмч ийнхүү өөрийнхөө ёс суртахуун, үзэл бодлоо мөнгөөр худалдаж болдог байна (4).

Социалист орнуудад эмч, эмчийн нууцын эрхэм зан заншлыг өвчтөний итгэл, найдвар, эрх ашигийг хамгаалах үүднээс хэрэв тэр нь нийгмийн сонирхолд харшилахгүй бол дагаж биелүүлэх үүрэгтэй.

Хүмүүс эмчид эрүүл мэнд, амь, нас, хувь заяагаа даатган өндөр найдвар өвөрлөн очихдоо өөрсдийн өвчин, зовиур шаналгаа, үүнтэй холбоотой байж болох бүх зүйлсийг аль болохоор дэлгэрэнгүй ярьж үнэн зөв онош, тохирсон бүрэн дүүрэн эмчилгээг хүсч байдаг. Ийнхүү манай ард түмний «эмч, ээж хоёроос юуг ч нууж болохгүй» гэж ярьдагчлан эмчид гэр бүлийн амьдрал элдэв зуршил, туулж өнгоруулсан амьдралын зам, удам судар, цаашдын хүсэл тэмүүлэл зэрэг нарийн нандин зүйлсээ ний нуугүй ярихад хүрдэг. Энэ нь эмчийн оношлогоо эмчилгээний арга тактик боловсруулах зөвлөлгөө өгөхөд чухал ач холбогдолтой байдаг. Ийм ч учраас БНМАУ-ын Эрүүлийн Хамгаалах Хуулийн 2-дугаар бүлгийн 10 дугаар зүйлийн 8-д иргэн бүр «өөрийн болон бусдын эрүүл мэнд,

Өвчний тухай эмч наарт үнэн зөв мэдээлэх» үүрэгтэй гэж заасан байна (2).

Түүнчлэн хүмүүсийн эрүүл мэнд, бие байлдар, амьдрал ахуйтай холбоотой нилээд зүйл үзлэг, шинжилгээ, эмчилгээний явцад тодорхой болдог. Эдгээрээс зарим мэдээг эмч эмчийн нууц хадгалах зарчмын үүднээс нийгэм хамт олон, өвчтөний ашиг сонирхол, мэргэжлийн онцлогт нийцүүлэн нууцлах шаардлага гарна. Гэвч энэ нь нуухыг хүссэн болгоныг эмч нууцална үзэн хэрэг биш нь тодорхой юм. ЗХУ-ын эрүүлийг хамгаалахын алхын комисsar, нэрт эрдэмтэн М. А. Семашко: «Итгэл хүлээлгэн хэлсэн нууцыг эмч задруулахгүй ариунаар хадгална... эмчийн нууцын ясуудлыг шийдвэрлэхэд хамт олны сонирхол нэг хүний сонирхлоос ямагт өндөр байдалг гэдгийг мартаж болохгүй» гэжээ (11).

Иймд гоц, поимог халдварт өвчинүүд, нийгмийн халдварт (арыс өнгөний) өвчинеөр өвчилсөн хүн түүнчлэн нийтийн холны газар сургууль, цэцэрлэг яслид ажиллагч хүмүүс хижиг, цусан суулга, мэнэн өнчний нянг тээгч байвал зохих байгууллагад мэдэгдэх үүрэгтэй.

Эмч хүн, бусдын амь насыг хөнөөсөн, амиа хорлосон, хууль бусаар үр хөндуулсан, бэлгийн гэмт көрэг, хүнд гэмтэл учирсан зэрэг үргэдийн амь нас эрүүл мэндийн эсрэг чиглэсэн гэмт хэргийг хуулийн байгууллагад мэдээлж байх үүрэгтэй юм. Энэ талаар БНМАУ-ын шинэчлэн найруулж баталсан Эрүүгийн Хуулийн 199, 200 дугаар зүйлүүдэд бусдыг санаатай алах, хүндруүлэх нөхцөл байдалтайгаар хүчиндэх, цагдан сэргийлэх байгууллагын ажилтан, ардын нөхөрлөлийн гишүүний амь биед халдах зэрэг гэмт хэргэг үйлдэхийг лавтай мэдсээр байгаад байгууллага, албан тушаалтанд мэдээлээгүй эсвэл нуун далдалсан тохиолдолд эрүүгийн хариуцлага хүлээлгэх тухай тодруулан заасан байна.

Нисэгч, жолооч нарын сонсгол, нүдний хараа муудсан, үйлдвэрийн осол, авто хөсөг, галт зэвсгийн гэмтэл, хорон санаагаар эрхтэнээ бэртээсэн, амин хорлох хандлагатай буюу нийгэмд аюултай гэмт хэрэг үйлдэх болзошгүй сэтгэл мэдрэлийн өвчтэй хүн илэрсэн тохиолдолд эдгээрийг эмч нуун дарагдуулах ёсгүй.

Мэдээлэх зарчмын тухайд А. Н. Савицкий нэгдүгээрт эмч, эм зүйн эмнэлгийн бусад ажилчид мэдээлэх шаардлагатай өвчин эмгэгийг илрүүлмэгц эмчилгээний болон урьдчилан сэргийлэх байгууллагын ерөнхий эмч аптекийн эрхлэгчдэд мэдээлж, тэр нь цаашид эрүүлийг хамгаалах дээд байгууллагад мэдэгдэх, **Хоёрдугаарт:** мэдээлж байгаа нь эмчийн нууцыг хадгалах хууль ёсны шаардлагыг зөрчиж байгаа хэрэг биш, энэ нь дээрх байгууллагад зөвхөн шаардлагатай мэдээллийг дамжуулж байна гэсэн уг бөгөөд ингэснээр нууц хадгалах үүргийг эдгээр байгууллагад шилжүүлж байгаа юм. **Гуравдугаарт:** мэдээлэх зүйл нь эмчийн нууцыг бүрдүүлэгч бүх мэдээсэлт бус зөвхөн өвчиний тухай зүйлс байх болно (10) гэж тодорхойлсон байна. Энэ талаар тус улсын Эрүүлийг Хамгаалах Хуулийн 3 дугаар булгийн 16 дугаар зүйлд «...эмнэлгийн газрын удирдах ажилтан нар хүн амын эрүүл мэндийг хамгаалахтай холбогдуулан иргэдийн өвчиний тухай мэдээсэлтийг эрүүлийт хамгаалах байгууллагад болон мөрдөн байцаах, шүүхийн байгууллагад тэдгээрийн шаардсанаар мэдээлж байх үүрэгтэй» (2) гэж заасан байна. Энэ үүргийг зөрчвөл эмч иргэн гэрч, мэргэжилтэн шүүх эмнэлгийн чөлөөт шинжээчийн хувьд БНМАУ-ын Эрүүгийн Хуулийн 205, 206 дугаар зүйлд зааснаар эрүүгийн хариуцлагад тагдана. (1).

Эмчийн нууц нь дотроо 2 янз байдаг. Үүнд: **Нэгдүгээрт:** Өвчтэй хүнд өөрт нь хэлж болохгүй зүйлс, **Хоёрдугаарт:** Гуравдагч этгээдэд (хамт олон, наиз нөхөд, төрөл тө-

рөгсөд, гэр бүлийнхэн гэх мэт) мэдэгдэж болохгүй мэдээ сэлт ордог (10, 12, 13).

Өвчтөнд өөрт нь хэлж болохгүй мэдээ сэлтэд юуны өмнө тавилан муутай, ужиг архаг явцтай, хүндрэл ихтэй өвчинүүд орно. Ийм өвчний оношийг мэдмэгц «цаазлуулах ял» сонссон мэт хүний сэтгэл цочрон давчдаж, гутран амьдралын хүсэл тэмүүлэл нь мохож болохоос гадна биенийн эсэргүүцэл эрс сулардаг байна. Ингэснээр өвчний явц улам хүндэрч гүнзгийрнэ. Эмчийн нууц хадгалах зарчим зөрчигдсөнөөс училж болшгүй алдаанд хүрдэг.

Хорт хавдар зэрэг явц муутай өвчнийг яаран мэдэгдэхийн оронд ижил төсөөтэй шинж тэмдэг бүхий өөр хөнгөн өвчний онош бичиж, хэлж тайтгаруулсны буруу гэж байдаггүй байна. Оросын нэргээс С. П. Боткин энэ зарчмыг баримталж байжээ. Энд эмчийн хариуцлага, мэдлэг, дадлага туршлагаас шалтгаалан оношийн алдаа гарч болохоос гадна орчин үеийн шинжлэх ухаан техникийн ирмүүн хөгжлийн үед оношлогоо, эмчилгээний шинэ шинэ аргууд нээгдэж, өнөөдөр эмчилж чадахгүй бол маргааш бүрэн эмчилж болох бөгөөд хүндэрсэн үедээ орсон зарим хорт хавдар, цусны өвчнийг амжилттай эмчлэн эдгэрүүлсэн жишээ олныг дурьдаж болох байна.

Амьдралд итгэж, сайн сайханд тэмүүлж, эдгэхийн хүсэл зориг тэвчээр байж гэмээ нь тухайн өвчтөний бодисын солилцоо эрчимжиж, эд эсийн нөхөн төлжилт, биенийн эсэргүүцэл сайжирч, дотоод шүүрлийн үйл ажиллагаа зохицуулагдан, хамгаалах урвал дээд зэргээр дайчлагдаж эдгэрэх нөхцөл бүрэлддэг. Энэ нөхцөлийг эмч, өвчтөнтэйгээ хамжин бий болгох ёстой юм.

Өвчин бол золгүй тохиолдол болохоос биш «гутамшиг биш» гэсэн санааны үүднээс Америкийн хавдар судлалын эмч нарын дунд «өвчтөний төөрөгдөлд оруулж болохгүй, өвчин даамжрах тусам

эмчид итгэх итгэл хөсөрдөнө» (13) гэх буюу зарим эмч нарын дунд «эвгүй ч гэсэн үнэн юм». «Өвчтэй хүнийг хэт тайвшуулж болохгүй» «өвчинтэй тэмцэхэд юуны өмнө өвчтөн эмчийн туслагч байх ёстой» (5) гэсэн санааг баримтлан оношийг шууд хэлдэг байжээ. Гэвч, мэдээж хэрэг, үхэх ойртоноо лавтай мэдсэн хүн яаж тав тухтай байж эмчийн туслагч болж чадах билээ. Өвчний явц муугаар төгсөхийг үнэнээр хэлэх нь хамгийн энэрэнгүй ёсны эмчийн мэргэжил, ерөөс амьдралд харш зүйл юм.

Анагаах ухааны сэтгэл зүйчдийн судалгаанаас үзэхэд дөнгөж амьсгаатай байгаа хүн ч хэдэн хоромч бол амьдрах гэсэн хүсэл тэмүүлэл байдаг байна. (6). Амьдралын энэ ариун хүслэнд хүч сэлбэн, урам хайрлаж явдагт л эмчийн нууцын нэг учир оршино. В. А. Шаранов (1977), (12) Кадлецова нарын судалгаагаар хорт хавдартай бүх хүмүүсийн 91—93% өөрсдийгээ хавдаргүй гэж бодох буоу дөнгөж сэжиглэж байжээ. Ер нь өвчний явц ужигшиж, биенийн байдал доройтох бүр хүн өвчинээ гардараах боловч «эмчээс эдгэнэ» гэсэн үгийг горьдож хүлээж байдаг.

Хүмүүс өөрсдийнхөө эрүүл мэндийн тухай мэдэж авах эрхтэй боловч эмч онцын шаардлагагүй бол шинжилгээний хариу, бодит байдлын талаар тэр болгон дэлгэрэнгүй ярих хэрэггүй юм. Сэтгэлийн хөдөлгөөн ихтэй, хөнгөмсөг, амархан гутрамтгай хүмүүст бие маходын бага зэргийн өөрчлөлт, гарч мағадгүй хүндрэлийн тухай хэлж мэдэгдэх нь биеэ хэт чагнах, иатрогени өвчин үүсэх боломжийг бүрдүүлдэг байна (12) гэхдээ хүмүүс эмчээс илэн далангүй яриа, элэгсэг дотно харилцаа хүсч байхад эмч хэтэрхий дуугай байх, ярьж хөөрөхөөс зайлсхийх, хэт яарч сандчих нь «ямар нэг юм нуугаад байна», эсвэл «мэдэхгүй байна» гэх сэтгэгдлийг төрүүлж болно. Өвчин эмгэгийн тухай яаран хэлэхийн оронд зовиур шаналгааг нь асуун лавлаж яриулах, бич-

сэн эмийнхээ заавар зөвлөгөөг дэлгэрэнгүй өгөх нь өвчтөний «уг сонсох» гэсэн сэтгэлийн зайл бөглөж өгдөг байна. Ер нь хүн өөрийнхээ зовиур шаалгааг нэг сайн ярчихаад сэтгэл нь нэг удаа хөнгөрдөг. Харин Н. Н. Блохин, Н. Н. Петров, А. Н. Нестров зэрэг томоохон эрдэмтэн эмч нарын үзэж байгаагаар зайлшгүй шаардлагатай эмчилгээ, ялангуяа мэс заслаас өвчтөн татгалзах, биеэ гаргунд нь хаясан тохиолдолд өвчний аюул хүндрэл, эмчлүүлэх шаардлагыг ойлгуулахад эмчээс багагүй хөдөлмөр, эв дүйг шаарддаг байна. Хүмүүс ихэвчлэн эмчид эргэлzsэн үедээ бусдыг төлөөлж утсаар ярих, эмнэлгийн бичиг баримтыг элдэв аргаар олж үзэхийг хичээх, түүнийг өөр эмчид үзүүлж лавлах, ойр дотно хүмүүсээр асуулгах зэргээр учрыг олохыг оролддог. Гэр ч байтугай зарим нь өөрсдийгээ сэтгэлээр унадаггүй, учраа мэдсэн хүн гэдгээ тайлбарлаж, тагцхүү үнэнийг мэдэхийг хүсэж байна гэж аргадан гүйх буюу үхэхээсээ өмнө өр авлагаа барагдуулна, өв хөрөнгөө залгамжуулна, ямар нэг ажил амжуулна гэх мэтээр жинхэнэ оношийг хэлж өгөхийг эмчид тулган шаарддаг ч байна. Эдгээр нь эмчийн нууцыг задруулах шалтгаан болохгүй, харин энэ үед эмч хувь хүний бие сэтгэхүйн онцлогт тохируулан харьцах ёстой. Нөгөөтэйгүүр эмнэлгийн бичиг баримтын хадгалалт, цэгцлэлтийг сайжруулах, тэдгээртэй харьцах хүмүүсийн тоог цөөрүүлэх, өвчтөн түүний ар гэрийнхэнд өгдөг бичиг баримтын оношийг бодож үзэх нь ч зүйтэй байна. Энэ талаар ЗХУ-д 1976 оноос тодорхой арга хэмжээ авч мөрдсөн нь хэрэгжүүлүүштэй туршлага юм.

Эмчийн нууцыг бүрдүүлэгч нөгөө хэсэг нь өвчин, эмгэгийн байдлыг төрөл төрөгсөд, гэр бүл, хамт олноос нь өвчтөний хүссэнээр буюу тэдний эрх ашигт нийцүүлэн бусдад харшлахгүй бол нууцлах явдал юм. Хүмүүс бие эрхтэний гаж хөгжил, бэлгийн сулрал, сэтгэл мэдрэл, арьс өнгө, удамшлын өвч-

нийг бусдад мэдэгдэхгүйг хичээдэг. Тэр ч байтугай ойр төрөл төрөгсөд нь сэтгэл мэдрэл, арьс өнгө, удамшлын өвчтэй, сурьеэтэй байсан, архаг архичин байсныг үе дамжуулан нуух гэсэн хандлага ч байдаг. Жирэмслэлтийн хугацаа нь бодит байдалтай тохирохгүй байх, умай, ондгөвч зэрэг бэлзг эрхтэнд мэс засал хийлгэсэн, хоёрдогч ургүйдэл, урьд жирэмсэлж үр хөндүүлж байснаа гэр булийнхээ хүнээс нуухыг хүсвэл эмч нуудална. (3) Гэх мэтээр янз бүрийн тохиолдолд өвчтэй хүн эрүүл мэндийнхээ байдлыг бусдад мэдэгдэхгүй байхыг хүсж эмчээс гүйдаг. Гэвч бэлигсийн замаар халдах трихомоноз, тэмбүү, заг хүйтэн, болон хамуу, үлд зэрэг арьсны өвчин, гэдэсний шимэгч хорхойн өвчинг өвчтөн өөрөө ойлгож мэдсэн байх төдийгүй гэрийнхэн нь мэдэж хувийн эрүүл ахуйн дэглэмийг сахих шаардлагатай. Эцэг эх, үр хүүхэд, тэр булийнхэнд нь тавилан муутай өвчний тухай мэдэгдэхдээ маш болгоомжтой аажмаар дасган хэлэх нь зөв юм. (7, 12, 6)

Эмчийн нууцыг хадгалахад эмийн сангийн ажилтан, асрагч сувилагч нар чухал уурэгтэй. Тэд бичсэн эм, шинжилгээ, эмчилгээ, өвчиний түүх, бусад бичиг баримтаас оношийт тодорхой мэдэж болох боловч түүнийг мэдээлэх эрхийг зөвхөн эмчлэгч эмч, тасгийн эрхлэгч эдэлнэ. Иймд хүмүүсийн сонирхсон асуултанд зөвхөн эмчлэгч эмч л хариулж байх нь зүйтэй. Ер нь эмнэлгийн байгууллагад ажиллагсад найз, нөхөд, гэр орныхондоо бусдын өвчиний тухай дэл сүл ярих ёсгүй. Эмнэлгийн коридор, олон нийтийн газар эмч, эмнэлгийн ажилчид хүнд өвчтөний тухай ярихыг цээрлэх хэрэгтэй. Ийм ч учраас анагаах ухааныг эртний «Римд «дуугүй байхын урлаг» гэж байсан нь ч учиртай юм.

Эрдэм шинжилгээний хурал, бүтээл, ариун цэвэр гэгээрлийн сурталчилгаанд хүний овог нэр, амьдралын тухай тодорхой хэлж бичихгүй байхаас гадна сурвалж-

лагч өвчтөний зөвшөөрөлгүйгээр тэдний өвчиний тухай хэвлэлд нийтлэх учиргүй (12).

Ийнхүү «...Эмчийн ёс суртахууныг эрхэмлэн, эмнэлгийн нууцаа бат хадгалж явахаа тангараглая» гэж нам, эх орон, ард түмнийхээ өмнө төрийнхээ сүлдэнд

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. БНМАУ-ын Эрүүгийн хууль. УБ. 1987.
2. БНМАУ-ын Эрүүлийг хамгаалах хууль. УБ. 1977.
3. Г. Дашигэвэл, И. Санжаадорж—Эмчийн ёс суртахуун, ажлын хариуцлага» УБ. 1979.
4. Н. С. Давыдовский — Деонтология в акушерстве и гинекологии. Л. «Медицина» 1979.
5. В. А. Еренков — Медицинский работник и больной. Кишинев, 1976
6. Медицинская этика и деонтология «М., Медицина», 1983.
7. П. А. Мошенко — Врач и больной. Иркутск, 1970

тангарагласан хүний эмч наар БНМАУ-ын Эрүүгийг Хамгаалахын хуульд зааснаар «мэргэжлийн үүргээ гүйцэтгэх үедээ мэдсэн иргэдийн өвчин, гэр бүлийн амьдралын нууцлах зүйлийг бусад задруулахгүй үүрэгтэй» юм (2).

8. А. Л. Остапенко — Этика и деонтология среднего медицинского работника. Л. «Медицина» 1985
9. О. мерах по сохранению медработниками врачебной тайны «медицинская газета» 1977, 4, 36198.
10. А. Н. Савицкая — Возмещение ущерба причиненного ненадлежащим врачеванием. Львов, «Вища школа», 1982.
11. М. А. Семашко — Избранные произведения. М. 1967
12. И. С. Сук — Врачебная тайна. Киев, «Здоровье», 1981.
13. Лев Хунданов — Раздумья врача. М. «Советская Россия», 1983.

Редакцийд ирсэн 1987.10.27.

СУДАЛГАА ШИНЖИЛГЭЭ

Л. Буджав, Б. Дэмбэрэл, Ц. Мухар

БНМАУ-ЫН ХҮН АМЫН ӨВЧЛӨЛИЙГ СУДАЛСАН ДҮН

Анагаах ухааны хүрээлэн

Тус улсын нийт хүн амын ерөнхий өвчлөлийн түвшин, бүтцийг томоохон хот, төв суурин, хөдөөний хүн амыг хамруулан эдийн засаг, газар зүйн янз бүрийн бүсэд судлан тогтоох явдал хот хөдөөний хүн амд үзүүлэх эмнэлгийн тусlamжийн ялгаварт норматив боловсруулах, эмчлэн сэргийлэх тусlamжийн стратеги, тактик длангуяа хүн амыг диспансерчах ундэслэлийг судлан тогтооход чухал ач холбогдолтой юм. Хүн амын ерөнхий өвчлөлийг судлах асуудлыг манай оронд жар, даадаад оноос зарим судлаач хот (Л. Буджав, 1971), хөдөөний (Н. Чагнаа 1969), (Ц. Мухар 1977) хүн амд үзүүлэх эмнэлгийн тусlamжийн хэрэгцээний норм норматив, диспансерчлалын үндэслэл боловсруулж эхэлсэн бөгөөд 1982 онд П. Батхүү Улаанбаатар хотын 0—15 наасны хүүхдийн өвчлөлийг судалсан юм.

Эдгээр судалгаа дэвсгэр нутгийн тодорхой тооны хүн амыг хамруулан, цөөн судлаачийн хувийн санаачилга дээр тулгуурлаж байсан учраас ажлын цар хүрээ хязгаарлагдмал, судалгааны үзүүлэлт, дэвшиүүлсэн санал түгээмэл ач холбогдол багатай байсан юм. Ийм учраас БНМАУ-ын эрүүлийг хамгаалах яам VII таван жилд хүн амын өвчлөлийг иж бүрэн аргаар олон хүн амыг хамруулж, эрдэм шинжилгээ, сургалт, клиничийн эмнэлгийн эрдэмтэд, эмч нарын хүч оролцоотойгоор судлан боловсруулах үүргийг Анагаах ухааны хүрээлэнд хариуцуулсан юм. Нийгмийн эрүүл ахуйн эрдэм шинжилгээний орчин үеийн арга, боловсруулалтын техникийн өндөр түвшинд хийгдэх энэ өргөн цар

хүрээтэй судалгааг ЗХУ-ын эрдэм шинжилгээний байгууллага, эрдэмтэд, эрдэм шинжилгээний ажилтан нарын туслалцаатайгаар хамтран судлах зорилго тавьж ЗСБНХУ-ын Н. А. Семашкийн нэрэмжит Бүх Холбоотын нийгмийн эрүүл ахуй, эрүүлийг хамгаалахын зохион байгуулалтын эрдэм-шинжилгээний институттэй таван жилийн гэрээний үндсэн дээр зохион байгуулав.

1. Судалгааны аргачлал

Хүн амын ерөнхий өвчлөл судлах судалгааг Н. А. Семашкийн нэрэмжит институтээс боловсруулсан бүрдмэл аргачлалыг өөрийн орны онцлог байдал, хүч бололцоонд тохируулан авч ашиглав. Судалгааг: 1. Судалгааны түшиц газрын хүн амаас бүтэн жилийн хугацаанд эмнэлэгт хэвтсэн (госпитализации), амбулатори-поликлиникт ирсэн байдлаар (обращаемость) судалж, үзлэгийн (посещаемость) хэмжээг тогтоох арфаар;

2. Судалгааны түшиц газрын нийт хүн амд дөрвөн төрлийн үндсэн шинжилгээ, 12 мэргэжлийн эмч оролцсон эмч нарын бүрдмэл үзлэг (комплексный медицинский осмотр) хийж, бүрдмэл аргаар судалсан юм. Судалгаанд хоёр хот (Улаанбаатар, Дархан) зургаан аймаг, (Хөвсгөл, Архангай, Дорноговь, Өмнөговь, Дорнод, Сүхбаатар) арван дөрвөн сумын 170 гаруй мянган хүн амыг хамруулж хотод түүвэр (выборочный) аргаар (А. Г. М. Н. үсгээр эхэлсэн нэр бүхий хүн ам), хөдөөд түгээмэл (сплошний) аргаар сонголт хийсэн юм.

Хүн амын өвчлөлийг ирц, үзлэгээр судлахын тулд судалгааны

хүн амаас 1980 онд эмнэлэгт үзүүлсэн бүхий л хэлбэрийг бүх төрлийн эмнэлэг, урьдчилан сэргийлэх байгууллагуудын анхан шатны маягтаас (амбулаторийн карт АШТМ № 13, урьдчилан сэргийлэх болон гэрийн үзлэгийн бүртгэл АШТМ № 17, диспансерийн хяналтын карт АШТМ № 99, хурц халдварт өвчний яаралт мэдээлэх хуудас АШТМ № 33 гэх мэт) өвчлөл судлалын тусгай картанд хуулбарлах, цуглувансан бүх материалын давхардлыг арилгах зорилгоор үсгийн дараалалд оруулж цэгцэлсний эцэст шифрлэн машины боловсруулалтанд оруулсан болно.

Эмч нарын бурдмэл үзлэгийг хүн амын 20%-ийг хамруулан 35000 хүнд хийсэн юм. ЭХЯ-ны сайдын тушаалаар төв, хөдөөний хүн амд бурдмэл үзлэг хийх эмч нарын бригад байгуулж 1982—1983 онд явуулсан. Эмч нарын бурдмэл үзлэгийн дунд «бурдмэл үзлэгийн судалгааны карт» дээр бие бялдрын үзүүлэлт, артерын даралтын хэмжээ, нүдний даралт, лабораторийн зарим шинжилгээний үзүүлэлтийг тусгаж боловсруулалт хийв.

Судалгааны материалыг гар агаар анхны ажилбар хийсний дараа ЗХУ-ын мэргэжилтнүүдийн

боловсруулсан агаар БНМАУ-ын Статистикийн Төв газар, Н.А. Семашкийн нэрэмжит институтын электрон тооцоолон бодох төвд тус тус боловсруулсан болно.

II. Хүн амын өвчлөлийг эмнэлэгт ирсэн байдлаар судалсан нь:

Поликлиникийн тусlamжийг сайн зохион байгуулсан нохцөлд хүн амын өвчлөлийг эмнэлэгт ирсэн байдлаар судлах нь хүн амын эрүүл мэндийг судлах үндсэн арга мөн. Судлаачид (Н. А. Иожицы 1972, И. Д. Богатырев 1970) наяд оныг хүртэл хүн амын өвчлөлийг голдуу нэг жилийн туршид ирсэнээр судалдаг байсан бол сүүлийн жилүүдэд хоёр ба гурван жилийн ирцээр судлах нь ерөнхий өвчлөлийг нилээд хэмжээгээр үнэн зөв харуулах аргагэж үзэж байна. (А. А. Роменский, Т. М. Максимова 1978, Г. А. Новогородцев, Г. З. Демченкова 1983).

Манай судалгааны түшиц газруудад хүн амын ерөнхий өвчлөлийг нэг жилийн ирцээр судлахад 1000 хүн амаас 455,4—959,6 өвчин бүртгэгдэж байна. (хүснэгт 1).

Хүн амын ерөнхий өвчлөлийг дээрх аргаар судлахад хэд хэдэн

Хүснэгт 1.

Хүн амын өвчлөлийг эмнэлэгт ирсэн байдлаар судалсан нь:

(1000 хүн амд)

Хотын хүн амд	Хот, сумын нэр	Өвчлөл		
		эр	эм	бүгд
	Улаанбаатар	644,0	887,8	766,2
	Дархан	444,3	536,2	490,6
	Мөрөн	627,1	728,7	676,6
	Цэцэрлэг	574,6	702,6	639,1
	Чойбалсан	397,7	515,7	455,4
	Баруун-Урт	492,5	705,5	597,0
	Сайн-Шанд	877,9	1038,3	959,6
Хөдөөний хүн амд	Архангай аймгийн сумууд	765,5	834,0	799,3
	Дорноговь аймгийн сумууд	655,8	798,3	729,2
	Дорнод аймгийн сүмбэр сум	465,6	469,1	467,3
	Дорнод аймгийн Цагаан-овоо	389,4	322,7	355,2
	Өмнөговь аймгийн Ханхонгор	654,3	670,2	662,5
	Булган аймгийн Орхон сум	663,1	653,2	658,0
	Хөвсгөл аймгийн Их-уул сум	442,8	490,8	467,8

хүчин зүйл нөлөөлдөг. Юуны түрүүн поликлиникийн-тусламжийг хүн амд хүртээмжтэй зохион байтуулах, хүн амын ариун цэврийн соёл, нас, хүйс, ажил үйлдвэрлэлийн онцлог шийдвэрлэх үүрэгтэй. Орон нутагт эмнэлгийн үйлчилгээний радиус тодорхой нөлөө үзүүлдэг.

Хүн амын өвчлөлийг эмнэлэгт ирсэн байдлаар судлахад анхан шатны материалын бурдэл, үнэн зөв хөтөлсөн эсэх, эмч нарын хариуцлага, ажлын ур чадвар, клиникийн сэтгэлгээ багагүй нөлөө үзүүлдэг. Бидний судалгаагаар хот, төв суурин, хөдөөний хүн амын өвчлөл харилцан адилгүй байгаа нь нэг талаар газар зүй, цаг уур, эдийн засгийн мужлавын онцлог байдалтай, нөгөө талаар зохион байгуулалт, нийгэм ахуйн хүчин зүйлтэй холбоотой юм. Хүн амын өвчлөлийг нэг жилийн туршид эмнэлэгт ирсэн байдлаар судлахад ерөнхий үзүүлэлт харилцан адилгүй байсан боловч насны групп, хүйсний онцлог, өвчлөлийн бүтцийн дэс дараалал адил төвшинд байлаа.

Судалгааны түшиц газруудад хүн амын өвчлөлийн дотор хувийн жингээр амьсгалын эрхтний өвчин ямагт эхний байранд орж, хотуудад 35,8—44,8; хөдөөд 37,2—65,8%-ийг эзэлж, хотын 1000 ам тутмаас 238,6; аймгийн төвд 339,9; хөдөөд 404,8 өвчин тус тус бүртгэгдсэн байна. Хоол боловсруулах эрхтний өвчин хоёрдугаар байранд орж, хотод бүх өвчлөлийн 10,8—14,9%; хөдөөд 7,2—17,4%-ийг эзэлж байна.

Дараагийн байранд мэдрэлийн систем, мэдрэхүй эрхтний өвчин, цусны эргэлтийн болон халдварт өвчин, шээс бэлгийн эрхтний өвчин орж, энэ өвчнүүд бүх бүртгэгдсэн өвчлөлийн 74,2—83,3%-ийг эзэлж байна.

Энэ судалгаагаар эмэгтэйчүүдийн өвчлөл эрэгтэйчүүдээс илүү, насны группээр 0—3 насанд хамгийн өндөр, (1328—1833,7%); 4—7 (253,4—647,4%); 8—15 (143,0—602,5%); 10—20 (499,4—571,5%)

насанд багасч цаашид насны группээр ихэсч (680,2—1049,6%), харин 60-аас дээш насанд буурч (628,1—751,2%) байна.

III. Хүн амын өвчлөлийг эмч нарын бурдмэл үзлэгээр судалсан нь: Эмнэлэгт ирсэн байдлаар өвчлөлийг судлахад голдуу хурц өвчин бүртгэгдэж, хүн амын нийт өвчлөлийг төгс харуулдаггүй учраас эмч нарын бурдмэл үзлэгээр архаг өвчний тархалтын байдлыг тогтоодог. Анаагаах ухааны хүрээлэнгээс 1982—1983 онд явуулсан эмч нарын бурдмэл үзлэг хот, хөдөөний 35 мянган хүн хамарсан юм. Үүнээс хотын хүн амын 11 мянга, төвлөрсөн суурин (аймгийн төв)-ийн хүн ам 10 мянга шахам, хөдөөний 15 мянган хүн хамрагддад. Архаг өвчлөлийн хэмжээ эмч нарын бурдмэл үзлэг хийсэн газар бүрт харилцан адилгүй байлаа.

Хүн амын өвчлөлийн дундаж хэмжээг эмч нарын бурдмэл үзлэгийн материалыар судлахад хот хөдөөгийн 1000 хүн амд 1291,2—1725,3 болж байв. (Хүснэгт 3)

Эмч нарын бурдмэл үзлэгээр хүн амын архаг өвчин хот суурин газарт хөдөөгийнхөөс илүү, эмэгтэйчүүдийн өвчлөл эрэгтэйчүүдээс 1,1—1,3 дахин их байна.

