



# Анасъах Ужади



**ЭХ НЯЛХСЫН  
ЭРҮҮЛ МЭНД  
БҮХ НИЙТИЙН  
ҮЙЛС МӨН.**



# АНАГААХ УХААН

## ЭРҮҮЛИЙГ ХАМГААЛАХ ЯАМ

15 дахь жилдээ

№ 4 (52)

1984 он

Эрдэм шинжилгээ практикийн улирал тутмын сэтгүүл

### АГУУЛГА

Анагаах ухааны эрдэм шинжилгээний ажлын өгөөжийг сайжруулъя	3
<i>Б. Галсандорж Н. Нямха — Ухамсартай сахилга хүнийг захирч удирдана (энээ бага хурал) . . . . .</i>	6
<b>ЭРҮҮЛИЙГ ХАМГААЛАХЫН ЗЭХИОН БАЙГУУЛАЛТ</b>	
<i>Ч. Цэрэннадмид, В. Р. Зиц, Ж. Бадрал, Г. Цогт — БНМАУ-д пульмонологийн тусламжийг зохион байгуулах зарим зарчмын тухай . . . . .</i>	11
<i>Ц. Мухар — Бригадын бага эмчийн салбарын үйлчилгээний байдал . . . . .</i>	14
<b>ЭХ НЯЛХСЫН ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН АСУУДЛААР</b>	
<b>ХИЙХ УЛСЫН ЗӨВЛӨЛГӨӨНИЙ ӨМНӨ</b>	
<i>Д. Энэбшиш, Ц. Намсрай — Эхийн сүүний уураг түүнийг судлах асуудалд . . . . .</i>	17
<i>Ж. Идэр — Хүүхдийн цусаар дамжуулж үүсэх ясны цочмог үрэвслийн мэс заслын оношилгоо эмчилгээ . . . . .</i>	21
<i>Мо. Шагдарсүрэн — “Эмэгтэйчүүдэд зөвлөлгөө өгөх газрын туршлага . . . . .</i>	25
<i>Д. Лунтан, Д. Дариймаа — Дархан хотын эх нялхсын байгууллагын туршлагаас . . . . .</i>	29
<b>СУДАЛГАА ШИНЖИЛГЭЭ</b>	
<i>Л. Лхагва — Хүний физиологийн үзүүлэлтийн хоногийн хэмнэлийн магадлуурын хэзийн хэмжээг судлах асуудалд . . . . .</i>	33
<i>Ё. Батболд, П. Нямдлаа, С. Алтанхуяг — Монгол хүүхдэд улаан бурхны эсрэг идэвхгүй дархалалыг судлах асуудалд . . . . .</i>	36
<i>Но. Дондог, Ж. Нанжид — Зүрхний архаг дутагдлын эмчилгээнд зарим вазодилататор эмийг хэрэглэсэн нь . . . . .</i>	41
<i>К. Анаргул, В. Ичихорлог — Мухар олгойн хүрт үрээсэлт өвчний хүндрэл, хөдөлмөрийн чадвар түр алдарт . . . . .</i>	45
<i>Р. Энхтуяа — Нэгийн хүүхдийн гэдээнчий микрофлорын бүрэлдэхүүн . . . . .</i>	48
<b>МАХНЫН III ИХ ХУРАЛ ХУРАЛДСАНЫ БОЛОН</b>	
<b>БНМАУ-ЫГ ТУНХАГЛАСНЫ 60 ЖИЛИЙН ОЙД</b>	
<i>Ц. Түдээв — Шастныхны гавьяа . . . . .</i>	51
<i>Б. Рагчаа — Дурсан санаад . . . . .</i>	54
<b>МЭРГЭЖЛИЙН ЗӨВЛӨЛГӨӨ, ЛЕКЦ, ТОЙМ</b>	
<i>Ю. П. Дерягин, Г. П. Дерягина, Л. Дайдичсүрэч, Г. Цэрэчдагва, Н. Жанцан, Т. Няядижид, С. Сүхбаатар — Шаралтыг ялган оношлох . . . . .</i>	57
<i>Л. Бласанхүү, Б. Бэлдсайхан — Энэтхэг тэвд эмнэлгийн нэгэн номын тухай . . . . .</i>	63
<i>Х. Рагчадасүрэн — Зүрхний булчингийн шигдээсийн хурц үеийн эмчилгээ . . . . .</i>	71
<i>Г. В. Алфимова, С. Цэцэгмаа — Зарал нунтаг эмийн хэлбэрт хими, физик химийн аргаар тооны шинжилгээ хийх нь . . . . .</i>	74
<i>Г. Оюун — Нангийн тэжээлт орчинд тазих чанарын ханалт . . . . .</i>	76
<b>ТУРШЛАГА СОЛИЛЦЬЁ</b>	
<i>П. Дондов — Гэмтлийн улмаас үүссэн тархины хатуу хальсан доорхи цус хуралтын эмнэл зүйн онцлог . . . . .</i>	80
<i>Г. Дэмид, Н. Даши, Г. Дагва, Ф. Даваасамбуу, Х. Баттөмөр — Г. А. Илизаровын аппаратыг эмчилгээнд хэрэглэж байгаа нь . . . . .</i>	83
<b>ХОВОР ТОХИОЛДОЛ</b>	
<i>Д. Малчинхүү, Г. Сүхээ — Зүрхийн зүүн тэсгүүрэн миксом хаздрын нэгэн тохиолдэл . . . . .</i>	86
<b>ГАДААД ОРНУУДАД</b>	
<i>— Хутгагүй мэс засал . . . . .</i>	89
<i>— Цахилгаан тэтгэгч хараа сэргээж байна . . . . .</i>	89
<i>МЭДЭЭ . . . . .</i>	91

# МЕДИЦИНА

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Выходит с 1970 г

№ 4 (52)

1984 г

Научно-практический ёжеквартальный журнал

## СОДЕРЖАНИЕ

— Улучшим эффективность научно-исследовательских работ в области медицинских наук . . . . .	3
<b>Б. Галсандорж, Н. Нима</b> — Сознательная дисциплина правит и руководит человеком (Заочная конференция читателей) . . . . .	6
<b>ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ</b>	
<b>Ч. Цереннаадмид, В. Р. Зии, Ж. Бадрал, Г. Цогт</b> — О некоторых принципах организации пульмонологической помощи в МНР . . . . .	11
<b>Ц. Мухар</b> — Профилактическое направление в деятельности фельдшеро-акушерского пункта бригады . . . . .	14
<b>К РЕСПУБЛИКАНСКОМУ СОВЕЩАНИЮ ПО ВОПРОСАМ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ И РЕБЁНКА</b>	
<b>Д. Энэбаш, Ц. Намсрай</b> — К вопросу изучения белков женского молока . . . . .	17
<b>Ж. Идер</b> — Диагностика и хирургическое лечение острого гематогенного остеомиелита у детей . . . . .	21
<b>Мо. Шагдарсурэн</b> — Передовой опыт работы женской консультации . . . . .	25
<b>Д. Лунтан, Д. Дацана</b> — Из опыта работы по проблеме охраны материнства и детства в городе Дархане . . . . .	29
<b>ИССЛЕДОВАНИЯ</b>	
<b>Л. Лхагва</b> — К вопросу изучения нормативов параметра суточного ритма физиологических показателей человека . . . . .	33
<b>Ё. Батболд, П. Нимадава, С. Алтанхуяг</b> — К изучению пассивного противокоревого иммунитета у детей в условиях МНР . . . . .	36
<b>Но. Дондог, Ж. Нанжид</b> — Результаты применения некоторых вазодилаторов при хронической сердечной недостаточности . . . . .	41
<b>К. Анаргул, В. Ичинхорло</b> — Осложнения при остром аппендиците . . . . .	45
<b>Р. Энхтуяга</b> — Состав микрофлоры кишечника у новорожденных детей К 60-ЛЕТИЮ Ш СЪЕЗДА МНРП и ПРОВОЗГЛАШЕНИЯ МНР	48
<b>Ц. Түдэв</b> — Заслуги Шастиних . . . . .	51
<b>Б. Рагчaa</b> — Воспоминание о сражении на Халхин-Голе . . . . .	54
<b>ОБЗОРЫ, ЛЕКЦИИ, КОНСУЛЬТАЦИИ</b>	
<b>Ю. П. Дерягин, Г. П. Дерягина, Л. Дамдинсурен, Г. Церендаагва, Н. Жанцан, Т. Няндагжид, С. Сухэ-баттор</b> — Диагностический алгоритм "желтухи" и его использование в клинической практике . . . . .	57
<b>Л. Басанху, Б. Болдсайхан</b> — Из практики индо-тибетской медицины . . . . .	66
<b>Х. Рагчасурэн</b> — Лечение острого инфаркта миокарда . . . . .	71
<b>Г. В. Алфимова, С. Цэцэгма</b> — Химический и физикохимический количественный анализ некоторых порошкообразных лекарственных форм . . . . .	74
<b>Г. Оюун</b> — Контроль качества питательной среды для выращивания бактерий . . . . .	76
<b>ОБМЕН ОПЫТОМ</b>	
<b>П. Дондов</b> — Клинические особенности субдурального кровообращения при травме . . . . .	80
<b>Г. Дэмид, Н. Даш, Г. Даагва, О. Давасамбуу, Х. Баттимур</b> — Применение аппарата Илизарова в лечебной практике . . . . .	83
<b>РЕДКИЙ СЛУЧАЙ</b>	
<b>Д. Малчинху, Г. Сухэ</b> — Случай миксомы левого предсердия . . . . .	86
<b>ЗА РУБЕЖОМ</b>	
— Хирургия без скальпеля . . . . .	89
— Электростимуляция возвращает зрение . . . . .	89
<b>ХРОНИКА</b> . . . . .	91

## **Анагаах ухааны эрдэм шинжилгээний ажлын өгөөжийг сайжрууляя**

МАХН-ЫН XVIII их хурлаас ард түмний эрүүлийг хамгаалах талаар дэвшиүүлсэн зорилтыг амжилттай шийдвэрлэхэд эмнэлгийн шинжлэх ухаан, практикийн нэгдлийг улам бататган орчин үеийн шинжлэх ухаан, техникийн ололт (ШУТО)-ыг эмнэлэг урьдчилан сэргийлэх байгууллагад цаг алдалгүй аль болох түргэн нэвтрүүлэх явдал анагаах ухааны эрдэм шинжилгээний байгууллагын нэн тэргүүний зорилт болж байна.

Нам засгаас эрүүлийг хамгаалах салбарын эрдэм шинжилгээний байгууллагын материаллаг баазыг бэхжүүлэх, боловсон хүчинээр хангах, ЗХУ болон социалист хамтын нөхөрлөлийн орнуудтай шинжлэх ухааны талаар хамтын ажиллагааг өргөжүүлэхэд байнга анхаарал халамж тавьж байдгийн үр дунд эрдэм шинжилгээний байгууллагын төсөв хөрөнгө боловсон хүчиний хангамж жилээс жилд есч байна. Эрүүлийг хамгаалах байгууллагын эрдэм шинжилгээний ажил гүйцэтгэж байгаа хүний тоо 230 гаруй болсон нь 1976 онтой харьцуулбал 15,1 хувиар өссөн ба эрдэм шинжилгээний ажилд зориулсан төсөв 68,3 хувиар нэмэгдэв. Эрүүлийг хамгаалах системд шинжлэх ухааны академийн сурвалжлагч гишүүн, анагаах ухааны доктор хэд хэд байгаа бөгөөд анагаах ухааны дэд эрдэмтэн 186-тاي болсон нь эрдэм шинжилгээний ажлын онолын ондөр түвшинд гаргах бололцоо бүрдлээ.

Манай эмч, эрдэмтэд тус улсын эрүүлийг хамгаалахын тулгамдсан асуудлууд болох хүн амын өвчлөл, нас барагт, хөдөлмөрийн чадвар алдахад зонхилох суурь эзэлж байгаа зүрх судасны эмгэг, элэг цэсний болон зарим хорт хавдар, хүүхдийн амьсгалын зам, хоол боловсруулах эрхтэний өвчин, вируст гепатит, томуу төст өвчин зэргийн шалтгаан, эмгэг жам, нөлөөлөх хүчин зүйл тархал зүйг судалж оношлох, эмчлэх, урьдчилан сэргийлэх үр ашигтай дэвшилтээ аргуудыг боловсруулах, хүн амын эмнэлгийн тусламжийн хэрэгцээ, эмнэлгийн цэг салбарын хөгжил, байршил, бүтцийг боловсронгуй болгох, хоол хүнсний хэрэгцээ, эрүүл ахуйн нехцэл байдлыг судлан тогтоох, хөдөлмөрчдийн эрүүл мэндийг сайжруулах зохион байгуулалтын зохистой хэлбэрийг боловсруулах, онолын зарим тулгуур судалгааг хийхэд гол хүчээ чиглүүлэн ажиллаж нилээд амжилтанд хүрч байна.