Эмч нарын бурдмэл үзлэгээр хүн амын дунд хоол боловсруулах эрхтний (шүдний өвчин ороод) архаг өвчин эхний байранд, тухайлбал хотод 634,4%, аймгийн төвд 593,0%, хөдөөд 490,1% байна. Шүд, амны хөндийн өвчин хот, хөдөөний 1000 хүн ам тутмаас 328,3—509,6 ფогтоогджээ. Дараагийн байранд мэдрэл ба мэдрэхүй эрхтний өвчин (193,0—292,5%), цусны эргэлтийн системийн өвчин (142,7—196,1%), амьсгалын эртний өвчин (109,8—237,7%), шээс бэлгийн эрхтний өвчин (75,2—123,1%) орж, энэ таван өвчин нийт архаг өвчиний 79,7—89,7%-ийг эзэлж байгаа юм. Насны группээр авч үзвэл архаг өвчин 40—49 ба 50—59 насанд өндөр (1824,6—2520,0%); насны групп багасчад буурч 0—3 насанд хамгийн бага төвшинд (531,8—680,4%)

Хүснэгт 2.

Хот, хөдөөний хүн амын өвчлөл эмч нарын бурдмэл үзлэгийн материалыар

(үзлэгт орсон 1000 хүн амд)

Хот, суурин	эр	эм	бүгд
хот: Улаанбаатар	1072,0	1479,9	1306,8
Дархан	1449,7	1824,2	1640,2
аймаг: Мөрөн	1605,0	2074,0	1891,5
Даланзадгад	1395,1	1842,5	1666,9
сум: Их-ул (Хөвсгөл)	988,5	1320,7	1168,8
Баяндэлгэр (Сүхбаатар)	1245,9	1593,3	1420,8
Орхон (Булган)	1015,6	1228,0	1131,4
Ханхонгор (Өмнөговь)	1256,6	1491,4	1381,1

Хүснэгт 3.

Хүн амын архаг өвчний дундаж хэмжээ

(үзлэгт орсон 1000 хүн ам дутмаас)

хүн ам	өвчлөл		
	Эр	Эм	Бүгд
Хотын			
Төвлөрсөн суурин (аймгийн төв)	1271,1	1639,0	1472,9
Хөдөөний (сумын)	1459,7 1129,1	1904,9 1429,6	1725,3 1291,2

хүрч байна. Харин 21—29, 40—49 нас хүртэл хот, хөдөөний эмэгтэй-чүүдийн өвчлөл (1522,9—2828%) мөн насын эрэгтэйчүүдээс (981,7—2072,6%) нилээд өндөр бусад насанд өвчлөлийн харьцаа үндсэндээ ижил байлаа. Хавдар, мэдрэлийн систем, ба мэдрэхүй эрхтэн, амьсгалын эрхтний өвчин, яс булчингийн систем, төрөлхийн гажгаас бусад өвчнөөр эмэгтэйчүүдийн өвчлөл эрэгтэйчүүдээс ямарг өндөр байна. Эмнэлэгт ирсэн байдлаар ч, эмч нарын бурдмэл үзлэгээр ч хүн амын өвчлөлийг (исчерпанная заболеваемость) шууд тодорхойлох боломжгүй юм.

Иймээс нийт өвчлөлийг бурдэл аргаар тухайлбал эмнэлэгт ирсэн байдлаар ба эмч нарын бурдмэл үзлэгээр анх илрүүлсэн өвчлөлийг нэгтгэж тогтоодог.

IV. Хүн амын нийт өвчлөл.
Хүн амын өвчлөлийг эмнэлэгт ирсэн байдлаар тогтооход дунджаар хотод 766,2%, аймгийн

төвд 696,0%, хөдөөд 762,2%, эмч нарын бурдмэл үзлэгээр шинээр (анх) илрэсэн өвчлөл хот, аймгийн төв, хөдөөд 683,4%, 865,7%, 580,1% байна. Бурдэл аргаар хүн амын нийт өвчлөлийг хотод 1449,6%, аймагт 1581,7%, хөдөөд 1342,3% гэж тогтоосон юм.

Хүснэгт 4.

Хүн амын нийт өвчлөл (1000 хүн амд)

Хот, суурин	нийт өвчлөл		
	эр	эм	Бүгд
Хот	1232,2	1641,3	1449,6
Аймаг	1367,0	1748,9	1581,7
Сум	1275,0	1403,3	1342,3

Хүн амын нийт өвчлөлийн бүтцийг тус улсын хот, төвлөрсөн суурин, хөдөөний хүн амаар насанд хүрэгчид, хүүхдийн нас, хүйсний онцлогоор тогтоосны үндсэн дээр хот хөдөөний хүн амд үзүүлэх эм-

нэлгийн тусламжийн ялгаварт нормативыг боловсруулах шинжлэх ухааны үндэслэл бүрдсэн юм.

V. Хүн амын эмнэлэгт хэвтэж эмчлүүлсэн байдал. Бүтэн жилд судалгаанд хамрагдсан хүн амын эмнэлэгт хэвтэн эмчлүүлсэн байдал 1000 хүн ам дутмаас хотод 232,7; аймагт 218,4 суманд 187,2 байлаа. Өөрөөр хэлбэл манай улсын хүн амын 18,7—23,2% нь эмнэлэгт хэвтэн эмчлүүлж байна. Хэвтэн эмчлүүлэгчдийн эрэгтэй, эмэгтэйн харьцаа хотод 36,8% : 63,2%; аймагт 46,0% : 53,9%; суманд 46,0 : 53,1%; Хот, аймгийн төвд нэг өвчтөний дундаж хоног 15. сүмын эмнэлгэд 10 байна. Жирэмсэн, төрөлт, төрсөний дараах хүндрэлийг эс тооцвол хэвтэн эмчлүүлсэн гол өвчин нь амьстгалын эрхтний өвчин бөгөөд хотын бүх хэвтэн эмчлүүлэгчдийн 20,8%, аймагт 35,9% сүмын эмнэлгэд 54,9%-ийг эзэлж байв. Дараа нь хотод: хоол боловсруулах эрхтний өвчин (10,7%), халдварт, паразитын өвчин (10,4%), мэдрэлийн систем, мэдрэхүй эрхтний өвчин (5,1), аймгийн төвд: халдварт, паразитын өвчин (15,4%) мэдрэлийн систем, мэдрэхүй эрхтний өвчин (6,8%). хоол боловсруулах эрхтний өвчин (12,0%), цусны эргэлтийн системийн өвчин (5,9%), шээс бэлгийн эрхтний өвчин (5,1%), харин сумын эмнэлэгт хоол бо ловсруулах, цусны эргэлт, шээс бэлгийн эрхтэн, халдварт өвчин,

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. Н. Батхүү — Объем работы педиатрического участка и поликлиники г. Улан-Батора, канд. дисс., 1982 г.
2. Л. Буджав — Хотын хүн амын эмнэлгийн тусламжийн хэрэгцээний норматив ба БНМАУ-ын эрүүлийг хамгаалахыг хэтний төвлөлөлтийн зарим асуудал, канд. дисс. УБ. 1971.
3. Ц. Мухар — Объем медицинской помощи и диспансеризации населения в сомонных врачебных участках, канд. дисс. УБ. 1977.
4. Н. Чагнаа — Заболеваемость сельского населения и его потребность в амбулаторно-

мэдрэлийн систем, мэдрэхүй эрхтний өвчинөөр зонхилон хэвтэж эмчлүүлжээ.

Хүн амын эмнэлэгт хэвтсэн байдал, зүй тогтол, орны ашиглалтын үзүүлэлтийг судалсны үр дүнд эмнэлгийн орыг төлөвлөх, байршлыг тогтоох норматив бий болгох бололцоо нээгдэж байна.

Дүгнэлт 1. БНМАУ-ын хүн амын өвчлөлийг ЗХУ-ын мэргэжлийн институттэй хамтран судлаж, дундаж төвшин, бүтцийг тодорхойлсон нь эмнэлгийн тусламжийн хэрэгцээний ялгаварт норматив боловсруулж хүн амыг диспансерлахад чухал ач холбогдолтой боллоо.

2. Иж бүрэн судалгааны үр дүнд хот, төвлөрсөн суурин, хөдөөний хүн амын өвчлөл эмнэлэгт ирсэн байдлаар (762,2—790,0%), эмч нарын бурдмэл үзлэгээр (1291,2—1725,3%), мөн эмнэлэгт хэвтсэн байдлаар (187,2—232,7%) тогтоогдсон байна.

3. Тус улсын хүн амын нийт өвчлөлийн дундаж төвшин хотын хүн амд 1449,6%, төвлөрсөн сууринд (аймгийн төвд) 1581,7%, хөдөөний хүн амд 1342,3% байна.

4. Хүн амын өвчлөлийн судалгааны үр дүнд «БНМАУ-ын хүн амын өвчлөлийн дундаж төвшин бүтэц», «Эмнэлгийн тусламжийн хэрэгцээний ялгаварт норматив» боловсруулж эрүүлийг хамгаалахын практикт нэвтрүүлээд байна.

поликлинической и стационарной помощи. Канд. дисс. УБ. 1969.

5. И. Д. Богатырев — Заболеваемость городского населения и нормативы лечебно-профилактической помощи. М. 1967.

6. Н. А. Иожицы — Заболеваемость и нормативы потребности в специализированной лечебно-профилактической помощи сельскому населению, канд. дисс. Одесса. 1970.

7. Г. А. Новогородцев, Г. З. Демченкова, М. Л. Полонский. Диспансеризация населения в СССР. М. 1979.

8. А. Роменский, Т. М. Максимова — Общая заболеваемость городского населения. Сов. здравоохран. 1978, 6.

ИТОГИ ИЗУЧЕНИЯ ОБЩЕЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ МНР

Л. Буджав, Б. Дэмбэрэл, Ц. Мухар

Анализ материалов по изучению общей заболеваемости населения МНР по данным обращаемости и комплексного медицинского осмотра, позволил установить средние показатели заболеваемости населения. Заболеваемость населения по данным обращаемости составляет 766,2 на 1000 населения крупных городов, 790,0 на 1000 жителей аймачного центра и у сельских жителей соответственно 762,2%.

Частоты впервые выявленных на медицинском осмотре заболеваний у жителей городов составляет 683,4%, у населения аймачных центров и у сельских жителей 886,7 и 580,1%.

Ичерпальная заболеваемость городских, аймачных и сельских жителей составила 1449,6%; 1581,7%; и 1342,3% соответственно.

По нашим данным за один год частота госпитализации составляла 232,7% городского, 218,4% аймачного и 187,2% сельского населения.

Редакция црсэн 1986.05.06

Д. Баасанжав, Ц. Мухар, Г. Цагаанхүү, Г. Долгор

СҮХБААТАР АЙМГИЙН БАЯНДЭЛГЭР СУМЫН ХҮН АМЫН МЭДРЭЛИЙН ӨВЧНИЙ БҮТЭЦ, ТАРХАЛТЫН ТҮВШИН

Анагаах ухааны хүрээлэн

Эрүүлийг хамгаалахын удирдлага, зохион байгуулалтын төв,

Анагаах ухааны дээд сургууль

Хөдөөгийн хүн амын мэдрэлийн өвчний тархалтын түвшинг судалсан ажил улс орнуудад харьцангуй цөөн, зөвлөлтийн судлаачдын судалгааны үзүүлэлт хоорондоо нэлээд ялгаатай байна. Үүнд:

Хотын хүн амын дунд мэдрэлийн өвчний тархалтын түвшин 139,0% (8)-аас 155,9% (6), хөдөөгийн хүн амын дунд тэр нь 93,1% (5) 127,7% (7) байна.

Чаки Хазан, (Хазан Ачич нарын (II) судалгаагаар Пакистан улсад ухаан хомсдолын хүнд хэлбэр 1000 хүн амд 10,3, хөнгөн хэлбэр 30,7 тохиолдол илэрснийг мэдээлсэн байна.

Манай зарим судлаачдын судалгаагаар мэдрэлийн өвчний тархалт 1000 хүн амд 1,4—6,33 тохиолджээ. (3,4).

Судалгааны үзүүлэлтийн ийм их ялгаа нь өвчнийг илрүүлэх оношийн хэмжүүр, судалгааны зорилт, нэн ялангуяа тархины судасны эмгэгүүдийн эхний хэлбэрийг илрүүлэх зорилготой байсан эсэх, мөн мэдрэлийн өвчний бүтцэд хамаарулсан өвчинүүдийн нэр төрөл зэргээс хамаарна гэж үзэх үндэстэй юм.

Судалгааны материал, арга зүй

Тус орны хөдөөгийн хүн амын өвчлөл судлах программын дагуу Сүхбаатар аймгийн Баяндэлгэр суманд эмч нарын бүрдмэл үзлэг 1983 онд хийхэд мэдрэлийн өвчинүүдийн тархалт, бүтцийн байдлыг тус сумын хүн амын дунд судлах зорилт тавьсан. Энэ судалгааны явцад бид тархины судасны эмгэгийн эхний хэлбэрүүдийг оношлоход ихээхэн анхаарсан болно. Хөдөөгийн хүн амын мэдрэлийн өвчнийг бүрэн илрүүлэх зорилгоор орон нутагт мэдрэлийн эмчид үзүүлж эмчлүүлдэг бараг бүх өвчнийг (эртхэн системийн ялгаагаар биш) хамарсан.

Үзлэгт 2420 хүн (эр 1156, эм 1264) орсон нь тус сумын хүн амын 90% болж судалгааны шаардлагыг бүрэн хангасан юм. Үзлэгт орсон хүн амын 48,4% буюу 1156 хүн (эр 507, эм 648) насанд хүрэгчид (16 наснаас дээш) байснаас 23,8% нь (577 хүн) 40 ба түүнээс дээш насны хүмүүс байв. Мэдрэлийн өвчний оношийг мэдрэлийн нарийн мэргэжлийн эмчийн үзлэг, урьд өмнө

эмнэлэгт үзүүлж эмчлүүлж байсан эмнэлгийн баримт бичиг, магадлаа зэрэгт үндэслэн бурдуулсэн.

Судалгааны үр дүн Судалгаанд хамрагдсан нийт хүн амын дунд мэдрэлийн өвчиний бүтэц, төдгээрийн тохиолдлын үзүүлэлтийг өвчиний нэршлээр нийт ба 16-аас дээш насы 1000 хүн амд тус тус гаргасныг 1 дүгээр хүснэгтэд харуулав.

Үзлэгт хамрагдсан нийт хүн амын 29,3%-д нь (708 хүн) мэдрэлийн ямар нэгэн өвчин оношиллогдож байна. Өөрөөр хэлбэл 1000 хүн ам тутмаас 292,6 хүнд (эрэгтэйчүүдэд 254,3, эмэгтэйчүүдэд 327,5) мэдрэлийн өвчин илэрч байна.

Уг үзлэгээр гипертони өвчиний тархины хэлбэр 96 хүнд оношиллогсоныг тархины судасны өвчинд хамруулж дүгнэв.

Бурдмэл үзлэгээр өвчиний, ялангуяа тархины судасны өвчнүүдийн эхний илрэлийн хэлбэр амбулаторийн ирцээр гаргасан өвчлөл судалалын үзүүлэлтээс ихэехэн өндөр байдаг онцлог бидний судалгаанд ч илэрлээ.

Өвчиний бүтцээр авч үзвэл тархины судасны нийт эмгэг (эхний, архаг, хурц хэлбэрүүд) бүх насы 1000 хүн ам тутамд 164,1 (16 наснаас дээш насы 1000 хүн ам тутамд 341,1 тохиолдолтой) I байр, мэдрэлийн үйл ажиллагааны өвчин, (вегетодистони, неврасстени) 69,4 (16-аас дээш насандаад 132,5 тхл) II байр, захын мэдрэлийн өвчин 18,2 (16-аас дээш насандаад 38,4) III байр, оюун ухааны хомсдол 17,4 (IV байр), мэдрэлийн халдварт түүний урхаг 13,6 (V байр), дараах байрыг гэмтлийн шалтгаант мэдрэлийн өвчин (5,8%), эпилепси (14,1%) тус тус эзэлж байна..

Бидний судалгаагаар тархины судасны эмгэг, оюун ухааны хомсдол, мэдрэлийн өвөрмөц халдвартын урхаг өвчиний тархалтын үзүүлэлт зөвлөлтийн судлаачдынхаас өндөр байна. Тархины судасны өвчтэй хүний тоо 397 байтаа нь нийт өвчтөний 56,1%-ийг эзэлж

байна. Тархины судасны эмгэг өвчиний дотор эхний хэлбэр (тархины атеросклерозын I үе, гипертони өвчиний тархины хэлбэр, мигрень, мигрень хэлбэрээр толгойн өвчин 286 буюу 72,1%-ийг эзэлж байна. Тархины судасны өвчтэй нийт тохиолдлыг үндсэн өвчинөөр ялган судлахад тархины атеросклероз 216 (54,7%), гипертони 96 (24,2%), мигрень мигрень хэлбэрийн цефалги 52 (13,1%), тархины ваккулит 7 (1,8%), тархины инсульт түүний үлдэц урхаг 6 (1,5%) судасны энцефалопати 20 (5,0%) тохиолдлоор тус тус хувийн жин эзэлж байна. Тархины судас хатуурах өвчин тархины артерийн даралт ихдэх өвчиөөс 2 дахин, мигрень, мигрень хэлбэрийн цефалгигаас 4 дахин их байна.

Тархины атеросклерозын I үе нийт хүн амд 57,4%, (эр 59,7%, эм 55,4%), насандаад хүрэгчдэд 120,3% (эр 136,1%, эм 108,0%), 40-өөс дээш насы 1000 хүн ам тутамд 269,5 байна. Харин тархины атеросклерозын II, III үеийн хэлбэр 1000 хүн амд 31,8%, насандаад хүрсэн 1000 хүн ам тутамд 66,7%, 40-өөс дээш насандаад 133,4%, (эр 152,3%, эм 118,4%) байгаа нь өвчиний I үеэс ойролцоогоор 2 дахин цөөн байна. Өөрөөр хэлбэл хүн амын дунд тархины атеросклероз өвчиний эхний хэлбэр илэрхий хэлбэрээсээ 2 дахин олон байгааг харуулж байна.

«Тархины атеросклероз» гэсэн онош манай судалгаагаар 30-аас дээш насы хүмүүст оношиллогдоноос 60 ба түүнээс дээш насы хүмүүс уг өвчтэй бүх хүний 44% (96)-ийг эзэлж байв. Үлдсэн 56% хөдөлмөрийн насы буюу үндсэндээ 40—59 насы хүмүүс байв. Өөрөөр хэлбэл, хөдөө орон нутагт 40-өөс дээш насы 100 хүн ам тутмаас 37 нь тархины атеросклероз гэсэн оноштойгоос 13 нь илэрхий хэлбэртэй (өвчиний II, III зэрэг) байна гэсэн үзүүлэлт гарч байна. Дээрх үзүүлэлт тус орны хүн амын дунд тархины судас хатуурах өвчин элбэг байгааг харуулж байна.

Мэдрэлийн өвчнүүдийн тархалтыг өвчний
нэршлээр гаргасан үзүүлэлт (1000 хүн амд)

№	1	эр	эм	бүгд
		2	3	4
	А. Тархини судасны системийн өвчин Үүнээс:			
		I	141,0	185,1
		II	317,6	359,6
1	Тархини атеросклероз I үе	I	59,7	55,4
		II	136,1	108,0
		I	28,5	25,3
		I	65,1	49,4
		I	6,1	4,7
		II	13,1	9,3
		I	94,3	85,4
		II	215,0	166,7
2	Тархини васкулит	I	1,7	4,0
		II	3,9	7,7
3	Инсульт түүний үлдэц, архаг	I	2,6	2,4
		II	5,9	4,6
4	Мигрень, мигрень хэлбэрийн толгой өвдөлт	I	8,6	33,2
		II	19,7	64,8
5	Гипертони өвчин (тархини хэлбэр)	I	31,1	47,5
		II	71,0	92,6
6	Гипертонийн ээнцефалопати	I	1,7	7,1
		II	3,9	13,9
7	Гипотонийн дисциркуляцийн Энце- фалопати	I	1,7	5,5
		II	3,9	10,8
	Б. Захын мэдрэлийн системийн өвчинүүд Үүнээс:			
1	Ууц нурууны радикулит	I	20,8	15,8
		II	47,3	30,9
2	Цээж, хүзүүний радикулит, неврит г.м. бусад өвчин	I	6,9	4,7
		II	15,3	9,3
2	Цээж, хүзүүний радикулит, неврит г.м. бусад өвчин	I	13,8	9,5
		II	31,6	18,5
3	Бехтеровын өвчин	I	—	1,6
		II	—	3,1
	В. Мэдрэлийн халдварын шалт- гаант өвчинүүд Үүнээс:			
1	Тархини арахнOIDит	I	12,9	14,2
		II	19,7	24,7
1	Тархини арахнOIDит	I	1,7	1,6
		II	—	3,1
2	Менингоэнцефалитын урхаг	I	6,9	3,9
		II	9,9	4,6
3	Нугасны хатингаршил (тебес)	I	4,3	8,7
		II	9,9	17,0
				6,6
				13,9

Үргэлжлэл

0	1	2	3	4	
	Г. Гэмтлийн шалтгаант мэдрэлийн өвчнүүд. Үүнээс:	I II	9,5 13,8	4,6 3,1	5,8 7,8
1	Гэмтлийн арахнойдит	I II	4,3 9,9	2,4 4,6	3,3 5,2
2	Төрөхийн гэмтэл	I II	2,6 —	— —	1,3 —
3	Бусад	I II	2,6 5,9	— —	1,2 2,6
	Д. Эпилепси, түүнтэй төстэй өвчнүүд	I II	5,2 7,9	3,2 4,6	4,1 6,1
	Е. Ухаан хомсдол	I II	19,0 29,6	15,8 18,5	17,4 23,4
	Ж. Мэдрэлийн үйл ажиллагааны өвчин. Үүнээс:	I II	45,9 94,7	91,0 162,0	69,4 132,5
1	Мэдрэлийн сульдал	I II	13,8 29,6	17,4 29,3	15,7 29,6
2	Вегетодистони	I II	32,0 73,0	73,6 143,5	53,6 103,0
	ДҮН	I II	254,3 530,6	327,5 603,4	292,6 571,4

Тайлбар: I нь нийт насанд гаргасан үзүүлэлт
II нь 16-аас дээш насанд гаргасан
үзүүлэлт

Тархины инсульт ба түүний үлдэц тус сумын хүн амын дунд 6 байгаа нь 1000 хүн ам тутамд 2,5 (эр 2,6, эм 2,4) насанд хүрсэн 1000 хүн ам тутамд 5,2 (эр 5,9, эм 4,6) байна. Энэ үзүүлэлт нь инсультын тархалтаар дэлхийд хамгийн өндөр үзүүлэлттэй орнуудын (Япон г. м) хүрээнд хамаарч байна. Энэ нь манай хүн амын дотор тархины атеросклероз, гипертони өвчин харьцангуй өндөр байгаагийн бас иэг илрэл юм. Нас, хүйсний ялгаагаар гипертони өвчиний тохиолдлын хувийн жинг хоёрдуураар хүснэгтээр харуулав.

Гипертони өвчиний тархалтын үзүүлэлт 39,7% (эр 31,1%, эм 47,5%) насанд хүрэгчдэд 83,1% (эр 71,0%, эм 92,6%), 40-өөс дээш насанд 147,3% (эр 125,0%,

эм 165,1%) тус тус байна. 40-өөс дээш насанд эрс нэмэгдэж нийт тохиолдлын 80% гаруйг эзэлж байна. Судалгаанд авсан насын бүлгээр тохиолдлын хувийн жин 10 нас ахих тутамд дунджаар 2 дахин өсөх хандлагатай байна. Энэ өвчинөөр манайд эмэгтэйчүүд эрэгтэйчүүдээс илүү өвчилж байгаа онцлог илэрч байна.

Энэхүү судалгаа манай оронд типергонийн тархалтыг судалсан судлаачдын (1,2) үзүүлэлттэй ойролцоо байна.

Мигрень, мигрень хэлбэрийн толгойн өвчин 1000 хүн амд 21,4 (эр 8,6, эм 33,2) илэрчээ. Энэ өвчинөөр эмэгтэйчүүд эрэгтэйчүүдээс 4 дахин олон өвдсөн нь тохиолдов.

Тархины васскулит 1000 хүн амд 2,9 байна.

Хүснэгт 2
Гипертони өвчний тохиолдлыг наасаны хүснэгтийн ялгаагаар харуулсан нь (%)

	30 хүр- тэл	30—39	40—49	50—59	60+	Дүн
Эр	5,6%	5,5%	22,2%	36,1%	30,6%	
Эм	—	11,7%	13,3%	26,7%	48,3%	
Дүн	2,1%	9,4%	16,7%	30,2%	41,7%	

Халдвартын шалтгаант мэдрэлийн өвчний дотор өвөрмөц халдвартын шалтгаант өвчин (нугасны хатингаршил) тус сумын насанд хүрсэн 1000 хүн амд 13,9 (эр 9,9, эм 17,0) гарсан нь хөдөөний хүн амын дотор уг өвчинөөр цээнгүй өвдөж байгааг харуулж байна. Халдвартын гаралтай тархины архаг арахнайдит 1,7%, менингоэнцефалийн урхаг 5,4% үүнээс хэлгүй дүлий 1,7% байна.

Осол гэмтлийн шалтгаант мэдрэлийн өвчний тохиолдлын 5,8%, үүнээс гэмтлийн гаралтай арахнайдит 3,3%, төрөх үеийн гэмтэл 1,2% тус тус илэрсэн байна.

Захын мэдрэлийн өвчний радикулит, неврит (тус сумын хүн амд 18,2%, харин насанд хүрсэн 1000 хүн амд 36,4 (эр 47,3, эм 30,9) тохиолдол илрэв.

Бидний судалгаагаар захын мэдрэлийн өвчин эрэгтэйчүүдэд эмэгтэйчүүдээс ($P<0,01$) олонтаа тохиолдож байна.

Бидний судалгааны дүнт С. И. Сиркисийн (9) судалгааны үзүүлэлттэй харьцуулахад мэдрэлийн халдвартын шалтгаант мэдрэлийн өвчин 4 дахин их, осол, гэмтлээс шалтгаалсан болон захын мэдрэлийн өвчин бага байна.

Ухаан хомсдолын тархалт 17,4% байгаа нь Пакистанд хийсэн судалгаатай харьцуулахад харьцаангүй бага, зөвлөлтийн зарим судлаачдынхаас (Сиркис) ондёр үзүүлэлттэй байна. Хүн амын судалгааны түвшинд эпилепси, хэлбэрийн таталттай тохиолдол 4,1% (эр 5,2%, эм 3,2%) илэрсэн нь гадаадын зарим судлаачдын (10) дундаж хэмжээнд байна.

Дүгнэлт 1. Тус сумын хүн амын дунд мэдрэлийн нийт өвчний тар-

халт 1000 хүн амд 292,6 (эрэгтэйчүүдэд 254,3%, эмэгтэйчүүдэд 327,5%) байна.

2. Хөдөөгийн хүн амын мэдрэлийн өвчний бүтцийн дотор тархины судасны өвчнүүд 164,1% (эр 141,0%, эм 185,1%) буюу I байр, мэдрэлийн уйл ажиллагааны өвчин (мэдрэл сульдал, вегетодистони) 69,4% (эр 45,9%, эм 91%) буюу II байр, захын мэдрэлийн өвчин 18,2% буюу III байр, окоун ухааны хомсдол 17,4% буюу IV байр, мэдрэлийн халдварт түүний урхаг 13,6% буюу V байр, дараа нь осол гэмтлийн шалтгаант мэдрэлийн өвчин 5,8%, эпилепси, түүнтэй төст өвчин 4,1% тус тус тус оргж байна.

3. Тархины судасны өвчний нийт тохиолдлын дотор түүний эхийн хэлбэртэй (тархины атеросклерозын I үе, гипертони өвчиний тархины хэлбэр мигрен, мигрень хэлбэрийн толгойн өвчин г.м.) шинжлүүлэгчид 72,0%-ийг эзэлж 1000 хүн амд 118,2% үзүүлэлттэй бөгөөд нийт мэдрэлийн өвчиний 40,4%-ийг дангаараа эзэлж байна. Тархины судасны өвчинүүдийн дотор тархины атеросклероз зонхиолж (55%), дараа нь гипертони (24,2%), мигрен, мигрень хэлбэрийн толгойн өвчин (13,1%), тархины васкулит (1,8%) байна. Тархины атеросклерозын I үе, II, III үеэс дунджаар 2 дахин олонтаа байна.

4. Гипертони нийт хүн амын дунд 39,7% (эр 31,1% эм 47,5%), 40-өөс дээш насанд 147,3% (эр 125,0%, эм 165,1%) байгаагаас 60 хуртэлх насанд (10 нас ахих тутам) дунджаар 2 дахин өсөх хандлагатай байна.

5. Инсульт, түүний урхаг бүх насны хүнд 2,5%, насанд хүрэгчдэд (16-аас дээш насанд) 5,2% тохиолдолтой байгаа нь харьцаангүй ондёр байна.

6. Зөвлөлтийн судлаачдын судалгааны үзүүлэлтүүдтэй харьцуулахад манайд осол гэмтлээс шалтгаалсан болон захын мэдрэлийн системийн өвчний тархалт бага, харин тархини судасны өвч-

нүүд, архаг халдвартын шалтгаант мэдрэлийн өвчин, ухаан хомсдолын тохиолдол харьцангуй өндөр байна.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. Д. Баасанжав — Частота артериальной гипертензии в различных районах МНР. (Материалы III-го съезда монгольских врачей. Тезисы докладов. УБ., 1976, 64—66.
2. Н. Дондог — Характер питания и частота инфарктов миокарда в МНР, Автореф. Канд. дисс. М. 1967.
3. Ш. Доржбамба, С. Бямбасүрэн — Өмнөговь аймгийн хүн амын мэдрэл, сэтгэл мэдрэлийн өвчнүүдийн тархалт, эмнэлзүй, эмнэлэг нийгмийн тусламжийн хэрэгцээний зарим асуудалд. (Сэтгэл мэдрэлийн алба байгуулагдсаны 50 жилийн ойн онол практикин бага хурал, илтгэлүүдийн товчлол. УБ., 1979, 10—12).
4. Р. Пэрэнлэйсамбуу — Цэцэрлэг хотын хүн амын сэтгэл мэдрэлийн өвчлөлийн байдалд хийсэн зарим судалгаа. (Сэтгэл мэдрэлийн алба байгуулагдсаны 50 жилийн ойн онол-практикин бага хурал, илтгэлийн товчлол. УБ., 1979, 14—15).
5. М. С. Бедный и др — Частота хронических заболеваний нервной системы сельского населения. Моногр. Основы организации неврологической помощи населению. М. 1975, 25.
6. И. И. Зимина — Неврологическая заболеваемость в Ярославле. Там же. 13.
7. Н. А. Иоэсица — Частота хронических заболеваний нервной системы среди сельского населения там же, стр. 26.
8. Н. А. Тестемещану — Неврологическая заболеваемость в г. Бельцы. Молдавской ССР, там же, стр. 13.
9. С. И. Сиркис — К вопросу методики изучения распространенности нервных болезней среди населения и перспективного развития неврологической помощи V Всесоюз. съезд невр. 1969, 86.
10. П. М. Сараджишвили, Т. Ш. Геладзе — «Эпилепси» 1977, 3.

Я. Дондог, Х. Цэрэннадмид

ГОВЬ-АЛТАЙХНЫ АРТЕРИЙН ДАРАЛТЫН БАЙДАЛ

Анагаах ухааны дээд сургууль
Говь-Алтай аймгийн нэгдсэн эмнэлэг

Зүрх судасны өвчинүүдийн дотор манай орны нөхцөлд артерийн даралт ихдэх өвчин дээгүүрт ордог. Үг өвчинтэй тэмцэх, түүнээс урьдчилан сэргийлэх ажлыг шинжлэх ухааны үндэстэй зонхион байгуулах нь юуны өмнө түүнд нөлөөлж буй хүчин зүйлүүдийг олж илрүүлэх юм.

11. Чаки Хазан, Хазан Аичч Сообщение о распространенности умственной отсталости в Пакистане. Популяционное исследование. Международный журнал «Психическое здоровье» т. 10, 1981, 1, 23—28 (на англ. языке).

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ И СТРУКТУРА НЕРВНЫХ БОЛЕЗНЕЙ СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ БАЯНДЭЛГЭР СОМОНА СУХЭБАТОРСКОГО АЙМАКА

Д. Баасанжав, Ц. Мухар, Г. Цагаанхүү, Г. Долгор

Авторами изучены распространность и основную структуру нервных болезней среди населения Баяндэлгэрского сомона Сухэбаторского аймака. Исследование охвачено 2420 человек, что составляет 90% всего населения сомона.

Выявлено 292,6 случаев с нервной болезнью на 1000 человек населения (254,3 у мужского пола, 327,5 у женского пола).

Частота распространенности различных форм (начальная, хроническая и острыя) сосудистых заболеваний головного мозга составляет 164,1 случаев на 1000 чел. нас. и занимает I место в структуре нервных болезней. Частота распространенности функционального заболевания нервной системы составляет 69,4% и занимает II место, III место отводится к периферическому заболеванию нервной системы. Оно составляет 18,2%, IV место-также отводится к нейроинфекции 13,6%. Из обследованных контингентов частота нейротравмы, эпилепсии и случаи с умственной отсталостью 5,8%; 4,1%, и 17,4% соответственно.