Эрдэм шинжилгээний ажлыг хамтлагийн хүчээр хийх, гэрээ захиалга даалгавраар гүйцэтгэх зэрэг дэвшилт арга барил нэвтэрч байна. Эрдэм шинжилгээний байгууллагууд судалгаа шинжилгээний объектууд, бааз эмнэлэг, тушиц газрын ажлыг сайжруулах, загвар байгууллага болгох хөдөлгөөн өрнөж байна. Нэг сэдвийг олон талаас нь иж бүрнээр бага хугацаанд судалж практик өгөөжийг дээшлүүлэх, тайлангийн болон эрдмийн зэрэг, цол горилогчдын диссертацийн түвшинд эксперт хийх, эрдэм шинжилгээний ажилтнуудыг багшлуулах, анагаах ухааны дээд сургуулийн багш нарыг эрдэм шинжилгээний ажил хийх бололцоогоор хангах зэрэг арга ажиллагаа нэвтэрч байна.

Анагаах ухааны эрдэм шинжилгээний ажлыг ЗХУ болон ах дүү социалист орны онол арга зүйн түвшинд ойртуулах, тэдний баялаг туршлагаас сурах, ШУТО нэвтрүүлэх ажлыг анхаарах, ЗХУ-ын 10 гаруй институт болон ах дүү социалист орнууд, Дэлхийн эрүүлийг хамгаалах байгууллагатай хоёр талын болон олон талын хамтын ажиллагааг хөгжүүлж байна.

„Тус орны эрдэм шинжилгээний ажлын байдал, түүнийг сайж-руулах арга хэмжээний тухай“ МАХН-ын Төв Хорооны 1980 оны тогтоолд „Улс ардын аж ахуйн байгуулалтын нэн чухал зорилтыг шийдвэрлэхэд шинжлэх ухааны ролийг дээшлүүлэх ажлыг цаашид, нэгдүгээрт Зөвлөлт Холбоот Улс, ах дүү бусад орны шинжлэх ухаан техникийн бэлэн ололтыг бүтээлчээр хэрэглэх замаар, хоёр-дугаарт эрдэм шинжилгээний боловсон хүчин бэлтгэх ажлыг эрс дугаарт төлөвшүүлэх замаар хангаж болно гэж үзүүгэй“ гэсэн төлөвшүүлэн бурдүүлэх замаар хангаж болно гэж үзүүгэй“ гэсэн намынхаа энэ заалтыг хэрэгжүүлэхэд анагаах ухааны эрдэм шинжилгээний байгууллагууд хүч, бололцоогоо дайчлан ажиллаж зохих амжилтанд хүрч байгаа жишээ олныг дурдаж болно.

БНМАУ-ын Ардын Их Хурлын депутат, төрийн шагналт Ц. Бундангийн хариуцсан анагаах ухааны хүрээлэнгийн мэс заслын сектор „нээлттэй“ зүрхэнд хагалгаа хийж, гипотерми ба цусны хиймэл эргэлтийн аргыг клиникт нэвтрүүлж улмаар „хавхлаг суулгах“ хагалгааг амжилтай хийж түүнийхээ үр дүнг судалж байна.

Ардын эмнэлгийн хүрээлэн эх орны эмийн ургамлын баялаг сангаас 50 гаруй төрөл ургамалд хими-фармакологийн судалгаа хийж 10 гаруй эмийг практикт нэвтрүүлэв.

Эх нялхсиг хамгаалах эрдэм шинжилгээний хүрээлэн гормоны, удамшилын өвчний, иммунологийн лаборатори байгуулж практикийн байгууллагад үйлчлүүлэхийн хамт эх, хүүхдийн өвчлөлд нөлөөлөх эмгэгүүдийг судлах, загвар байгууллага байгуулах зэргээр ажиллаж байна. Манай эрдэм шинжилгээний байгууллагын эрдэмтэд, анагаах ухааны дээд сургуулийн багш нарын бүтээлч санаачилгаар зурх, тархины цахилгаан бичлэг, судасны зураг авах, зурх сэтгүүрдэх, хөндий эрхтэн дурандааас эхлээд хэнгэрэг нехөх, болор суулгах, элэг тайрах зэрэг нарийн төвөгтэй мэс засал, оношлогоо эмчилгээг практикт амжилттай нэвтрүүлж байна. Эрүүл ахуй халдвар, иян судлалын улсын институт НВс эсрэгтөрөгч, эсрэг дархан ийлдэс, түүний эсрэг бие ялгах, улаан эст оношлуур, томуугаас сэргийлэх вакцин, интерферон, оксацилины түрхлэг, антигриппин хэрэглэх, томуугийн вирусийг адсорбци-элюцийн аргаар цэвэрлэн шөтгөрүүлэх, тахианы үр хөврөлөөс ургийн задмаг бэлтгэх, похиомиэлитийн антибодисыг өнгөт урвалаар судлах аргыг практикт нэвтрүүлэв.

Гэвч эрдэм шинжилгээний байгууллагууд оршиж байгаа дутагдалдаа дүн шинжилгээ хийж тухай бүр засах арга чадвар мөтэхэс байна. Сонгон хийж буй ажлын онолын түвшин дорий, судалгааны ажил нь практик өгөөж муу, нэг сэдвээр олон жил үр бутээл муутай ажиллаж байгаагаас тухайн салбарт зохих ахиц гарахгүй дутагдал байна. Жишээ нь:

Хоол судлалын сектор байгуулгадаад 20 гаруй жил болж байхад тохирсон эмчилгээний хоолыг эмнэлгийн байгууллагад хэрэглэхгүй шахам байна.

Халдварт, эпидемиологийн сектор вируст гепатитын асуудлаар олон жил ажиллаж байгаа боловч урьдчилан сэргийлэх, оношлох,

эмчлэх үр дүнтэй оновчтой арга практикт хэрэглэхгүй байгаа буюу зарим нэг зүйл хийсэн ч түүнийг шинжлэх ухааны үндэстэй нэгтгэн дүгнэж чадаагүй байна. Дотор өвчин судлалын сектор гипертони, ишемийн өвчинеэр олон жил судалгаа шинжилгээний ажил хийж байгаа ч анхдагч ба хоёрдогч урьдчилан сэргийлэхийи цэгцэй систем улсын хэмжээнд тогтох чадаагүй, судалгааныхаа л түвшинд байсаар байна. Гэтэл энэ талаар ЗХУ болон ах дүү социалист оронд том алхам хийжээ. Анагаах ухааны хурээлэнгийн эрүүлийг хамгаалахын зохион байгуулалтын секторын үйл ажиллагаа практикийн байгууллагаас салангид байгаагаас эрүүлийг хамгаалахын зохион байгуулалтын тулгамдсан асуудлыг шийдвэрлэхэд нэмэр хандив бага оруулж байна. Зүй нь энэ сектор эмнэлэг-урьдчилан сэргийлэх байгууллагын удирдлага, арга барил, зохион байгуулалтыг боловсронгуй болгох, хөдөлмөрийг шинжлэх ухааны үндэстэй зохион байгуулах, эрүүлийг хамгаалахад улсаас зарж байгаа хөрөнгийг үр ашигтай зарцуулж байгаад судалгаа хийх, до тоод нөөц бололцоог илрүүлэн, зохион байгуулалтын ашигтай хэлбэрийг тогтооход ажлаа чиглүүлэх ёстой боловч ингэж ажиллаж чадахгүй байна.

Анагаах ухааны дээд сургуульд манай эрдмийн хамт олны зонхилох хувь нь байгаа боловч практик өгөөж муутай ажиллаж байна. Эрдэм шинжилгээний ажлыг эрин үед шинжлэх ухаан-техникийн хувьсгал эрүүлийг хамгаалахад нөлөөлж буй нөлөө, шинжлэх ухаан улам бүр үйлдвэрлэх хүч болж байгаад тулгуурлан салбарын тулгамдсан асуудлыг аль болох түргэн шийдвэрлэхэд зориулбал зохистой байна.

Өнөөдөр шинжлэх ухаан-техникийн ололт түргэн нэвтэрч байгаагийн нэг бодит жишээ бол манай эрүүлийг хамгаалахын үйл ажиллагаанд цөмийн, хэт дууны, лазерийн туяа зэрэг шинэ шинэ ололтонд үндэслэсэн оношлогоо, эмчилгээний шинэ зарчим, шинэ үйлдвэр, шинэ багаж тохөөрөмж бий болов.

Шинжлэх ухааны ололт, нээлтийг практикт түргэн хугацаанд нэвтрүүлэхийг шинжлэх ухаан техникийн хувьсгал биднээс шаардаж байгаа төдийгүй ард түмний эрэлт хэрэгцээг үүнгүйгээр хангаж чадахгүй боллоо. Олон арван төв, клиникийн эмнэлэг байгуулагдсан нь хөдөлмөрийг шинжлэх ухааны үндэстэй зохион байгуулах асуудлыг практикт өргөн нэвтрүүлэх, шинжлэх ухааныг эмч нарын хүртээл болгох, нөгөө талаар практикийн эмч нараар судалгаа шинжилгээний ажил хийлгэж түүний үр дүнг практикт нэвтрүүлэх шаардлагатай болов.

Эмнэлгийн шинжлэх ухаан биофизик, биохими, математик, эдийн засаг, социологи, сэтгэл зүйн болон бусад шинжлэх ухааны салбартай харилцан уялдаатай хөгжих үйл ажиллагаа улам түргэсэж байна.

Эрүүлийг хамгаалахын төлөвлөлт, эдийн засгийн үр дүнг тооцох, удирдлагыг шинжлэх ухааны үндэстэй, боловсронгуй болгоход тооцоолон бodoх машиныг хэрэглэхгүй бол санашгүй зүйл болов.

Шинжлэх ухаан, техникийн хувьсгал шинжлэх ухааныг орчин үеийн материаллаг болон оюун санааны соёлын нэг идэвхтэй элемент болгон хувиргав. Эдгээртэй уялдуулан анагаах ухааны эрдэм шинжилгээний ажлын төлөвлөлт, зохицуулалт, өгөсжийг дээшлүүлэх нь чухал бөгөөд дараах зүйлд эрдэм шинжилгээ судалгааны ажлыг чиглүүлбэл зохино.

Нэгдүгээрт, эрдэм шинжилгээний байгууллагуудын уялдаа холбоог сайжруулж, асуудлыг аль болох иж бүрнээр, богино хугацаанд шийдвэрлэх, хөрөнгө хүчийг төвлөрүүлэх зорилтот цог

цолбор программыг боловсруулан ажиллах шаардлагатай болж байна; Хоёрдугаарт, эрдэм шинжилгээний ажлын тэргүүний хэлбэр захиалга-даалгавар, „хамтлаг“, „гэрээт ажил“, „загвар байгууллага“ зэргийг оргөжүүлэх, эрдэм шинжилгээний ажилтны хариуцлага, сахилга батыг сайжруулж өгөөжийг дээшлүүлэх; Гуравдугаарт, эрдэм шинжилгээний ажлыг практикийн байгууллагын эрэлт хэрэгцээтэй холбон шинжлэх ухаан, техникийн ололтыг нэвтрүүлэхэд чиглүүлэх; Дөрөвдүгээрт, эрдэм шинжилгээний байгууллага, секторууд төлөвлөх ажлаа боловсронгуй болгож практикт нэвтрүүлэх ажлын үе шат, түвшин ямар байгууллагад нэвтрүүлэх хүртэл сонгон тогтоож байхын зэрэгцээ судалгаа шинжилгээний ажлын үр дүнг практикт нэвтрүүлэх явцуу хүрээнээс хальж Зөвлөлт Холбоот Улс, ах дүү социалист оронд үр дүнтэй нэвтрүүлэх; Тавдугаарт, ШУТО, шинэ бүтээл, оновчтой саналыг практикт нэвтрүүлэх ажлыг зохиогчоор эрхлүүлэн гүйцэтгүүлж хүрээлэнгийн захиргаанаас байнгын хяналт тавьж үр дүнг нь тооцдог систем тогтоох; Зургадугаарт, аливаа дууссан ажлын тайланг номын санд шилжүүлэн өгч нийтийн хуртээл болгех, аргачилсан заавар, захидал гаргаж эмнэлэг, урьдчилан сэргийлэх байгууллагад тараадаг болох; Долдугаарт, ШУТО, тэргүүн туршлага нэвтрүүлэхдээ туршлага судлах семинар зохион байгуулах, онол практикийн бага хурал хийх, хичээл заах, аймгуудад төлөөлөгч явуулж семинарлах зэрэг тэргүүний арга барилыг өргөн хэрэглэх; Ниймдугаарт, гэрээний үндсэн дээр практикийн байгууллагад судалгаа шинжилгээний ажил, ШУТО-г нэвтрүүлэх нь хамгийн дэвшилт арга бөгөөд мөн эрдэм шинжилгээний байгууллага хоорондоо гэрээтэй ажиллаж, хүчээ зохистой ашиглах бололцоог гаргах; Есдүгээрт, аргачилал, зөвлөмжийг хэвлэн тарааж байх нь ШУТО амжилттай нэвтрүүлэх ажлын зангилаа асуудал мөн болохыг ойлгож жилд 2-оос доошгүй удаа мэдээлэл гаргах; Аравдугаарт, судалгаа шинжилгээний ажлыг практикт үр дүнтэй нэвтрүүлэхэд нам, олон нийтийн байгууллага чухал уүрэгтэй. Социалист уралдаан дүгнэхэд судалгаа шинжилгээний ажлыг практикт нэвтрүүлсэн үр дүнг гол үзүүлэлт болгон институт, хамт олон, сектор, хувь хүний ажлыг тодорхойлогч шалгуур болж байвал зохино.