Среди всех случаев сосудистой патологии мозга случаи с ее ранней формой составляет 72,1% (118,2 на 1000 чел.) и частота распространенности инсульта—2,5 на 1000 человек. Среди основных сосудистых заболеваний церебральной атеросклероз занимает самое ведущее место, что составляет 54,7%, а гипертоническая болезнь 24,2%.

Редакцийд ирсэн 1987.04.27.

Манай өргөн уудам нутгийн байгаль газар зүйн хувьд харилцан адилгүй бүсүүдэд оршин суугчдын дунд артерийн даралтын түвшин харилцан адилгүй байгаа нь судлаачдын ажлаас тодорхой байна. Гэвч харилцан адилгүй нөхцөлд оршин суудаг хүмүүсийн артерийн даралтын

байдлыг бүрэн судлаж харьцуулж дүгнэсэн ажил өнөө хэр хийгээгүй байна. Тэр тусмаа Говь-Алтай аймгийн хувьд хийсэн судалгаа их ховор юм.

Д. Цэрэнбал (1961) Алтайчуудын артерийн даралтыг хэмжээд даралт багадах нь 23% орчим байна гэснээс өөр судалгаа манайд өнөө хэр угүй байна. Говь-Алтай аймаг бол эх орны баруун хязгаарын говь, хээр, уулын бус хосолсон 142,5 мянган хавтгай дөрвөлжин км талбай бүхий нутгийг эзлэн оршдог, 61 мянган хүн амтай (1 хавтгай дөрвөлжин км-д 0,41 хүн ноогдоно) мал-аж ахуй, газар тариалан эрхэлдэг аймаг юм.

Нутаг дэвсгэр нь говь, хээр, хангай хослосон төдийгүй Хантайшир, Хар азарга, Аж богд, Бурхан буудай зэрэг далайн түвшнээс 3000—4000 метр өндөрт өргөгдсөн уул нуруудын завсар хөндийгөөр байдаг Шарга, Номин, Хүйс, Алаг нуурын говиуд салаавчлан оршдогоос нэгэн хэсэгхэн газрын хувьд хүртэл байгаль газар зүйн хэд хэдэн бүсийг үүсгэдэг өвөрмөц нөхцөлтэй юм.

Энэ байдлаас болж эрс тэс уур амьсгалтай. Хүн амын 1/4 орчим нь далайн түвшнээс 2000 метрээс дээш өргөгдсөн газарт нутагладаг.

Алтай хот Хантайшир уулын бэлд далайн түвшнээс дээш 2160 метрт оршдогоороо тус улсын хамгийн өндөрт байдаг хотын тоонд орно. Бидний өдөр тутмын практик ажиглалтаас үзэхэд артерийн даралт ихтэй хүн ховор биш болох нь харагдаж байгаа юм. Ийм учраас бид юуныөмнө артерийн даралт ихдэхийн тархал зүйг судлах зорилт тавьсан.

Судалгааны арга. Далайн түвшнээс 1197-оос 3152 метр хүртэл өндөрт оршин суудаг 16-аас дээш наасны хүмүүсийн артерийн даралтыг ердийн аргаар хэмжиж, нас хүйсээр нь ялган Алтай хот, 15 сум тус бүр дээр гаргасан. Үүнд 5318 эрэгтэй, 7542 эмэгтэй бүгд 12860 хүн хамрагдсан юм.

Артерийн даралтын хэмжээгээр нь 100/60 (13,3/7,8 кПа) ба түүнээс доошихыг даралт багатай 100/60—13,3 (7,8 кПа)-ээс дээш 140/90-ыг (18,7/12 кПа) оруулаад хэвийн даралттай, 140/90—(18,7/12 кПа)-ээс 160/100-г (21,1/13,3 кПа) оруулаад даралт ихдэхийн урьдал үе, 160/100 (18,7/13,3 кПа)-аас дээшихийг даралт ихдэсэн гэж ангилсан. Гэвч 140/90 (18,7/12 кПа)-ээс дээших нь хэвийн даралтанд багтах ёстой учир эмгэгт хамруулж үзсэн болно.

Үр дүн, зөвлөмж: Бид Говь-Алтай аймгийн насандаа хүрсэн бүх хүний 42,2 хувийг хамарч далаин түвшнээс янз бурийн өндөрт орших бүх сумууд болон аймгийн төвийн малчин ажилчин албан хаагчдыг оролцуулан судлаад артерийн даралтын хэвийн хэмжээ дээд даралтаараа 101 (12 кПа)-ээс 140 (18,7 кПа) доод даралт нь 60—80 МУБ (7,8—10,7 кПа) байна гэсэн одоо үед мөрдөж буй ДЭХБ-ын тогтоосноор авч үзлээ.

Артерийн даралт нь ийм хэмжээнд байгаа хүмүүсийн тоо бүх судалгаанд хамрагдагсдын 72% шахам болж байна. Дээрх тоонууд манай зарим судлаачид ба Е. П. Федоров болон ЗХУ-ын бусад судлаачдын олон мянган хүн дээр хийсэн судалгааны үр дүнтэй ойролцоо байна.

Цусны даралт багадсан 100/60 (12/7,8 кПа) ба түүнээс доош мм МУБ хэмжээнд байгаагаар олон судлаачид тогтоосон. Бидний үзлэгээр артерийн даралт багатай тоолсгдох хувь 12,5 байгаа чь Ц. Ишханд (1960) 11%, Я. Дондог (1967) 12% гэсэнтэй тохирч байна. Харин Д. Цэрэнбал (1961) Говь-Алтай судлаад 23% гэснээс их доогуур болжээ.

Артерийн даралт ихдэхийн урьдал үе буюу шилжилтийн шат гэдэгт ДЭХБ-ын зөвлөмжөөр артерийн даралт нь 140/90 (18,7/12 кПа) мм-ээс дээш 160/95 (21,1/12,6 кПа) хүртлэхийг хамруулсан байдаг. Энэ хэмжээнд хамрагдах артерийн даралттай хүмүүс бүх үзлэгт хамрагдагсдын 8% нь болж

байна. Е. И. Чазов, О. М. Елисеев (1976) энэ заверын шатнаас дагаж өсч 5,9—18,5% хүртэл байна гэснийг бодоход биднийх цөөн байна. Энэ шатанд артерийн даралт гэнэт ихдэж, буурдац учраас бидний нэг хоёр удаагийн хэмжилтээр бүрэн хамарч чадаагүй байж болох талтай юм.

Артерийн даралт ихдэх буюу 160/100 (21,1/13,3 кПа) мм МУБ дээш даралттай хүмүүс 7,5% болж байна. Гэвч артерийн даралт ихдэхийг нэгэнт 140/90 (18,7/12 кПа) мм МУБ-аас дээшихийг практикт тоолдог заншилтай боллооор энэ хоёрыг хамтуулан авахад артерийн даралт нь ихэдсэн хүмүүсийн тоо 15,5% болж байна гэж гаргав. Г. Дэжээхүү (1985) Улаанбаатарт хийсэн судалгаагаар 5,9—9%, Я. Дондог (1967) говь хангай, өндөр нам газар, хот хөдөөгийн нилээд хэсгүү-

дээр хийсэн судалгаандаа артерийн даралт ихдэх өвчин 12% байна гэсэнтэй харьцуулвал Говь-Алтай аймагт уг өвчин олонтой тохиолдож байгаа нь илэрхий байна.

Артерийн даралтын байдлаар судалгаанд хамрагдагсдын хүйсээр ялган авч узвэл артерийн даралт хэвийн байх тохиолдол эмэгтэйчүүдэд, эрэгтэйчүүдээс 10,6% цөөн, артерийн даралт бага байх тохиолдол 2,3 дахин олон, харин даралт их байх тохиолдол 0,6% олон байна.

Дүгнэлт. 1. Говь-Алтайн нутгийн хүмүүсийн 71,9% нь хэвийн даралттай байна.

2. Артерийн даралт багатай хүмүүс судалгаанд хамрагдагсдын 12% байгаа нь өндөр уулархаг нутагт байж болох хэмжээ юм.

3. Артерийн даралт ихэдсэн хүмүүс 15,5% байгаа нь зарим аймаг хотуудынхаас дээгүүр байна.

Хүснэгт 1

Үзлэгт хамрагдсан бүх хүмүүсийн артерийн даралтын байдлыг нас хүйсээр нь ялгаж үзүүлбэл

Үзлэгт хамрагдсан	Nас	16—19	20—29	30—39	40—49	50—59	60—69	70-с дээш	Бүгд	Эзлэх хувь
	Эр	294	1294	1065	1053	743	633	236	5318	42%
	Эм	444	2335	1541	1208	859	721	434	7542	58%
	Бүгд	738	3629	2206	2261	1602	1354	670	12860	100%
100/60 ба түүнээс доош даралттай	Эр	63	117	78	59	24	21	8	370	7%
	Эм	138	523	317	168	69	24	11	1245	16,5%
	Бүгд	201	640	395	227	93	45	19	1615	
100/60-аас 140/90 хүртэл	Эр	226	1153	923	874	550	325	91	4142	77,9%
	Эм	303	1763	1161	876	523	350	125	5101	67,3%
	Бүгд	529	2616	2804	1750	1073	675	216	9243	
140/90-ээс 160/100	Эр	4	22	53	93	55	146	52	465	8,7%
	Эм	2	44	41	93	124	159	101	564	7,5%
	Бүгд	6	66	94	186	219	305	153	1029	
160/100-с дээш	Эр	1	2	11	27	74	141	85	341	6,4%
	Эм	1	5	22	76	143	188	197	632	8,4%
	Бүгд	2	7	33	103	217	329	282	973	
Гипертонитой бүх хүмүүс	Эр	5	24	64	120	169	287	137	806	15,2%
	Эм	3	49	63	169	267	347	239	1196	11,8%
	Бүгд	8	73	127	289	436	634	435	2002	

Ялангуяа артерийн даралт их-тэй өвчтөний тал хувь нь уг өвчний эхийн буюу шилжилтийн шатанд байгаа нь эмчилгээ, урьдчилан сэргийлэх ажлыг эрчимжүүлж чадвал өвчлөлийг их хэмжээгээр бууруулж болохыг харуулж байна.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. М. С. Кушковский — Гипертоническая болезнь, М. 1977.
 2. Е. И. Чазов, О. М. Елисеев — Результаты и пути дальнейшего развития научных исследований в области сердечно-сосудистых заболеваний. Тер. арх. 1975, 5, 33—34.
 3. Я. Дондог — Зүрх судасны зарим өвчин, 1980.
 4. Л. Дээжээхүү — Эффективность длительного лечения больных с гипертонической болезнью. Автореф. дис: канд. 1985,
- СОСТОЯНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У НАСЕЛЕНИЯ ГОБИ-АЛТАЙСКОГО АЙМАКА
- Я. Дондог, Х. Цэрэннадмид
С целью интенсивной профилактики повышения артериального давления провели

4. Цаашид артерийн даралт их-дэхэд нөлөөлж буй хүчин зүйлийг тогтоож, түүнд чиглэсэн урьдчилан сэргийлэх ажлыг үр дүнтэй зохион байгуулах шаардлагатай байна.

исследование среди жителей Гоби-Алтайского аймака, проживающих на значительной высоте над уровнем моря. Мы охватили 42,2% населения, которые больше 16 лет, проживали на высоте от 1197 до 3152 м. над уровнем моря.

У 71,9% обследованного взрослого населения артериальное давление было в норме, у 12% населения было пониженным, у 15,5% повышенным.

Половина людей с повышенным артериальным давлением находилась на переходном периоде.

Редакцид ирсэн 1987. 02. 27

П. Янсан

БАГА ЭМЧИЙН САЛБАРЫН ҮЙЛ АЖИЛЛАГААГ СУДАЛСАН БАЙДАЛ

Эрүүлийг хамгаалахын удирдлагын эрдэм шинжилгээний төв

Бид хөдөө аж ахуйн нэгдлийн бригадын бага эмчийн салбарын зохион байгуулалт, үйлчилгээг боловсронгуй болгох зорилгоор түүний үйл ажиллагааны зарим хэсэг тухайлбал бага эмчийн үзлэг, түүний төрөл, эмчилгээ үйлчилгээний хэмжээг судалсан юм. Судалгаанд хангай, хээр тал, говийн бүсийн бага эмчийн б салбарт нэг жилийн дотор үзүүлсэн 1992 хүн хамрагдсан болно. Бригадын бүх хүнийт хамарсан «өрхийн эрүүл мэндийн дэвтэр» хөтлүүлж үзүүлэгсдийн материалыг судалгааны картанд хуулбарлаж боловсруулалт хийв. Бригадын бага эмч үзлэгийнхээ 90 орчим хувийг гэрээр хийж байна. Энэ нь малчдад хоорондоо зайдуу нутагладаг, нөгөө талаар бригадын бага эмчийн салбарын үзлэгийн байргүйтэй холбоотой.

Бригадын бага эмчийн салбарт амбулаторийн үзлэг нэг иргэнд жилд 1,5—3 ногдож байгааг олон судлаачид тогтоожээ (2,3). Бидний судалгаатай ойролцоо (А. П. Допытаев 2,1, Ц. Мухар 2,2) байна. Хөдөөний хүн амын өвчлөлийг судалсан олон судлаачид бригадын бага эмчийн салбарт хүн ам их үзүүлдгийг бас тогтоосон байна. В. И. Берлинний судалгаагаар районы хүн амын өвчлөлийн 36,2; өвчлөгсдийн 37,2 хувь нь бага эмчийн салбарт үзүүлдэг байна. А. И. Исабековынхоор хүн амын 40% нь бага эмчийн салбарт эмнэлгийн анхны тусламж авчээ (3). Бидний судалгаагаар сумын хүн амын 40 орчим хувь нь бага эмчид үзүүлж байна.

Эмэгтэйн үзлэг (2184,8) эрэгтэйгээс бага зэрэг дээгүүр (2021,0),

Хүснэгт 1

Бригадын бага эмчийн салбарт хүн амын
ирсэн байдал ба үзлэг

(нас, хүйсээр)

Насны бүлэг	1000 хүн амд					
	Эрэгтэй		Эмэгтэй		Бүгд	
	Эмнэлэгт ирсэн	Үзлэг	Эмнэлэгт ирсэн	Үзлэг	Эмнэлэгт ирсэн	Үзлэг
1 хүртэл	612,0	4812,4	1142,8	3761,8	919,0	4216,3
1—3	340,4	2872,4	258,0	2021,4	299,4	2449,2
4—7	274,6	2529,4	239,4	1507,0	254,0	1934,4
8—15	67,4	1139,8	40,4	1101,0	53,2	1117,0
Бүх хүүхэд	226,4	2177,4	240,0	1637,8	233,8	1886,4
16—20	66,6	800,0	173,8	1152,0	113,2	952,8
21—29	233,6	1445,2	389,8	2641,4	317,6	2087,8
30—39	439,0	1512,2	648,6	2103,0	538,4	1794,8
40—49	372,8	1695,0	610,2	2677,8	491,4	2186,4
50—59	769,2	3230,8	923,0	3846,0	859,6	3572,6
60 ба дээш	969,0	3670,0	834,8	3478,2	896,2	3566,0
Бүх насанд хүрэгсэд	424,0	1904,8	563,8	2641,8	495,0	2279,0
Бүгд	340,0	2021,0	415,8	2184,8	379,6	2105,4

Хүснэгт 2

Эмнэлэгт ирсэн байдлыг нийгмийн
байдлаар авч үзвэл:

Нийгмийн байдал	1000 хүн амд	
	Эмнэлэгт ирсэн	Үзлэг
Малчид	482,4	2418,8
Ажилчин, албан хаагч	444,2	1185,0
Хүүхэд	233,8	1886,4
Бусад	560,4	1990,4
Бүгд	379,6	2105,4

Эмнэлэгт үзүүлсэн байдал 1000 хүнд 379,6 (эрэгтэй 340,0 эмэгтэй 415,8) байна. Энэ үзүүлэлт 50—59, 60 ба дээш насанд нийлээд их (854,6—896,2), 8—15 насанд хамгийн бага (53,2) байгааг хүн амын өвчлөлийн түвшинтэй холбож үзэх нь зүйтэй. Бидний судалгаагаар малчдын өвчлөл 40—60 насанд зонхилон тохиолдож байгаа юм.

В. Г. Никитины судалгаагаар (1971) бага эмчийн салбарт үзүүлэгсэд 1000 хүн амд 350,2—465,5 байжээ (4).

Бригадын бага эмчийн үзлэгт малчид (49%), хүүхэд (39,6%) зонхицхийн байна. Энэ нь хүн амын нийгмийн бурэлдүүн, өвчлөлтэй холбоотой байна. Бага эмчийн үзлэг 2—4 дүгээр сард ихдэж 8—10 дугаар сард цөөрч байна. Энэ үед хурц өвчлөл буурч, малчдын үзүүлэх нь цөөрч, отор нүүдлээр хол явдагтай холбоотой байж болно.

Үзүүлэгсдийн 70,4% нь бага эмчийн салбартай эмчилгээ хийлгэж, зөвлөгөө авч, 28,4% нь сумын эмнэлэгт эмчлүүлж 1,2% нь бие барсан байна.

Бага эмчийн үзлэгийн бараг 70 хувь нь амьстгал, хоол боловсруулах бэлгийн эрхтэн ба мэдрэхийн болон цусны эргэлтийн системийн өвчний учир хийгдэж байна. Р. С. Гаджиевын судалгаа-

Хүснэгт 3
Бага эмчийн үзлэг өвчиний ангиллаар

Өвчиний ангилал	Үзлэг	
	1000 хүнд	Хувийн жин
I Халдварт ба парализтын өвчин	21,1	1,0
V Сэтгэхүйн хямрал	48,4	2,3
VI Мэдрэлтийн систем, мэдрэхүйн эрхтэний өвчин	189,5	9,0
VII Цусны эргэлтийн системийн өвчин	126,3	6,0
VIII Амьсгалын эрхтэний өвчин	819,0	38,9
IX Хоол боловсруулах эрхтэний өвчин	336,9	16,0
X Шээс бэлгийн эрхтэний өвчин	132,6	6,3
XVII Золгүй тохиолдол, хордлого, гэмтэл	29,5	1,4
Бусад	402,1	19,1
Бусад	2105,4	100,0

гаар амьсгал, хоол боловсруулах эрхтэн, мэдрэл, цусны эргэлтийн системийн өвчин, золгүй тохиолдол осол гэмтлийн учир үзлэгийн 80% нь хийгджээ.

Амьсгалын эрхтэний өвчиний дотроос амьсгалын дээд замын хурц үрэвсэл (54,1%), ушигны хатгалгаа (27,3%), хоол боловсруулах эрхтэний өвчинөөс хodoодны үрэвсэл (79,9%), цусны эргэлтийн системийн өвчинөөс цусны даралт ихдэх өвчин (93,5%) зонхилик байна.

Хавдар, сэтгэхүйн хямрал, зүрхний гажиж, хэрэх өвчиний учир цөөхөн үзүүлж байна. Малчдын нутагших зай холдох гутам үзлэгийн тоо цөөрч байна. 10 км-ийн дотор оршин суугч нэг хүнд жилд бага эмчийн 3,1; 10—20 км-т 2,7, 20—30 км-т 1,1; 30—40 км-т 0,3; 40-өөс дээш км-т дөнгөж 0,1 үзлэг иноогдож байна. Бригадын бага эмчийн салбараас 30 км-ээс дээш хол нутаглах малчдын дөнгөж 20% нь жилд эмнэлэгт үзүүлж байна.

Бригадын бага эмчийн ажлын цагийн 23,2—32,6% нь урьдчилан

сэргийлэх тарилга, хяналт эргүүлийн, 13,5% нь диспансерчлалын чиглэлээр зарцуулагдаж байна. (6)

Хөдөөний эрүүлийг хамгаалах системд бригадын бага эмчийн салбарын үүргийн тухай асуудал онцгой байр эзэлсээр ирсэн билээ. ЗХУ-ын зарим судлаачид (В. И. Берлин, П. И. Қалью, В. И. Кант, С. В. Курашев) хөдөөд бага эмчийн салбарыг цөөтгөн оронд нь их эмчийн амбулатори байгуулах чиглэл баримтлаж байхад нэгөө хэсэг судлаачид (В. А. Александровский, Т. Ш. Шарманов, Н. А. Турко, В. А. Воробьев, А. С. Хачикьян ба бусад) бага эмчийн салбарын үүргийг өргөтгөн материаллаг бааз боловсон хүчинээр бэхжүүлэн зэрэглэл тогтоо чиглэл баримтлаж байна (5).

Бидний судалгаанаас үзэхэд бригадын бага эмчийн салбар нь манай орны хөдөөний нөхцөл зохицсон, малчдад хамгийн ойрхон, хүн амд эмнэлэг-ариун цэврийн анхны тусламж үзүүлэхэд чухал үүрэг гүйцэтгэж байгаа учраас цаашид материаллаг бааз боловсон хүчинээр бэхжүүлэх, юуны өмнө зориулалтын байр, эмчийн сууцны хамт барих, унааны асуудлыг шийдэх, эмийн бус эмчилгээний цэг салбар байгуулах нь чухал байна. Нэгөө талаар хөдөө аж ахуйн хөгжлийн хэтийн төлөвтэй уялдан бригад, мал аж ахуйн хэсгийн материаллаг бааз бэхжин суурьших явц сайжрах тутам хүн амын тоо нэмэгдэж, эмнэлэг үйлчилгээ өргөтгөх шаардлага тавигдаж байна. Үүнтэй холбогдуулан бага эмчийн салбарын зэрэллэл тогтоон өгч бригад, мал аж ахуйн хэсэг, хэсэг дундын байршилаар ажиллуулах, хүн ам олонтой, суу маас алслагдсан, зам харилцаа муутай томоохон бригад, хэсэг дундын их эмчийн амбулатори, салбарыг байгуулах нь зүйтэй гэж үзэж байна.

Бага эмчийн салбарын орыг цаашидаа сумын эмнэлэгт аль болохоор төвлөрүүлэх нь зүйтэй бө

**Бага эмчийн салбарын зэрэглэл, хүчин чадал
(хэтийн төлөвийн санал)**

Зэрэглэл	Үйлчлэх хүн амын тоо	Хүчин чадал	
		Орон тоо	Орон тоо
I	800-аас дээш	8	4
II	500—800	5	2
III	500 хүртэл	оргүй	1

гөөд харин халдварт өвчтэй хүн, хүнд өвчтөнг сумын эмнэлэгт хүргэх хүртэл түр хугацаанд туслгаарлах хэвтүүлэх чиглэлээр орыг ашиглах, амаржих эмэгтэйг бригад, хэсгийн эмнэлэгт бус сумын эмнэлэгт төрүүлэхээр тооцоолов.

Социалист орчуудын Эрүүлийг хамгаалах яамдын сайд нарын зөвлөлгөөнөөс (УБ, 1972) бага эмчийн салбар нь байгаль цаг уурын нөхцөл, хөдөө аж ахуйн үйлдвэрлэлийн шинж чанар, хүн амын нягтрал, нутагшлын өвөрмөц байдалд зохицуулан хүн ам, ялангуяа хүүхэд, жирэмсэн эхчүүдэд идэвхтэй эргүүл, диспансерийн хяналт зохион байгуулах, өвчнийт эрт илрүүлэн анхны тусламж үзүүлэх, их эмчид мэдээлэх, ариун цэвэр урьдчилан сэргийлэх ажлыг давамгайлах үндсэн үүрэгтэй

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. Р. С. Гаджиев, Е. И. Черниенка — Деятельность фельдшерско-акушерских пунктов. Сов. здравоохран., 1986, 10, 40.
2. А. П. Донъятаев — Объем уровень и структура амбулаторной помощи сельским жителям оказываемой на ФАП. Здравоохран. росс. фед., 1973, 2, 13.
3. А. И. Исабеков — Некоторые формы работы сельских медицинских учреждений Алма-Атинской области. Сов. здравоохран., 1977, 3, 17.
4. В. Г. Никитин — Обращаемость сельского населения к фельдшером. Сов. здравоохран., 1975, 8, 37.
5. Т. Ш. Шарманов — Роль и место первичной медико-санитарной помощи в здравоохранении Казахстана. Здравоохран. Каз., 1978, 8, 4—10.
6. Ц. Мухар — Бригадын бага эмчийн салбарын үйлчилгээний байдал Анаагаах ухаан, 1984, 4, 14—16.

ажиллахыг зөвлөмж болгосон юм. Энэ үүргийн хүрээ, ач холбогдол одоогийн шаардлага тухайлбал хүн амыг шатлан диспансерчлах, эмнэлэг үйлчилгээний чанар, үр дүнг сайжруулах зорилттой уялдан улам бүр өсөн нэмэгдэж байна.

Дүгнэлт. 1. Малчдын эмнэлэг үйлчилгээнд бригадын бага эмчийн салбарын үүрэг, ач холбогдол улам бүр нэмэгдэж байна.

2. Бригадын бага эмчийн салбарыг материаллаг бааз, боловсон хүчинээр бэхжүүлэн, норматив зэрэглэлийг тогтоо шаардлагатай байна.

3. Хөдөөний 1000 хүн амаас бага эмчид ирсэн байдал 379,6; үзлэгийн тоо 2105,9 байгааг судалгаа харууллаа.

ИЗУЧЕНИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ФЕЛЬДШЕРО-АКУШЕРСКОГО ПУНКТА СОМОНА

П. Янсан

Автором проведено исследование обращаемости и посещаемости сельского населения за медицинской помощью на ФАП для определения объема и структуры их деятельности.

Исследование показало, что общий уровень обращаемости сельских жителей к фельдшером составляет 379,6 на 1000 населения. Интенсивность посещаемостей на 1000 жителей составляет 2105,4.

В результате изучения деятельности ФАП показано, что он имеет большое практическое значение в деле оказания первичной медико-санитарной помощи животно-водам.

Редакцийд ираэн 1987, 09. 23.

ЭХИЙН СҮҮНИЙ УУРГИЙН БАЙДАЛ

Анагаах ухааны дээд сургууль

1. Удиртгал. Олон улс гүрэнд эхийн сүүний бүрэлдэхүүнийг тал бүрээс нь судлан түүний гайхамшигт нууцыг танин мэдэж, уг судалгааг суурь болгон нялх хүүхдийн хоолыг тохируулан хэрэглэж ирсэн уламжлалтай. Манай оронд хүн амын жилийн дундаж цэвэр өсөлтийн хурд 2,6% болсон нь эхийн сүүний химиийн бүрэлдэхүүнийг нарийвчлан судалж, багасны хүүхдийн хоол тэжээлийн асуудлыг шийдвэрлэх зорилтыг бидний өмнө тавьж байна. Эхийн сүү нь нялх хүүхдийн үндсэн тэжээл болоод зогсохгүй түүний найрлаганд эсрэг бие, эрдэс давс, микроэлемент хүрэлцэхүйц хэмжээтэй байдаг учраас элдэв эмгэгээс сэргийлэх чухал ач холбогдолтой. Ялангуяа уураг нь амьд бие махбодын өсөн хөгжихөд биокатализийн өвөрмөц үүргийг гүйцэтгэдэг учир бодисын солилцооны бүхий л явцад чухал суурийг эзэлнэ. Нярай хүүхэд өөртөө хэрэгтэй уургийг дан ганц хөхний сүүнээс авах ба тэр нь амьдралын хамгийн тохиромжтой нөхцлийг бурдүүлэн өгдөг тул юугаар ч сольшгүй үнэ цэнэтэй тэжээл boldog. Арганин гистидин хоёрыг оролцуулан үл орлогдох 10 амин хүчил хүүхдэд зайлшгүй хэрэгтэй (2) бөгөөд уураг сүүнд агуулагдана. Ходоодны хүчлийн хэмжээ бага, ферментүүдийн идэвх нь сул байдаг нярай үед эхийн сүү (уураг) хамгийн хялбар шингэдэг. Тухайлбал эхийн сүүний уургийн тодорхой хувийг эзлэх казеин нь 42 нм-тай тэнцэх маш жижиг ширхэгтэй, усанд сайн уусдаг тул ферментийн үйлчлэлд хялбархан задардаг. (Ганзберг А. С. 1910, Глазачев В. В. 1964) юм. Судалгаанаас узэхэд улс орны онцлог, хэрэглэж буй хүнс тэжээлийн найрлага бүтцээс хамаарч эхийн

сүүний уургийн хэмжээ харидцан адилгүй байна. Иймээс сүүний уураг түүний бүлэглэлийн судалгааг эхийг амаржсаны дараах үе шатаар гадаадын эрдэмтдийн үчлэлийг харгалzan тодорхойлов.

2. Судалгааны арга. Амаржсаны дараах 3—4 хоногт уураг (9,1) гэх ба уургийн хэмжээ 5,8—2,2%; 4—5 хоногт уураг-сүү (1) 4—5 хоногтойгоос эхний долоо заримдаа хоёр долоо хоногтой (10) сүүг шилжилтийн үеийн сүү гэж нэрлэсэн ба А. Ф. Турын тодорхойлсноор нийт уураг нь 2,1—1,6% байна. Бид эхийн сүүний уургийн хэмжээ, ерөнхий төлөв байдал, уургийн бүлэглэлийн харьцаа, тоо хэмжээг үндэс болгон эхийн амаржсаны дараах 1—3 хоногтой сүүг ангир уураг, 4—14 хоногтойг шилжилтийн, 15-дээш хоногтойг найрлага тогтмолжсон үеийн сүү гэж үчлэн авч, уургийг формоль титрийн аргаар судлав. Эхийн сүүний уургийн хэмжээ нилээд хэлбэлзэлтэй учраас судалгаа улирал, сараар явуулж гадаадын зарим судлаачдын материалтай харьцуулахад нилээд зөрөөтэй байдал ажиглагдаж байна.

3. Судалгааны үр дүн. Дээр дурьдсан онцлог байдлыг харьцуулан хүснэгтээр харуулав.

Судалгаанаас (хүснэгт № 1) узэхэд монгол эхийн сүүний ерөнхий уургийн хэмжээ зуны улиралд их, хаврын улиралд нэн бага хэмжээтэй, харин намар, өвлийн улиралд хэлбэлзлэл багатай байна. Судалгаанаас узэхэд 6, 7, 10, 12-р саруудад хамгийн их хэмжээтэй, 3, 4-р саруудад хамгийн бага хэмжээтэй байна. Гадаадын судлаачдын материалыар хавар, зуны улиралд их, өвлийн улиралд бага хэмжээтэй байна. Монгол эхийн сүүний уургийн хэмжээ га-

Хүснэгт 1

Эхийн сүүний уургийн сар, улирлын хэлбэлзэл %-иар
($M \pm m$)

Сар улирал Судлаачид	Өвөл			Хавар			Зуун			Намар		
	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Ю. М. Фузайлов	0,85 ± 0,06	2,81 ± 0,20	2,33 ± 0,13	2,08 ± 0,12	1,84 ± 0,05	1,73 ± 0,11	1,64 ± 0,06	1,75 ± 0,08	1,69 ± 0,07	1,46 ± 0,07	1,22 ± 0,07	1,00 ± 0,05
Биднийхээр	1,421 ± 0,034	1,383 ± 0,074	1,276 ± 0,019	1,126 ± 0,045	1,010 ± 0,035	1,305 ± 0,069	1,435 ± 0,070	1,470 ± 0,048	1,379 ± 0,058	1,255 ± 0,054	1,489 ± 0,051	1,274 ± 0,063

Хүснэгт 2

Эхийн сүүний уургийн хэмжээ төрсний дараах үед
жерхэн хамааралтай байгаа тухай

Төрсний дараах үе (хоногоор)	2—16 цаг	1—3	4—5	6—7	8—14	15—21	22—30	31—90.	91— 180	181— дээш	360
Уургийн хэмжээ (%)	8,18 ± 1,34	3,11 ± 0,49	1,65 ± 0,09	1,62 ± 0,08	1,597 0,055	1,376 ± 0,036	1,272 ± 0,040	1,240 ± 0,041	1,154 ± 0,046	1,193 ± 0,032	1,056 ± 0,091

даадын олонх судлаачдын бичсэн хэмжээнээс доогуур байна.

Энэ нь нутаг орны онцлог хоол хүнсний байдал бие махбодын онцлогтой холбоотой байж болох талтай. Эхийн сүүний уургийн хэмжээ сар, улирлаар төдийгүй төрсний дараах хоногуудад нэлээд хэлбэлзлэлтэй байгаа хүснэгт № 2-оор харуулав.

Судалгааны дүнгээс (хүснэгт 2) үзэхэд эхийн сүүний уургийн хэмжээ төрсний дараах эхний 16 цагт хамгийн их атлаа 1—3 хоногт огцом, 7 хоног хүртэл аажим буурсаар 360 хоногийн дараа хамгийн бага хэмжээнд хүрч байна. Үүнээс үндэслэж хуухдийн осолт хөгжилтэд зайлшгүй шаардлагатай уурагт бодисыг тооцоолон илмэгдүүлэх шаардлага зүй ёсоор тавигдаж байна.

Дүгнэлт 1. Эхийн сүүний уургийн хэмжээ сар, улирал ба

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. Е. П. Абрахов и др — Иммунобиологическая роль молозива женщин Вопр. хими. 1971, 3, 18—21
2. Белки и аминокислоты в питании человека и животных сбор, стат. перев. и английского под ред. С. Я. Капланского М.п. чнос лите 1952, 87.
3. К. К. Горбатова — Биохимия молоко и молочных продуктов, М. «Пищевая промышленность» 1980, 19.
4. Ш. Жадамба, Ц. Намсрай, Н. Гэндэнжамц — Содержание белка и белковых фракций в молозиве. Тезисы докладов 28-й научно-практической конференции преподавателей МГМИ, посвященной съезду КПСС и съезду МНРП, УБ. 1986, 51—52.
5. Ш. Жадамба, Ц. Намсрай — Общий белок грудного молока по данным обследования кормящих матерей. Тезисы докладов 26-й научно-практической конференции преподавателей, посвященной 60-ти летию съезда МНРП и провозглашения МНР. УБ. 1984, 170—171.
6. В. Э. Маркевич и др — Сравнительная характеристика белков сыворотки крови матери, новорожденного и грудного молока в зависимости от сроков лактации по данным ДЭФ в полиакриламидном геле. Вопр. охр. мат. 1986, 6, 12—14.
7. А. С. Папа (под. ред) Здоровье вашего ребёнка. Здоровье. Киев. 1984, 19.
8. А. Ф. Тур — Пропедевтика детских болезней М. 1976, 174—175.

төрсний дараах үед нэлээд хэлбэлзлэлтэй байна.

2. Хаврын улиралд эхийн сүүний уургийн хэмжээ бага байгааг харгалзан эхчүүдэд уургийн нийлэгжилтийг идэвхжүүлэх витаминт хялбар боловсрох шим тэжээлтэй ургамал, сүүний гаралтай уурагт хоол хүнсийг нэмж өгөх шаардлагатай байна.

3. Монгол эхийн сүүний уургийн хэмжээ, түүний хэлбэлзлэл нь бусад судлаачдын материалтай харьцуулахад ялгаатай байгаа нь бие махбодын физиологийн онцлог, хоол хүнсний төрөл, цаг уурын өвөрмөц байдалтай холбоотой байж болох талтай юм.

4. Эхийн сүүний уургийн хэмжээ төрснөөс хойших 3 сараас нэлээд буурч байгааг харгалзан хуухдэд өгөх сүүний хэмжээг тохируулах, нэмэлт хольц бэлтгэх, өгөх тооцоог хийх шаардлагатай байна.

9. Н. Цэдэнжав, Г. Сандагдорж — Монгол эхийн сүүний уураг, тослог. Анаагаах ухаан 1977, 3, 29—31.

10. Б. П. Юктонева и др — Содержание белков, жиров, витаминов А.Е. и В₁₂ в женском молоке. Воп. эпидемологии и гигиены в Литовской ССР. «Вильнюс» 1971, 190—195.

ДИНАМИКА ОБЩЕГО БЕЛКА ГРУДНОГО МОЛОКА

Ш. Жадамбаа, Ц. Намсрай, Н. Гэндэнжамц

Общее содержание белка в молоке матери, колебляется после родов в течение месяца или сезона.

Весной содержание белка в молоке матери снижается, поэтому в рацион питания матери нужно добавить легко перевариваемые и высококалорийные растительные и молочные продукты, которые богаты витаминами и белками.

Исследование состава белка и его колебания в молоке монгольских матерей показывает их отличие от данных полученных зарубежными авторами. Это, по видимому, связано с физиологическими особенностями питания, а также климатическими условиями нашей страны.

Резкое снижение содержания белка в молоке матери через три месяца после рода, убедительно свидетельствует о том, что нужно грудным ребенком дополнительную полноценную питательную смесь для подкормливания.

Редакцид ирсэн 1987. 02. 23.

Г. Санжмятав, Ж. Дугаржав, Ч. Лхагва, Т. Должоо

УЛААН СУУЛГА, БАЛНАДЫН ХАЛДВАР ТАРХАЛТЫН УЯЛДААГ СУДЛАХ АСУУДАЛД

Анагаах ухааны дээд сургууль
Эрүүл ахуй, халдварт нийн судлалын улсын институт

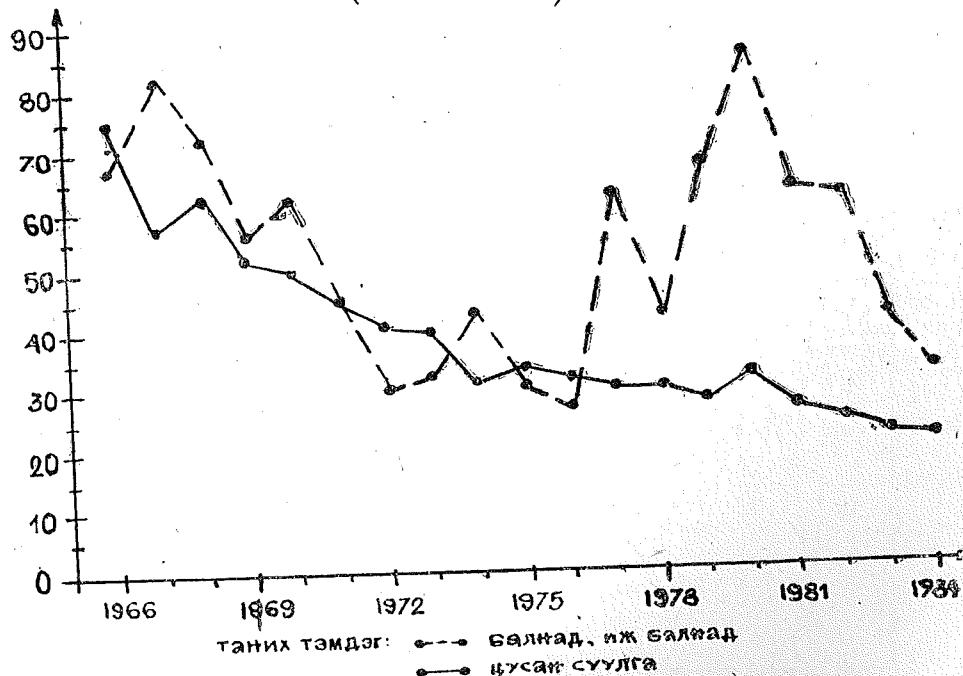
Гэдэсний цочмог халдварт өвчин нөөц сэргийлэхэд үүсгэгчийн бүрэлдэхүүн, дамжсан хүчин зүйлийг үндэслэлтэй тогтоож, авах арга хэмжээг оновчтой иж бүрдмэл болгох нь эцсийн үр дунд шууд нөлөөлдөг (2, 4).

Гэдэсний халдварт өвчин нийтлэг шалтгаан, дамжих хүчин зүйлтэй боловч орон нутгийн байгаль, цаг уур, ариун цэврийн нөхцөл байдалтай холбоотой өвөрмөц хүчин зүйл мөн чухал үүрэгтэй байдаг учраас өргөн уудам нутагтай манай оронд гэдэсний халдварт өвчиний тархалтын зүйтогтлыг, судлах, дамжин тархахад нөлөөлж байгаа хүчин зүйлийг олж илрүүллэх, ямар хүчин зүйл, ямар төрлийн үүсгэгч зонхиц байгааг суд-

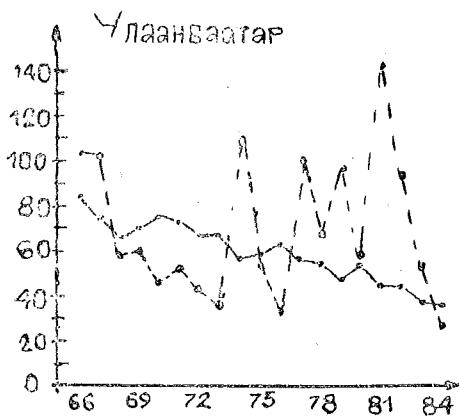
лан тогтоох шаардлагатай. Ийм учраас бид энэ судалгаагаар манай орны нөхцөлд усны хүчин зүйл гэдэсний халдварт тархахад ямар үүрэгтэй болохыг тодруулах зорилт тавьж, манай орны Өмнөд болон Төв, Дорнод бүсийн зарим аймаг, хотод балнад, улаан суулгын тархсан байдал тэдгээрийн өвчлөлийн хооронд ямар уялдаа хамааралтайг Рангийн корреляцийн коэффициентоор (1) тооцолон бодов.

Судалгаанд авсан 6 аймаг дахь балнад ба улаан суулгын 1966—1984 онуудын (19 жилийн) өвчлөлийн хоорондох Рангийн корреляцийн коэффициент 0,14—0,72 байв (зураг 1 ба 2). Гарсан коэффициент статистикийн үнэн магадлалтай байгаа нь балнад, улаан суулга

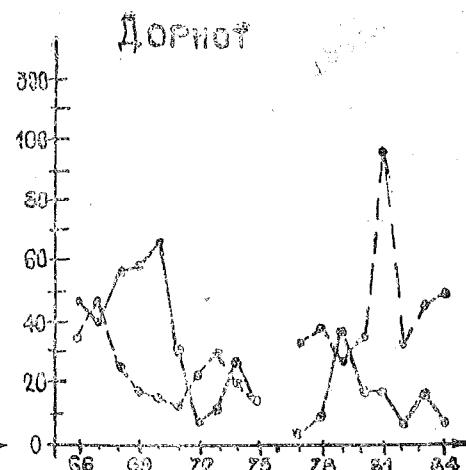
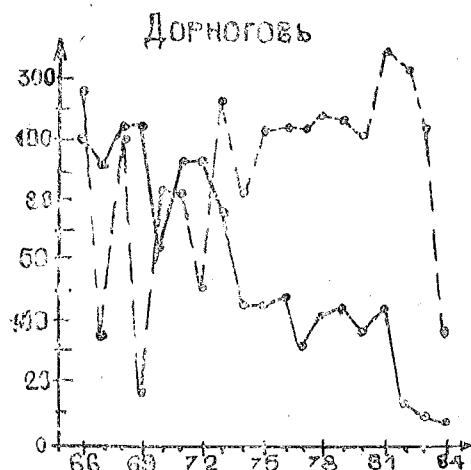
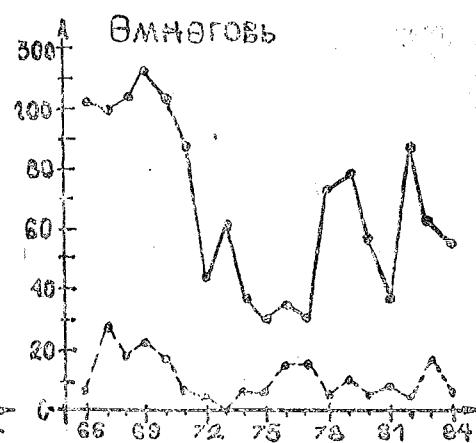
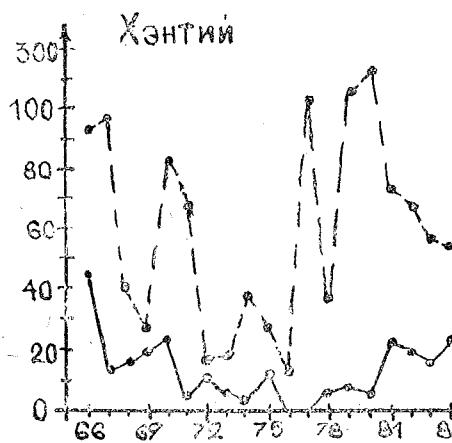
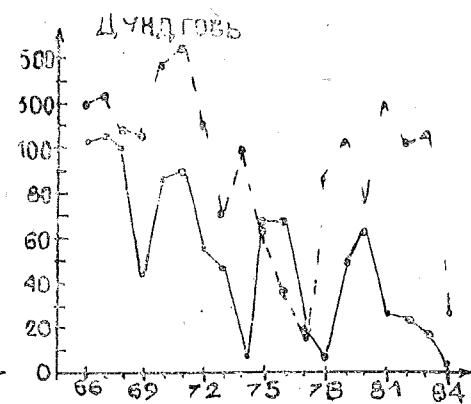
**БНМАУ-д илэрсэн балнад, улаан суулгын өвчлөлийн хөдлөл зүй.
(1966—1984 он)**



Балнад, улаан суулга өвчний
(1966—1984 он)



Хөдлөл зүй аймаг, хотоор
(тодорхойлох үзүүлэлт)



хоёрын өвчлөлийн хэмжээний хооронд шууд дунд зэргийн уялдаа холбоо байгааг харуулж, өвчлөл ихтэй нутагт балнад, улаан суулгын тархалтад нийтлэг нэг хүчин зүйл чухал үүрэгтэй байгааг баталж байна. Бидний хийсэн судалгаа нь балнад, улаан суулга хоёрын эпидемийн процесс үүсэн хөгжих явдал нь зөвхөн аймаг бүрт төдийгүй хугацааны хувьд ч корреляцийн илэрхий холбоотой байж болохыг харууллаа.

Улаан суулга, балнадын өвчлөл нь усны хүчин зүйлийн идэвхижилтээс шалтгаалж байгааг баталгаатай болгохын тулд өвчлөлийг бактер судлалын шинжилгээний дүнтэй холбох нь зүйтэй. Манай улсад илэрч бүртгэгдэж байгаа улаан суулга өвчний 95% нь флекснерийн нянгаар үүсгэгдсэн, усны болон ахуйн хавьдлын тархалт зонхицж байгаа нь үүнийг давхар нотолж байна. Гэдэсний халдвараас сэргийлэх, халдвэр эсэргүүцэх арга

АЦИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. *М. И. Ежин, Ю. П. Соловьевников, В. Н. Падалкин* — Острые кишечные заболевания и брюшной тиф, эпидемиологические паралели ЖМЭИ, 1969, 10, 119—124.
2. *Б. А. Замотин, Л. С. Наумович, Г. С. Тарасова, М. В. Анисимова* — Факторы риска эпидемиологии дизентерии. ЖМЭИ, 1986, 4, 40—44.
3. *Ч. Лхагва, Г. Санжмитав, Б. Дэмбэрэл* — Цусан суулгаас сэргийлэх иж бүрэн арга хэмжээ. Анаагах ухаан, 1985, 2, 44—46.
4. *Г. Санжмитав, Г. Уүжээ* — Улаан суулгын үүсгэгчийн дурс, хүрээний бүтэц. Анаагах ухаан, 1986, 1, 37—38.

К ВОПРОСУ ИЗУЧЕНИЯ КОРРЕЛЯЦИОННОЙ СВЯЗИ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА БРЮШНОГО ТИФА И ДИЗЕНТЕРИИ

Г. Санжмитав, Ж. Дугаржав, Ч. Лхагва, Т. Должо

хэмжээг зохион байгуулахад дээрхи хүчин зүйлийг харгалзах нь зүйтэй.

ДҮГНЭЛТ: 1. БНМАУ-д бүртгэгдсэн балнад, улаан суулга өвчий хөдлөл зүй, тархалтын түвшин корреляцийн шууд холбоотой байгаа нь уг халдвэр бохир гар, усны хүчин зүйлээр тархах нэгдмэл нийтлэг үндэслэлтэй байгааг харуулж байна.

2. Улаан суулгын үүсгэгч Шигелл, Флекснер зонхилж байгаа нь усаар болон бохир гар-амаар халдвэр дамжиж байгааг давхар нотолж байна.

3. Халдвэр эсэргүүцэх практик арга хэмжээний үндсэн чиглэл нь юуны эмнэ гар угаах арга технологийг эзэмшүүлэх, усыг бохирдоос хамгаалж, ариутгал, цэвэрлэгээг графикийн дагуу тогтмолжуулах, гэр орны нөхцөлд унд ахуйн усиг зөв хадгалах, хэрэглэх, ариутгах журам тогтооход онцгой анхаарах шаардлагатай байна.

По данным литературы видно, что ведущую роль в распространении брюшного тифа играет водный фактор, и поэтому, наиболее высокая заболеваемость брюшным тифом регистрируется на тех территориях, где распространение инфекции водным путем осуществляется наиболее интенсивно.

С целью изучения связи между заболеваемостью брюшным тифом и дизентерией в различных аймаках и городах (высокий коэффициент корреляции рангов) попытались определить значения водного пути в передаче этих инфекций, и для выяснения которых провели сравнительное изучение динамики заболеваемости указанных инфекций в стране в целом и в отдельных аймаках в течение 19 лет (1966—1984 гг).

Полученные данные показывают, что в Уланбаторе и трёх аймаках в 1966—1984 гг имеет место, прямой и средней степени тесноты связь в динамике, между уровнем заболеваемости брюшным тифом и дизентерией.

Редакциян 1986, 10. 04

3. Мэндсайхан, Р. Цэвэлмаа, Н. Төмөрбаатар

ЭРҮҮЛ ЗАЛУУ ХҮМҮҮСИЙН ЦУСНЫ ЭРГЭЛТИЙН ТОГТОЛЦООНЫ ЗАРИМ ҮЗҮҮЛЭЛТИЙГ ДӨРВӨН БОЛООН ХОЁР ТУЙЛТ РЕО-БИЧЛЭГИЙН АРГААР ХАРЬЦУУЛАН СУДАЛСАН НЬ

Армийн клиникийн төв эмнэлэг
Улсын клиникийн төв эмнэлэг
Анагаах ухааны дээд сургууль

Сүүлийн жилүүдэд, янз бүрийн нас, эрхэлсэн ажил бүхий эрүүл хүмүүсийн зүрхний агшилтын багтаамж, минутын эзлэхүүн, захын судасны эсэргүүцэл зэрэг гол гол үзүүлэлтүүдийг харьцангуй тайван нөхцөлд хэмжиж эдгээр хүмүүсийн тухайлсан «норм»-ыг тогтооход нилээд анхаарах болов. Энэ нь зүрх судасны эмгэгүүдийг эрт илрүүлэн эмчлэх, урьдчилан сэргийлэх шаардлагаас урган гарч байна. Гадаадын судлаачид, зүрхний үйл ажиллагааны дээрхи үндсэн үзүүлэлтүүдийг тогтоодог мэс ажилбарын ба мэс ажилбар шаардлагч олон аргуудын дотроос сүүлийн үед цээжний рео-бичлэгийн аргыг нилээд дэвшилттэйд тооцох боллоо. Харин дөрвөн туйлт ба 2 туйлт рео-бичлэгийн аргын аль нь илүү давуутай болох талаар санал нилээд зөрүүтэй байгааг хэлэх хэрэгтэй. Манай судлаачдын ном зүйд байгаа зарим нэг судалгааны ажлууд 2 туйлт рео-бичлэгийн аргаар хийгдсэн нь 4 туйлт рео бичлэгийн арга нь чухам ямар байр суурь эзлэх ямар давуу талтай тогтоох, энэ хоёр аргаар «өөрийн норм»-г тогтоон харьцуулан үзэх нь анагаах ухааны болоод эдийн засгийн ач холбогдолтой юм. Энэ зорилгоор, бид эрүүл залуучуудын зүрхний агшилтын багтаамж (АБ) минутын эзлэхүүн (МЭ), захын судасны эсэргүүцэл (ЗЭ) зүрхний индекс (ЗИ) зэрэг үзүүлэлтүүдийн хэвийн хэмжээг уг 2 аргаар харьцуулан тодорхойлох оролдлого хийв.

Аргачлал: а) Ардыч Армийн Клиникийн Төв эмнэлгийн үйл оношийн кабинетад ЗХУ-ын (Любовь хот) ПОЛИГРАФ—П8Ч—01

аппаратар 12 тооны эрүүл залууд 4 туйлт цээжны рео бичлэг хийв. Рео бичлэгийг Ю. Т. Пушкарийн аргаар тайлж зүрхний агшилтын багтаамжийг (АБ)

$$AB = Q \cdot \frac{L^2}{Z^2} \cdot Ad \cdot Ti$$

томьёогоор олж улмаар минутын эзлэхүүн тодорхойлов.

Захын судасны ерөнхий эсэргүүцлийг Паузейлийн томьёог ашиглан олов. Мөн зүрхний индекс, хэсэгчилсэн эсэргүүцлийг (ЗХЭ) зохих томьёонуудаар олов.

б) УКТЭ-ийн зүрх судасны тасагт БНСЧСУ-д үйлдвэрлэсэн рео үүсгэгч бүхий «ХИРОКАРД—600—T» аппаратар 9 эрүүл залууд хоёр туйлт, цээжний рео бичлэгийг хийж агшилтийн багтаамжийг М.И. Тищенкогийн томьёогоор АБ = $\frac{UKT^2}{R} \cdot K \cdot \frac{C}{D}$ тодорхойлон бусад үзүүлэлтийг дээрх аргаар гаргав.

Дээрхи хоёр аргаар судалсан хүний тоо статистикийн үнэн магадтай үзүүлэлт гэргахад хүрэлцээтэй байсныг хэлэх хэрэгтэй ($P < 0,05$).

Үр дүн

Доорхи хүснэгтээр залуу насын эрүүл хүмүүсийн цусны эргэлтийн зарим үзүүлэлтүүдийн хэвийн хэмжээг 2 аргаар судалж жишиж харуулав.

Хүснэгтээс үзэхэд, залуу насын эрүүл хүмүүсийн цусны эргэлтийн зарим үзүүлэлт «өөрийн норм»-оос ялимгүй өөр, тухайлбал агшилтын багтаамж, минутын эзлэхүүн бага, захын судасны эсэргүүцэл ба зүрхний индекс арай ондөр гэлтэй байна. Энэ үзүүлэл-

Эрүүл хүмүүсийн цусны эргэлтийн зарим үзүүлэлтийг
4 түйлт ба 2 түйлт рео бичлэгийн аргаар тодорхойлсон байдал

ҮЗҮҮЛЭЛТҮҮД	Залуу насны эрчүүд (цэрэг)			Залуу насны энгийн хүмүүс			P>
	M	±G	±m	M	±G	±m	
А.Б. (мл-ээр)	37,7	19,5	5,9	46,8	13,1	4,3	0,05
МЭ (литрээр)	2,6	0,9	0,3	3,5	1,2	0,4	0,05
ЗЭ (дин. с. см ³)	3,3	1,6	0,5	2,3	0,8	0,2	0,05
ЗИ (литрээр)	1,0	0,8	0,2	2,5	0,9	0,3	0,05
ЗХЭ (нэгж)	60	2,2	6,6	—	—	—	—

түүдийн бидний тогтоосон «хэвийн» хэмжээ нэлээд өргөн хэлбэлзэлтэй байна. Энэ нь 2 өөр аргаар тодорхойлж олсон үзүүлэлт бүр хоорондоо статистикийн үнэмшилтэй ялгаа харагдахгүй байгаагас ил байна ($P > 0,05$).

Дүгнэлт: 4 түйлт ба 2 түйлт,

цээжний рео бичлэгийг зөв хийж ашиглавал, онөөгийн практик шаардлагыг бүрэн хангаж байна гэж үзэхүйц байна. Бидний тодорхойлсон дээрхи үзүүлэлтүүдийн «хэвийн» хэмжээг өдөр тутмын практик ажилд жишиг журмаар ашиглаж болох юм.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. Е. А. Дегтярева, Г. И. Кассирский, Л. М. Зотова — Оценки насосной и сократительной функции сердца у здоровых методом тетраполярной грудной реографии Тер. архив, 1984, 12, 39.
2. М. К. Осколкова, Г. А. Красина — Реография в педиатрии Москва 1980
3. Ш. Дуламсурэн — Влияние некоторых метеорологических факторов на течение гипертонической болезни, Автореф. дисс. канд. мед. наук. УБ. 1983.
4. Я. Дондог, Б. Сэлэнгэ — «Зүрхний баруун, зүүн ховдлын агшигтын үйл ажиллагааг реографийн аргаар судлах боломж» Шинжлэх ухааны академийн мэдээ. 1980.1.
5. Ж. Нанжид — Применение периферических вазодилататоров в комплексной терапии недостаточности кровообращения у больных митральным пороком, Автореф.дисс. канд. мед. наук. УБ. 1984.

Г. Цэцэгдарь

СОНСГОЛЫН ГУУРСЫГ ШИНЖЛЭХ БҮРДМЭЛ АРГА

Анагаах ухааны дээд сургуулийн аспирант

1. Удиртгал хэсэг. Сонсголын гуурс нь 1) Хэнгэрэгийн хөндийн даралтыг гадаад орчны даралттай зохицуулах (1); 2) Хэвийн болон эмгэг нөхцөлд хэнгэрэгийн хөндий дэх ялгадас, шүүрлийг нармай руу хөөж цэвэрлэх (6);

3) Дунд чихэнд халдварт орохоос хамгаалах үүрэгтэй юм (2, 6)

Сонсголын гуурсны эдгээр ажиллагаа хэвийн нөхцөлд чих эрүүл, сонсгол хэвийн байдаг (1—4, 6, 10).

Сонсголын гуурсны хэвийн ажиллаа алдагдсанаас дунд чих цочмог улайх, болон идээт үрэвсэл улмаар архаг булаг болдог. Түүнчлэн дунд чихний сорвит үрэвсэл үүсэх, даамжрахад сонсголын гуурсны ўйл ажиллагаа чухал нөлөөтэй юм (1—4, 6, 13). Ийм ч учраас судлаачид сонсголын гуурсны ажиллагаа нь дунд чихний төрөл бүрийн эмгэгийн эмийн болон мэс заслын эмчилгээний үр дунд нөлөөлдөг гэж үзэж байна (1, 2, 4, 11, 12, 13).

Сонсголын гуурсны нармайн ханан дахь сүвийг тольдож харах, буюу дурандах, чих хийлэх гуурс (катетер)-аар болон Политцерын аргаар шалгах (16), чагнах (9), хэнгэрэг-хальс цоорхой уед шингэн дусааж шалгах (2) зэрэг энгийн аргуудаас гадна тодосгогч бодисыг хэнгэрэг-хальс цоорхой уед чихэнд дусааж, битүү уед сонсголын гуурсаар хийж рентген зураг авах (16, 17), манометр (2), электроманометр (14), пневмофонометр (3, 15), сонотубометр (3, 5, 7), импедансометр (11), тимпанометр (12) зэрэг нарийн багаж төхөөрөмжийн тусламжтай шалгах аргуудаас манай нөхцөлд сонсголын гуурсыг дурандах, тольдож харах, тодосгогч бодистой рентген зураг авах, чих хийлэх гуурс, манометрээр шалгах, Политцерын болон чагнах, шингэн дусаах зэрэг аргаар шалгах боломжтой юм.

II. Судалгааны арга. Бид дунд чихний архаг булаг өвчний уед сонсголын гуурсны хэнгэрэгийн хөндийн дараалт зохицуулах, цэвэрлэх (дренаж) ажиллагаа болон сонсголын гуурсны чөлөөт байдлыг (проходимость)-ийг хоёр чиглэлд тодорхойлох иж бүрэн аргыг боловсруулан хэрэглэж байна.

1. Сонсголын гуурсны чөлөөт байдлыг шалгах арга а) сонсголын гуурс хэнгэрэгийн хөндийгөөс залгиур руу хэр зэрэг чөлөөтэйг үзэхийн тулд чихэнд фурациллины 1:5000 бүлээвтэр уусмал 1 мл орчмыг дусааж уг уусмал нармай руу урсаж гарч ирэхийг өвчтөнөөс асуух, нармайг тольдох, дурандах зэргээр мэднэ. Хамрын хөндий

эрүүл, цэвэр уед шинжлэж байгаа талын хамрын нүхээр уусмал гарч ирдэг. Шинжилгээний дүнг дөрвөн зэрэгт хувааж үзэв.

I зэрэг —Уусмалыг чихэнд дусаасны дараа шүлсийг хэдэн удаа залгиулахад уусмал нармай руу орж мэдэгдэвэл сайн;

II зэрэг —Уусмал шүлс залгих уед орохгүй чихний гадна сувгийн амсар дээр хуруугаар хэдэн удаа дарж, авахад орвол дунд;

III зэрэг —Дээрх хоёр аргаар уусмал орохгүй, харин Зиглийн лүүзээр шахахад орвол муу;

IV зэрэг —Дээрхи гурван аргаар уусмал нармай руу орохгүй бол сонсголын гуурсны чөлөөт байдал алдагдсан гэж үзлээ.

б) сонсголын гуурс нармайгаас хэнгэрэгийн хөндий руу хэр зэрэг чөлөөтэйг үзэх. Спирттэй нарийн шилэн гуурс бүхий манометрийг (Светлаковын) чихний гадна сувгийн амсарт тохишуулан барьж шинжлүүлэгчийн шүлс залгих уед залгиураас хэнгэрэгийн хөндий руу орж ирсэн агаарын хэлбэлзлийн дагуу манометр дахь спиртийн хөдлөх хөдлөлтөөнөөр тодорхойлж, В. Н. Воячекынхаар таван зэрэг болгож дүгнэлээ.

I зэрэг —Шүлс залгих уед манометрийн спирт хөдлөвөл хэвийн;

II зэрэг —Тойнбын сорил (хамраа чимхэн шүлс залгих) хийх уед спирт хөдлөвөл сайн; III зэрэг — Вальсальвын сорил (хамраа чимхэн дүлэх) хийх уед спирт хөдлөвөл дунд; IV зэрэг —Чих хийлэх гуурсаар хийлэх уед манометрийн спирт хөдлөвөл муу; V зэрэг — Дээрхи ўйлдлүүдэд манометрийн спирт хөдлөхгүй бол сонсголын гуурсны чөлөөт байдал бүрэн алдагдсан гэж үзлээ.

2. Сонсголын гуурсны цэвэрлэх (дренаж) ажиллагааг шалгах арга. Шинжлүүлэгчийн чихэнд антибиотикийн болон бусад халдвартгүйжүүлэх уусмалын (фурациллин 1:5000) аль нэгийг бүлээнээр 1 мл орчим дусааж, уг уусмал сонсголын гуурсны дренаж ажиллагааны тусламжтай нармай руу

урсаж гарах хугацааг тодорхойлж таван зэрэгт хувааж үзлээ.

I зэрэг —0—4 минутын хугацаанд нармай руу урсаж гарвал хэвийн; II зэрэг 5—9 минутанд гарвал сайн; III зэрэг 10—15 минутанд гарвал дунд; IV зэрэг 15 минутаас дээш хугацаанд уусмал нармай руу гарсан үед дренаж ажиллагаа муюу; V зэрэг —уусмал нармай руу гарахгүй бол дренаж ажиллагаа алдагдсан гэж үзэв.

3. **Хэнгэрэгийн хөндийн даралт зохицуулах ажиллагааг шалгах арга.** Бид сонсголын гуурсын энэ ажиллагааг шалгахын тулд ЗХУ болон бусад социалист орнуудад хэрэглэдэг төрөл бүрийн аппаратын ажиллагааны зарчмытай танилцсан санаа авч усны манометр бүхий «Пневмотубометр» гэдэг хэрэгслийг хийж ашигласан юм. Энэ нь хэнгэрэгийн хөндийд зориудаар үүсгэсэн хасах даралтыг сонсголын гуурсын үйл ажиллагаагаар зохицуулах чадварыг шалгахад зориулагдсан юм.

Сонсголын гуурсын хэнгэрэгийн хөндийн даралт зохицуулах ажиллагаа нь хэнгэрэгийн хөндийд үлд-

сэн агаарын хэмжээгээр тодорхойлогдоно.

Бид энэ ажиллагааг таван зэрэгт хувааж үзлээ. Үнд:

I зэрэг. Манометрийн усны төвшин «0» дээр буцаж очвол хэвийн II зэрэг 100 мл усны багана хүртэл заавал сайн; III зэрэг. 100—250 мл усны баганыг заавал дунд; IV зэрэг. 250—350 мл хүртэл усны баганыг заавал муюу; V зэрэг. 350 мл-ээс дээш зааж байвал хэнгэрэгийн хөндийн даралт зохицуулах ажиллагаа алдагдсан гэж үзлээ.

III. СУДАЛГААНЫ МАТЕРИАЛ

Бид 1986, 1987 онд Улсын клиничийн төв эмнэлгийн чих, хамархоолийн тасагт хэвтэж эмчлүүлсэн дунд чихний архаг булагтай 100 хүний 144 чихэнд дээр дурьдсан бүрдмэл аргаар шинжилгээ хийсэн юм. Архаг булагийн янз бүрийн үе шатанд сонсголын гуурсын үйл ажиллагааны байдлыг нийтэд нь хүснэгт 1-ээр, сонсголын гуурсын үйл ажиллагаа алдагдсан байдлыг хүснэгт 2-оор харууллаа.