Эрдэм шинжилгээний байгууллагуудад өөрсдийн ажилд зарчмын гүн гүнзгий дүгнэлт хийж ажилласнаар тус улсын эрүүлийг хамгаалахын тулгамдсан асуудлыг аль болохоор түргэн хугацаанд шийдвэрлэж эмнэлгийн тусlamжийн чанарыг шинэ шатанд гаргана.

### Ухамсартай сахилга хүнийг захирч удирдана (эчнээ бага хурал)

### Удирдах ажилтны ажлын арга барил, хариуцлага чухал

Ухамсартай сахилга хүнийг захирч удирдана гэсэн намын зарчимт шаардлага нь хүний мэдлэг, ухамсын түвшин, ажлын арга барил зэргийг хамарсан өргөн хүрээтэй асуудлыг хамарч байна.

Сүүлийн үед эрүүлийг хамгаалах салбарт хийсэн шалгалтаар илэрсэн дутагдал, доголдлыг арилгахын тулд дутагдал гаргасан хүмүүст зохих арга хэмжээ авч нилээд бодитой ажил зохиож байна.

Энэ ч зүй ёсны хэрэг юм. Гэвч эдгээр хүмүүс, хамт олныг удирдаж байсан ажилтны хүн хүмүүжүүлэх эв дүй муугаас доголдол дутагдал гарахад нөлөөлсөн гэж узэх бүрэн үндэс бий.

Эрүүлийг хамгаалахын дунд шатны удирдах ажилтны ажлын арга барилд оршиж байгаа дутагдлыг олж харах, дүгнэлт хийх, тухайн салбарыг өмнө тавигдаж байгаа зорилтыг биелүүлэх нөхцөл боломж бий болгохоос бидний ажлын эцсийн үр дүн ихээхэн шалтгаалах юм.

МАХН-ын Төв Хорооны шалгалт эрүүлийг хамгаалах салбарт удирдлагын арга барил хоцорч зарчим ч шаардлага сударсан гэж дүгнэсэн билээ. Иймээс дунд шатны удирдах ажилтны ажлын арга барилд оршиж байгаа дутагдлыг засах ажлыг эрчимтэй зохиох нь нэн чухал болж байна. Манай нийт эмнэлэг урьдчилан сэргийлэх байгууллагын тасаг, кабинетын эрхлэгч нарын ажилд оршиж байгаа дутагдлыг нийтлэг ба нийтлэг биш гэж хоёр хуваан үзэж болох мэт санагдана.

1. Нийтлэг дутагдал нь удирдах дээд байгууллагын удирдамж, шийдвэрийг мөрдлөг болгон ажилладаггүй, түүний биелэлтийг тодорхой хугацаанд дүгнэж үр дүнтэй болгож чадахгүй байна.

2. Ажлын гүнд ордоггүй, нэгж дээр тогтох ажилладаггүй, ажлыг онгөц харж үүрэг даалгавар өгөх, хурал семинарыг ажилд тооцож, ажлын явцад биечлэн хяналт тавьдаггүй явдал байна.

3. Ажлыг нилээд далайцтай эхэлдэг боловч эцсийн үр дүнг үзэлгүй орхидог гэм байна.

4. Нэгж салбар, хувь хүний ажлыг шалгах арга барил боловсронгуй болж чадаагүй учраас дутагдлыг бүрэн илрүүлж чаддаггүй, шалгасны дараа ажил сайжрахгүй явдал цөөнгүй тохиолдож байна.

5. Салбар нэгжийн ажлыг жигд хөгжүүлэх, сайжруулах чиг баримжаагаа алдаж зөвхөн өөрийнхөө сайн мэдэх салбар буюу аль нэг хэсгийн ажлыг сайжруулах гэж хөөцөлдөөд бусдыг орхидог гэм байна. Ер нь тулгамсан асуудалд хамт олны хүч, анхаарлыг төвлөрүүлж чаддаггүйгээс тэдорхой үр дүн гарагчийг явдал байдаг.

6. Нэгж салбарыг эрхэлж байгаа хүмүүсийн ажилд гарч байгаа дэвшилттэй арга барилыг цаг алдалгүй илрүүлэн дэлгэрүүлэх ажил бас хангальгүй байна.

7. Боловсон хүчинд хөдөлмөрийн болон хууль зүйн хүмүүжил олгох ажлыг системтэй зохиож, күнтэй тулж ажилладаггүй учраас дутагдал доголдолтой хүмүүс засарч хүмүүжих нь удаан байна.

Үүнээс гадна нийтлэг биш дутагдал байна. Энэ нь хамт олон, хувь хүний санал хүсэлтийг байнга сонсож тэдэнтэй холбоо багатай ажилладаг, хүмүүсийн тавьсан асуудлуудыг тухай бүр шийдвэрлэхгүй, бусдад тулхэх, дараа хариу өгье гэж бөөрөнхийлэх, тавьсан асуудалд бүйртай хариу өгөхийн оронд түрүүлж танилцуулсан хүний саналаар шийдэж ажил хохироодог явдал зарим байгууллагын хариуцлагатны ажилд байсаар байна.

Хэвшсэн хуучин арга барилаар ажиллахыг бусдад тулгах, бусдын зөвлөлгөөг үл тоомсорлох хандлага зарим ажилтанд байдаг. Дунд шатны удирдах ажилтнуудын ажилд оршиж байгаа дээрх дутагдлыг засах нь эрүүлийг хамгаалах салбарт оршиж байгаа нийт дутагдлыг арилгахад шийдвэрлэх нөлөөтэй юм.

Хамт олныг удирдана гэдэг нь тэдний дунд болон тэднээр дамжуулан, хөдөлмөрчдийн дунд нам, засгийн бодлого шийдвэрийг хэрэгжүүлнэ гэсэн үг юм. Нам, засгийн бодлого нь МАХН-ын их, бүгд хурлын шийдвэр, МАХН-ын Төв Хороо, Сайд нарын Зөвлөлийн тогтоол, даалгавар, яамнаас гарч байгаа олон төрлийн удирдамж уураар дамжин нэгж салбарт болон хувь хүнд хурч хэрэгжих ёстой

билээ. Иймээс ямар ч ажилтан өөрийн хариуцсан салбар цэгийн ажилд өдгөөрнийг хэрэгжүүлэхээс ажлаа эхлэх ёстой байдаг. Харамсалтай нь тэр бүр ингэж ажиллахгүй байгаагаас болж тодорхой тогтоол шийдвэрийн биелэлтийг шалгахад ихэвчлэн хангалтгүй дунузүүлж байна.

Хариуцсан салбар нэгжийн ажлыг сайн байлгах нөгөө нэг чухал зүйл бол салбар нэгжийн ажлын гүнд орж, ажил бүхнийг биечлэн узэж, хүн бүртэй тулж ажиллах явдал юм. Ам болон бичиг материалыар ажилтай танилцах, бусдын танилцуулснаар сайн муу гэж дүгнэх явдал үнэн байдлыг мэдэхэд ноцтой бэрхшээл учруулдаг буруу арга барил юм.

Аль нэг эмнэлгийн диспансерийн хяналт ямар байгааг хяналтын карт, хайрцаг, ханын диаграммаар нь үнэлж болохгүй нь мэдээж. Харин өвчтөнтэй уулзах, тэдний эруүлжилтийн байдлыг тогтоож зөв үнэлэлт өгөх ёстой. Гэтэл бид тэр бүр ингэж чадахгүй байна.

Нийгэм эдийн засгийн цогцолбор олон асуудлыг шийдвэрлэсний дунд хүн амын эруүлжилтийн ерөнхий узүүлэлт сайжирдаг учраас зөвхөн эмнэлэг, эмч хоёр бүхнийг шийдвэрлэж чадахгүй. Иймээс салбар нэгж, нэг хүний ажлыг ерөнхий узүүлэлтээр дүгнэдэг нь тийм зөв арга биш бололтой. Манайд ямар нэг ажлын явцыг хянах, үр дүнг тооцох технолог муу байдаг учраас зарим эмнэлэг олон төрлийн ажил хийсэн боловч тэр нь үр дүнгүй байдаг. Иймээс аливаа ажлыг эхлэх, ургэлжлэх явцад хяналт тавих, үр дүнг тооцох технологийг зэрэг боловсруулж хэрэгжүүлэх явдал чухал байна.

Хүч бололцоо, цаг үеийн ажлын байдал, төсөв зардал зэрэг хүчин зүйлүүдийг харгалзан үзэж дэс дараатай ажиллах нь ажилд ахиц гаргах нэг чухал хөшүүрэг юм.

Байгууллагын ажилтай хэдэн минут танилцаад түүнийгээ нэгжид ажилласанд тооцдог буруу практик их байна. Сумын эмнэлэг, тасаг кабинет, хэсгийн ажлыг үнэн зөвөөр мэдэхийн тулд наад зах нь 7 хоног хамт ажиллах ёстой байдаг.

Хяналт шалгалтын ажлын үр дүн нь шалгаж байгаа хүний мэдлэг чадвар, ажлын арга бариллас ихээхэн шалтгаалдаг юм. Иймээс шалгалтын ажлын арга барилд хүмүүсийг сургах шаардлагатай байна.

Шалгалтын үр дүн нь бэлтгэх үе, шалгалт хийх үе, шалгалтын дараа зохиох ажлын үе, үр дунг тооцох үе зэргээс шууд шалтгаалдаг тул аль нэг нь цалгардвал шалгалт ямар ч үр дүнгүй болж хүн хүч цаг хугацаа гарздах үргүй зардал гаргах болно.

Иймээс шалгалт хийх, хяналт тогтооход эмнэлгийн удирдах ажилтнууд ихээхэн анхаарч цаг хүч гаргаж ажиллах хэрэгтэй байгаа юм.

Эрүүлийг хамгаалахын салбар, тасаг, хэсэг, кабинетуудын ажил бол хоорондоо үйл ажиллагааны маш нарийн уялдаа холбоотой, энэ холбоо ямар нэг хэмжээгээр алдагдахад ажил доголдож эхэлдэг юм. Иймээс мэргэжлийн бүх салбарын жигд ажиллагааг хангах тулгамдсан асуудлыг бусад олон асуудлаас цаг алдахгүй ялган авч, хариуцсан хүнээр нь шийдүүлэх, хамтран шийдвэрлэх шаардах зэрэг арга барилыг зөв хослуулж чадсанаар тогтвортой амжилт олдог нь зарим байгууллагын туршлагаас харагдаж байна.

Эцсийн эцэст удирдах ажилтан хүн хүнтэй тулж ажиллан, хамт олны улс төр, хөдөлмөрийн болон ёс суртахууны хүмүүжлийг байнга дээшлүүлэн, идэвх санаачлагатай, сахилга баттай бүтээлч хамт олныг бүрэлдүүлэх нөхцлийг хангаж чадвал ажилд амжилт гаргах нэн чухал нөхцөл болдог нь практикаас харагдаж байна.

Улсын ариун цэвэр гэгээрлийн ордны дарга Б. ГАЛСАНДОРЖ

## ХАРИУЦЛАГА САХИЛГА БИДНЭЭС ШАЛТГААЛНА

МАХН-ын Төв Хорооны VI (1983 он) бүгд хурал болэн удаа дараагийн бүгд хурлаас ажлын хариуцлага, сахилга батыг сайжруулж аливаа дутагдлыг арилгах талаар зарчмын чухал шийдвэр гаргасан билээ.