Хүснэгт 1

Архаг булагийн янз бүрийн үе шатанд сонсголын гуурсын ажиллагааны байдал

Архаг булагийн үе шат	Чөлөөт байдал (проходимость)					Хэнгэрэгийн хөндийн даралт зохицуулах ажиллагаа					дренаж—ажиллагаа					Бүгд				
	Залгиураас хэнгэрэгийн хөндий рүү					Хэнгэрэгийн хөндийгөөс залгиур руу					дренаж—ажиллагаа									
	I	II	III	IV	V	I	II	III	IV	V	I	II	III	IV	V	I	II	III	IV	V
Хурц үедээ	33	17	12	8	—	20	32	11	7	12	41	11	6	—	14	29	18	9	—	70
Намдсан үедээ	36	14	11	8	—	32	27	9	1	20	37	8	4	—	39	21	8	1	—	69
Чихний төгс хагалгааны дараа	3	1	—	1	—	—	1	1	3	—	2	3	—	—	2	1	2	—	5	
БҮГД	72	32	23	17	—	52	60	21	11	32	80	22	10	—	53	52	27	12	—	144

Дунд чихний архаг булаг сэдэрсэн үед сонсголын гуурсын залгиураас хэнгэрэгийн хөндий рүү нэвтрүүлэх байдал 50,3%, хэнгэрэгийн хөндийн даралт зохицуулах ажиллагаа 82,8%, дренаж—ажиллагаа 80%-д нь алдагдсан байлаа. Энэ нь өвчний хурц үед

хэнгэрэгийн хөндий, сонсголын гуурсын салст бүрхэвч ҳөөн хавагнаж, идээрхэг, салсархаг ялгадастай болсонтой холбоотой юм. Харин уг өвчний сэдрэлт намдсан үед сонсголын гуурсын ажиллагаа сайжирсан боловч 43,4%—71% хүртэл хэвдээ ороогүй, ялан-

Архаг булгийн үед сонсголын гуурсны хэвийн ажиллагаа алдагдсан байдал

Өвчний үе шат	чөлөөт байдал	алдагдсан	Хэнгэрэг хөндийн даралт зохицуулах ажиллагаа алдагдсан	Дренаж ажиллагаа алдагдсан
	Залгнуурас хэнгэрэг хөндий рүү	Хэнгэрэг хөндийгөөс залгнуур руу		
Хурц үед	50,3%	71,4%	82,8%	80%
Намдсан үед	47,8%	53,6%	71%	43,4
Төгс хагалгааны дараа	40%	100%	100%	100%

гuya сонсголын гуурсны хэнгэрэгийн хөндийгөөс залгиур руу нэвтрүүлэх байдал 53,6%, хэнгэрэгийн хөндийн даралт зохицуулах ажиллагаа 71% хүртэл алдагдсан байлаа.

Энэ нь хэнгэрэгийн хөндий, сонсголын гуурсны эд эсийн архаг өөрчлөлт (сорви, яжилт, шохойжилт), хэнгэрэг-хальсны бүрэн бүтэн байдал алдагдсантай холбоотой юм.

Дунд чихний архаг булгийн хүндрэлийн үед хийдэг чихний төгс хагалгааны дараа хэнгэрэгийн хөндийгөөс залгиур руу сонсголын гуурсны чөлөөт байдал, хэнгэрэгийн хөндийн даралт зохицуулах болон дренаж ажиллагаа бүрэн алдагдсан байв. Харин сонсголын гуурсны залгиураас хэнгэрэгийн хөндий рүү нэвтрүүлэх байдал 40%-д нь алдагдсан бусад нь хэвийн байв. Эдгээр нь төгс хагалгааны үед дунд чихний хөндийг бүхэлд нь цэвэрлэдгийн улмаас уг хөндий бүхэлдээ сорвиждог бөгөөд заримдаа сонсголын гуурсны хэнгэрэгийн хөндий дэх сув сорвиор хагас буюу бүрэн хаагддаг-

тай зохих хэмжээгээр холбоотой дом.

IV. ДҮГНЭЛТ: 1. Дунд чихний архаг булаг өвчний янз бүрийн үе шатанд сонсголын гуурсны хэвийн ажиллагаа ихэнхдээ алдагдсан байв.

2. Архаг булаг намдсан үед сонсголын гуурсны ажиллагаа зохих хэмжээгээр сайжирдаг.

3. Чихний төгс хагалгааны дараа сонсголын гуурсны ихэнх ажиллагаа алдагдсан байдаг.

4. Сонсголын гуурсны цэвэрлэх (дренаж) ажиллагаа нь хэнгэрэгийн хөндийгөөс залгиур руу нэвтрүүлэх байдал хэр зэрэг байгаагаас нэлээд хэмжээгээр хамаарч байна.

5. Сонсголын гуурсны чөлөөт байдал болон дренаж-ажиллагаа хэвийн байгаа ихэнх тохиолдолд хэнгэрэгийн хөндийн даралт зохицуулах ажиллагаа хэвийн байна.

6. Сонсголын гуурсыг шинжлэх бүрдмэл арга нь дунд чихний архаг булаг өвчний үед сонсголын гуурсны ажиллагааг бүрэн дүүрэн тодорхойлох ач холбогдолтой юм.

4. Е. Н. Единак — Оценка функции слуховой трубы при перфоративных отитах Вестн. оторинолар, 1986, 2, 28—30.

5. Ю. А. Руденко — Метод звуковой манометрии в оценке, эффективности лечения слуховой трубы при адгезивном среднем отите. Вестн. оторинолар, 1978, 3, 101—102.

6. В. М. Павлов — Состояние дренажной функции слуховой трубы при хроническом гнойном среднем отите; Вестн. оторинолар, 1974, 2, 11—13.

7. Ю. А. Сушки, В. И. Бессонов — Установка для звуковой манометрии слуховой трубы. Журн. ушных, носовых и горловых болезней. 1975, 6, 97

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. С. Н. Хечинашвили — О механизме регуляции интратимпанального давления в кн. Вопросы аудиологии. Тбилис, 1978, 26—29

2. Н. В. Зберовская — К методике определения проходимости евстахиевой трубы. Труды I всероссийского съезда ОРЛ-ов 1963. М, 372—374

3. Е. Н. Писарев — Акустическая регистрация вентиляционной функции слуховой трубы. Материалы к совещанию проблемной комиссии по оториноларингологии научного Мед. совета Минздрав РСФСР М. 1980, 257—259.

8. Т. Г. Гвелесиани — Способ определения проходимости слуховой трубы для воздуха при хроническом гнойном среднем отите. Журн. ушных, носовых и горловых болезней. 1983, 5, 39—40.
9. И. И. Мартыненко, А. Г. Ганиев — Аускультативный метод определения проходимости слуховых труб в двух направлениях. Вестн. оторинолар., 1973, 2, 71—72.
10. Е. Н. Единак — Оценка функции слуховой трубы в диспансеризации больных хроническим гноинм мезотимпанитом. Вестн. оторинолар., 1985, 1, 74—75.
11. В. Т. Долгих — Возможности импедансометрии при перфоративном среднем отите. Вестн. оторинолар., 1983, 6, 17—21.
12. В. Т. Долгих, И. Б. Риман — Возможности тимпанометрии при неперфоративном среднем отите. Вестн. оторинолар., 1983, 5, 13—18.
13. Н. В. Завадский — К методике определения функции слуховых труб при хронических гноиных отитах. Журн. ушных, носовых и горловых болезней. 1972, 2, 104—106.
14. Г. И. Сергеев — Электрорегистрация данных ушной манометрии. Журн. ушных, носовых и горловых болезней 1983, 5, 88.
15. Е. Н. Единак — Прибор для ушной пневмофонографии. Журн. ушных, носовых и горловых болезней 1986, 2, 81.
16. Б. В. Шеврыгин — Руководство по детской оториноларингологии 1985 с 195—197.
17. М. С. Плужников, Г. Г. Головач, А. Л. Коссовой — Некоторые аспекты развития рентгенооитиатрии. Журн. ушных, носовых, горловых болезней 1983, 5, 71—74.

КОМПЛЕКСНЫЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ СЛУХОВОЙ ТРУБЫ

Г. Цэцэгдарь

Несмотря на, довольно широкое распространение воспалительных заболеваний уха среди населения, у нас до сих пор не затронуты вопросы изучения физиологии и патологии слуховой трубы.

В целях изучения физиологии и патологии слуховой трубы, нами разработаны комплексные методики функционального исследования.

Исследование слуховой трубы у больных хроническим гноинм средним отитом осуществлялось по трем направлениям т. е. определились проходимость трубы в обойх направлениях, дренажная и вентиляционная функции.

Нами обследованы 100 больных (144 ушей). Функциональное состояние слуховой трубы у больных с различными стадиями хронического гноиного отита по данным комплексного исследования было различным (табл. 1.) и дисфункция слуховой трубы наблюдается у большинства больных.

Несколько лучше было функциональное состояние слуховой трубы при хронических гноиных отитах в период ремиссии.

Наиболее глубокое нарушение функции слуховой трубы возникает после радикальной операции по поводу хронического гноиного среднего отита.

Таким образом, комплексное исследование функционального состояния слуховой трубы позволило выявить его нарушения при разных формах и стадиях хронического гноиного среднего отита.

Редакция 1988. 01. 20

ЛЕКЦ, ТОЙМ, ЗӨВЛӨГӨӨ

Г. Сүхбат, Г. Батмөнх,

П. К. АНОХИНЫ БИЕ МАХБОДЫН ҮЙЛ АЖИЛЛАГААНЫ СИСТЕМИЙН ОНОЛ

Анагаах ухааны дээд сургууль

Амьд байгалийн дотроос хамгийн нарийн нийлмэл үйл ажиллагаатай хүний бие махбод 3 триллион эсээс бүрдсэн олон тооны эрхтэн, системээс тогтдог. Энэхүү эрхтэн, системүүд нь бүхэл бүтэн бие махбодын эрх ашигт болон гадаад орчны өөрчлөлтөд дасан зохицож өөр хоорондоо харилцан нягт уялдаа холбоотой ажилладаг. Үүнийг бие махбодын өөрөө өөрийгөө зохицуулах ажиллагаа тэж нэрлэдэг. Бие махбодын энэ ажиллагаа алдагдахад өвчин үүсдэг учир түүний нууцыг тайлах асуудал зүй ёсоор эрдэмтдийн анхаарлыг татах болжээ.

Бие махбодын өөрөө өөрийгөө зохицуулах механизмыг судлахын тулд түүнийг нэгдмэл байдлаар гадаад орчинтой нь нягт уялдаа холбоотой авч үзэх зарчмыг И. М. Сеченов И. П. Павлов нарын зэрэг нэрт эрдэмтэд ямагт үндэс болгож иржээ. Эдний сургаалд үндэслэн академич П. К. Анохин 1935 онд бие махбодын үйл ажиллагааны системийн онолоо боловсруулсан нь бие махбодын өөрөө өөрийгөө зохицуулах ажиллагааны нууцыг тайлж, физиологийн шинжлэх ухаанд цоо шинэ нээлт боллоо.

Бие махбодын үйл ажиллагааны системийн онол ёсоор уг бие махбод амьдрах боломжкоо хангахын тулд мэдрэл шингэний зохицуулгын түвшинд өөрийнхөө эрхтэн системүүдийг сонгомлоор нэгтгэн, жолоодон удирдаж байдаг ажээ. П. К. Анохин бие махбодын амьдрах боломжийг ашигтай зохицох үр дүн гэж нэрлэжээ. Чухамхүү энэ ашигтай дасан зохицох үр дүн нь бие махбодын үйл ажиллагааны систем үүсэх гол хүчин зүйл нь болдог. П. К. Ано-

хин бие махбодын ашигтай дасан зохицох үр дүнг дараах хэдэн бүлэгт хуваан үзжээ.

1. **Бодисын хэвийн солилцоог тодорхойлж байдаг бие махбодын дотоод орчны тогтмол үзүүлэлтүүд (цусны даралт, хүчилтөрөгч, нүүрс хүчлийн хийн тохиromжтой харьцаа, цусандах хоол тэжээлийн бодисын хэвийн хэмжээ гэх мэт).**

2. **Бие махбодын биологийн үндсэн хэрэгцээг хангах, хооллох, ундаах, хамгаалах гэх мэйлдэл тэрх (поведение)**

3. **Амьтдын хоорондын харилцааны хэрэгцээг хангах сургийн үйл ажиллагаа.**

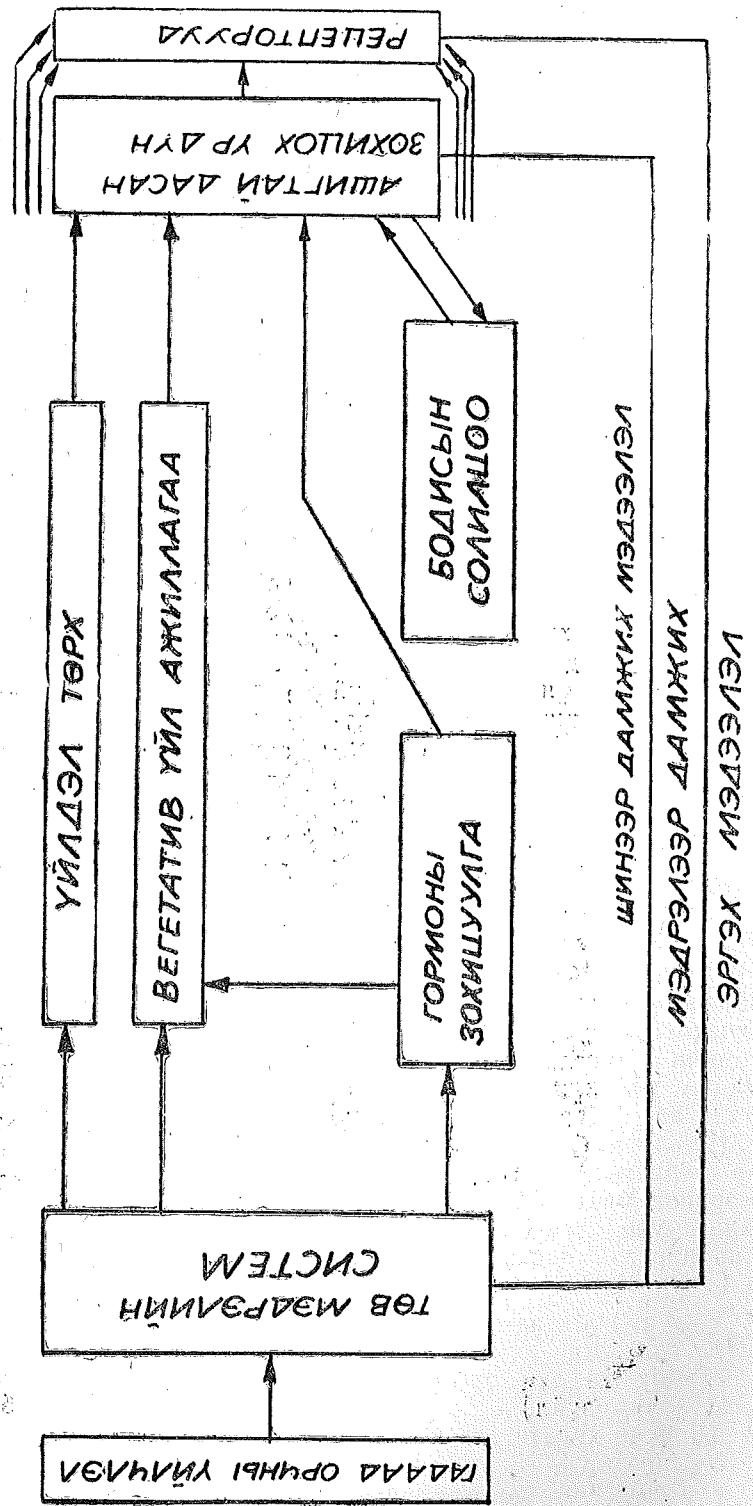
4. **Хүний нийгмийн хэрэгцээг хангахад түүний үйл ажиллагаа.**

Ийнхүү бие махбод нь дээрхи 4 түвшинд хуваагдах өөрийгөө амьдрах боломжийг хангахад чиглэгдсэн тоо томшгүй олон үйл ажиллагааны системийн щогцолбор юм. Бие махбодын систем хэвийн ажиллаж буй тохиолдолд хүн ба амьтан өвчлөхгүй байх бүрэ боломжтой. Үүний ажиллах зарчмын нь бие махбодын үйл ажиллагааны системийн онолоор тайлбарлагдана.

П. К. Анохин үйл ажиллагааны системийн онолыг үндэслэх явцдаа бие махбодын кибернетикийн зарчмыг нээжээ. Бие махбодын аливаа үйл ажиллагааны систем нь эцсийн ашигтай үр дүнгийн тухай байнга мэдээлэл хүлээн авч өөрөө өөрийгөө зохицуулах зарчмаар ажилладаг болохыг П. К. Анохин тодорхойлсон нь уг зарчмын үндэс болсон юм.

Иймд үйл ажиллагааны системийн үндсэн зарчим бол өөрөө өөрийгөө зохицуулах явдал юм. Өөрөө өөрийгөө зохицуулах гэдэг

ЗУРАГ . 1
ҮЙ АЖИЛГААНЫ СИСТЕМИЙН ЕРӨНХИЙ ЗУРАГЛАЛ



нь бие махбодын бүтцүүд өөр хоорондоо харилсан үйлчлэх үед амьдралын чухал үзүүлэлтүүдийн хэвийн түвшин ямар нэг байдлаар хэлбийх нь түүнийг эргүүлж анхны байдалд нь оруулах шалтгаан болох зарчим юм. Өөрөө өөрийгөө зохицуулах үйл явц нь П. К. Анохины томъёолсон «хэвийн амьдралын алтан дүрэм»-ийн үндсэн дээр байнга цикл маягаар явагдаж байдаг. Энэ дүрэм ёсоор эрүүл бие махбодод уг бие махбодыг хамгаалах дээд хэмжээ нь үйл ажиллагааг хэвийн байдлаас хазайлгах дээд хүчинээс ямагт давуу байдаг байна. Тухайлбал цусан дахь саахарын хэмжээ эсвэл биеийн температур бодисын солилцооны хэвийн байдлыг алдагдуулах байдлаар өөрчлөгдмөгц өөрөө өөрийгөө зохицуулах зарчим ёсоор уг үзүүлэлтүүд (цусны саахар, биеийн температур)-ийг эргүүлж анхны тохиромжтой байдалд нь оруулах физиологийн үйл явц нэн даруй ажиллагаанд орж эргүүлж хэвэнд нь оруулна. Ийнхүү бие махбод ашигтайгаар дасан зохицон, амьдрах боломжоо хангахад түүний үйл ажиллагааны системийн өөрөө өөрийгөө зохицуулах зарчим гол үүрэг гүйцэтгэдэг. Иймээс үйл ажиллагааны систем нь өөрийгөө зохицуулах механизмын аппарат нь болдог.

Өргөн утгаар авч үзвэл үйл ажиллагааны систем гэдэг нь уг системийн бүрэлдэхүүн хэсгүүд харилсан үйлчилж бие махбодын ашигтайгаар дасан зохицох үр дүнг (амьдрах боломжийг) хангах өөрөө өөрийгөө зохицуулах динамик зохион байгуулалт юм. П. К. Анохины үйл ажиллагааны систем нь дараах үндсэн хэсгээс тогтоно. (зур 1)

1. Үйл ажиллагааны системийн хамгийн гол хэсэг нь ашигтай дасан зохицох үр дүн буюу систем үүсгэгч хүчин зүйл

2. Үр дүнг хүлээн авч төвд мэдээлэх рецептор

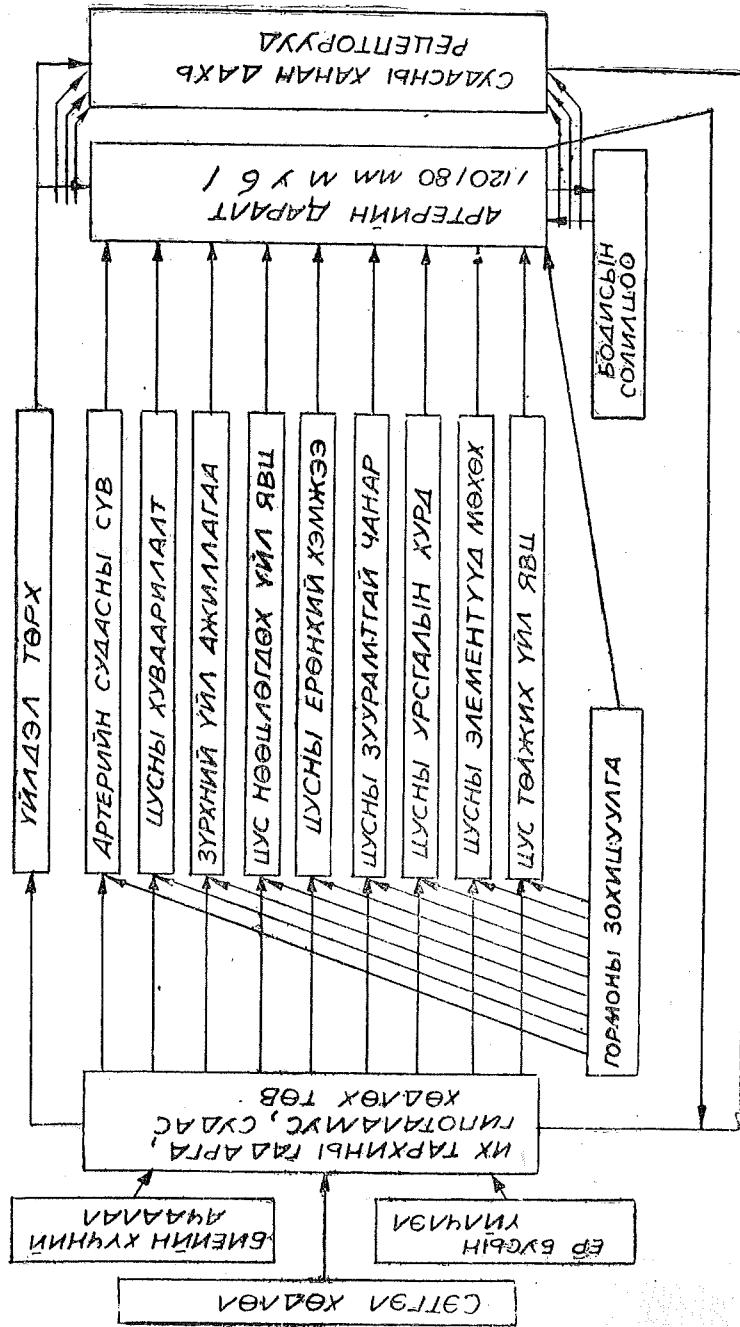
3. Үр дүнгийн тухай мэдээлэл дамжуулах мэдрэл шингэний зам (эргэх афферентаци)

4. Үр дүнгийн тухай мэдээлэл хүлээн авч боловсруулах төвийн бүтэц

5. Төвийн бүтэцийн удирдлагын дор ажиллаж үр дүнгийн хазайлтыг эргэж хамгийн ашигтай байдалд нь оруулах үйлчлэл бүхий гүйцэтгэгч механизмууд орно. Эдгээр механизмуудад хамгийн түрүүнд вегетатив үйл ажиллагаа, мөн үйлдэл төрхийн болон дотоод шүүрлийн үйл ажиллагаа орно. Энэхүү үйл ажиллагааны систем эцсийн дунд өвчлөхгүй эрүүл энх байх физиологийн механизм эрүүл бие махбодод байдгийг нээж илрүүлж байгаа юм. Энэ талаар нэг жишээ авч үзье. Хүмүүс артерийн даралт ихсэх эсвэл даралт багасах өвчнөөр олонтой өвчилдөг билээ. Гэтэл энэ өвчнөөр өвчлүүлэхгүй байх байгалаас заясан тусгай механизм эрүүл бие махбодод байдаг. Энэхүү механизм нь эрүүл бие махбодын бодисын хэвийн солилцоог хангахайц хамгийн тохиромжтой түвшинд артерийн даралтыг барьж байх үйл ажиллагааны системээр (зураг 2) хэрэгжиж байдаг.

Үйл ажиллагааны энэ системийн ашигтай дасан зохицох үр дүн нь бодисын хэвийн солилцоог хангах, артерийн даралтын түвшин юм. Тухайлбал насанд хүрсэн эрүүл хүний тайван байгаа үед артерийн их даралт дунджаар 120 мм МУБ, бага даралт 80 мм МУБ-тай тэнцүү байх ёстой. Даралтын энэ хэмжээ биеийн хүчиний хөдөлмөрийн болон сэтгэл хөдлөлийн нөлөөгөөр ихсэж багасна. Энэхүү өөрчлөлтийг хамгийн түрүүнд судасны хананд байрласан даралтын өөрчлөлтийг мэдрэх-барорецепторууд хүлээн авдаг. Ийм рецепторууд нь бүх судасны ханаар тархан байрласан байхын зэрэгцээ гол судасны нум, гүрээний артерийн салаалсан хэсэгт ихээхэн хэмжээгээр бөөгнөрч байрласан байдаг. Тэр ч байтугай уураг тархинд хүртэл барорецептор байдгийг тогтоожээ. Артерийн даралтын өөрчлөлтийн тухай мөн артерийн даралт эргэж хэвэндээ орсон эсэх тухай

ЗУРГ - 2
**БОДИСЫН ХЭВИЙН СОЛИЛШООГ ХАНГАХ АРТЕРИЙН ДАРАЛТЫН
 ТҮВШИНГ ТОХИРУУЛАХ ҮЙЛ АЖИЛЛАГААНЫ СИСТЕМИЙН ЗУРАГЛАЛ**



мэдээллийг эдгээр барорецепторуудаас төвд тэмүүлэх мэдрэлийн ширхэгээр уг даралтыг зохицууллах төвд мэдээлнэ. Мөн яз бүрийн даралттай цус уг төвд урсан очиж дээрхи мэдээллийг бас хүргэнэ. Энэхүү мэдээлэл дамжуулах үйл явцийг П. К. Анохины лабораторид эргэх афферент-

ци гэж нэрлэжээ. Энэ мэдээллийг хүлээн авч артерийн даралтийн тохиромжтой түвшинг хангах хамгийн гол төв нь уртавтар тархинд байрласан судасны үйл ажиллагааны төв юм. Энэ төвийг артерийн даралтыг бууруулах (депрессор), ихэсгэх (прессор) төв гэж хоёр ангилдаг.

Эдгээр төвүүд нь харилцан бие биенхээ үйл ажиллагааг саатуулах зарчмаар ажилладаг. Өөрөөр хэлбэл судас нарийсгах төв сээрэлд ороход судас өргөсгөх төв нь сааталд орно. Жишээлбэл arterийн даралт ихэссэн мэдээлэл хүлээн авмагц даралт ихэсгэх төв сааталд орж, үүний эсрэг уг даралтыг бууруулах төв сээрэлд ордог. Судас хөдөлгөх төвөөс гадна arterийн даралтын зохицуулалтанд гипоталамус, их тархины Гадар чухал үүрэг гүйцэтгэдэг. Arterийн даралтын зохицуулгын эдгээр төвүүд уг даралтын өөрчлөлтийн тухай мэдээллийг хүлээн авч боловсруулан тухай үеийн бодисын хэвийн солилцоог хангахуйц arterийн даралтын хамгийн тохиromжтой төвшинг бий болгохын тулд гүйцэтгэгч механизмуудыг дайчилж ажиллааанд оруулна. Эдгээр гүйцэтгэх механизмд нэн түрүүнд зүрхний үйл ажиллагаа, судас өргөсгөх, нарийсах үйл явц, цусны өрөнхий хэмжээ гэх мэт вегратив үйл ажиллагаа дайчлагдана. Үүний зэрэгцээ эдгээр вегратив үйл ажиллагаанд дотоод шүүрлийн булчирхай болон эд эсээс ялгарах гормонууд оролцно. Мөн arterийн даралтын зохицуулалтанд үйлдэл төрхийн механизм оролцно. Тухайлбал arterийн ихэссэн даралтыг бууруулах шаардлага гарч ирвэл, судасны ханын барорецепторууд arterийн даралтын ихсэлтийг хүлээн авч төвд тэмүүлэх мэдрэлээр түүний зохицуулгын төвд мэдээлнэ. Мөн даралт ихтэй цус arterийн даралтыг зохицуулах төвд урсаж очно. Эдгээр төвүүд уг мэдээллийг хүлээн авч боловсруулан ихэссэн даралтыг бууруулах бүх механизмуудыг дайчлан ажиллагаанд оруулна. Хамгийн түрүүнд arterийн даралтыг ихэсгэх төв сааталд орж, бууруулах төв сээрэлд орон улмаар судасны сувийг өргөсгөж, зүрхний үйл ажиллаа удаашруулсан, сурлуулж, урсац цусны хэмжээг багасган нөөцөнд нь оруулах, цусны ургсалын хурдыг удаашруулах гэх мэт үйл ажиллагаа явагдана. Үүний зэ-

рэгцээ дээрхи үйл ажиллагаанд оролцох гормоны хэвжээг нэмэгдүүлнэ.

Тухайлбал судас өргөсгөж, зүрхний үйл ажиллагааг сурлуулах үйлчлэл бүхий ацетилхолин гистамин гэх мэт гормоны ялгаралт ихсэж, харин үүний эсрэг үйлчилгээтэй адреналин, норадреналин вазопрессин гэх мэт гормоны ялгаралт багасдаг. Arterийн даралт бууруулахад үйлдэл төрхийн механизм бас оролцно. Ихэссэн arterийн даралтыг бууруулахын тулд биеийн идэвхтэй хөдөлгөөнөө багасгаж тайван суух, амарч хэвтэх, зарим тохиолдолд эмчид үзүүлэхээр явах хүртэл үйлдэл төрх хийгдэнэ. Дээрхи бүх үйл ажиллагааны үр дүнд ихэссэн arterийн даралт хэвэндээ эргэж ордог. Хэрэв буурсан arterийн даралтыг ихэсгэх шаардлага гарвал дээрхийн эсрэг үйл ажиллагаа явагдана. Arterийн даралт ийнхүү өөрөө өөрийтөө зохицуулах механизмтай байдаг учраас эрүүл хүн типертони, гипотони өвчинөөр өвчилдөггүй ажээ. Үүний нэг адил эрүүл бие махбодын хэвийн үйл ажиллагааг хангах хичнээн тооны физиологийн үзүүлэлтүүд байна, төдий тооны үйл ажиллагааны системүүд өөр хоорондоо нягт уялдаа холбоотой ажиллан уг бие махбодын өөрөө өөрийгөө зохицуулах үйл явцыг хэрэгжүүлж байдаг. Эрүүл хүн, амьтдад аливаа өвчинөөр өвчлөхгүй байх баагалиас заяагдсан физиологийн гайхамшигтай механизмыг байгааг харуулж байна.

Иймээс ч эрүүл байх уу өвчтэй байх уу? гэдэг нь бүхнийг хүний сайн сайхны төлөө зориулдаг социалист нийгэмд хувь хүнээс өөрөөс нь ихээхэн хэмжээгээр хамаарна.

Хэрвээ хүн ажил амралтаа зөв зохицуулж, биеийн тамир спортоор хичээллэн, эрүүл мэндэд хортой аливаа хорт зуршлаас сэргийлж чадвал эрүүл энх урт удаан наслажын үндэс болсон бие махбодын энэ гайхамшигт механизмыг зөвхөн хадгалагдах болно.

Редакцийн ирсэн 1987. 04. 10

БНМАУ-ДАХЬ ИЕРСИНИОЗЫН ХАЛДВАРЫН ЭМНЭЛ ЗҮЙ ОНОШЛОГОО

Улаанбаатар хот дахь зөвлөлтийн нэгдсэн эмнэлэг

Саяхан хүртэл жил бүр хэдэн зуун мянган хүний амь насыг хөнөөж байсан цагаан цэцэг, эсэргэнэт балнад, саа, сахуу, урвах болон тарваган тахал зэрэг олон халдварт өвчнийг устгасан буюу гаралтыг нь эрс багасгасан явдал эмгэг төрүүлэгч нянгийн эгнээнд шинэ муу санаатан орж нэгдэх үүдийг нээж, байр суудлыг нь засч бэлдсэнтэй адил боллоо.

Үнэхэр ч байгаль дэлхийд оргүй хоосон гэж байдаггүй болохоор гарсан оронг бусад нянгууд эзэлж эхлэв. Амьдралын төлөө тэмцлийн явцад эсөн үржих тохиromжгүй нөхцөлд хамгийн түрүүнд дасан зохицож чадсан нян, вирусууд давуу талыг олж, оршин амьдрах хэлбэрээ өөрчилжээ. Хүний гэдсэнд орогнай амьдардаг, аюулгүй гэж удаан хугацаанд тооцогдож байсан нянгууд огт санамсааргүй байтал эзэрхий шинжтэйгээ харуулан урьд үл мэдэгдэх халдварт өвчнийг үүсгэж эхлэв. Энэхүү бүлэг өвчний хамгийн тод томруун нэг төлөөлөгч бол иерсиниоз юм. Иерсиниоз өвчний үүсгэгч J. Pseudotuberculosis нь нянгийн Jersinia төрөлд хамаарах ба энэ төрлийн хамгийн нэртэй төлөөлөгч бол тарваган тахлыг үүсгэгч J. Pestis юм. Иерсиниоз өвчин үүсгэгч нилээд энгийн боловч $+18^{\circ}$ -аас -4° хүртэл бага температурт үржих ховорхон чадвартай.

Энэ нь нөхцөл байдлыг тун онцгой бэрхшээлтэй болгож байгаа юм. Хооллолтын байдал өөрчлөгдөн, хүнсийн бүтээгдэхүүнийг тэрийн болон бусад төрлийн хөргөгчид удаан хугацаагаар хадгалах болсноос тэдгээрийн дотор нянгийн өвөрмөц нэгэн төрлийн өсгөвөр үүсэхэд хүргэн иерсинийг «Хөргөгчийн нян» гэж нэрлэх болов. Хэрвээ гал тогооны хөргөгч нь гэр бүлийн дотор ганц нэг өвчлөл үүсгэх төдийгөөр иерсиний хувьд халдвартай болдог бол их хэмжээний ногоо, жимс, мах болон сүүний агуулахад төвлөрсөн хадгалалтын зориулалт бүхий хөргөгч нь халдвартын томоохон эх уурхай болж хувирдаг.

Иерсины хөрс, ил задгай усан сангийн ус, ургамал мөн хүйтэн цустай амьтдын (загас, 2 нутагтан, үе хөлтөн) биед үржих чадвартайг харгалзан үүсгэсэн өвчнийг нь сапрозоонозод хамааруулахыг (Г. П. Самов—1985) зөвлөж байна. В. А. Знаменский 1966 онд Алс Дорнодод J. Pseudotuberculosis-ийн урьд өмнө мэдэгдээгүй байсан нэгэн халдварт болох, олныг хамарсан улаан эсэргэнэ төст өвчин үүсгэдгийг нээжээ. Алс Дорнодын улаан эсэргэнэ тест халууралт 1967 оноос эхлэн Скандинавын орнуудад J. Entercolitica-ийн халдварт ажиглагдаж байна. Дараагийн жилүүдэд иерсини, тэдгээрийн үүсгэсэн хуурамч сүрьеэ (псевдотуберкулез) гэдэсний иерсиниоз (кишечный иерсиниоз) нэртэйгээр урьд өмнө танил болсон өвчинүүд нь уур амьсгал, газар зүйн хувьд янз бүрийн бүс нутгуудын хүн, амьтны дунд газар сайгүй тархсан болохыг тогтоожээ. «Хуурамч сүрьеэ» гэсэн нэр илэрхийлж буй эмгэгийнхээ төрөл, төрх байдалд огт тохиоогүй бол гэдэсний иерсиниоз гэсэн нэр нь уг асуудлын судалгааны зөвхөн эхэн шатыг тусгаж байгаа болохоор цагийн эрхэнд хуучирчээ. Энэ өвчний жинхэнэ гэдэсний хэлбэр урьд өмнийг бодвол одоо ихээхэн ховор тохиолдож байна. Жишээлбэл: БНМАУ-д 1984—1986 онд бидний ажиглаж судалсан иерсиниоз өвчтэй хүмүү-

сийн дотор суулгарт бүхий гэдэсний хэлбэр дөнгөж 13%-д нь (алаг цоог өвчлөлийн үед 23% халдвартын голомтанд —7%) тохиолдлоо. Энэ өвчний эмгэг жамын талаархи төсөөлөл өөрчлөгдөж, дамжиж болох замуудын нь тухай мэдээ сэлт өргөжин, хоол хүнсний замаас гадна амьсалаар халдаж болох нь тодорхой болов. Үг өвчний алаг цоог тохиолдлын үед эмнэлзүйн хувьд ялан таних явдал бараг боллоо үүсгэгүй хэрэг юм. Нэр томъёоны будлиантай байдал практик ажилд саад болж цаашдын шинжилгээ судалгааг saatuulж байна. Иймд үүсгэгчийн шинж тэмдгээр урьд тусгаар өвчин болгон салгасныг үүсгэгчийн төрөл нэрээр нэгтгэн иерсиниоз гэж ерөнхийлөн нэрлэх гэсэн санал бүрэн үндэслэлтэй юм. (А. П. Авцын; А. А. Жаворонкова 1980). Тухайн үедээ лентоспирозууд гэж нэрлэж байсны оронд лептоспироз гэж нэрлэх санал гарч улмаар үүнийг нь ДЭХБ баталсантай (Б. Л. Угрюмов 1979), адилтгавал иерсониозууд гэдэг нэрийг нэрлэх нь төдийлөн оносон биш ажээ. Хүнд халдварт үүсгэх эх уурхай, нь өвчтэй амьтад юмуу халдварт хадгалагчид юм. Харх, оготно, хулгана зэрэг гэрийн ба зэрлэг мэрэгчдээс хүнд шууд халдахгүй. Харин эдгээр мэрэгчид гадаад орчны янз бүрийн обьект, хөрс, хүнсний бүтээгдэхүүнийг халдвартуулнаас тэдгээрт иерсини үргэлж хуралдана. Үхэр, гахай, хонь, ямаа мэтийн мал амьтад иерсиниозоор өвчилдөг болохоор мах, сүү нь халдвартай тул халдвартын эх уурхай болохын хувьд илүү ач холбогдолтой байдаг. 1985 оны гуравдугаар сард «Гачууртай» САА-н 20, «Нөхөрлөл» САА-н 40, Баяндэлгэр сум-нэгдлийн 10, бүгд 70 ухэрт хийсэн ийлдэс судлалын цөөхөн тооны шинжилгээгээр тэдгээрийн 64-т (91%) ийлдэс судлалын 06 ($44\% \pm 6\%$), 05.27 ($39\% \pm 6\%$), 09 ($17\% \pm 5\%$) J Entercolitica-ийн эсрэг бие 1:100 ($38\% \pm 6\%$) 1:200 (48% ± 6%) 1:400 (14% ± 4%) таньцад илэрсэн нь эдгээр аж ахуйнуудын үхэрт идэвхтэй халдвартын процесс байгааг нотолсон юм.

Алаг цоог ба бүлэг өвчлөлийн үед халдвартын эх уурхай, дамжуулах хүчин зүйлийг ихэнхдээ тодорхойлон тогтоох боломжгүй байдаг. Олон хүнийг халдвартуулсан нэг эх уурхай бүхий халдвартын голомтын нөхцөлд бол ихэвчлэн лууван, улаан лооль, өргөст хэмх, ногооны зууш, ногоон сонгино, байцаа, сармис ховор тохиолдолд жимс зэрэг түүхийгээр нь хэрэглэдэг ургамлын гаралтай бүтээгдэхүүнүүд халдварт дамжуулах үндсэн хүчин зүйлс болж байдаг. Max, сүүн бүтээгдэхүүнээс J. Entercolitica ихэвчлэн сүү, гахай, тахианы мах болон эдгээрээс бэлтгэсэн зүйлсээр дамжина. Бид 1985—1986 онд Улаанбаатар хотод ийлдэс судлалын 0,9; 0,5; 27, 03 хүрээний J. Entercolitica-аар халдвартлагдсан даршилсан байцаа (1 дэгдэл—1985 оны 12 сар) ийлдэс судлалын 1 хүрээний J. Pseudotuberculosis-аар бохирлогдсон ногоон сонгино (II дэгдэл, 1986. 6 сар) ийлдэс судлалын 0,5 27 ба 09 хүрээний J. Entercolitica-аар халдвартлагдсан нимбэгийг (III дэгдэл, 1986 оны 12 сар) тус тус хэрэглэсний улмаас үүсч нийтдээ 500 гаруй хүнийг өвчлүүлсэн иерсиниозын гурван халдварт дэгдэлтийг ажигласан юм. Халдвартын алаг цоог тохиолдлуудын үед гарсан өвчлөлийг оролцуулаад бидний судалгаанд орсон нийт 800 өвчтөний дотроос J Entercolitica-аар 640 хүн, 135 хүн J. pseudotuberculosis-аар, 25 хүн энэ хоёрын нийлж үүсгэсэн иерсиниоз өвчтэй байлаа. Өвчний эмнэл зүйн олон янз иерсиниозын одоогийн ангилалд багтаагүйгээс гадна урьд нь ном хэвлэлд огт бичигдээгүй эмнэл зүйн хэлбэр цөөнгүй байна. Удаан хугацааны туршид J. Entercolitica-гаар үүсгэгдсэн өвчний хамгийн содон бөгөөд давамгайлах хэлбэр бол гэдэсний хэлбэр болох ходоод, нарийн ба бүдүүн гэдэсний үрэвсэл гэж тооцож байв. Хуурамч сурьеэг бодвол бусад нилээд хүнд хэлбэрүүдийн хувийн жин ихээхэн бага байдал гэж онцлон тэмдэглэсэн ч.бий. J. Entercolitica нь нөхцөлт эмгэг тө-

сийн дотор суулгалт бүхий гэдэсний хэлбэр дөнгөж 13%-д нь (алаг цоог өвчлөлийн үед 23% халдвартын голомтонд —7%) тохиолдлоо. Энэ өвчний эмгэг жамын талаархи төсөөлөл өөрчлөгдөж, дамжиж болох замуудын нь тухай мэдээ сэлт өргөжин, хоол хүнсний замаас гадна амьсалаар халдаж болох нь тодорхой болов. Уг өвчний алаг цоог тохиолдлын үед эмнэлзүйн хувьд яланг таних явдал бараг боллоо үүсгэгчийн хэрэг юм. Нэр томъёоны будлиантай байдал практик ажилд саад болж цаашдын шинжилгээ судалгааг saatuulж байна. Иймд үүсгэгчийн шинж тэмдгээр урьд туслгаар өвчин болгон салгасныг үүсгэгчийн төрөл нэрээр нэгтгэн иерсиниоз гэж ерөнхийлөн нэрлэх гэсэн санал бүрэн үндэслэлтэй юм. (А. П. Авцын; А. А. Жаворонкова 1980). Тухайн үедээ лентоспирозууд гэж нэрлэж байсны оронд лентоспироз гэж нэрлэх санал гарч улмаар үүнийг нь ДЭХБ баталсантай (Б. Л. Угрюмов 1979), адилтгавал иерсониозууд гэдэг нэрийг нэрлэх нь төдийлөн оносон биш ажээ. Хүнд халдварт үүсгэх эх уурхай, нь өвчтэй амьтад юмуу халдварт хадгалагчид юм. Харх, оготно, хулгана зэрэг гэрийн ба зэрлэг мэрэгчдээс хүнд шууд халдахгүй. Харин эдгээр мэрэгчид гадаад орчны янз бүрийн объект, хөрс, хүнсний бүтээгдэхүүнийг халдвартуулсанас тэдгээрт иерсини үргэлж хуралдана. Үхэр, гахай, хонь, ямаа мэтийн мал амьтад иерсиниозоор өвчилдөг болохоор мах, сүү нь халдвартай тул халдвартын эх уурхай болохын хувьд илүү ач холбогдолтой байдаг. 1985 оны гуравдугаар сард «Гачууртай» САА-н 20, «Нөхөрлөл» САА-н 40, Баяндэлгэр сум-нэгдлийн 10, бүгд 70 ухэрт хийсэн ийлдэс судлалын цөөхөн тооны шинжилгээгээр тэдгээрийн 64-т (91%) ийлдэс судлалын 06 ($44\% \pm 6\%$), 05.27 ($39\% \pm 6\%$), 09 ($17\% \pm 5\%$) J Entercolitica-ийн эсрэг бие 1:100 ($38\% \pm 6\%$) 1:200 ($48\% \pm 6\%$) 1:400 ($14\% \pm 4\%$) таньцад илэрсэн нь эдгээр аж ахуйнуудын ухэрт идэвхтэй халдвартын процесс байгааг нотолсон юм.

Алаг цоог ба бүлэг өвчлөлтийн үед халдвартын эх уурхай, дамжуулах хүчин зүйлийг ихэнхдээ тодорхойлон тогтоох боломжгүй байдаг. Олон хүнийг халдвартуулсан нэг эх уурхай бүхий халдвартын голомтын нөхцөлд бол ихэвчлэн лууван, улаан лооль, өргөст хэмх, ногооны зууш, ногоон сонгино, байцаа, сармис ховор тохиолдод жимс зэрэг түүхийгээр нь хэрэглэдэг ургамлын гаралтай бүтээгдэхүүнүүд халдварт дамжуулах үндсэн хүчин зүйлс болж байдаг. Max, сүүн бүтээгдэхүүнээс J. Entercolitica ихэвчлэн сүү, гахай, тахианы мах болон эдгээрээс бэлтгэсэн зүйлсээр дамжина. Бид 1985—1986 онд Улаанбаатар хотод ийлдэс судлалын 0,9; 0,5; 27, 03 хүрээний J. Entercolitica-аар халдвартлагдсан даршилсан байцаа (I дэгдэл—1985 оны 12 сар) ийлдэс судлалын 1 хүрээний J. Pseudotuberculosis-аар бохирлогдсон ногоон сонгино (II дэгдэл, 1986. 6 сар) ийлдэс судлалын 0,5 27 ба 09 хүрээний J. Entercolitica-аар халдвартлагдсан нимбэгийг (III дэгдэл, 1986 оны 12 сар) тус тус хэрэглэсний улмаас үүсч нийтдээ 500 гаруй хүнийг өвчлүүлсэн иерсиниозын гурван халдварт дэгдэлтийг ажигласан юм. Халдвартын алаг цоог тохиолдлуудын үед гарсан өвчлөлийг оролцуулаад бидний судалгаанд орсон нийт 800 өвчтөний дотроос J Entercolitica-аар 640 хүн, 135 хүн J. pseudotuberculosis-аар, 25 хүн энэ хоёрын нийлж үүсгэсэн иерсиниоз өвчтэй байлаа. Өвчний эмнэл зүйн олон янз иерсиниозын одоогийн ангилалд багтаагүйгээс гадна урьд нь ном хэвлэлд огт бичигдээгүй эмнэл зүйн хэлбэр цөөнгүй байна. Удаан хугацааны туршид J. Entercolitica-гаар үүсгэгдсэн өвчний хамгийн содон бөгөөд давамгайлах хэлбэр бол гэдэсний хэлбэр болох ходоод, нарийн ба бүдүүн гэдэсний үрэвсэл гэж тооцож байв. Хуурамч сурьеэг бодвол бусад нилээд хүнд хэлбэрүүдийн хувийн жин ихээхэн бага байдал гэж онцлон тэмдэглэсэн ч бий. J. Entercolitica нь нөхцөлт эмгэг тө-

рүүлэгч бичил биетэнд J. pseudotuberculosis-oos илүү ойр төстэй гэж цөөн бус удаа тэмдэглэжээ. Ийм үндэслэлгүй үзэл нь J. Entercolitica-үүсгэгдсэн иерсиниозын янз бүрийн асуудлыг илүү гүнзгийрүүлэн судлахын зайлшгүй шаардлагатайг хоёрдугаар зэрэгт тавьж ач холбогдлыг нь бууруулж байгаа юм. Иерсиниоз өвчиний идэвхтэй холимог (хүн ба амьтны) голомтонд ажиллаж олсон практик ажлын туршлага маань иерсиниозын урьд өмнө бичигдсэн хэлбэрүүдийг (В. А. Знаменский 1982 он, В. И. Покровский ба бусад 1986 он) харгалзан үзсэний үндсэн дээр энэ өвчиний эмнэл зүйн шинэ ангиллыг гарган дэвшигүүлэх бололцоо олгож үүнийгээ хэвлэлд анх удаа «Анагаах ухаан» сэтгүүлд нийтлүүлж байгаа юм. Иерсиниозын лабораторийн оношлогоо нян болон ийлдэс судалын шинжилгээн дээр үндэслэнэ. Иерсинийг өвчтэй хүн, амьтан, гадаад орчноос илрүүлэн ялгах арга нь техник бэрхшээл ихтэй, удаан хугацаа (2—4 долоо хоног) шаарддагаас гадна өсгөвөр өгөх нь тун бага байдаг.

Иерсиниозын эмнэл зүйн ангилал

Анхдагч түгээмэл хэлбэрүүд:

1. Гэдэсний Ходоодны хурц үрэвсэл, хоолны хордлого-халдварт, ходоод-нарийн гэдэсний үрэвсэл, нарийн бүдүүн гэдэсний үрэвсэл, ходоод-нарийн бүдүүн гэдэсний үрэвсэл.
2. Хэвлийн —Чацаархайн булчирхай үрэвсэх, цутгалан гэдэс үрэвсэх, муухар олгойн хатгаа, муухар олгойн хурц үрэвсэл, хэвлийн гялтангийн шүүдэст үрэвсэл.
3. Халууралт —Бага зэргийн, дунд зэргийн, улаан эсэргэнэ төст халуурал
4. Үжил
5. Ушигны —Залгиур хоолойн үрэвсэл, төвөнх, цагаан мөгөөрсөн хоолойн үрэвсэл, ушигны үрэвсэл, гялтан хальс —ушигны үрэвсэл, цээжний гялтангийн шүүдэст үрэвсэл
6. Иерсиний гепатит бигепатит
7. Мэдрэл-сэтгэхүйн—Хордлогот энцефалопати, хордлого халдвартын солиорол, наран сүлжээний үрэвсэл, мэдрэлийн ёзоорын яншаа, судас мэдрэлийн дистони, вестибулопати
8. Бахуу-булчирхайн
9. Бөөрний
10. Холимог

Хоёрдогч түгээмэл хэлбэр:

1. Хэрлэг төст (ревматоид) —Үений үрэвсэл, зүрхний үрэвсэл, зангилаат болон шархлаат эрitem, Рейтерийн өвчин, Кроны өвчин, Бехтеревын өвчин, нүдний солонгон бүрхэвчийн үрэвсэл, Бехчетийн хам шинж, Леифрений хам шинж.
2. Хоёрдогч үжил—Элэг дэлүү, ушигны буглаа, хөхний үрэвсэл
3. Бөөрний сувганцар-тэвшинцэрийн үрэвсэл, давсаг, шээсний сүвийн үрэвсэл
4. Мэнэн, мэнэнтархитас (менинго-энцефалит)
5. Цэсний хүүдийн үрэвсэл
6. Нойр булчирхайн үрэвсэл

7. Чөмөгний үрэвсэл
8. Лейкоз төст урвал

Анхдагч голомтлог хэлбэр

1. Халууралтгүй
2. Элэг дэлүүний хам шинж

Хоёрдогч голомтлог хэлбэр:

1. Булчирхайн үрэвсэл—Хүзүүний дагзны, эрүүний доорх, суганы, цавины, чацаархайн
2. Зөвхөн халууралтай
3. Билирубин ихсэх

Фермент ихсэх

Цус наалдуулах, цус шууд бус наалдуулах урвалын хязгаарлагдмал тал нь антибиотикийг эрт хэрэглэсэн тохиолдолд дархлалын хариулт сул байдаг. Өвчний явц ужиг шинжтэй, эсрэг бие хожууихэнхдээ өвчний 3—4 дахь долоо хоногт үүсдэг, эсрэг биесийн нийт нийлбэрээр нь тодорхойлдогтой холбоотой бөгөөд бага таньцтай үед шинэ халдвартыг түрүүчийнхээс нь ялгах боломжгүй болдог.

Дээрх дутагдлыг үндсэнд нь арилгаж чадсан, иерсиний эсрэг бие—M болон J бүлгийн дархан глобулиныг тодорхойлох шинэ арга болох Радио иммун ба иммун-ферментийн шинжилгээг сүүлийн жилүүдэд хэрэглэх боллоо.

(K. Jranfors 1979, R. Tertti et al 1984)

Эмнэлзүй, лабораторийн содон шинжүүд илэрсэн үед хүүхэд болон насанд хүрэгчдийн иерсиниозыг эрт, хожуу, аль ч үед нь нян ба цийлдэс судаллын шинжилгээний баталгаа байхгүй нөхцөлд ч таних боломжтой. Энэ баталгаа өнөөг хүртэл ихэнхдээ хожмын ач холбогдолтой байгаа учраас өвөрмөц эмчилгээ хийх болон нөхөн сэргээх арга хэмжээнүүдийг авч явуулах найдвартай баримжаа болж чадахгүй.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. А. П. Авцын, А. А. Жаворонков.— Архив патологии 1980, 5, 4—13
2. В. А. Знаменский — К вопросу об этиологии дальневосточной скарлатиноподобной лихорадки. Автореф. дис. докт. мед. наук. Л., 1967.
3. В. А. Знаменский — Кишечные иерсиниозы: Учебное пособие. М. 1982.
4. Г. П. Соловьев — Журн. микробиол. 1985. 5. 98—103.
5. В. И. Покровский, Н. Д. Ющук, А. Н. Жариков и др. Иерсиниоз (клиника, диагностика, лечение): Методическая рекомендация) 1986.
6. K. Jranfors S. clin Microbiol 1979 vol. 9p. 336
7. R Tertti et al. J. infect Dis. 1984 vol. 199p. 245

Редакцид ирсэн 1987. 03. 14

Р. Дарьсүрэн

ТАРХИ НУГАСНЫ БИТҮҮ ГЭМТЭЛ

Сэтгэл мэдрэлийн өвчнийг эмчлэх улсын клиникийн эмнэлэг

Нэг. Тархины битүү гэмтэл. Гавал тархины гэмтэл бүх төрлийн гэмтлийн дотроос хоёрдугаар байрыг эзлэх болдоо. Хүмүүс голчлон замын хөдөлгөөний осолд өртөх, барилгын талбайд, гэр ахуйн болон төрөх үеийн гэмтэл, унах зэргээр гэмтэлд учирч байна.

Тархины гэмтлээс хүний эрүүл мэнд удаан хугацаагаар муудаж, мэргэжлийн ажлаа өөрчлөхөөс аргагүй болох, улс нийгмийн эдийн засаг, хувь хүний амьдралд нөхөгдөшгүй хохиrol учирдаг.

Иймд тархины аливаа гэмтлийг цаг алдалгүй оношлох, тууштай эмчлэх асуудал эмч нарын анхаарлыг онцгой татах болов.

Тархины битүү гэмтлийг гэмтлийн хурц үе, гэмтлээс шалтгаалан хожуу илрэх урхаг (тархи нэрвэгдлийн хам шинж) гэж хуваадаг.

Тархины хурц битүү гэмтэл нь З хэлбэрээр илрэнэ. Үүнд:

- 1) Тархи доргих;
- 2) Тархи няцрах; (хөнгөн, дунд, хүнд зэрэгтэй)
- 3) Тархи дарагдах;

1. **Тархи доргих** нь хамгийн элбэг тохиолдох боловч тархины эд эсийн өөрчлөлт өгдөггүй учир бүрэн эдгэрдэг. Тархи хөнгөн доргисон тохиолдолд гэмтэл авснаас хойш 10 минут хүрэхгүй хугацаанд ухаан балартаж, дотор муухайрдаг, заримдаа огиж бөөлжинө. Өвчтөний царай нь цайж аиж сандрана. Гэмтлээс хойших үйл явдлыг санана. Удалгүй ухаан нь сэргэж өвчтөн өөрөө «толгой өвдөөгүй, бие зүгээр» гэж эмнэлэгт хэвтэхээс татгалзана. Хэрэв хэвтөн бол эмнэлгээс гаргахыг гүйх зэрэг хандлага гаргадаг. Ийм өвчтөнг эмнэлэгт 7—10 хоног хэвтүүлж хүндрэлээс сэргийлж эмчлэнэ.

Тархи доргисоны илэрхий шинж бүхий тохиолдолд ухаан алдах нь 10—20 минут үргэлжлэж, гэмтэхээс хойно, өмнө болсон үйл явдлыг санахгүй, ухаан сэргэх боловч унтах сонирхолтой байна. Сэргэснээс хойш толгой өвдөнө, дотор муухайрна, бие сул гэсэн зовиур хэлж, гэрэл, дуу чимээнд дургүй, ихээхэн хөлөрнө. Ийм өвчтөнг эмнэлэгт заавал хэвтүүлж хэвтрийн дэглэмийг 21 хоног орчим сахиулна. Нугасны шингэнийг зайлшгүй шинжлэх шаардлагатай. Хэрэв нугасны шингэн цусны хольцтой байвал тархи няцарсанд тооцон хэвтрийн дэглэмийг сунган эмчилгээнд нэмэлт оруулна.

а) Тархи няцрахын хөнгөн хэлбэрийн үед эд эсийн өөрчлөлт зайлшгүй үүсдэг учир тархины ерөнхий хямралаас гадна тархи няцарсаны голомтот шинж гарна. Хорин минутаас илүү хугацаагаар ухаан алдаж, ухаан сэргэвч толгой өвдөх, огих бөөлжих, татах зэрэг тархины ерөнхий хямралын шинж олон хоногоор ажиглагдан, тархины голомтот шинж 2—3 долоо хоног арилахгүй байна. Нүүр мурыйх, хэл тультрах, голомтын эсрэг талд гар хөлийн шөрмөсний рефлекс ихсэх зэрэг шинж гарна.

б) Тархи няцрахын дунд хэлбэрийн үед 1—3 цаг ухаан алдаж, тархины ерөнхий хямралын илрэл давамгайлна. Ухаан сэргэсэн үед өвчтөний биеийн нэг тал мэдээ алдаж, яриа тультарч өөрчлөгдсөн зэрэг тархины голомтот шинж илрэнэ.

в) Тархи няцрахын хүнд хэлбэрийн үед өвчтөн олон цагаар ухаан алдаж, ухаан нь сэргэлгүй байсаар оврого (ком)-д шилжинэ. Тархины ерөнхий хямралын илрэл, тархины суурь хэсэг, тархины гүн байгууламжийн гэмтлийн голомтот шинж —амин чухал эрхтний ажиллагааны өөрчлөлт гарна. Энэ нь амьсгал давчдах, өнгөц амьсгалах, судасны лугшилт олширч, цусны даралт ихсэж буурах, биеийн халуун нэмэгдэх, царай, гар хөл, хамрын үзүүр, чих хөхөрч хөрөх, юм залгиж чадахгүй болох зэргээр илрэнэ.

Гэмтлээс хойш аль ч цагт тээвэрлэн эмнэлгийн нөхцөлд гавлын ясны зураг, нугасны шингэнийг авч шинжлэх шаардлагатай.

3. **Тархи дарагдах** нь гавлын яс гэмтэж, судас хагарч, тархинд цус хуран тархины тодорхой хэсгийг дарсантай холбоотой. Эмгэг жам—тархи дарагдан цочирч, тэр хэсэгтээ хавагнаж, хаван нь орчны эдээ дараах, гавлын ясны хугарсан цуурсан завсрааар гавлын хөндий рүү агаар орж тархийг дараах явдлуудаар нөхцөлдөнө. Тархины гэмтэл авч ухаан алдаад удахгүй сэргэж, хэсэг хугацааны дараа дахин ухаан алдах явдал гавлын хөндийд цусны бүлэн хуралдаж, тархи дарагдаж байгаагийн нотолгоо юм.

Ухаан түр сэргэх үеийг «нууц үе» гэх бөгөөд гавал, тархины дотор цусан булэн хуралдан, тархийг дарж байгааг оношлох чухамхүү анхны шинж болно.

Нууц үеийн зэрэгцээгээр тархины ерөнхий хямрал, голомтот шинжүүд гарч, нүдний угт хараг мэдрэлийн хөхлөг хавантай, судасны лугшилт цөөрч, цусны даралт буурч, амьсгал өнгөц, төвөгтэй болсон байна. Голомтот шинж нэмэгдэн тодроно. Дагзны булчин чангарч хөшсөн, Кернигийн шинж тод илэрсэн, нугасны шингэн цустай, гавлын зураг дээр суурь яс хугарсан буюу цуурсан, түүнээс болж хамар, чихнээс цус гарсан, нүдний ухархай тойрон хөхөрсөн, гавал тархины III, V, VI, VII, VIII мэдрүүлүүдийн гэмтлийн шинжтэй, эдгээрийн эсрэг талд гар хөлийн саажилт илэрсэн байна.

Тархины аливаа битүү гэмтэл, тархи няцрах, дарагдах үед бариачид очиж, хөлний ул, толгой руугаа цохиулах зэрэг нь шинжлэх ухааны тодорхой үндэслэлгүйгээр үл барам хортойг хүн амын дунд сурталчлах шаардлагатай байна.

Үзүүлэх тусламж. Тархи доргих, няцрахын хүндрэл илрээгүй тохиолдолд өвчтөний толгойг өндөрлөн хэвтрин дэглэм сахиулна. Ухаан алдсан үед өвчтөнг (бөөлжксөнд нь цацуулахгүйн тулд) хажуугаар нь хэвтүүлнэ. Толгойд хүйтэн (мөсөн) жин тавина. Нугасны шингэн их даралттай, гавлын дотор цус хурсаны шинж илрээгүй үед гавлын дотоод даралт бууруулж эмчилгээ хийнэ. Үүнд: 40%-ийн глюкозын уусмал 40—60 мл, 5%-ийн аскорбины хүчил 4 мл-ийн хамт өдөрт 2 удаа, магнизын 15%-ийн уусмал 100 мл судсанд дуслаар, мөн булчинд буюу судсанд лазикс 2 мл хоногт 1 удаа тарина. Залгих чадвартай үед гипотиазид 25 мг, эсвэл фуросемид 1 ширхэгээр өдөрт 1—2 удаа бүгд 3 өглөө уулгана. Үүний үйлчилгээ нь 1—2 цагийн дараа эхэлж, 10—12 цагийн турш ургэлжлэнэ. Үүнээс илүү хаван тух шаардлага гарвал мочевиныг 10%-ийн глюкоzoор найруулж, судсанд 1 минутанд 60—80 дуслаар хийнэ. Түүний үр дун 15—30 минутын дараа гарч, 12—24 цаг үргэлжлэнэ. Ухаангүй өвчтөний шээсийг саадгүй гаргахын тулд катетор тогтмол тавина. Үг яриа олширч, хөдөлгөөн ихэсч догширсон өвчтөнг асрах ба 2,5%-ийн аминазин 1—2 мл булчинд тарьж, бургуйгаар 3%-ийн хлорал гидрат 40 мл шулуун гэдсэнд хийнэ.

Тархины бүрхэвчний завсар цус харавсан эсэхийг мэдэхийн тул нугасны шингэнийг авах шаардлагатай, түүнд цусны хольцтой байвал цус тогтоох эмчилгээ хийнэ. 10%-ийн хлорт кальций буюу 10%-ийн глюконат кальций 10 мл судсанд өдөрт 1—2 удаа, 1%-ийн викасол 1—2 мл булчинд, эсвэл аминокапроны хүчил 10 мл судсанд тарина. Зүрх судасны ажиллагаа суларч, цусны даралт буурсан үед судсанд 40%-ийн глюкоза 20 мл, 0,06%—1 мл-ийн коргликоны хамт судсанд, эсвэл 0,05%-ийн строфантин 1 мл бас глюкозтой судсанд маш удаан шахна. 10%-ийн кофеин 2 мл 10%-ийн кордиамиин 1—2 мл арьсан дор тарина.

Нэг хоногоос илүү хугацаагаар ухаан ороогүй үед өвчтөнг зондоор хооллуулах, шулс, салстыг соруулж цэвэрлэх, норсон даавуун дээр хэвтүүлэхгүй байх зэрэг арга хэмжээ авна.

Нугасны шингэний даралт бага үед өвчтөнг дэргүй хэвтүүлж орны хэлийг өндөрлөнө. Судсаар 0,85%-ийн хлорлог натрийн уусмал 400 мл дуслаар тарина.

Хоёр. Нуруу-нугасны битүү гэмтэл. Нуруу-нугасны аливаа гэмтэл нь хүндрэл цхтэй, эдгэц муутай, нилээд хүнд гэмтлийн тоонд ордог юм. Нурууны ясны гэмтлээс нугалмай үенээсээ мултарч зөрөх, нугалмайн яс хугарахын хамт нуруу нугас доргих, няцрах, дарагдах, нугасны хөндийд цус харвах, ясны хугарч, цуурснаар агаар

орох, нугас тасрах явдал цөөнгүй байдаг. Нугасны гэмтлийн шинж тэмдэг нь гэмтлийн байршилаас шалтгаална.

Нугасны дээд (хүзүүний) хэсгийн гэмтэл хамгийн хүнд явцтай байдаг. Гэмтлийн хурц үед дөрвөн мөч саажиж гар, хөлийн шөрмөсний рефлекс алдагдан, булчингийн хүчдэл суларч, бүх төрлийн мэдрэхүй багасан, амьсгал өөрчлөгдж, давсагны ажиллагана алдагдсан байна.

Нугас хүзүүний хэсгээр тасарсан үед дээрх шинжийн зэрэгцээгээр биеийн арьс булчинд хатуу хаван үүсч арьс цоорно. Цусны даралт буурч, судасны лугшилт тогтвортгүй болсон байна.

Нугас сээрний хэсгээр гэмтсэн үед 2 хөлд чангартсан саажилт үүсч, хөлний булчингийн хүчдэл, өвдөг боривны рефлекс ихсэн, хэвлүүний рефлекс үүсэхгүй, улны рефлекс сүл, хоёр талд эмгэг рефлекс илэрсэн, хүйснээс доош халуун хүйтний ба өвдөхийн мэдрэхүй суларсан, өтгөн шингэн мэдээгүй гарна.