Иймээс ямарч ажил эрхэлж байгаа хэн боловч өөртөө хатуу шаардлагатай, өөрийхөө дутагдалд дүгнэлт хийж өөрийгөө хүмүүжүүлэн хариуцсан аливаа ажлаа нам, улс, нийгмийнхээ эрх ашигийн үүднээс эн тэргүүн шийдэж байх зарчмыг баримталж байх нь зүйтэй юм.

Ийм ч учраас тус сэтгүүлийн редакци „Ухамсартай сахилга хүнийг захирч удирдана“ гэсэн эчнээ бага хурлыг нээж эмч, эмнэлгийн ажилтан нарын хариуцлага, сахилга батыг сайжруулах талаар бидний санал бодлыг солилцуулж байгаа нь чухал ач холбогдолтой юм.

Урьд өмнө эмч нарын дунд зан харьцаа, мэргэжлийн ямар нэг алдаа гарч байсан бол, сүүлийн жилүүдэд бидний өргөсөн ариун тангарагт харш элдэв гэмт хэрэг гарч хүн ардынхаа эрүүл энхийн төлөө үнэнчээр зүтгэж яваа эмч нарын нэр төрийг ёс суртахууны доголдолтой цөөн тооны нөхөд гутааж байгааг газар авахуулахгүй илчлэн таслан зогсоолоо.

Эмч, ажилтан ажилчдын ажлын хариуцлага сахилга бат, санаачлага идэвхийг дээшлүүлэх талаар дараах саналыг дэвшүүлж байна.

— Анагаах ухааны дээд сургуулийн нам, улс, олон нийтийн байгууллагуудаас багш, оюутан нарын дунд зохиох үзэл суртал, хүмүүжлийн ажлын үр нөлөөг дээшлүүлэх талаар бодит өгөөжтэй ажлуудыг зохиож байх, эрүүлийг хамгаалах байгууллагуудад олон жил идэвх зутгэлтэй ажилласан ариун үйлстэн, ахмадуудын түүх намтыг судлуулах, хот хөдөөд ажиллаж байгаа ахмад эмч наортай уулзалт зохиож шинээр ажиллаж байгаа хүмүүст юуг анхаарах талаар захиа даалгавар өгч халамжлан хүмүүжүүлэгч, хүмүүжигчийн гэрээ хэлэлцэртэй ажиллуулах.

— Шинээр сургууль төгсөж байгаа эмч нарыг хөдөө орон нутагт З-аас доошгүй жил үр бүтээлтэй ажилласны дараа төвд шилжүүлэх буюу томоохон эмнэлэгт ажиллуулдаг журамтай болгох нь зүйтэй байна.

Анагаах ухааны дээд сургуулийн төгсөх ангийн оюутнуудыг нэг жил ажиллуулсны дараа улсын шалгалт авч диплом олгон тангарагт өргүүлэн ажиллуулж байх.

— Удирдах ажилтан бүр хүнийг сайн судлаж, тухайн хүн бүрт тохирсон үнэлэлт дүгнэлт өгч, хүмүүжүүлэх урлагийг эзэмшин, урамшил, зэмлэл, шийтгэлийг зөв хослуулж ажиллах нь хүмүүсийн санаачлага хариуцлагыг дээшлүүлнэ.

— Эрүүлийг хамгаалахын системд хөдөлмөрийнхээ үр шимээр нэр алдар нь цуурайтан бидний үлгэрлэн дуурайх, хөдөлмөрийн баатар, гавъяат эмч ахмадуудаас эхлээд та бидэнтэй ажиллаж байгаа хамт олны дунд ч энэрэнгүй сайхан сэтгэлтэй, нийгэм хамт олныхо төлөө ариун хөдөлмөрөө зориулсан их, бага эмч, асррагч, сувилагчдаас суралцан, үлгэр жишээ авч байх нь зайлшгүй хэрэгтэй юм.

— Эрүүлийг хамгаалах байгууллагуудад „Социалист хөдөлмөрийн бригад“ „Сэхээтний социалист нехерлөл“ „Залуучуудын гавшгай бригад“ зэрэг хамт олны хүмүүжил, хөдөлмөрийн зохион байг уулалтанд аятай нөлөөлөх төдийгүй хамтын хүмүүжлийн шилдэг аргыг чадамгай ашиглан ажиллах нь ач холбогдолтой юм.

Сэхээтэн бүр өөртөө дүгнэлт хийх, өөрийнхөө алдаа дутагдлыг ухамсарлан арилгах „Сайн бүхнийг дэмжин дэлгэрүүлье, Саар бүхнийг шахан зайлцуулъя“ гэсэн намынхаа уриаг хэрэгжүүлэхэд тус сэтгүүлийн эчнээ бага хурал бидэнд тусалж байна.

Завхан аймгийн нэгдсэн эмнэлгийн хүүхдийн их эмч Н. НЯМАА

**ЭРҮҮЛИЙГ ХАМГААЛАХЫН ЗОХИОН**  
**БАЙГУУЛАЛТ**

**БНМАУ-Д ПУЛЬМОНОЛОГИЙН ТУСЛАМЖИЙГ  
ЗОХИОН БАЙГУУЛАХ ЗАРИМ ЗАРЧМЫН ТУХАЙ**

Ч. ЦЭРЭННАДМИД, В. Р. ЗИЦ, Ж. БАДРАЛ, Г. ЦОГТ

МАХН-ын XVIII их хурлаас ард түмний эрүүл мэндийг бэхжүүлэх, эрүүлийг хамгаалахын тулгамдсан асуудлыг шийдвэрлэх, хүн амыг нарийн мэргэжлийн тусламжаар хангах талаар шинэ зорилт дэвшиүүлсэн юм.

ЗХУ болон социалист нөхөрлөлийн орнуудад уушгины өвөрмөц бус (сурьеэгийн бус) өвчинтэй тэмцэх тодорхой туршлага хуримтлагдаж уушги судлалын (пульмонологийн) албаны үйл ажиллагааны шинэ хэлбэр, зарчим бий болж байна.

ЗСБНХУ-ын Эрүүлийг хамгаалах Яамны Бүх Холбоотын Эрдэм Шинжилгээний уушги судлалын институтын мэдээгээр сүүлийн 5 жилд уушгины өвөрмөц бус өвчин жил бүр 6—8%-иар и nemэгдэж, буурах төлөвлүү байна. Мөн иймэрхүү хандлага БНМАУ-д ч ажиллагдаж байна [1]. Уушгины өвөрмөц бус өвчин хүн амын дунд өргөн тархаж, ихсэх хандлагатай байгаагийн дээр түүнийг оношилж, эмчлэхэд нэлээд бэрхшээлтэй байгаа төдийгүй уул өвчиний улмаас хүн амын дотор тахир дутуу болох, хөдөлмөр түр алдахад нөлөөлж байгаа нь уушгины өвөрмөц бус өвчин нийгэм-анаагаах ухаанд ямар их хор холбогдолтой болохыг харуулж байгаа бөгөөд ийм ч учраас тус улсад пульмонологийн төрөлжсөн тусламжийг зохион байгуулахыг шаардаж байна.

Орчин үед хөдөө орон нутагт мөгөөрсөн хоолой, уушгины эмгэгтэй өвчтөнд эмнэлгийн тусламжийг дотрын еренхий мэргэжлийн эмч үзүүлж байна. Улаанбаатар хотод пульмонологийн стационарын тусламжийг нийт 175 ортой гурван тасагт үзүүлж байгаа боловч эдгээрт ажиллаж байгаа 12—15 эмчийн зөвхөн дөрөв нь пульмонолог эмчийн мэргэжил эзэмшсэн байна.

Пульмонологийн төрөлжсөн тусламжийг үзүүлэх зохион байгуулалт арга зүйн төв байгууллага болох Сурьеэ уушгины эмгэг судлалын нэгдсэн төвийг (СУЭСНТ) 1978 онд байгуулсан билээ.

Амьсгалын эрхтэний эмгэгтэй өвчтөнд тусламж үзүүлэхдээ дараах үндсэн зарчмуудыг харгалзах шаардлагатай. Үүнд: нэгдүгээрт, үе шаттай үйлчлэх (поликлиник буюу амбулатори, стационар, сувидал, поликлиник); хөрдугаарт, дэс дараалсан, залгамжилсан үйлчилгээ (сум, хэсгийн эмнэлэг, сум дундын эмнэлэг, аймаг, хотын нэгдсэн эмнэлэг, улсын клиникин төв эмнэлэг; гуравдугаарт; үйлчилгээний бүх шатанд уушгины өвөрмөц бус өвчиний онош, эмчилгээ, урьдчилан сэргийлэх аргыг цаг алдалгүй, онож хэрэглэх; дөрөвдүгээрт, пульмонологийн өвчтөнийг онош, өвчиний явцын онцлогтой нь тохируулан диспансерийн хяналтанд авч, хурцдал, дахилтаас сэргийлэх ажил зохиох; тавдугаарт: хүн амын дунд нийгэм, эрүүл ахуй, эмнэлгийн эрүүлжүүлэх арга хэмжээг өргөн хийх зэрэг зарчмыг баримтална.

Эдгээр зарчмыг поликлиникийн дэргэд пульмонологийн төрөлжсөн кабинет, аймат, хотын бүх эмнэлэгт пульмонологийн тасаг байгуулах замаар практикт хэрэгжүүлж болох юм.

Мөгөөрсөн хоолой, уушгины эмгэгийг оношлох, эмчлэх, урьдчилан сэргийлэх ажилд нэлээд туршлагатай боловсон хучин, зохих аппарат, багажтай болсон аймгийн сурьеэгийн байгууллагын баазыг ашиглан сурьеэ, пульмонологийн тусламжийг хамтраулан нэгтгэх нь ирээдүйтэй чиглэлийн нэг юм.

Мөгөөрсөн хоолой, уушгины эмгэгтэй өвчтөнд эмнэлгийн нарийн мэргэжлийн тусламж үзүүлэх эхний чухал шат нь хэсгийн эмч нарын үйл ажиллагаанаас ихээхэн хамаарна. Энэ талаар хэсгийн (дотрын) эмч дараах үүргийг биелүүлэх болно. Үүнд: Нэгдүгээрт уушгины өвөрмөц бус өвчинийг эрт илрүүлж, эхний онош тогтоох; хоёрдугаарт: томуу, амьсгалын дээд замын үрэвсэлтэй өвчтөнг амбулаториор эмчлэх; гуравдугаарт: уушгины цочмог үрэвсэлтэй өвчтөнг дотрын тасагт хэвтүүлэх, боломжгүй нөхцөлд пульмонолог эмчээс зөвлөлгөө авч гэрээр эмчлэх; дөрөвдүгээрт онош нь тодроогүй уушгины эмгэгтэй бүх өвчтөнг пульмонолог эмчид үзүүлэх; тавдугаарт хурц, архаг бронхит, уушгины үрэвсэл өвч ноор өвчилсөн хумуусийг диспансерийн хяналтад авч, шаардлагатай бол нөхөн сэргээх эмчилгээ хийнэ.

Мөгөөрсөн хоолой, уушгины эмгэгийн оношлогоо, эмчилгээг сайжруулахад сум дундын эмнэлгийн дотрын тасгийг пульмонологийн чиглэлээр ашиглаж, ердийн явцтай хурц хатгалгаа, мөгөөрсөн хоолойн хөнгөн буюу дунд зэргийн багтраа, бөглөрөлт бүхий бронхит, онош нь тогтоогдсон бөгөөд эмчилгээний тусгай арга шаардахгүй амьсгалын эрхтэний бусад эмгэгтэй өвчтөнг эмчлэх нь зүйтэй юм.

Эмнэлгийн төрөлжсон тусламжийн амбулаторийн шатаанд поликлиникийн дэргэдэх пульмонологийн кабинет нь чухал үүрэг гүйцэтгэх үндсэн хэсэг болох юм. Пульмонологийн кабинетын үндсэн зорилго: Нэгдүгээрт уушгины өвөрмөц бус өвчтэй өвчтөнд эмчилгээ оношлогооны мэргэжлийн тусламж үзүүлэх; хоёрдугаарт, дотрын эмч наарт мөгөөрсөн хоолой, уушгины эмгэгийг оношлох, эмчлэх, урьдчилан сэргийлэх асуудлаар зөвлөлгөө өгөх, арга зүйн тусламж үзүүлэх; гуравдугаарт уушгины өвөрмөц бус өвчиний өвчлөл, түүний улмаас тахир дутуу болох ба нас барагалтыг динамикаар гаргаж, өвчтөнд үзүүлэх поликлиникийн тусламжийн чанарыг сайжруулах ажлыг төлөвлөх; дөрөвдүгээрт, хэсэг дээр байгаа уушгины өвөрмөц бус өвчтэй хумуусийг диспансерчлах ба нийгэм-эмнэлгийн нөхөн сэргээх ажил хийнэ.

Пульмонологийн кабинетад ужиг явцтай хурц үрэвсэл, уушгины буглаа, архаг үрэвсэл мөгөөрсөн хоолойн тэлэлт, багтраа, уушгины төрөлхийн гаж хөгжил ба бусад ховор тохиолддог эмгэг зэрэг өвчтэй хумуусийг байнга хянаж байх нь зүйтэй.

Амьсгалын эрхтэний эмгэгтэй өвчтөнд өндөр мэргэжлийн стационарын тусламжийг оношлогоо, эмчилгээний орчин үеийн аппаратад тоноғлосон нарийн мэргэжлийн эмчтэй тасагт үзүүлнэ. Энэ тасагт клиник, рентген, томограф, бронхолог, үйл онош, микробиолог, серолог, цитогистологийн зэрэг шинжилгээг хийх шаардлагатай. Пульмонологийн төрөлжсон тасагт өргөн хэрэглэдэг эмчилгээний зэрэгцээ мөгөөрсөн хоолойн цэвэрлэгээ (санаци), астмын статус (гүн багтраанд орсон үе), амьсгалын хурц дутагдлын эрчимт эмчилгээ, агаар-ионы эмчилгээ (аэроионотерапия), физик эмчилгээ, эмчилгээний биеийн тамир болон бусад нөхөн сэргээх зэрэг эмчилгээг хийж байх ёстой.

Энэ тасагт ужигдуу юмуу ердийн биш явцтай хурц үрэвсэл, гүүрсанцын агшилт бүхий идээт архаг бронхит, мөгөөрсөн хоолойн багтраа, архаг хатгалгаа, уушгины идээт дочмог ба архаг үрэвсэлтэй, мөн онош, эмчилгээний тактикийг тодотгох шаардлагатай өвчтонг хэвтүүлэх хэрэгтэй. Уушгины төрөлжсөн тасаг нарийн мэргэжлийн онош эмчилгээний эдгээр үйл ажиллагаанаас гадна бас дотрын болон бусад мэргэжлийн тасаг, кабинетын эмч наарт мэргэжлийн зөвлөлгөө арга зүйн туслалцаа үзүүлж байх үүрэгтэй.

Эдгээр зорилгыг биелүүлэхийн тулд одоо ажиллаж байгаа кабинет, тасгуудыг орчин үеийн багаж аппаратаар тоноглож, пульмонологийн чиглэлээр нарийн мэргэжлийн эмч нарыг бэлтгэх шаардлагатай байна.

Уушгины өвөрмөц бус өвчтэй хүмүүсийн стационарын эмчилгээг үргэлжлүүлэн нөхөн сэргээх арга ажиллагааг бүрэн дүүрэн ашиглах зорилгоор амьсгалын эрхтэний өвчлөл ихтэй байгаа Улаанбаатар хот, Архангай, Дорнод, Хөвсгөл зэрэг аймагт төрөлжсөн сувилал байгуулж өдгээрт агаар эмчилгээний зэрэгцээ утлага, физик эмчилгээ, эмчилгээний биеийн тамир зэргийг өргөн хэрэглэдэг байх нь зүйтэй юм.

Пульмонологийн тусlamжийн албаны үндсэн хэсгүүдийн хоорондын уялдаа холбоо удирдлагыг Эрүүлийг хамгаалах яамны харьяа СУЭСНТ хариуцна.

СУЭСНТ-ийн тодорхой зорилго нь: нэгдүгээрт, онош тодорхой бус, тусгай эмчилгээ, үүний дотор мэс заслын эмчилгээ хийх шаардлагатай өвчтонд өндөр мэргэжлийн тусlamж, зөвлөлгөө өгөх; хөөрдугаарт тус улсын хүн амын уушгины өвөрмөц бус өвчиний өвчлөлийг бууруулахад чиглэсэн зохион байгуулалт, арга зүйн арга хэмжээ авах; гуравдугаарт уушгины өвөрмөц, бус өвчиний онош, эмчилгээ, урьдчилан сэргийлэх ба диспансерчлах талаар шинжлэх ухааны суулийн үеийн ололтыг эмнэлгийн байгууллагын практикт нэвтрүүлэх; дөрөвдүгээрт нийгэм-эмнэлгийн нөхөн сэргээх, түр зуурын ба бүрмөсөн хөдөлмөрийн чадвар алдалтыг бууруулах арга хэмжээ авах; тавдугаарт, семинар, курс, бага хурал, зөвлөлгөөн зохион байгуулж эмч нарын мэргэжлийг пульмонологийн чиглэлээр дээшлүүлэх; зургаадугаарт, амьсгалын эрхтэний эмгэгийн статистикийн мэдээг улсын хэмжээгээр гаргах; долдугаарт, „Амьсгалын эрхтэний эмгэг“-ийн асуудлаар Анаагаах ухааны хүрээлэн, Анаагаах ухааны дээд сургуулийн энэ чиглэлээр ажиллаж байгаа тэнхимийн удирдлагаар эрдэм шинжилгээ, судалгааны ажилд оролцох нь зүйтэй юм.

Пульмонологийн албаны цэгтэй системийг байгуулан, материаллаг баазыг сайжруулж, өндөр мэргэжлийн боловсон хүчин бэлтгэх нь өвчтонд үзүүлэх эмнэлгийн төрөлжсөн тусlamжийн чанарыг сайжруулж, тус улсын хүн амын дунд уушгины өвөрмөц бус өвчин түүний улмаас тахир дутуу болох явдлыг бууруулах болно.

#### АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. А. Өлзийхутаг, Л. Чагнижав, Я. Галина. Вопросы эпидемиологии хронических неспецифических заболеваний легких у скотоводов в различных климато-географических условиях Монголии-Доклады научной сессии, посвященной 55-летию основания Народного здравоохранения МНР. УБ. 1976, 34—64.

## БРИГАДЫН БАГА ЭМЧИЙН САЛБАРЫН ҮЙЛЧИЛГЭЭНИЙ БАЙДАЛ

ХАА-н нэгдэл, сангийн аж ахуйн бригад (тасаг)-ын бага эмчийн салбар нь ББЭС хөдөө аж ахуйн үйлдвэрлэлийн гүнд үйлчилдэг, сумын эмнэлгийн идэвхтэй хөдөлгөөнт хэсэг юм. Уудам их нутагтай, алслагдсан айл өрхтэй, мал аж ахуйн нүүдлийн үйлдвэрлэл зонхицсон манай оронд бага эмчийн салбарын үүрэг их байдаг. Тус оронд одоо, мянга гаруй ББЭС ажиллаж байна.

Манай оронд бригадын бага эмчийн салбарын үйл ажиллагааг судалсан шинжилгээ судалгааны ажил бараг хийгдээгүй байча. Бид 1979—1981 онд Сүхбаатар аймгийн 30 бригадын бага эмчийн салбарын үйл ажиллагаа, ажлын байдалд зарим ажиглалт хийсэн юм. Судалгааг эрдэм шинжилгээ-практикийн турших байдлаар хийв. Судалгаанд анагаах ухааны хүрээлэн, ЗХУ болон зарим орны судлаачдын боловсруулсан өдрийн ажлын хэмжээг өөрөө бүртгэх (самхронометраж) аргыг ашиглав.

Эрдэм шинжилгээ-практикийн турших судалгааг хийх зорилгоор доорх бэлтгэл, зохион байгуулалтын ажил хийлээ. Үүнд:

1. Бригадын бага эмч нарт эх-барих, хүүхэд, урьдчилан сэргийлэх чиглэлээр мэргэжил олгох сарын курсыг орон нутагт хийв. (1978)

2. ЗХУ-ын туршлага, судалгаа, ажиглалтыг үндэслэн бригадын бага эмчийн салбарын урьдчилан сэргийлэх чиглэлээр ажиллах турзаавар боловсруулав.

3. Нийт бригадын бага эмчийн салбарыг „Бригадын бага эмчийн өрхийн эрүүл мэндийн дэвтэр“-тэй болгов. Сүхбаатар аймгийн нэг бригадын бага эмчийн салбар дунджаар 75 өрхийн 385 хүн амд үйлчилж байгаа бөгөөд газар нутаг, үйлдвэрлэлийн онцлогосс болж үйлчлэх хүн амын доод хязгаар 241, дээд хэмжээ нь 866 байна. Бригадын бага эмчийн салбарт жилд дунджаар 0—1 насны 16 хүүхэд, 14 жиремсэн эх, диспансерийн хяналтын 38 овчтон ногдох байна. Бригадын бага эмч нар 1000 хүн амд харьцуулбал жилд 2227 үзлэг хийж байгаа бөгөөд харьялсан нэг иргэнд 2,2 үзлэг ногдох байна. Бүх үзлэгийн 80 гаруй хувийг гэрийн үзлэг эзлэж байна. Бага эмч нар нэг нярайг 3,7 удаа, ой хүртэлх насны хүүхдийг 11,8 удаа, нэг жиремснийг 1,8 удаа үзсэн байна. Жирэмсний хяналтын үзлэг бага байгаа нь жирэмсэн эх сумын их эмч, эх баригч-бага эмч нарын хяналтанд байж сумын эмнэлэгт амарждаг боловч бригадын эмчийн давхар хяналт сул байгааг харуулж байна.

Бригадын бага эмчийн салбарын үйлчилгээний хүн ам, эмнэлэг ариун цэврийн тусламжийн тоо чанарын дээрх үзүүлэлтээс үзвэл бага эмч нар харьялсан хүн амыг өрх өрхөөр хяналтанд авч, гэрийн эргүүлийн үйлчилгээг тогтмол хийж, сумын эмнэлгээс бригадын хүн амыг өрхөөр диспансерчлах ажилд хамгийн дотны туслагч болж ажиллах бүрэн боломж байгааг харуулж байна.

Бригадын бага эмчийн салбарын бага эмчийн ажлын ачааллыг бүтэн жилээр нийт ажилд харьцуулсан хувиар бодож, 30 салбарын дунджаар таргасан дүнг хүснэгт 1-д үзүүлэв.

Бригадын бага эмчийн салбарыг 1980 онд урьдчилан сэргийлэх 5 чиглэлээр туршин ажиллуулсан дүнг тооцох зорилгоор туршилт судалгааг хийхийн өмнө 1979, 1981 ондхтой харьцуулж үзэв. Хүснэгт 1-ээс үзэхэд бригадын бага эмчийн салбарын үйлчилгээнд урьдчилан сэргийлэх ажил (эргүүлийн үйлчилгээ, гэрийн үзлэг, урьдчилан сэргийлэх тарилга, ариун цэвэр гэгээрлийн ажил) 23,2—32,6%-ийг эзэлж байна.

Бригадын бага эмч ажлын цагийн 8,7—11,8%-ийг амбулатори буюу өвчтэй хүмүүс бригадад ирж үзүүлэхэд, 28,5—29,5%-ийг өрхийн эргүүл, гэрийн үзлэг, дуудлаганд зориулж байна. Нуудлийн мал аж ахуйн үйлдвэрлэл, айл өрх, бригадын төвөөс алс нутагладаг онцлогоос болж гэрт нь очиж үзэх, үйлчилгээнд бага эмч нийт ажлын цагийн 40—48% буюу бараг тэн хагасыг зориулж байна. (Хүснэгт 1).

Хүснэгт 1

СҮХБААТАР АЙМГИЙН БРИГАДЫН БАГА ЭМЧИЙН САЛБАРЫН  
ЖИЛИЙН АЖЛЫН ЦАГИЙН АЧААЛАЛ

	Ажлын цагийн зарцуулалт хувиар	
	1979 он	1981 он
1. Амбулаторын үзлэг	8,7	11,8
2. Дуудлагаар гэрт нь очиж үзсэн	12,6	10,0
3. Өрхийн эргүүл	15,9	19,5
4. Бага насын хүүхдийн гэрийн эргүүл	2,1	4,2
5. Урьдчилан сэргийлэх тарилга	0,3	1,1
6. Жирэмсний гэрийн эргүүл	1,3	2,0
7. Бага эмчийн ажилбар (тариа боолт)	6,8	4,4
8. Эмнэлэг гэгээрлийн ажил	4,2	5,2
9. Халдварт өвчний голомтын ариутгал	—	0,6
10. Салбарыг зохион байгуулах, сумын эмнэлэгтэй холбоо бүхий ажил	21,5	16,0
11. Хурал, семинар	1,3	1,2
12. Сум, бригадын ажил	16,3	15,2
13. Бусад ажил	9,0	8,8
Бүгд	100,0	100,0

Бид цаашид бригадын бага эмчийн салбарын эмч нар (шинэ заавраар) үүнээс ч илүү цагийг гэрээр очиж үзэх үйлчилгээнд зориулах нь зүйтэй гэж үзэж байна.