Бүслэхийн орчмын гэмтлийн үед хоёр хөлний суларсан саажилт үүсч, булчингийн хүчдэл суларсан, хэвлүүний, ул, өвдөг, боривны рефлекс үгүй, өвдөх мэдрэхүй цавын нугалаанаас доош алдагдсан, хушганы рефлекс үгүй болсон байна. Арьс хялбар цоорно. Өтгөн, шингэн задгайрна.

Өвчтөнг маш болгоомжтой, дамнуургаар авч эмнэлэгт хүргэнэ. Тээвэрлэх үедээ олон дахин зөөж хөдөлгөвөл нурууны нугалмайн хугарсан яс зөрж, нугасыг илүү дарах буюу цусны судсыг зүсч, нугасны хөндийд цус хаарван нугасыг дахин дарж гэмтээх аюултай болно.

Тээвэрлэхийн өмнө катетраар шээсийг авна. Хүчтэй өвдөх үед өвчин намдаах эм (морфин) хэрэглэж хэрхэвч болохгүй, харин зүрх судасны эм, удаан үйлчилгээтэй антибиотик тарих шаардлагатай.

Яарагтай тусламж: хатуу орон дээр нуруураар нь эгц хэвтүүлнэ.

Нурууны ясны зургийг зөөврийн рентген аппаратаар авч, ясны гэмтэлтэй үед мэдрэлийн мэс заслын яарагтай тусламж үзүүлнэ. Шокт оруулахгүй байх, зүрх судас, амьсгалын дутагдлын эсрэг эмчилгээ даруй хийнэ.

II. Гэмтлээс шалтгаалан хожуу илрэх тархи нэрвэгдлийн хамшинжийг зан төрхийн өөрчлөлт, вегетатив-судасны хямрал, гавлын доторх даралт ихсэх, тэнцвэр өөрчлөгдхөх, хөдөлгөөн саажих, гэмтлээс уламжилсан эпилепсийн уналт гэж ангилна.

Эдгээрийн үед гавлын доторх даралт бууруулах, наалдцыг уусган арилгах болон шинж тэмдгийн эмчилгээ хийдэг.

Редакцийд ирсэн 1987. 09. 17

Д. Алимаа

БИМАУ ДАХЬ ЦОЧМОГ ВИРУСТ ГЕПАТИТИЙН ШАЛТГААНЫ БҮТЭЦ, В ВИРУСТ ГЕПАТИТИЙН ГЭРИЙН ГОЛОМОНД НВ-ВИРУСЫН ХАЛДВАР ТАРХАЛТ

Эрүүл ахуй халдварт нянц судлалын институт

БИМАУ-д вируст гепатитын өвчлөлт харьцаангуй өндөр, архагших, эзлэгний анхдагч өмөнд шилжих явдал ихэссээр байгаа нь уг өвчинийг судлах нь тус орны эрүүлийг хамгаалахын пээн чухал асуудал болохыг илтгэн харуулж байна. Тус улсад вируст гепатитын олон талтасудлыг шийдвэрлэхэд Р.Арслан, Г.Олзвой, П.Нямдаваа, Т.Гомбосүрэн, Ж.Дашдаваа, И. В. Шахгильян, Т. Е. Ворожбиеева, Л. И. Трофимова зэрэг монгол-зөвлөлтийн эрдэмтдийн сүүлийн үеийн судалгаа шинжилгээний ажлууд зохих үр дүнгээ өгч байна. Гэвч, манай оронд вируст гепатитын шалтгааны бүтэц бүрэн тодорхой болж чадаагүй, тухайлбал язь бүрийн хэлбэрийн гепатитууд, түүний дотор А бус, В бус гепатит, А ба В вирусийн хавсрал тохиолдох холимог халдварт тохиолдох холимог халдварт тогтоогоодогүй, хүн амын дотор А, В, ялангуяа өвчин хүндэрх, архагшихад нөлөөлөгч дельта-гепатитын тархалт болон НВ-вирусийн халдварт тархахад артифициаль бус замын роль гүйцэд судлагдаагүй байгаа юм. Дээрх асуудлууд нь зөвхөн сүүлийн жижүүдэд, А, В гепатит, дельта-халдвартыг илрүүлэх вирус судлалын өндөр мэдрэг аргууд бий болсноор шийдвэрлэх боломжтой болов.

Бид, цочмог вируст гепатиттай өвчтөдүүдэд, орчин үеийн нарийн мэдрэг аргуудын тусламжтайгаар А ба В вируст гепатитуудын өвөрмөц маркеруудыг зэрэг тодорхойлох үндсэн дээр вируст гепатитын язь бүрийн хэлбэр тус бүрийн хувийн жиниг тогтоож, тус улсын вируст гепатитын шалтгааны бүтцийг гаргах, хүн амын дунд А, В, дельта-гепатитын маркерууд, цочмог ба архаг гепатитын гэрийн голомтонд НВ-вирусийн халдварт тархалтыг судлах зорилт тавив.

Судалгаанд, А вируст гепатитын эпидемийн ба эпидемийн бус үед Улаанбаатар хот дахь халдварт өвчтнийг анагаах клиникийн төв эмнэлэгт хэвтэж эмчлүүлсэн вируст гепатиттай өвчинүүд, авлагагүй донорууд, цочмог архаг гепатиттай өвчтүүдийн гэр бүлийн хүмүүс хамрагдсан. Тэдгээрийн цусанд А, В, дельта-гепатитын маркер илрүүлэх шинжилгээг ЗХУ-ын Анаагаах ухааны академийн Д. И. Ивановскийн нэрэмжит вирус судлалын хүрээлэнгийн клиникийн тасагт хийв.

Гепатитын А вирусийн эсрэг биенүүг радио-иммун арга (РИА)-аар, НВ_s-эсрэг төрөгч (НВ_sAg)-ийг гельд тундасжуулах урвал (ГТУ), угтварт иммун-электрофорез (УИЭФ), цус шууд бус наалдуулах урвал (ЦШБНУ, РИА-ыг дараалуулан, НВ-вирусийн эсрэг биенүүг ЦШБНУ буюу РИА-аар, НВ_e-эсрэг биен (НВ_eAg), цөмийн эсрэг төрөгч (НВ_CAg)-ийн болон дельта-вирусийн эсрэг биенүүг ферменттэй холбох эсрэг биенүүн урвал (ФХЭБҮ)-аар тус тус тодорхойлов.

Дүгнэлт: 1. Манай оронд вируст гепатит өргөн тархжээ. Тус орон дэх ХБ-ын ангиллын эндемик бүсэд багтаж байна. Насанд хүргэгчдийн 96 %-д гепатитын А вирусийн эсрэг биен илрэв. Хүн амын 7 %-д ГТУ-аар, 9 %-д УИЭФ-оор, 11 %-д ЦШБНУ-аар, 17 %-д РИА-аар тус тус НВ_sAg олдсон. НВ_sAg-ний эсрэг биен 60 %-д (РИА), зөвхөн НВ_CAg-ний эсрэг биен—2 %-д (ФХЭБҮ) тус тус илрэв. Өөрөөр хэлбэл судлагдсан хүн амын 79 % (РИА, ФХЭБҮ)-д өнгөрсөн буюу үргэлжилсээр байгаа В вируст гепатитын халдварт илрэв.

2. Дельта-вирусийн эсрэг биен НВ—вирус тээгчдийн 41,2 % (ФХЭБҮ), НВ—вирусийн эсрэг биен илрэсэн хүмүүсийн зөвхөн 8,3 %-д (ФХЭБҮ) олдов. Энэ нь уулзваар халдварт хүн амын дунд ихээхэн тархсаныг харуулж байна.

3. Цочмог вируст гепатитын шалтгааны бүтцийг авч үзвэл: А гепатит (АГ)—34,3 %, В гепатит (ВГ)—44,4 %, НВ—вирус тээгчид АГ-аар өвчлөх—9,3%, А бус, В бус гепатит (АБВБГ)—12 %-ийг (РИА) тус тус эзэлж байна.

4. АГ—ын хувийн жин эпидемийн үед (46,4 %), эпидемийн бус үеийн (19%)-хээс эрс нэмэгдэж байна. Түүний хамт ВГ-ын хувийн жин 59 % байсан 32,8 % хүртэл буурав. Эпидемийн болон эпидемийн бус үед НВ—вирус тээгчид гепатитын А вирусийн халдварт авах болон АБВБГ бараг цижил хэмжээтэй тохилодж байна (11 % ба 8 %, 11 % ба 12,8 %).

5. АГ-аар ихэвчлэн 1—3 (энэ наасны вируст гепатитаар өвчилсөн хүүхдүүдийн 46,7 %) ба 4—7 наасны (55,6 %)

ХҮҮХЭД ӨВЧИЛЖ БАЙНА. ВГ ГОЛДУУ ОЙ ХҮРТЭЛХ НАСНЫ ХҮҮХЭД (66,6 %) БА НАСАНД ХҮРЭГЧИД (68 %)-Д ТОХИОЛДОЖ БАЙНА. АБВБГ НАСАНД ХҮРЭГЧДЭД ХҮҮХДҮҮДЭЭС З ДАХИН ОЛОН ТОХИОЛДОВ (26 % БА 8 %).

6. Цочмог ВГ-тай өвчтнүүдийн 1/3 нь артифициаль бус замаар халдварт авсан байж болох юм. Үлдсэн 67 % нь өвчлөхөөс 45—180 хоногийн өмнө цус, түүний бэлдмэл сэлбүүлэх (15 %) буюу арьс, салст цоолох эмчилгээ-оношлогооны бусад үйлдэл (52 %) хийлгэсэн байв. Тэдгээрний 47 % нь эмнэлэгт хэвтэж, 20 % нь амбулаториор буюу гэртээ дээрх үйлдлүүдийн улмаас халдварт авчээ.

7. Хяналтын бүлэгтэй харьцуулбал цочмог ВГ-тай өвчтний гэрийн голомтонд НВ_s Ag 2 дахин олон (23,4 % ба 12,7 %—ЦШБНУ-аар), НВ_s Ag-ийн эсрэг бие бараг адил (42,3 % ба 34,5 %) тохиолдож байна. НВ_s Ag гол нь (72,7 %) өвчлөхөөс 45—180 хоногийн өмнө арьс,

салст цоолох эмчилгээ-оношлогооны ямар нэгэн үйлдэл хийлгээгүй цочмог ВГ-тай өвчтнүүдийн гэрийн голомтонд тохиолдож байгаа нь халдвартын эх үүсвэр уул дочмог В вируст гепатиттай өвчтнүүд биш, харин тэд өөрийн ам бүлийн хүмүүсээс халдварт авсан байж болохыг харуулж байна.

8. Хяналтын бүлэгт НВ_s Ag 19 %-д нь (РИА) илэрсэн бол архаг ВГ-тай өвчтнүүдийн гэрийн голомтонд 39,6 %-д нь ($P < 0,01$) олдог. Өөрөөр хэлбэл ВГ-ын халдварт (НВ_s Ag ба түүний эсрэг бие) архаг гепатиттай өвчтнүүдийн гэр бүлийн гишүүдийн 93,1% (РИА)-д илэрч байгаа нь архаг гепатиттай өвчтнүүд гэр орондоо НВ—вирусийн халдварт тараах гол эх уурхай болдгийг үзүүлж байна.

НВ—вирусийн халдварт гэр бүлэйн гишүүдэд харицан адилгүй тохиолдож байна.

Редакцийд ирсэн 1988. 02. 10

ХОВОР ТОХИОЛДОЛ

В. А. Харитонов, Ч. Жавзансүрэн

ПРИНГЛА-БРУНЕВИЛЛЫН ӨВЧНИЙ ТОХИОЛДОЛ

Арьс өнгөний эмгэг судлалын нэгдсэн

төв

Тослогийн булчирхайн тэгш хэмт бундуу (Аденома симметрична сальных желез) буюу Прингла-Бруневиллын өвчин нь зонхи-лон уdamшин дамждаг арьсны гадрын согог (эктордермын дисплази) юм. Энэ өвчин ховор тохиолдэх бөгөөд түүний шинж тэмдэг бүрэн илэрсэн үед арьс, салст бурхэвч, харааны эрхтэн, мэдрэлийн систем, яс болон бусад эд эрхтний хавсарсан гажиг илэрдэг (2,3,4).

Прингла-Бруневиллын (1,2,5) өвчний тодорхой илрэл нь нүүрний арьсны бундуу, хумсны орчмын ширхэнгэр (Фибром буюу (Кеноны хавдар), маягийн арьсны нөсөөт бодисын өөрчлөлт, (лейкодерма), салст бурхэвчийн хөхөлгөр (папиллом) бөгөөд (3) болзошгүй шинж тэмдэгт таталт (татвалзах), нүдний ёроолын цэцгийтэс (Факом) орно.

Уул өвчний үед арьсны өөрчлөлт мэдрэлийн систем болон бусад эрхтний хямралаас эрт илэрдэг.

Ийнхүү дээр бичсэнчлэн бидэнд ажиглагдсан нэг тохиолдлыг авч үзье.

Өвчтөн Г.. 27 настай, эрэгтэй, ажилчин, нүүр туурсан гэсэн зо-виуртайгаар арьсны эмчид үзүүлсэн. Энэ тууралт анх 3 настайд нь гарч 13 жилийн турш зөвхөн хамар, хамар-уруулын нугалаас хавиар байрлаж байгаад 16 настайгаас нь эхлэн хэмжээ томорч, их-сэж эхэлжээ. Эрүүл эцэг, эхээс төрж, хэвийн өсөн торнижээ. Удамд нь ийм өвчин үгүй, улаанбурхач, салхинцэцэг, халдварт гепатитаар өвчилсөн.

Үзэхэд: Биеийн ерөнхий байдал сайн, хамар, хацар, хамар-уруу-

лын нугалаа, эрүүгээр нь зэсэн улаан өнгөтэй, хоорондоо нийлээгүй, нягт барилдсан, хагас бөмбөлөг хэлбэртэй, хивэг зармын хэмжээнээс жижиг вандуйн чинээ уян зөөлөн, олон тооны судасны ширхэнгэр (ангифибром) байв. Мөн хөлийн хурууд, хумсны орчим цөөн тооны фибром, буйлны салст дээр хагас бөмбөлөг хэлбэртэй, цагаан будааны чинээ хавдар маягийн зүйл байв. Өгзөг, гуян дээр нь (витилиго төсөөтэй) нөсөөгүй, зөв биш хэлбэрийн толбууд, их биеийн хоёр хажуугаар, суганы орчимд олон тооны хөхөлгөр, эврэнгэр (кератом) байв.

Клиникийн болон биохимиин шинжилгээнүүд өөрчлөлтгүй Зүрхний цахилгаан бичлэгт; синусын брадикарди, зүрхний булчинд ховдол доторхи блокадын өөрчлөлттэй. Мэдрэлийн системийн талаас эмгэг өөрчлөлтгүй. Нүдний ёроол өөрчлөлтгүй, тэргэл (диск) нь улаан ягаан өнгөтэй, зах хязгаар нь тод, цусан судсууд нь хэвийн. Нүүрэн дээрх ангиофибромын гистологийн шинжилгээнд арьс зузаарах (акантоз) ширхэглэг (фиброз), тослогийн булчирхайн хэт өсөлт (гиперплази), арьсны өнгөц давхраанд судас хавийн дугариг эст нэвчдэс тус тус илрэв.

Принглын томоохон бундууг электрооагуляцийн аргаар авсан ба хэд хоноод нүүрний бусад хэсгээр үлдсэн цөөн гүвдүү нягтралжижгэрэв.

Арьсан дээрх өөрчлөлтийнх нь талаар тодорхой бичсэн энэхүү ажиглалт нь уул өвчнийг эрт оношлон эмчлэхэд туслах юм.

Редакцийд ирсэн 1987. 07. 06.

О. Наръяахүү, Р. Пүрэв

НАРИЙН БҮДҮҮН ГЭДЭСНИЙ ОРЧИН ҮЕИЙН РЕНТГЕН ШИНЖИЛГЭЭНИЙ АРГУУД

Улсын нэгдсэн тусгай эмнэлэг

Нарийн, бүдүүн гэдэсний рентген шинжилгээ хугацаа их шаардах, ногдох талаар эмч, овчтөн түяаны нөлөөнд өртөгдөж болохоос гадна гэдэсний гогцоо бие биедээ таширлан харагдах учир зургийг танихад ихээхэн төвөгтэй байдаг. Сүүлийн жилүүдэд телевизийн системтэй рентген аппарат хэрэглэж байгаа нь дээрхи муу талыг арилгаж байна. Америкийн судлаач Marshak, Linder (1976) нар доорхи тохиолдолд нарийн гэдэсний рентген шинжилгээг хийх хэрэгтэй гэж үздэг. Үүнд:

1. Улаан хоолой, ходоод, дээрхи гэдэс, бүдүүн гэдэсний аль хэсгээс цус алдаж буй нь мэдэгдэхгүй үед;
2. Суулгаж байгаа бүх тохиолдолд;
3. Хэвлүүгээр өвдөх, шалтгаан тодорхойгүй халуурах, эцэж турах;
4. Бүдүүн гэдэсний рентген шинжилгээгээр өвөрмөц биш шархлаат болон гранулематоз үрэвсэл илэрсэн хүмүүст тус тус хийнэ. Буудад судлаачид дээрхи тохиолдуудаас гадна бүдүүн гэдэсний ур, тархмал хэлбэртэй хорт лимфом, цагаан хорхойтох, гэдэс түгжкэрх зэрэгт эмгэгийн шалтгаан, байрлал, хэлбэр, шинж байдлыг нарийвчлан тодруулах зорилгоор хийх нь зүйтэй гэж үздэг.

Бүдүүн, нарийн гэдэсний рентген шинжилгээнд овчтөн бэлдэхдээ 3 хоногийн өмнөөс хөнгөн, цардуул багатай хоол идуулэн шинжилгээ хийхийн урьд өдрөөс хоол сойж, тэр орой нь мөн шинжилгээ хийх өдрийн өглөө цэвэрлэх бургуй (булээн усаар) тавина. Өвчтөн шинжилгээнд өлөн ирнэ. Мөн шинжилгээ хийхийн урьд өдрөөс гэдэсний булчин-гийн ажиллагаа, мэдрэлжилтэнд нөлөөлөх эм тариа хэрэглэж болохгүй. Шинжилгээнд хэрэглэх барийн холимогийг бэлтгэхдээ бари, усыг 1:1 харьцаатай авч сайтар буцалган, холигчоор холино. Нарийн гэдэсний шинжилгээнд 200—300 мл барийн холимог хэрэглэнэ. Дээр дурьдсаныаар барийн холимогийг нэг мөсөн уулгахад нарийн гэдэсний гогцоо бие биедээ таширлан байдгаас судлаачид энэ бэрхшээлийг даван туулажын тулд олон янзын арга хэрэглэж иржээ. Германы рентген судлаач Pansdorf (1937) барийн холимогийг 30 мл-ээр 30 минутын зайтай 6 цагийн турш уулгах нь зүйтэй гэдэг. Prevot (1950) 300 мл барийн холимогоо 3 тэнцүү хэсэгт хуваагаад эхний хэсгийг шинжлэхээсээ 2 цагийн өмнө, дараагийн хэсгийг 1 цагийн өмнө, үлдсэн хэсгийг шинжлэх үедээ уулгах нь сайн гэж үздэг. Гэхдээ ингэж шинжлэхэд нарийн гэдэсний гогцоо бие биедээ давхарлахгүй сайн талтай боловч шинжилгээ удаан үргэлжлэх муу талтай. Америкийн судлаач Veintraut, Willianis нар хүйтэн хоол нарийн гэдсээр богино хугацаанд өнгөрдөг физиологийн онцлогыг үндэслэн ходоодыг бари уулгаж харсны дараа нэг аяга хүйтэн ус юмуу физиологийн усмал уулгахыг зөвлөж байна. Энэ аргаар шинжлэхэд нарийн гэдэсний бүрэн шинжилгээ 50—60 минутанд багтах боловч шингэн ууснаас барийн холимог шингэрч гэдэс муу харагдах буюу нарийн гэдэсний гогцоо бие биедээ ташир байх тул зургийг танихад муугаар нөлөөлдөг байна. 1964 онд Зөвлөлтийн эрдэмтэн Л. С. Розенштраух дээрхи муу талуудыг арилгах шинэ аргыг боловсруулсан байна. Энэ аргаар нарийн гэдсийг шинжлэхдээ 6—8 градус хөргөсөн барийн холимог 50 мл-ийг 15 минутын зайтай 4 удаа уулгаж

зураг авна. Хөргөсөн барийн холимог нарийн гэдсээр хурдан өнгөрнө. Үүнд: Эхний уулгасан барийн холимогоор нарийн гэдэсний төгсгөлийн хэсэг дүүрч байхад сүүлчийн удаа уулгасан барийн холимогоор нарийн гэдэсний эхний хэсэг дүүрч байдгаас гэдэсний гогцоо бие биедээ таширлахгүй учир зураг сайн гарах боломжтой юм. Энэ аргаар нарийн гэдэсний бүх хэсгийг 45 минутын дотор бүрэн шинжлэнэ.

Францын судлаач Chericie (1957) нарийн, бүдүүн гэдэсний уулзвар хэсгийг шинжлэхэд релаксийн илеоцеографийн аргыг боловсруулсан. Энэ аргаар шинжлэхдээ 15 минутын өмнө атропины 0,1% 1 мл уусмал, хлорт кальцийн 10% 10 мл уусмал судсанд тарина. Эдгээр тарилга хийснээр гялгар булчин суларч, Баугиниевын халхавч онгойж гэдэсний тонус сулардагаас энэ хэсэгт элбэг байрладаг Кроны өвчин, лимфографи нулематоз, сүрьеэг оношлоход чухал ач холбогдолтой.

Рентген шинжилгээ нь бүдүүн гэдэсний төрөл бүрийн өвчнийг оношлоход шийдвэрлэх ач холбогдолтой. Барийн холимог уулгаад 3, 5, 7, 8, 24 цагийн дараа тээрэлд харж, зураг авч бүдүүн гэдэсний үйл ажиллагаа, бүдүүн гэдэсний байрлал, дүүрэлтийн байдлыг үнэлнэ. Бүдүүн гэдэсний рентген шинжилгээний гол арга нь ирригоскопийн шинжилгээ юм. Энэ шинжилгээгээр бүдүүн гэдэсний морфологийн өөрчлөлт, ханын уян хатан чанар, салстын гадаргуу (рельеф) зэргийг мэднэ. Ирригоскопийн шинжилгээг: 1) Гэдэсний хямрал, 2) Гэдэсний хавдар байж магадгүй гэсэн тохиолдолд, 3) Цус багадалтын шалтгаан тодорхойгүй бүх тохиолдолд хийнэ. Уг шинжилгээг доорхи тохиолдолд хийж болохгүй. Үүнд: 1) Өвчтөний биений байдал хүнд үед, 2) Гэдэс цоорсон шинж тэмдэг бүхий эсвэл цоорсон байж магадгүй тохиолдол; 3) Хортой хэлбэрийн мегаколон, 4) гэдэсний хурц үрэвсэл эдгээр болно. Шинжилгээ нь өвчтөнөө аль хэр сайн бэлтгэснээс шууд шалтгаална. Бүдүүн гэдэсийг (өтгөн, хийнээс) бүрэн цэвэрлэсэн байх нь чухал. Харин гэдэснээс цус алдаж байгаа, гэдэсний түгжрэлийн шинж тэмдэгтэй өвчтөнд урьдчилсан бэлтгэл хийлгүйгээр шинжилгээг хийж болох юм. Хэвлэлийн материалаас үзэхэд бүдүүн гэдэсний дээрхи шинжилгээнд өвчтөнийг бэлтгэхдээ Welin (1958), Miller (1980), Н. А. Рабухина, Л. П. Максимов (1980) нарын зөвлөснөөр бэлтгэх нь илүү сайн байна. Дээрхи судлаачдын үзсэнээр 3 өдрийн өмнөөс хурдан шингэдэг, төгөө талаар гэдсэнд шингэн, хий бага үүсгэдэг хоол өвчтөнд өгнө. Хий ихээр үүсгэдэг байцаа, жимс, жимсгэнэ, хар талх зөрөг хүнсний бүтээгдэхүүн аль болохоор бага хэрэглүүлэх, болж өгвөл өгөхгүй байх ёстой. Шинжилгээ хийхийн урьд өдөр 12 цагт тосон түүлга 30—60 мл уулгана. Мөн шинжилгээ хийхээс 8 цагийн өмнө 2 литрээс багагүй шингэн уулгахыг зөвлөж байна. Шинжилгээ хийхээс 2 цагийн өмнө 1,5—2 л бүлээн усанд 1,5 гр танин хольж, цэвэрлэх бургуй тавина. Дараа нь өвчтөнөө баруун, зүүн хажуугаар нь ээлжлэн хэвтүүлнэ. Бүдүүн гэдэслийн тонусыг сулруулахын тулд доорхи 2 аргын аль нэгийг хэрэглэнэ. Үүнд: Судсанд глюкоган 0,5—0,75 мл тарина. И. В. Власов (1971) шинжилгээ хийхээс 30 минутын өмнө хүхэр хүчлийн атропины 0,1% 1 мл уусмал судсанд тарих тухай бичсэн ба П. В. Пручанский, М. А. Булатов (1984) нарынхаар судсанд хүхэр хүчлийн атропины 01%—1 мл, Глюконат кальцийн 10%—10 мл-ийг тарина. Дээр дурьдсан аль ч аргыг хэрэглэхэд бүдүүн гэдэсний тонус сулрана.

Барийн холимогийг бэлтгэхдээ :1 л усанд хүхэр хүчлийн бари 300—400 гр авч сайн буцалгаж, холигчоор холино. 1 л буцалсан барийн холимогтоо 4 гр танин нэмэхэд барийн холимогийн наалдамхай чанар нь сайжирч гэдэсний салстын зураг тод гарна. Барийн хольмогоор бургуй тавих явцад өвчтөний толгой эргэж, хэвллийгээр өвдвөл атропины 01%—1 мл уусмал арьсан дор тарих хэрэгтэй. Шинжлэхдээ өвчтөнөө гэдрэг харуулж хэвтүүлээд барийн холимог хэрхэн орж

байгааг рентген дэлгэц, телевизээр харж, аажим шахна. С хэлбэрт гэдсийг олон байрлалд харж ялангуяа 1 ташуу байрлалд заавал зураг авна. Барийн холимог шахаад өвчтөний байрлалыг өөрчлөх, амьсгалуулах зэргээр бүдүүн гэдэсний бүх хэсгийг дүүргэж зураг авах хэрэгтэй. Мөн бүдүүн гэдэсний бүх хэсгийг дүүргэх, түүний ханыг байдлыг тодруулах зорилгоор өвчтөнөө латерио байдлаар шинжлэх нь чухал ач холбогдолтой. Бүдүүн гэдсийг барийн холимогоор дүүргэж зураг авсаны дараа өвчтөнөө бие засуулж, дараа нь хэвтээ байрлалд бүдүүн гэдэсний салстын зураг авах ба шаардлагатай гэж үзвэл хий шахаж сонирхсон хэсгийн зургийг олон байрлалд авсанаар гэдэсний ханын уян хатан байдал, ханын зузаан, эмгэг өөрчлөлтийн хэлбэр хэмжээг тодруулна. Сүүлийн жилүүдэд бүдүүн гэдсийг дээрхи аргаар шинжлэхээс гадна давхар тодруулах шинжилгээг өргөн хэрэглэж байна.

Рентген шинжилгээний өргөн хэрэглэгдэг аргын нэг нь пневмо-колонографи юм. Энэ нь бүдүүн гэдсэнд тусгай төхөөрөмжийн тусламжтай хий шахаж шинжлэх арга бөгөөд бүдүүн гэдэсний хавдар түүний бодит ба үйл ажиллагааны гаралтай нарийслыг оношлоход мөн хошногоны хуниас суларснаас барийн холимогоор бүдүүн гэдэс дүүрч өхгүй байгаа үед хэрэглэнэ. Энэ шинжилгээг гэдэсний хурц үрэвсэл, бүдүүн гэдэсний өвөрмөц биш гаралтай шархлаа үрэвслийн дахилтын үед, бүдүүн гэдэсний дивертикулийн хурц үрэвслийн шинж тэмдэг бүхий үед хийж болохгүй. Ердийн ирригоскопийн шинжилгээ хийснээс хойш 2—3 өдрийн дараа рентгенд харж (телевизортай аппарат илүү сайн) шулуун гэдэс, хөндлөн гэдсийг Бабровын аппарат, эсвэл Ричардсоны баллоноор хий шахаад хэвтээ босоо, латерио байрлалд байрлуулж зураг авна.

Японы эмч Macato Saito (1963) оношлогооны пневмоперитонеум хийсний дараа ходоодонд сэтгүүрийн тусламжтай хий шахаж өвчтөнөө олон байрлалд оруулж, энэ 2 хийн хооронд байгаа ходоодны ханын зураг авч ханын зузааны хэмжээг тодорхойлсон париетографийн шинжилгээг клиникт нэвтрүүлсэн байна. Париетографи буюу ханын зураг авах энэ шинжилгээний аргад тулгуурлан оношлогооны пневмоперитонеум хийж бүдүүн гэдсэнд хий шахаж, мөн 2 хийн хооронд бүдүүн гэдэсний ханыг тодруулж, эмгэг бүдүүн гэдэсний ханаас цааш аль хэр тархаж, чухам ямар эрхтэнтэй холбогдож байгаа, хана нь зузаарсан эсэхийг тодорхойлж болно. Париетографийн шинжилгээг 3 үе шатаар хийнэ. Үүнд: Эхлээд оношлогооны пневмоперитонеум тавина. 2 дугаар үе шатанд: Бүдүүн гэдсэнд хий шахна, Хэвлийн хөндийд дунджаар 1200—1500 мл хий шахна. Дараа нь бүдүүн гэдсийг рентгенд харж зураг авах ба томографийн шинжилгээ хийнэ. Тодрууллагч бодисоор хүчил төрөгч, агаар, нүүрс хүчлийн хий, азотын дутуу исэл хэрэглэх ба эдгээрээс хамгийн тохиромжтой нь хүчил төрөгч юм. Ер нь өвчтөний биеийн байдал ямар нэг шалтгаанаас хүндэрсэн, зүрхний энэгшил алдагдсан дутагдалтай, зүрхний шигдээсээр өмнө нь өвчилсөн, хэвллийн хөндийн хурц идээт үрэвсэл бүхий өвчтөнд париетографийн шинжилгээг хийж болохгүй. Шинжилгээний үед хийн эмболи болох, гэдэсний хана цоорох зэрэг хүндрэл гарч болдог учир тун болгоомжтой хийж, дээрхи хүндрэл гарвал яаралтай арга хэмжээ авна. Бүдүүн гэдэсний дээр дурьдсан шинжилгээний эцсийн үр дүн нь шинжилгээ хийж байгаа эмчийн мэдлэг, шинжилгээний аргуудыг хэрхэн эзэмшсэн зэргээс ихээхэн шалтгаалах болно. Иймээс бүдүүн гэдсийг шинжлэхдээ эмгэг процессийн байрлалд зохицуулан өвчтөний байрлалыг зөв сонгон зураг авах шаардлагатай. Эмгэг шулуун гэдсэнд байрласан байвал өвчтөнөө хэвтээгээр трендленбургийн байрлалд оруулж эгц, зүүн хажуу, баруун хажуугаас, хөндлөн гэдсэнд байрласан үед хэвтээ зогсоо байрлалд, мухар гэдэс, өгсөх ба уруудах хэс-

гийг хэвтээ, босоо, ялангуяа латерио байрлалд зүүн, баруун хажуугаар нь хэвтүүлж зураг авах ёстай. Эдгээр байрлалд зураг авснаар гэдэсний хананд байгаа жижиг өөрчлөлт (ур, хавдар)-ийг тодорхойлж болно.

Эцэст нь энэ удаагийн зөвлөмжээр бүдүүн нарийн пэдсийг рентгенээр шинжлэх бүх аргыг хамруулаагүй зөвхөн сүүлийн үед өргөн хэрэглэж байгаа, аль ч нөхцөлд хийх боломжтой, үр дүн сайтай цөөн аргыг тусгалаа.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. Д. М. Абдурасулов — Рентгенодиагностика заболеваний прямой кишки и дистального отдела сигмовидной кишки М, 1953
2. В. Б. Антонович, Е. Е. Лыкошина — Клинико-рентгенологическая диагностика неспецифического язвенного колита. М, 1976
3. В. Т. Дьяконов — Роль париетографии в диагностике заболеваний толстой кишки. Вестник рентгенол и радиол. 1976, I, 53—57
4. Е. М. Коган — Методика и техника рентгенологического исследования желудочно-кишечного тракта М, 1957.
5. Л. М. Портной, Р. П. Селедцова, М. А. Мюсова — Пневмолонография в уточненной диагностике опухолей толстой кишки. Вестник рентгенол и радиол. 1979, 2, 10—16
6. Н. А. Рабухина, Л. П. Максимов — Одномоментное и двойное контрастирование толстой кишки. Вестник рентгенол и радиол 1980.
7. Л. С. Розенштрак — Рентгенодиагностика заболеваний тонкой кишки М, 1981
8. Л. С. Розенштрак, З. П. Попова, С. И. Каменева — Методика ускоренного рентгенологического исследования тонкой кишки. Вестник рентгенол и радиол 1968, 4, с 20—23.
9. Л. С. Розенштрак, Х. М. Салита, И. П. Гуцул — Клиническая рентгено-диагностика заболеваний кишечника. Киев 1985.