Бригадын бага эмчийн салбарын эмч нар салбарын ажлыг зохион байгуулах, сумын эмнэлэгтэй холбоо бүхий ажил (тайлан мэдээ, судалгаа, эм авахаар сумын төв орох, их эмчид дуудагдах г. м) ба сум бригадын ажил (мал тооллого, өвлүүн ба төлийн бэлтгэл, өвс хадлан, сүү тос бэлтгэх, ухуулга олон түмний ажил г. м) нийт цагийн 31,2—37,8 хувийг зарцуулж байна.

Бригадын бага эмчийн салбарыг урьдчилан сэргийлэх ажлыг голлосон заавраар ажиллуулж, нэг жил туршсаны үр дүнд 1981 онд урьдчилан сэргийлэх ажилд зарцуулсан цаг 8,8%-иар нэмэгдсэнээс гадна урьдчилан сэргийлэх ажлыг таван чиглэлтэй болгов.

Бригадын бага эмчийн салбар нь эх нялхсиг хамгаалах, ариун тэвэр халдварт судлал, арьс өнгөний халдварт өвчний илрүүлэх, устгах, диспансерчлалд туслах, хүн амд эмнэлгийн анхны тусламжийг газар дээр нь үзүүлэх гэсэн 5 үндсэн үүрэгт ажлыг хөдөөний хүн амд өрхийн диспансерчлалын аргаар идэвхт эргүүлийн хэлбэрээр хийнэ.

Бригадын бага эмч нэг өрхийг 10—30 хоногт эргэх жилийн график боловсруулж сумын их эмчээр батлуулна. Өрхийн эргэлтээр дээр дурдсан ундсан 5 үйлчилгээг хэрэгжүүлж айл өрхийн ариув цэвэр, ахуйн соёлыг сайжруулж, эх хүүхдийн хяналт тоитоох, хамуу ба мөөгенцөр, онгений өвчний илрүүлж устгах, хавьтлыг олж мэдээлэх, диспансерийн хяналтын хүмүүсийг зааврын дагуу эргэн, зарим эмчилгээг гардан хийж, үзлэг шинжилгээнд цагт нь оруулах, эмнэлгийн анхны ба яаралтай тусламжийг газар дээр нь үзүүлэх зэрэг ажлыг хийнэ.

Бригадын бага эмч сар бүр сумын эмчтэй уулзаж, сарын ажлаа ундсан 5 чиглэлээр мэдээлж, өрхийн диспансерчлалтын хяналтын картограмм дээр өрхийн байршлын хөдөлгөөнийг тэмдэглэж, заавар зөвлөлгөө авч байна. Сумын их эмч сарын товлосон одор бригад дээр ирж амбулаторийн үзлэг хийж хяналтын өвчтөнд зөвлөлгөө өгч, бригадын бага эмчийн салбарын ажилд биечлэн туслана.

**Дүгнэлт:** Судалгаа, зарим ажиглалтаас үзэхэд бригадын бага эмчийн салбарын бага эмч нарын эмчилгээний үйлчилгээ сумын эмнэлэгт шилжиж (нийт хүн ам их эмчийн үйлчилгээнд бүрэн хамрагдсан чанарын дэвшлийн үр дагавар), тэдний үйлчилгээний гол арга нь урьдчилан сэргийлэх ажлыг их хийх боломж бурдсан байна. Энэ нь хөдөөний эрүүлийг хамгаалахын хөгжлийн өрөнхий төлөв чиглэлтэй тохирох зайлшгүй хувьсал юм.

Ц. МУХАР

**ЭХ НЯЛХСЫН ЭРҮҮЛ МЭНДИИН АСУУДЛААР**  
**ХИЙХ УЛСЫН ЗӨВЛӨЛГӨӨНИЙ ӨМНӨ**

**ЭХИЙН СҮҮНИЙ УУРАГ ТҮҮНИЙГ  
СУДЛАХ АСУУДАЛД**

Хүүхдийн бие бялдрын хэвийн өсөлт, сэтгэхүйн зөв хөгжилт эрүүл чийрэг бойжилтод хоол тэжээл онцгой нөлөөтэй тул дэлхийн аль ч оронд нялхсэн өвчлөл эндэгдлийг бууруулах зорилгоор хоол хүнсний асуудлыг нарийвчлан судалж байна. 1983 онд ЗХУ-ын Анагаах ухааны Академийн хүнсний асуудал эрхэлсэн зөвлөлийн хуралдаанаар 1984 онд хүнсний шийдвэрлэх асуудлын эрдэм шинжилгээний ажлын төлөвлөгөөнд хүүхдийг эхийн хөхөөр хооллох, эхийн хөхний сүүг нэмэгдүүлэх арга хэмжээг боловсруулах нь чухал байгааг заажээ (6).

Мөн эрүүл ба өвчтэй бага насын хүүхдийн бие махбодыг халдвараас хамгаалах урвалж чанарыг дээшлүүлэх зорилгоор сүү ба сүүн холимогийг өвчин эсэргүүцэн хамгаалах хүчин зүйлүүдээр баяжуулах, тэдгээрийн найрлагын зохистой харьцааг улам боловсронгуй болгох асуудал оржээ. Мөн 1979 онд ДЭХБ, НҮБ-ын дэргэдэх хүүхдийн фондоос хамтран хийлгэсэн хуралдаанаас нярай хүүхдийг хамгийн шим тэжээлтэй тохирсон хоол болох хөхний сүүгээр тэжээхийн чухлыг онцлон тэмдэглэсэн билээ.

„Хүүхдийг хөхний сүүгээр тэжээх“ тухай асуудал нь ДЭХБ-аас дэвшүүлсэн 2000 онд бүх нийтээр эрүүлжих программд хамгийн амин чухал зорилтын нэг болон орсон юм.

Иймээс эхийн сүүний химиин найрлага, ялангуяа хамгийн чухал бүрэлдэхүүн хэсэг болсон уураг, түүний аминхүчлийн тоо хэмжээ, зохистой харьцааг судлан тогтоож 0—1 насын болон бусад насын хүүхдийн хоол хүнсний асуудлыг зохистой шийдвэрлэх явдал чухал байгаа юм. Химиин шинжлэх ухааны ууднээс үзвэл хүнсний уургийн тэжээллэг чанар нь 100 гр уураг дахь амьдралын чухал амин хүчлүүдийн тоо уураг дахь ерөнхий азот (Е) амьдралын чухал аминхүчлүүдийн (Т) харьцаа (Е/Т) 1 гр азотод ногдох амьдралын чухал аминхүчлүүдийн хэмжээ, тэдгээрийн хоорондын харьцаа зэргээр тодорхойлогддог байна. Төгс тэжээллэг чанартай хүнсний уургийн 40—50% нь амьдралын чухал аминхүчлүүдийг агуулах ба Е/Т=3 буюу түүнээс дээш байх ёстой. Үүнээс бага бол төгс биш тэжээллэг чанартай уураг гэж үзнэ (1).

Тэгвэл эхийн сүүний уураг нь эдгээр шаардлагыг хангадаг бөгөөд Е/Т=3,1 байдаг ажээ. Эрдэмтэд төрсний дараах үед эхийн сүүний найрлага өөрчлөгддөг болохыг тогтоож, улмаар эхийн сүүг найрлагаар нь уураг, шилжилтийн сүү, найрлага тогтмолжсон сүү гэж гурав хуваадаг. Төрсний дараах хоёртоос гурав хоногт ялгарах ангир уураг нь өтгөвтөр, шаравтар өнгөтэй, хувийн жин ихтэй (1,050—1,060) химиин найрлагаар нярай хүүхдийн эд, эсийн найрлагаанд хамгийн ойр дет, хodoод гэдэсний ханаар бараг өөрчлөлтгүйгээр шимэгддэг, эсрэгтөрөгчид, ферментууд, дархан биесыг эхээс их хэмжээгээр авсан байдаг бөгөөд сүүнээс уургийн бодис, эрдэс давсыг илүү агуулсан байдаг төдийгүй уурагт бодис нь лактоглобулинаар баялаг, илчлэг чанар ихтэй. Нярайг амлуу-

лахын өмнө ангир уурагт агуулагдах цэвэр уургийн бодис хамгийн их хэмжээтэй (10,3—13,2%) байх ба цаашдаа аажмаар буурдаг байна.  
(2) Эхийн сүүний найрлагын өөрчлөлтийг А. А. Покровскийн су-  
далгаагаар авч үзье. (3)

Хүснэгт 1

ЭХИЙН СҮҮНИЙ НАЙРЛАГА (хувиар)

Эхийн сүү	Ерөнхий уургийн хэмжээ	Казеин	Лактоальбумин ба лак тоглобулин	Өөх тос	Лактоза
Ангир-уураг	5,5	1,0	3,5	3,2	5,7
Шилжилтний сүү	1,6	0,9	0,8	3,7	6,8
Тогтмолжсон сүү	1,2	0,6	0,6	3,5	6,5

Терсний дараах 2—3 дахь долоо хоногоос хойши ялгарах сүү нь цайвар өнгөтэй, хувийн жин нь 1,029, pH нь 6,9—7,0 болж ириэ. Дүүджаар 87% нь ус, 1,2—1,5 хувь нь уураг, 3,5—4,0 хувь нь өөх тос, 6,5—7,5 хувь нь нүүре ус, ойролцоогоор 0,2 хувь нь эрдэс давс тус тус эзэнэ. Хүүхдийн хооя тэжээлд эхийн сүүг орлуулан үнээстүс тус эзэнэ. Хүүхдийн хооя тэжээлд эхийн сүүг орлуулшгүй үнэт тэжээл болох нь нотлогдоор байна. Эхийн ба үнээний сүүний найрлагын хэсгүүдийн дундаж хэмжээг хүснэгтээр харьцуулан үзүүлбэл:

Хүснэгт 2

ЭХИЙН БА ҮНЭЭНИЙ СҮҮНИЙ НАЙРЛАГА (хувиар)

Сүү	уураг	өөх тос	нүүрс ус	эрдэс бодис	илчлэг
Эхийн Үнээний	1,5 3,4	4,0 3,8	7,0 4,0	0,2 0,7	70 68

Хүснэгт 2-оос үзэхэд эхийн сүүний ерөнхий уургийн хэмжээ үнээний сүүнийхээс 2—3 дахин бага, нүүрс ус нь 2 дахин их болох чадлыг эхийн сүүний уургийн найрлаганд лактоальбумин, лактоглобулин ба иммуноглобулин үнээний сүүнийхээс илүү байдаг. Үнээний сүүний ийлдэсний уургийн үндсэн хэсэг нь В-лактоглобулин 63% байхад эхийн сүүнийх иммуноглобулин 70% байдаг. Эхийн сүү-үнээний сүүнд 1 : 4-тэй тэнцүү байдгаараа ялгаатай юм. Эхийн сүү-үнээний сүүнд 1 : 4-тэй тэнцүү байдгаараа ялгаатай юм. Эхийн сүү-үнээний уургийн 30—50 хувийг альбумин эзэлдэг бөгөөд энэ нь триптифан, аргинин, гистидин гэх мэт амьдралын амин хүчлүүдийг агуулсан байдаг. Эхийн сүүний уураг цусны ийлдэсний уургатай найрлагаараа нэлээд ойр байдаг нь эхийн сүүний нэгэн давуу талыг гэрчилж байна. Эхийн сүүний уургийн бас нэг давуу тал нь түүний молекулын хэмжээ бага байдагт оршино. Эхийн сүүний казеины молекулын хэмжээ нь 30 мкм, үнээний сүүнийх 102 мкм байгаад. Ходоодонд эхийн сүүний бага молекулт уураг олон тооны хөвсдэг. Тундас үүсгэж гадаргуугаа ихэсгэдгээс боловсорч шингэхдээг тундас үүсгэж гадаргуугаа ихэсгэдгээс боловсорч шингэхдээ үнээний сүүний уургаас хялбар байдаг байна.

Эхийн сүү боловсрохдоо үнээний сүүнийхээс З дахин бага ходоодны шүүс, давсны хүчил, фермент шаарддаг тул хүүхдийн ходоодонд эхийн сүү 2,5 цаг, үнээний сүү 3,5 цаг болоод шингэдэг. (5) Иймээс хөхөөр хооллож буй үед биенийн 1 кг жинд шаардгдах уураг тэжээвэр үеийнхээс бага хэмжээтэй байдаг. Эхийн сүүнд каталаза, амилаз, ялангуяа липаза зэрэг олон тооны фермент бусад амьтны сүүнийхээс хавьгүй илүү агуулагдана. Эхийн сүүний уураг задлагч фермент болох пепсиноген, трипсин, антитрипсины идэвхийг судалж (У. М. Мирзакаримов 1974) ангир уурагт эдгээр ферментийн идэвх их байснаа төрсний дараах 9 дэх сараас идэвх нь буурч сүүнд бүр бага байдгийг тогтоожээ. Трипсинийг нийлэгжүүлэн гаргадаг нойр булчирхай, пепсиногенийг ялгаруулдаг ходоодны гол эсүүдийн фермент гаргах үйл ажиллагаа дорой хөгжилтэй байдаг нярай хүүхдийн эхийн сард эхийн сүүний найрлага дахь уураг задлагч ферментүүд нь чухал ач холбогдолтой юм. Мөн эхийн сүү эсрэг биес, антитоксин, бактериолизин, агглютинин зэрэг нямыгийн эсрэг үйлчилгээ бүхий уурагт бодист витамин, гормон агуулагдсан байдгаараа онцлог билээ.

Манай орон бол хүүхэд залуучуудын орон бөгөөд 16 хүртэлх насны хүүхэд бүх хүн амын 48 хувийг эзэлдэг. Хүн амын зүйн энэ онцлог нь эх нялхсын эрүүл мэндийг хамгаалах нь эрүүлийг хамгаалахын гол асуудлын нэг болгожээ.

МАХН-ын XVIII их хурлаас эх нялхсын эрүүл мэндийг хамгаалах нь ардын эрүүлийг хамгаалах байгууллагын иэн чухал зорилт бөгөөд үр хүүхдийг асран хамгаалах, тэднийг шим тэжээл сайтай хоол хүнсээр хангах ажлыг цашид сайжруулах нь ийт ард түмний амин чухал үйлс мөн гэж заасан билээ.

Энэ чухал заалтыг хэрэгжүүлэхээр тус орны эрдэмтэд Монгол эхийн сүү, хүүхдийн хоол тэжээлд оргон судалгаа хийж байна. Үнийн үр дунд эхийн сүүний ерөнхий ба үлдэгдэл азот, уураг, тос, нүүрс ус зэргийн дундаж хэмжээг тогтоож байна. Энэ нь цашид хүүхдийн хоол хүнсний асуудлыг шийдвэрлэхэд чухал ач холбогдолтой болох юм.

### Хүснэгт 3

#### ЭХИЙН СҮҮНИЙ ЕРӨНХИЙ УУРГИЙН ХАРЬЦУУЛАЛТ

Судлаачид	Г.С. Коробкина	А.Ф. Гур 1971	А.В. Мазурин 1980	Р.К. Луковская 1982(2)	Н. Цээнжав (6)	Ц. Намсрай 1980 (3)
Эхийн сүүний ерөнхий уураг	1,48	1,2-1,5	1,2-1,4	1,5	1,83	1,52-1,92

Эхийн сүүний ерөнхий уургийн хэмжээ Зөвлөлтийн судлаачдынхаар 1,5 хувиас хэтрэхгүй байна. Анагаах ухааны дэд эрдэмтэн Н. Цэдэнжав, биологийн ухааны дэд эрдэмэн Ц. Намсрай нарын судалгаагаар монгол эхийн сүүний уургийн хэмжээ 1,5 хувиас дээш байна. Энэ нь төрсний дараах хугацаанаас бас хамаарна (7) Судлаачид эхийн сүүний ерөнхий уургийн хэмжээг төрсний дараа 2-3 долоо хоногоос хойших хугацаанд дунджаар 1,1-1,6 хувь гэж тогтоожээ. Ерөнхий уургийн хэмжээг тодорхойлохын зэрэгцээ эхийн сүүний уургийг цэврээр нь ялган авч, түүний булэглэлийг (фракци) судлах ажил хийж байна.

Электрофорезийн аргаар эхийн сүүний уургийн бүлэглэлийг судалж үзэхэд 5 бүлэглэл байжээ. Үнээний сүүний уураг 3—4 бүлэглэл байдаг. Гэхдээ уургийн бүлэглэл, тэдгээрийн хэмжээ нь сүүг халааж, бүлээгсэн зэргээс ихээхэн хамаардаг ажээ.

#### Хүснэгт 4

#### СҮҮНИЙ УУРГИЙН БҮЛЭГЛЭЛ (2)

Уургийн бүлэглэл	Эхийн сүү	Ариутгасан 60 донор эхийн сүү	Ариутгасан (60°) үнээний сүү
Ерөнхий уургийн хувь	1,48	0,6—0,99	2,91—3,5
Ийлдэсний уургийн бүлэглэлийн хувь	70,8	16,3	11,9
Иммуноглобумин	12,5	19,3	63,0
— Лактоглобумин	13,8	64,4	25,1
— лактоглобумин	2,9	0	0
Альбумин			
Казеины бүлэглэл хувь			
α—бүлэглэл	28,1	5,3	28,6
β—бүлэглэл	58,3	34,7	65,5
γ—бүлэглэл	13,6	60,0	5,9

Манай орны нөхцөлд эхийн сүүний уургийн бүлэглэлийг судалсан ажил одоо хир алга байна. Дээрх судалгаанаас дараах дүгнэлт гарч байна. Үүнд:

1. Бага насны хүүхдийн хэвийн осолтийг сайжруулах, овчин эсэргүүцэх чадварыг дээшлүүлэх, дутуу төрсөн ба тэжээвэр хүүхдийн өвчлөл, эндэгдлийг бууруулах гол хүчин зүйлийн нэг нь хүүхдийг эхийн хөхний сүүгээр тэжээх явдал юм.

2. Монгол эхийн сүүний ерөнхий уургийн хэмжээг хоол тэжээл, цагаа улирал, газар зүйн байршил, эхийн нас, ажил мэргэжил зэргтэй холбон судалж тогтоо шаардлагатай юм.

3. Монгол эхийн сүүний уургийн бүлэглэлийг гаргаж тэдгээрийн тооны харьцааг судлан тогтоох нь онол-практикийн чухал ач холбогдолтой юм.

д. ЭНЭБИШ, Ц. НАМСРАЙ

#### АЦИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. И. М. Воронцов, А. В. Мазурин. Справочник по детской диететике. 1980 из-во Медицина 38—47.
2. Р. К. Луковская Педиатрия 1982, 7 -30
3. М. Ф. Нестерин и др. Вопр питания 1983, 3.3—5
4. М. Я. Студеникин и др. Питание детей раннего возраста Из-во Медицина 1978. 56.
5. С. Ш. Шамсиев, Мед журнал Узбекстана 1981, 7 58—62
6. В научном совете АМН СССР по медицинским проблемам питания. Вопр питания 1983. 4. 75—76
7. Ц. Намсрай, В. Оюунбийлэг Шинжлэх ухааны академийн химийн хүрээлэнгийн эрдэм шинжилгээний бүтээл № 18 УБ 1980. 206—213.
8. Н. Цэдэнжав—Хүүхэд хооллох физиологийн үндэс. УБ. 1977

К ВОПРОСУ ИЗУЧЕНИЯ БЕЛКОВ ЖЕНСКОГО МОЛОКА  
Д. Энэбиш, Ц. Намсрай

Установлено, что количество общего белка в женском молоке составляет в среднем 1,1—1,6%.

# ХҮҮХДИЙН ЦУСААР ДАМЖИЖ ҮҮСЭХ ЯСНЫ ЦОЧМОГ ҮРЭВСЛИЙН МЭС ЗАСЛЫН ОНОШИЛГОО ЭМЧИЛГЭЭ

Яс нь хүний биений жингийн 18%-ийг эзэлдэг, 30 гаруй язгуур махбодыг агуулсан чухал эрхтэн юм. Ясны цочмог үрэвслийн оношилгоо эмчилгээний талаар суулний жилүүдэд тодорхой амжилтад хурч байгаа боловч энэ овчин хүндэрх, дахих, нас барах нь нэлээд хэмжээтэй байгаа бөгөөд эмчилгээний үр дүн нь харилцан адилгүй байна.

Хүүхдийн дотор мэс заслын цочмог архаг идээт овчин 10,1—18,6%-ийг (4), идээт овчний дотор хүүхдийн ясны цочмог үрэвсэл 10,6%-ийг эзэлж байна (2). Мен хүүхдийн мэс заслын овчний дотор ясны цочмог үрэвсэл 11%-ийг эзэлж ясны үрэвсэлтэй овчтөн хүүхдийн эмнэлгийн орны 10%-ийг эзэлж байна гэж судлаачид бичиж байна (2).

Хүүхдийн клиникийн төв эмнэлгийн материалаас үзэхэд хүүхдийн мэс заслын овчний дотор идээт мэс заслын овчин 71,2%, мэс заслын идээт ужил овчний дотор ясны цочмог үрэвсэлтэй овчтөн 18,7% байна. (16,18)

Цусаар дамжиж үүсдэг ясны цочмог үрэвсэл нь насанд хүрэгсэдэд 10%, хүүхдэд 75% (2), хүүхдийн ясны цочмог үрэвсэл нь 3 хүртэлх насанд 15,3%, 3—8 насанд 39,4%, 8—14 насанд 45,3% тус тус тохиолддог. (2)

Үүнээс бага сургуулийн насны хүүхдэд цусаар дамжиж үүсэх ясны цочмог үрэвсэл 96% тохиолдож байгаа нь өсөх организм нь тэжээх судсаар баялаг байдгаас болж байна гэж судлаачид үздэг (1).

Клиникийн III эмнэлэгт 10 жилийн хугацаанд насанд хүрсэн 15 хүн ясны үрэвслийн улмаас эмчлүүлж байсан байна. (19). Ясны хурц үрэвслийн 82,9% нь чөмөгний урт ясанд тохиолдож, метафиз, диафизизд 3-аас дээш насанд илүү овчлүүлж байна (1). Харин булуу ясны бүх үрэвслийн дотор метаэпифизын үрэвсэл бие даасан байдаар 47,2%-ийг эзэлж 3 хүртэлх насны хүүхдийг илүү овчлүүлж байна (5,6). Манай оронд ясны үрэвсэлтэй овчтөний 77% нь чөмөгний ясанд тохиолдож байна. (79).

Сүүлийн үед антибиотикт тэсвэртэй эмгэгтерегч стафилококк ясны цочмог үрэвслийн 56,9—89,2%-ийг үүсгэж, 40,9—68,3% нь хүнд хэлбэрээр, 11,5—12% нь нас барж, 40—50% нь архагшиж (9,12), 1,6—7,8%-д эмгэг хугаралт үүсч байна (10). Манайд ясны цочмог үрэвсэл овчтэй хүүхдүүдийн 60,8% ужилт хүнд хэлбэрээр овчилж, 27,1% нь нас барж байгаа юм. (16).

Ясны цочмог үрэвслийн эмчилгээний үр дүн нь эрт оношлож эмнэлэгт хэвтүүлэхээс шалтгаалдаг. (14). Гэтэл ясны цочмог үрэвсэлтэй овчтөний 25,7%-д хожуу онош тогтоож байгаа нь гэмтэл, зөвлөн эдийн идээт овчинтэй ихэвчлэн андуурагдсанас болж байна (13). Оношийн алдааны 50% нь анх үзсэн түргэн тусламжийн эмч нар, 30% нь хэсгийн эмч нар, 20% нь бусад эмнэлэгт гарсан байна (14). Ясны цочмог үрэвслээр хэвтэгсдийн 3,5% нь эхний хоногт, 15,1% нь хоёрдох хоногт, бусад нь түүнээс дээш хоногт эмнэлэгт хэвтэн эмчлүүлж байна.

Ингэж хожуу эмнэлэгт хэвтсэнээс эмчилгээний тактик их бэрхшээлтэй болдог (7).

Дээрх тоо баримтаас үзэхэд ясны цочмог үрэвсэл нь чөмөгний ясны диафизид элбэг тохиолддог эрт оношлох, эмчлэхэд төвөгтэй их хүндэрдэг, нас барах нь элбэг байна. Иймээс мэргэжилтнүүд хүүхдийн чөмөгний ясны цочмог үрэвслийн эмчилгээ, оношлогоог онцлон үзэж эмчилгээний янз бүрийн аргыг өргөн хэрэглэж, туршиж байна.