Редакцийд ирсэн 1987. 09. 28

МАНАЙ ТӨЛӨВЛӨГӨӨ ЦАГ ҮЕИЙГ ТУСГАЖ БАЙНА.

Е. И. Чазов Уншигчдын асуултанд хариулж байна

Евгений Иванович, Хүн амд үзүүлэх эмнэлгийн тусlamжийн чанарыг дээшлүүлэх явдал Үндсэн чиглэлд эрүүлийг хамгаалахын гол зорилт болж орсон билээ. Энэ асуудал өнөөдөр редакцийн анхаарлыг татаж байгаа юм. Өнгөрсөн онд МГ сонин «манай ажлын чанар» сэдвээр Бүх Холбоотын хэмжээний уншигчдын эчнээ бага хурал зохион байгуулсан билээ.

Редакц 400 гаруй захидал хүлээн авч, сонины хуудсаар дамжуулж 140 гаруй эмч, эрдэмтэд, эмнэлгийн дунд мэргэжилтэн санал бодлоо хэлсэн билээ... Эрүүлийг хамгаалахын язз бүрийн салбарт ажлын чанарыг дүгнэх үзүүлэлтийн тухай өнөөдөр хэлэлцэж байна.

— Сонины хэлэлцүүлгийг бид анхааралтай авч үзэж байна. Эмнэлэгийн тусlamжийн чанар бол өнөөдөр эрүүлийг хамгаалахын эмзэг асуудал юм.

Бид эмнэлэг үйлчилгээний ажлын үр дүнгийн үзүүлэлтийг хэлэлцэж байгаа уншигчдын санал бодлыг анхааралтай судлахыг Н. А. Семашкогийн изрэмжит Бүх холбоотын нийгмийн эрүүл ахуй, эрүүлийг хамгаалахын зохион байгуулалтын институтзд үүрэг болгосон юм.

Энэ асуудлыг боловсруулсаны дараа гол гол мэргэжилтүүд, практикийн эмч нарыг оролцуулан Эрүүлийг хамгаалах яаманд авч хэлэлцээд арван хоёрдугаар сарын дундаас оройтолгуйгээр ажлын чанарын үзүүлэлтийг баталж, тэр нь эрүүлийг хамгаалахын өөрчлөн байгуулалтын нэг хэрэглүүр болох юм. Мөн 1988 оны нэгдүгээр сараас өвчин бүрээр эмнэлгийн тусlamж үзүүлэх стандарт мөрдөх юм. Энэ ажил одоогоор даавтар явцтай байна. Мөн энэ өдүүдэд эмнэлгийн тусlamжийн чанарыг дээшлүүлэх, эрүүлийг хамгаалахын материаллаг баазыг бэхжүүлэх талаар бас нэг баримт бичиг боловсруулсныг хэлж болох юм. Удахгүй хэвлэлд нийтлэгдэнэ биз дээ.

— Эмнэлэг үйлчилгээний ажлын чанарыг дээшлүүлэх ажлыг эрчимжүүлэх зорилгоор эрүүлийг хамгаалах яам улс орны хэд хэдэн районд цуврал туршилтын ажил эхэлсэн буюу эхлэхээр бэлтгэж байгаа тухай тодруулж ярыж өгнө үү?

— Кемеров, Куйбышев муж болон Ленинградын эрүүлийг хамгаалах байгууллагуудыг аж ахуйн тооцоонд шилжүүлж эдийн засгийн дорвitoи туршилт хийх гэж байгаагийн гол зорилт бол эмнэлэг үйлчилгээний чанарыг дээшлүүлэх явдал юм. Уг ажил 1988 оны нэгдүгээр сараас эхэлж, 1990 оны нэгдүгээр сард дуусах юм.

Ийм ажил зохион явуулах нь зайлшгүй чухал юм. Өнөөгийн эрүүлийг хамгаа-

лахын аж ахуйн механизм эмч нарын хөдөлмөрийн хөлсийг ялгавартай олгох, удирдлагын эдийн засгийн аргад тохиорхгүй байгаа юм.

Эмнэлгийн тусlamжийн бүхий л үе шатны залгамж холбоог дээшлүүлэх арга зам олох, хүн амын эрүүл мэндийг хамгаалах ажлын урьдчилан сэргийлэх чиглэлийг давуутай хөгжүүлэх, эмчилгээ, оношилгоогийн тэргүүний арга туршлагыг дэлгэрүүлэх оновчтой нөхцөл бурдуулэх, хөдөлмөр зохион байгуулалтын дэвшилт хэлбэрний олоход туршилт тус болно гэж бид найдж байна.

Үндсэн нэгж нь эмнэлэг, урьдчилан сэргийлэх байгууллагуудыг эгнээндээ нэгтгэсэн орон нутгийн анагаах ухааны комплекс байх юм. Эрүүлийг хамгаалахын нэгтгэн хэвшсэн аж ахуйн механизмыг өөрчлөх нь төвөгтэй.

Салбарын нилээд эмзэг цэг болох материал хангамж тааруу байхад аж ахуйн тооцоонд орсон нөхцөлд хүн амын тоонд зохицуулан санхүүжүүлэх нь бас л хурц асуудал юм. Туршилт зохион байгуулах үйн норм, нормативын холбогдолтой баримт бичгүүд гүйцэд боловсроогүй байгаа тухай ч бидэнд ирж байгаа захидалд бичиж байна. Туршилт явуулах ажлын бэлтгэлний авч хэлэлцэн Эрүүлийг хамгаалах яамны коллегийн хурлаар дутуу дулим байгаа ажлыг богино хугацаанд гүйцээхээр шийдвэрлэсэн. Арван хоёрдугаар сарын хорьд хүртэл бүхий дутагдлыг засч, туршилтыг амжилттай явуулах бэлтгэл хангана.

Үзүүлэх эмчээ өвчтөн өөрөө сонгох, гэрийн эмчийн тухай асуудал ихэд анхаарал татаж, ялангуяа эмнэлгийн ажилтан-уншигчдийн дотор уг асуудлыг зөвшөөрсөн болон эсрэг хоёр санал байна. Таны бодол ямар байна вэ?

— Эрүүлийг хамгаалах яамны сайдын 1987 оны наймдугаар сарын 7-ны өдрийн 938 тоот тушаалд энэ тухай тусгасан юм. Уг тушаалаар поликлиничийн хүрээнд эмчлүүлж эмнэлгийн хяналтанд байгаа өвчтөний хүсэлтээр хүүхэд, дотрын хэсгийн эмчийг сонгож өгөх эрхийг эрүүлийг хамгаалах байгууллагуудын удирдлагад олгосон болохыг сануулыа. Харин эмчийн ажлын нормын 15 хувнаас илүү олон хүн ногдуулж өгч болохгүй. Өвчтөний эрүүл мэндийн төлөө хүлээх хариуцлага зарим талаар суларсан өнөөгийн нөхцөлд хэсгийн эмч бол манай эрүүлийг хамгаалахын «тулхүүр хүн» юм гэдгийг хэлэхэд нууц биш юм. Тэд нэг талаас нарийн мэргэжлийн, ногөө талаас түргэн тусlamжийн эмч наарт шахгадаад байгаа мэт төсөөлөлтэй болж өвчтөнийг зохиц мэргэжлийн нөхөддөө дамжуулж суудаг нэг ёсны диспетчер

болж хувирчээ. Эрүүлийг хамгаалахын удирдах ажилтан бид ч хэсгийн эмчийн үйл ажиллагааны хүрээг ийнхүү баримжаалж сурчээ. Мэдээж ганц түршилтаар бүх ажлыг шийдвэр чадахгүй л дээ. Эмч нарыг бэлтгэх ажиллагааг бүх шатанд үндсэнд нь сайжруулж, тэдний хөдөлмөр зохион байгуулалтын шинэ арга хэлбэр хэрэгтэй юм. Жишээ нь нэгдсэн хэсэг байгуулах гэдэг санаа бий. Энэ болдоор бол 5—6 мянган хүнд гурав дөрвөн дотрын эмч, хуухдийн ба эх барих эмэгтэйчүүдийн тус бүр 2 эмч бүхий бригад үйлчлэх юм. Энэ явцад нь практикийн олон талт мэдлэг чадвар бүхий эмч нарыг аажуу бэлдэх юм.

Практикийн эмч (ерөнхий мэргэжлийн)-ийн зайлшгүй биелүүлж, байх эмнэлгийн нарийн мэргэжлийн тусламжаас юу юуг үзүүлж чадаж байх ёстой тухай жагсаалт гарахаар хэрэгтэй бус уу?

— Бид одоогоор ерөнхий мэргэжлийн болон нарийн мэргэжлийн эмч нарын сургалтын программыг боловсруулж байна. Оюутнуудын төгсөлтөөс 2 жилийн өмнө тэдний хэрэгцээг тогтоож, эрүүлийг хамгаалах байгууллагууд их, дээд сургуульд захиалгаа ирүүлж байх юм.

Нийээд төгсөгчид ширээний араас нарийн мэргэжилтэй болоод гарахыг хүсэх нь мэдээж.

Эмч бүр ерөнхий мэргэжлийг дамжиж онгөрнө гэж баттай хэлмээр байна.

— Онош зүйн төвүүд байгуулж байгаа нь их анхаарал татаж байна. Арван хоёрдугаар таван жилийн эцэст онош зүйн төв 25 болно гэдэг нь үндсэн чиглэлээс мэдэгдэж байна.

Уг төвүүдийг хaa байрлуулж, техник төхөөрөмжөөр хэрхэн хангаж яж ажиллуулах тухай уншигчид сонирхож байна?

Практикийн эмч нар, эрүүлийг хамгаалахын зохион байгуулалтад өвчтөнийг эмнэлэгт хэвтүүлэхийн өмнө шинжилж, оношлоо нь хямд төсөр гэж ойлгуулах гэхийн хэрэггүй юм. Энэ тухай манай зарчмын хувьд шинэ байгууллага болох онош зүйн төвүүдийг байгуулах тухай шийдвэрт тодорхой тусгасан юм. Энэ шийдвэрийн утга учир нь одоогоор хүрэлцээ муутай байгаа бас нарийн төвөгтэй оношлогооны арга: хэт авиа, компьютерийн томограф фибрископийн болон бусад техникийг оновчтой ашиглахад оршино. Нэг төвд бараж хэрэгслийн болон лабораторийн шинжилгээгээр өдөрт 800—1000 хүнд үйлчлэх юм. Энэ онд (1987. орч) Омс, Донецкод нийм төвүүд ажлаа эхэлж, хойтон (1988) жил Москва, Ленинград, Киев, Минск, Свердловск, Львов, Владимир, Новосибирск болон бусад хотод энэ төвүүд өвчтөнөө хүлээж авна. ХIII 5 жилийн төлөвлөгөөний эцэст нийм төв ойролцоогоор 50 орчим ажиллах юм.

Онош зүйн төвүүд, тэдгээрийн дээд хүчин чадал бол төгс төгөлдөр болсон хэргэ биш гэдгийг онцлон хэлье. Энэ тухайд зарим уншигчдийн бичсэнээр хуч бололцоогоо тарамдуулахгүйгээр поликлиник, онош-эмчилгээний тасаг кабинетуудад ажиллаж байгаа лабораторийн хүчин чадлыг дээд зэргээр ашиглах, тэдний салаа сал-

баруудыг өргөжүүлэх хэрэгтэй юм. Онош зүйн төв бол оношлогооны дээд цэг юм шүү дээ.

— Оношийг цаг алдахгүй тавих нь чухал, Ниөөгийн байдлаар бид эмнэлгийн тусламжийн 70 хувийг өвчтөнгөөр өмнөлгэгт ирсэн хойно нь үзүүлж байна. Бүр Пироговын үед ирээдүйн анагаах ухаанд урьдчилан сэргийлэхүйн ухаанд хамрана гэж үзэж байсан билээ. Манай эрүүлийг хамгаалах бахь байдгаараа хүний эрүүл мэндийг хамгаалах бус өвдсөн хойно нь гал-команд адил очсон хэвээр байна. Энэ оны гуравдугаар сард болсон коллегийн хурал дээр олон удирдагчид ЗХУ-ын Эрүүлийг хамгаалах яам, Бүх холбоотын үйлдвэрчний эвээлийн төв зөвлөл, 70 га-рүү яам, хороод хамтран зохиох 1985—1990 онд ЗХУ-ын хүн амын эрүүл мэндийг хамгаалах бэхжүүлэх ажлыг эрчимжүүлэх талаар иж бүрэн программ» байдгийг мар-таж байгааг тэмдэглэсэн билээ.

Энэ тухай хагас жилийн дараа л санацаасан. Уг төвлөгөөг хэрэгжүүлэх ажлын явцыг коллеги хэлэлцээд төвлөгөөг дахин боловсронгуй болгох шаардлагатай гэж үзэн. Төвлөгөөг 2 жил мөрдсөний дараа ийнхүү хүчингүй болжээ... Зөвлөлтийн эрүүлийг хамгаалахын жанжин шугам болсон урьдчилан сэргийлэх чиглэлийг та хэрхэн төсөөлж байна вэ?

— Энэ бол жичид нь авч яриунштай, төвөгтэй асуулт байна. Товчоор хэлэхэд урьдчилан сэргийлэх нь ЗХУ-ын эрүүлийг хамгаалахын стратегийн чиг шугам байсаар ирсэн, энэ тухай марсан хэрэг хараахан бус, харин эрүүлийг хамгаалахын зохион байгуулалтын бутид гол үүрэг гүйцэтгэх урьдал шинжийг ямар нэг байдлаар алдуулсан хэрэг юм. Бид өвчтэй хүний эмчилгээний тухай, тэдний эрүүл мэндийн тухай их ярьдаг атлаа эрүүл хүмүүсийн эрүүл мэндийн тухай тун бага ярьж байна. Олон эмч урьдчилан сэргийлэх ажлыг тээртэй мэт санаж, зөвхөн дун бургэлийн хуудсанд тоо тавих тэдийн ор нэр болгон хандаж байна. Ярилцаж байгаа сэдэвт ариун цэвэр гэгээрлийн ажлаас байгаль хамгаалах хүртэл өргөн хүрээтэй асуудал багтана.

Нялх нярай хүүхдийн эндэгдлийг, жишээ болгон авч үзье. Дутуу нярай хүүхдийн эндэгдэл 20—22 дахин илүү бэлгээ нь бүхэнд илэрхийн, Дутуу тээдгийн нэг шалтгаан бол үр хөндөх явдал юм. Одоо манайд 21 хүртэл насны эмэгтэйгүүд анхны хүүхдээ төрүүлтэл 2—3 удаа үр хөндүүлж, орон даяар жилд нийм мэс ажилбар 7 саяыг хийж байна. Эмч нарын онцлон анхаарах юм бол ариун цэвэр гэгээрлийн ажлыг тун тааруу зохион байгуулж, үр тогтохоос сэргийлэх орчин үеийн аргуудыг аажуу нэвтрүүлж байна. Нөгөө талаас улсын хэмжээнд нярай хүүхдийн 4,9 хувийг дутуу төрсөн хүүхэд эзэлж, будаг, резин, пластмасс, нийлэг утасны үйлдвэрлэд ажилладаг эмэгтэйчүүд хүүхдээ дутуу тээж төрүүлэх нь 10 хувьд хүрж байна. Энд дан ганц урьдчилан сэргийлэх яриа шийдвэрлэх үүрэг гүйцэтгэж чадахгүй.

Хөдөлмөрний нөхцөлийг, эрүүлжүүлэх түүштэй арга хэмжээ шаардлагатай.

Ийм ч учраас үндсэн чиглэлд ард түмний аж байдал сөёлын хэмжээг дээшлүүлэх, орчныг хамгаалах зөвлөлтийн хүмүүсийн хөдөлмөр, ахуй, амралтын нөхцөлийг эрүүлжүүлэх, хүмүүсийн биеийн эсэргүүцлийг дээшлүүлэх иж бүрэн арга хэмжээг урьдчилан сэргийлэх ажилт гэж томьёолж байгаа юм.

Бидний өмнө өгүүлсэн урьдчилан сэргийлэх ажлын программ бол зөвхөн Эрүүлийг хамгаалах яамны хүрээнд байсан учир ур ашиг багатай байв.

Урьдчилан сэргийлэх ажилд улс олон нийт үйлдвэр аж ахуйн газруудын оролцоог дээшлүүлэхийн тулд Сайд нарын Зөвлөлийн дэргэд зөвлөл байгуулах санал тавина. Бүх холбоотын үйлзээрчний эзлэлийн төв зөвлөлтэй хамтоон хөдөлмөрний нөхцлийг эрүүлжүүлэх, Улсын газар тариалангийн үйлдвэрлэлийн яамтai х. мтран үйлдвэрлэлийн эрүүл ахуйн нөхцлийг дээшлүүлэх программ боловсруулж ажиллаж байна. Бүх холбоотын урьдчилан сэргийлэх төв байгуулах асуудлыг шийдэж байна. Эрүүлийг хамгаалах яамны Улсын ариун цэвэр, халдвэр судалалын ерөнхий газрын дэргэд урьдчилан сэргийлэх хэлтэс байгуулж ажиллууллаа.

— Эрүүлийг хамгаалахын шинэ салбар болох эрүүл мэндийн төв байгуулах тухай үндсэн чиглэлд тусгагджээ. Уг төв урьдчилан сэргийлэх ажилд ямар үүрэгтэй байх вэ.

— Хүн амын нийгэм, оюун санаа, блеялдлын өв тэгш байдлын нэг үнэт чиг шугам болсон эрүүл аж төрөх ёсны нэр хүндийг өргөх цаг нэгент болжээ. Урьдчилан сэргийлэх ажлын эцсийн үр дүнг уг ажилд хэд хичнээн яам, газар оролцож, хэдийн хэр хөрөнгө хүч зарсанаар тооцоход бэрхтэй. Мөн энэ сэдвэр хичнээн ном төхимол гарч, лекц уншиж, хичээл зааснаар тооцоход бас л бэрхтэй. Эрүүл аж төрөх ёсиг хөвшүүлэх нь бие бялдрын үзүүлэлтээ дээшлүүлэх байнгын ажлаар, эндээс олж авах бие, сэтгэлийн ханамжаар, эрүүл мэндийн үнэ цэнийг ойлгож, нэр хүндийг ойтуулсан практик ажлаар илэрээ. Олон ийнүүтийн үүсгэл санаачлагараар бий болсон эрүүл аж төрөх ёсны клубын хүчээр энэ ажлыг амжуулахгүй. Тэдэнд материал техникийн бааз дутах төдийгүй, олон талт арга хэмжээ явуулах арга барил дутна. Үнэн чанартай нэг клуб өөрийгөө итгүүлэх аргаар, ногое нь гүйлтээр, гуравдахь нь гимнастикаар хичээллэж байна.

Эрүүл мэндийн төвд шаардлагаар бус хүмүүс, өөрдийн хүслээр ирж байна. Бодит байдалд эрүүл мэндийн бэхжүүлэх эчэ байгууллага сонирхогчдын хүслийг хийвэрээр биелүүлж байна. Янз бүрийн спорт тоглоом, бэссеин, Саун-ур, засал, иллэгбүгд хүслээр. Ийм төвүүдийн үйлдвэр аж ахуйн газар, орон нутгийн засаг захирагааны байгууллагын дэргэд байгуулвал сайн гэж бид үздэг юм.

Тэгээл өнөөдөр анагаах ухааны гөдий байгаа энэ асуудал бүх ийнтийн хэрэг болоход тус болох юм.

— Эрүүл мэндийн паспортын тухай

санал солилцож дууслаа. Эмч нарын гарг энэ паспорт хэзээ очих вэ?

— Уг паспортыг амбулаторын картын нэг хувилбар болгохгүй тулд бодож боловсруулах явцад тэмдэглэл нь арай ихэд сэн байж болох юм. Уг паспортын түүний цусны бүлэг, резусын хамаарал, эмийн тохироо, артерийн даралт, татран болон бусад өвчиний сэргийлэх тарилга хийлгэсэн байдлыг тэмдэглэж урьдчилан сэргийлэх үзлэг, бусад нэмэлт үзлэгийг жил жилээр тэмдэглэнэ. Уг паспортыг 10 жил хэргэлжээр тооцсон. Ирэх жил (1988 орч.) Москвагийн бүх иргэдэд энэ паспортыг олгоно.

Паспорт бүхий хүн амралтанд явахдаа, ажилд орохдоо, гадаадад явахдаа, эмнэлгийн магадлгаа авах шаардлага гарахгүй. Львов хотод бид амбулаторын картыг гэрт нь хадгалдаг туршилт хийнэ.

— Урьдчилан сэргийлэх олон талт арга хэмжээ хэрэгжүүлэхэд улсын арнуун цэврийн хяналтын үүрэг нэмэгдэх шаардлага өснө. Уг хяналт өнөө ч өмнө тависан зорилтоо бүрэн дүүрэн гүйцэлдүүлж чадахгүй байна. Экологийн болон халдвэр судалалын түвшин асуудал нийлээд төвөгтэй хэвээр байна. Улсын ариун цэврийн хяналтын дүрмийг хэзээнээс мөрдөх вэ? Түүний төслийг эмнэлэгийн ажилтан, ажилчдаар хэзэлүүлэх үү? Аргунцэвэр, халдвэр судалалын албаны эрхийн хэм хэмжээг өргөжүүлэх талаар Эрүүлийг хамгаалах яам ямар арга хэмжээ төвлөж байна вэ? Яам, газруудын ариун цэврийн албыг шинэчлэн зохион байгуулах асуудал хэрхэн шийдэгдэж байна вэ?

— Бидний болон бидний үр садын эрүүл мэндийн хамгаалах, экологийн аюулгүй байдлыг хангахын тулд эмч нар ус, агаар, хүнсний бутээгдэхүүн зэрэгт байх хорт бодисын байдал зохих дээд хэмжээг тогтоосон, энэ нормууд байвч тэр бүр биелэгдэхгүй байна. 100 гаруй хотын агаарын бохирдол байвал зохих хэмжээнд тохирохгүй. Азербайджан, Армен, Туркменстан, Молдав 1 гадаад байх химийн хордуулагч бодисын хэмжээ улсын дунджаар хэд дахин илүү байгагаа зэрэг олон жишээ хэлж болно.

Улсын ариун цэврийн алба сүүлийн жилүүдэд өөрийн байр суурин нийлээд сургуулсан тал бий. Албаны удирдагчийн төдийгүй АЦХСС-ын ажилтнууд тэдний салбар хэсэгт ч аар саар ажлын тооны хойноос хөөцөлдөж, эколог, халдвэр судалалын дорвийтой асуудлыг орхигдуулсан. Одоо бид экологийн нарийн төвөгтэй асуудлыг шийдэхэд Улсын ариун цэврийн хяналтын нэр хүндийг дээшлүүлэхтэй холбогдсон баримт бичгийг бэлтгэж байна. Ариун цэврийн алба, түүний салбар нэгжүүдийн тухай дүрмийн төслийг бүх талаас нь шүүн ярилцаж, баталснаар эрүүл ахуйчлыг додгуулиж байгаа олон асуудал үүгээр шийдэдэх болно.

Гуравдугаар сард болсон коллегийн өргөтгөсөн хуралд хэлсэн үгэндээ та улс ардын аж ахуйн бүх салбарын нэг адил эрүүлийг хамгаалахын төлөвлөлтэнд эксп-

төснисүү үзүүлэлтийг олон жил зонхицсон нь ажилд гарсан зогсонги байдлын шалтгаан болсныг тэмдэглэсэн билээ, Өнөөдөр энэ талаар байдал ямар байна, вэ. Ажилд нэгэнт тогтсон хэв загварыг өөрчлөх талаар юу хийж байна вэ?

— Эрүүлийг хамгаалахад оруулсан хөрөнгийг юуны урьд хүчин эмнэлэг урьдчилан сэргийлэх байгууллагуудыг засч төхөөрөмжлөхөд зарна.

Эрүүлийг хамгаалахын барилга байгууламжийн баримт бичгийг цаг алдалгүй бүрдүүлэх их ажил хийж байна. ХII 5 жилд 8,7 миллиард рубль төсөвлөсөн бол XIII 5 жилд 25,3 миллиард болж ёсөх юм. Эрүүлийг хамгаалахын барилга байгууламжийн зураг төслийн бүтээх салбар институт Горький хотод 350 гаруй төсөл зохионгидтой байгуулгадлаа. Мөн Тбилис, Алма-Ата, Минск, Новосибирск, Барнаул, Ашхабад, Душанбе, Житомирт нийм салбар институт ажиллана.

— Саяхан эрүүлийг хамгаалах яамны санаачлагаар байгуулсан эмнэлгийн техник, төхөөрөмжийн үзэсгэлэнгээс үзэхд манай техникийн хөгжил хоцорч байгааг харууллаа. Энэ байдлаас гаргахын түнд юу хийж байна вэ? Мөн ашиглаагүй буюу сууринуулаагүй тоног төхөөрөмж олон байгааг Ардын хябан шалгах хорооны шалгалтаар илрүүлжээ. Үг үзлэгийн мөрөөр ямар тодорхой ажил зохиож байна вэ?

— Анаагаах ухааны техникийн үзэсгэлэн олонхиийн ялангуяа мэргжилтнуудийн тайхлыг төрүүллээ. Бид түүний зохион байгуулаадаа манай эрүүлийг хамгаалах салбарын энэ талын «ололт»ыг үзүүлэх төдийгүй энэ хурц асуудлыг бух талаас нь шийдэхэд холбогдох яам, газруудын санал болдлыг сонсож, ярьж шийдэх зорилго тавьсан юм. Манай бух эмнэлгийн техник төхөөрөмжийн 65 хувийг үйлдвэрлэж дэг техник төхөөрөмжийг яам, эрүүлийг хамгаалах яамны коллегийн өргөтгөсөн хурлаар эмнэлгийн техникийн тоог нэмэгдүүлэх төдийгүй чанарыг дээшлүүлэх арга замыг авч хэлэлцлээ.

1995 онд гэхэд тэдний бүтээгдэхүүний 95 хувь нь дэлхийн түвшинд (одоо 25 хувь) хүрэх юм.

Энэ яамны үйлдвэрлэдэг эмнэлгийн техникийн тоог нэмэгдүүлснээр 640 сая рублийн жилийн орлого нь энэ онд 2,5 миллиард болтлоо ёсно. Энэ ажилд оролцдог 30 гаруй яам, байгууллагын ажил хэрэгтэй оролцоог дээшлүүлэх талаараа баримт бичгийг боловсруулж дууслаа. Мөн эдийн засгийн харилсан туслах зөвлөлийн оруулдлын үйлдвэрийн чадавхыг ашиглахаар төлөвлөж байна. Энэ онд ЗХУ, БНУАУ-ын хамтарсан «Микромед» байгууллага 4 сая рублийн бүтээгдэхүүни үйлдвэрлэж 1991 онд тэдний жилийн хучин чадал 100 сая рублийн бүтээгдэхүүн хийхийц болох юм.

Хөрөнгө хүчиний бололцоо дутах нэг хэрэг нөгөө талаас бидний өөрөдийн зохион байгуулалтгүй байдал бол өөр хэрэг! Эмнэлг урьдчилан сэргийлэх байгууллагад бүх техник төхөөрөмжий нь 1/4 эрдэм шинжилгээний байгууллага, их дээд сургуульд 1/3—хувь нь эвдэрсэн буюу ашиглаадаагүй байна. Мэдээж заримынх нь сэлбэг хэ-

рэгсэл олдохгүй байж болно. Ихэнхдээ лаж ахуйц бус, эмх замбаагүй байдлаас болж байгаа юм.

Бид бүхий л ашиглаагүй болон сууринуулаагүй техник төхөөрөмжийн бүртгэл гаргаж, шинээр багаж төхөөрөмж сууринуулж өгөх ажил эрхэлсэн бүх холбоатын байгууллага бий болголоо.

Улс даяар багаж хэрэглэлд засвар үйлчилгээ хийх 30 гаруй үйлчилгээний төв, мен импортын техникт үйлчилгээ хийх хэд хэдэн хамтарсан төв байгуулах шийдвэр гаргалаа. Зарим багаж хэрэгслийг хөлсөөр өгөх үйлчилгээний тухайд ч цаашдаа бодж боловсруулах шаардлагатай болов уу.

Евгений Иванович, Эрүүлийг хамгаалах яамны дэргэд байгуулагдсан үйлдвэрлэл-техникийн удирдах газар ямар үүрэг гүйцэтгэх вэ?

— Тус газар эрүүлийг хамгаалах яам болон анаагаах ухааны техник үйлдвэрлээг яам, газруудыг холбож байхын тулд өөрөөр хэлвэл яан бүрийн багаж хэрэгслийн хэргэцээг бүрэн тогтоох, тэдгээрийг бүтээх захиалгыг зөв хийх, шинэ тоног төхөөрөмжийг олноор үйлдвэрлэж практикт нэвтрүүлэх явдал юм. Түүнээс гадна тус газар хэмжүүрийн болон бусад хэд хэдэн асуудлыг эрхлэх юм.

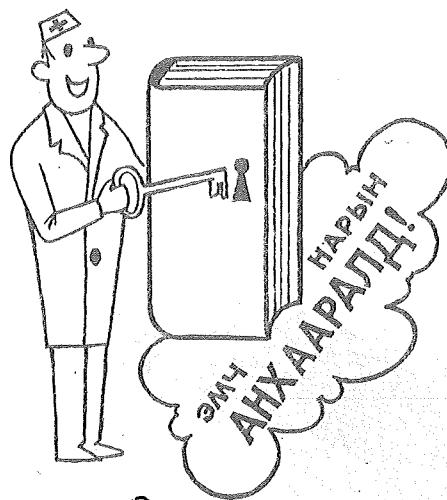
— Эмийн сангийн ажлыг эм бараа борлуулалтын төлөвлөгөө бүрелүүлснээр биш, хэрэлгэгчдийн эрэлт шаардлагийг хангасан ажлын чанараар үнэлэхээр төлөвлөж байна уу? Эмийн сангүудад агуулах хүрэлцээгүй тэдгээрийн олонхи нь тун муудсан байна. Энэ байдлыг сайжруулах ямар арга хэмжээ төлөвлөж байна вэ?

— Эмийн сангийн үйл ажиллагаанд үнэлгээ өгөх шалгуур үзүүлэлт гаргаж, МГ-сонинд ийтлүүлсэн. Байвал зохион өргөн хэрэгцээнэй эм, эмнэлгийн барааны хангамж, тэдгээрийг зөв зохистой хэрэглэх, эмийг бэлтгэж, байгаа хугацаа, хөдөлмөрчдийн эрэлт хүсэлтийг барагдуулсан байдал зэрэг үзүүлэлтуудийг энд авч үзэж байгаа юм.

Санал, үнэлэлтүүдийг авсаны дараа үг үзүүлэлтийг батлана. Аравдугаар сарын сүүлээр, хөдөлмөр-нийгэм хангамжийн улсын хороо эмийн сангийн ажилтнуудын шагналын тухай шийдвэр гаргав. Энэ нь эмнэлг, урьдчилан сэргийлэх байгууллага, хөдөлмөрчдийг эмээр хангах ажлын чанарын төлөө шагнах боломж олгох байгаа юм. Харин эм хангамжийн байгууллага урьдан адил аж ахуйн тооцоон дээр ажиллах юм. Эмийн сангийн агуулахын хувьд байдал маш хүнд байгаа бөгөөд агуулахын хангамж нормативын 50 хувьд л байгаа юм. Энэ байдлаас гарах арга хэмжээ авч байна...

(Үргэлжлэл бий)

890



Б. Намбар, Л. И. Баклыков
—БИМАУ дахь амралт
рашаан сувилал

Энэ номд хөдөлмөрчдийн амралт, рашаан сувиллын зохион байгуулалтын үндсэн зарчим, байгалийн эмчилгээний нэг гол хүчин зүйл болон рашаан, шавар, уур амьсгалын бие махбодод үзүүлэх нөлөөг тодорхой тусгажээ.

Түүнчлэн рашаан сувиллын нөхцөлд эмчилгээ оношлогооны аргыг боловсронгуй болгож хөдөлмөрчдийн амралт чөлөө цагийг зөв зохион байгуулах арга хэлбэрийн талаар өгүүлсэн байна. Энэ номыг эмчлэн сэргийлэх байгууллагын болон рашаан сувиллын эмч, мэргэжилтэн нарт зориулжээ,

М. Баатар нар
—Эм хэрэглэх арга зүй

Энэ товхимолд эмийг зүй зохистой хэрэглэхийн үндэс, ач холбогдлыг эм зүйн сүүлийн үсийн олонтонд тулгуурлан нэлээд дэлгэрэнгүй бичжээ.

Энэ номыг эм зүйч, их эмч нарт зориулж байна.