Чөмөгний ясны цочмог үрэвсэл нь эхлээд чөмөгний дотор бие даасан буглаа байдалтай голомт бий болж, улмаар нейтропилийн нэвчтэс үүсч, судас тэлэгдэн, шуудэс хуралдач, цусны урсгал удаашран эс эд задарч, үхжилт эхэлснээс чөмөгний ясны доторх даралт 4—10 дахин ихэсдэг.

Чөмөг ясны даралт нь 50 мм у/б болоход даралт нь ихсэж 200—300 мм у/б хүрэхэд тэжээлийн судасны нух битүүрч „судасгүйжилт“. эхэлдэг (3, 7, 8, 12, 13.).

Чөмөгний яс нь бөх бат учир үрэвсэх тутам доторх даралт нь улам их болсноос эхлээд венийн, дараа нь артерийн судсуудыг дарж, судасны үйл ажиллагаа улам алдагдаж (12) тэжээлгүй болсон чөмөг, ясны эд эс хүрдэн үхжин, идээ нь ясаа цоолж, ясны хальсан орж хальсны доорх буглаа үүсгэнэ. Улмаар идээ нь ясны хальдорх аргыг хэрэглэж булчин завсрлын буглаа үүсгэдэг байна (7, 13, 14).

Энэ өвчнийг оношлох, эмчлэхэд ясны хальсан дор зөвлөн эдэд хатгалт хийж, идээ гарвал ясны цочмог үрэвслийг эмчлэх аргаар ясны идээт голомтоос үүссэн буглааг яс хүртэл нээж чихээс боолт хийх аргыг хэрэглэж байв. (1, 4, 19).

ЗХУ-д К. С. Ормантаев, Т. Ж. Султанбаев нар 1969 онд „ясыг хатгах“, „ясны даралт хэмжих“ аргуудыг ясны цочмог үрэвслийн үед хэрэглээд оношийг цагийн дотор тогтоож болохыг нотолжээ (4, 13).

Чөмөг ясны осолтийн хэсгийг уусгадаг ясны метаэпитизийн үрэвсэл нь З хүртэлх насын хүүхдэд голчлон тохиолддог учир „ясыг хатгах“ аргыг эмчилгээнд хавсарган хэрэглэхэд тохиромжтой, илүү үр дүнтэй байжээ (10, 11).

Бид анх 1977 онд ясны хальсан дор идээгүй, ясны цочмог үрэвсэлтэй өвчтөнд (өвчтон-Д—түүх № 064456) чөмөгний хөндийхийг зүүний нухээр цусархаг идээ даралтай байгаа учир олгойdon гарч (тосны дусал хөвсөн отгөн хар хүрэн цус) эрт оношиг тогтоох боломжийг олгож байв.

Энэ арга нь өвчнийг эрт оношлох төдийгүй чөмөгний ясны доторх даралтыг бууруулах, үрэвслийн голомтод шууд эмчилгээ хийх, зөвлөн эдийг бага гэмтээх, хориг хийх зэрэг сайн талтайгаас гадна ясны өөрчлөлтийн хэмжээг мэдэх зорилгоор чомгөн тодруулагч бодис хийж рентген зураг хүртэл (остеомедулаграф) авч болно. (4, 7, 13).

**Ясыг хатгах арга.** Эмчилгээг хийхэд сэтгүүртэй будуун зүү, чангалаа, шприц, угаах, өвчин намдаах уусмал, антибиотик бусад мэс заслын ердийн багаж материал орно.

Өвчтөнд хийх мэс заслын өмнө зохих бэлтгэл хийж өвчтэй мечний дээд хэсгээр артерийн чангалаа тавьж хэсгийн ба еренхий мэдээ алдуулж үрэвсэлтэй ясны 2 талын юмуу, үрэвслийн голомтод ойр митафизид, зөвлөн эд нэмгэнтэй, судас мэдрэл байхгүй хэсэгт сэтгүүртэй будуун зүү (кассир, кушинга, кваренберга, Алексюк, Любо нарны аль нэг зүү)-гээр 0,25%-ийн новокайны уусмалаар мэдээ алдуулан хатгана.

Хатгахад зөвлөн эд, ясны холтослог давхрагыг нэвтэлж, хэмчөнгийн зүү орж байгаа нь мэдэгдэнэ. Ингээд сэтгүүрээ зүүнээс авч соруулахад зүү зөв орсон бол шприцэнд (эрүүл хүнд) чөмөг,

цэвэр цус сорогдоно. Хэрэв идээ даралттай байвал өвчтэй гэж үзнэ. Соруулж авсан зүйлээ яаралтай шинжилгээнд авч, зүүгээ Вельдманы баражтай залгаж чомегний доторх даралтыг 5 минут хэмжинэ. Мөн чомегний доторх даралтыг хялбарчилсан аргаар тодорхойлж болно. (4,6,12,17).

Чомег ясны доторх даралтын түвшин нь ясны хэмжээ, байрлал, үрэвслийн үе шатаас хамаарч янз бүр байдаг боловч 80 мм (у)б доош бол хэвийн гэж үздэг. Онош тодорсон бол уг зүүгээр шууд эмчилгээ хийнэ. Чомөгний судсууд нь ясны гаднах цусны эргэлттэй холбоотой учир яс руу хатгасан зүүгээр хийх эмийн тунг судсанд хийх эмийн тунтай адил тунгаар бодно. (4,6,12,13)

Яс руу хатгасан зүүгээр физиологийн уусмал 800,0 0,25%-ийн 100,0 новокайн, пенициллин 500000 ед, стрептомицин 250,000 ед юмуу фермент С. Ш. Шамсиевийн антисептик уусмалыг дуслын системээр 1 минутад 60—90 дуслаар хийнэ. (13) Антибиотикийг хоногт 2 удаа 7—10 хоног ясанд хийж 5—7 хоног тутам чомөгнөөс бактериологийн шинжилгээ 3 удаа авч зүгээр гарвал зүүгээр авна. (4,8,11,12,13,19).

Ясны цочмог үрэвслийн эмчилгээнд энэ аргыг 1969 онд дээр дурдсан судлаачид хэрэглэхэд нас баралт 7,5—17% байсныг 1,1—1,9% болтол бууруулж, 22%—39,4% эдгэж байсныг 81—82,5% болгож, архагших нь 45% байсныг 9,1% хүртэл багасгасан байна. (4, 8, 12,13).

Мөн ясыг олон жижиг цоолоход эмгэг хугаралт 3,6% байсан бол 1,5% болж багассан байна. (10)

Уг эмчилгээг хийсэн даруй өвчин нь намдаж, халуун буурч, хордлого багасч биеийн байдал сайжирч байжээ. Өвчтөнд эхний 5 хоногт энэ эмчилгээг хийгээд 2 жил ажиглахад ясанд өөрчлөлтгүй, 10 хоног хийгээд 2 жил ажиглахад ясанд бага зэрэг хатууралт үүссэн байжээ. Харин уг эмчилгээ хийгээгүй өвчтөний яс цоорох, сийрэгжих, ясны хэлтэрхий үүсэх, яс хатуурах, чомөгний хөндий битуурэх хүндрэл ажиглагдажээ. (10,12,13). Энэ аргыг эрт хэрэглэснээс өвчтөн бараг бүрэн эдгэрч, ясыг ийнхүү поолсоноос ямар нэгэн хүндрэл ажиглагдаагүй байна. (7)

1977 онд клиникийн III-р эмнэлэгт ясны үрэвсэлтэй насанд хүрсэн өвчтөнд яс цоолох аргаар, эмчлэхэд үр дүн сайн байжээ. (19)

Бид яс цоолох аргыг ХКТЭ-ийн мэс заслын практикт анх 1975 онд (өвчтөн Ч. түүх № 041195) хэрэглэснээс хойших үеийг өмнөх утэй харьцуулж үзэхэд нас баралт 27% байснаа 15% болтол буурч, ямар нэг үжилт хүндрэл нь 84%-иас 45,1% хүртэл буурч 6%-иас 85% хүртэл эдгэрч, архагших нь 67% байсан нь одоо гарахгүй болсон байна. (16) Эмчилгээний энэ аргыг ХКТЭ-ийн мэс заслын практикт одоо амжилттай хэрэглэж байна.

Энэ арга нь эрт оношлох, ясыг үжихээс хамгаалах, чомөг ясны доторх даралтыг бууруулах, цусны эргэлтийг сайжруулах, судасгүй болохыг зогсоох, мөн үжилийг багасгах, идээ болон хортой зүйлсийг биеэс тургэн гаргах, үрэвслийн голомтод хийх эм, бусад иж бүрэн эмчилгээг удаан хугацаанд хийх боломж олгоно. (3,7,11,12,13)

Яс цоолох арга. Эмчилгээг хийхэд иштэй 2—5 мм-ийн будуун өрөм, скальпель, шприц, угаах уусмал, хийх эм, антибиотик, ердийн мэс заслын бараж, материал орно. Өвчтөнд ерөнхий буюу хэсгийн мэдээ алдуулж чомөг ясны метафизид хатгасан зүүгээр антибиотиктэй новокайнаар хориг хийж, өвчин намдаахын тулд ахин мэдээ алдуулна.

Үрэвслийн дээд, доод талд мэдрэл судас багатай зөөлөн эд нэмгэн хэсгийг сонгон авч чөмөг ясны харалдаа эсрэг хоёр талд 3—4 см зүсэж цааш ясны хальсыг бас зүсэж нэвт шархуудыг ил гаргана. Гадна талын дээд, доод хоёр шархаар 0,3—0,5 см-ийн өргөнтэй, хоорондоо 1,5—2 см зйтай, 3—4 нух өрөмдөж гаргана.

Булуу ясны метафизид хатгасан зүүгээр С. Ш. Шамсневийн антисептик уусмал ба фермент, антибиотиктой физиологийн уусмалыг зөөлөн шахаж, ясны нүхээр цэвэр уусмал гартал угаана. Хэрэв ясанд гаргасан нүхэнд гуурс тавьж эмчилгээ хийх бол бол хэд хэд цоолсон чөмөг ясны тэнхлэгтэй 45° дээш, дооши ташуу өрөмдөж дээд талд нэг, доод талд нэлээд хэдэн нүх гаргаж, дээд талын нэг цоолсон нүхэнд нарийн гуурс шургуулж, уг гуурсаараа метафизид хатгасан зүүгээр хийдэг уусмалыг дуслаар хийж, 1—2 хоног угаана. Шархаа угааж цэвэрлээд ясны хальсан дор нэмгэн резин ба марль гоожуур тавьж шархаа оёж багасгана. (11,12,15). Гуурсаар хүчтэй буюу удаан угаах, етгэн бодис шахах, том хэмжээтэй цоолох зэрэг нь судасгүй болоход дехөм болдог.

Ийм учраас ясиг цоолох, хатгах аргуудыг доорх журмыг баримтлан сонгож авна.

а) Битүү яс цоолох.—Энэ нь зөөлөн эдийг зүсэлгүй ясиг шууд хатгаж цоолно. Энэ аргыг оноши түргэн тогтоох, чөмгөндөө идээлсэн, мөн З хүртэлх насны хүүхдийн булууны ясны үрэвслийн үед ихэвчлэн хэрэглэнэ.

б) Нээж цоолох.—Зөөлөн эдийг зүсэж, ясиг цоолно. Идээ яс цоолж, ясны хальсан дор орсон, мөн идээ ясны хальсыг цоолж буличинд нэвчсэн үед хэрэглэнэ.

в) Битүү ба нээж цоолох.—Дээрх хоёр аргыг хамт хэрэглэнэ. Үрэвсэл ихээхэн газрыг хамарсан үед хэрэглэнэ. (5,7,11,12,13)

**Дүгнэлт:** 1. Цусаар дамжиж үүсэх ясны цочмог үрэвсэл нь бага сургуулийн насны хүүхдийн чөмөг ясны диапазийг илүү өвчлүүлдэг, оношлох, эмчлэхэд төвөгтэй, хүндрэх, нас бараг нь их үжилт хүнд өвчин болно.

2. Энэ өвчний оношлоход „ясиг хатгах“, „ясны даралт хэмжих“ аргуудыг бусад шинжилгээтэй хослон эмчлэхэд хүүхдийн чөмөг ясны цусаар дамжиж үүсэх цочмог үрэвслийг эрт таних боломжтой юм.

3. Энэ өвчнийг эмчлэхэд „Яс цоолох“, „Чөмгний ясны торхийг угаах“, аргыг бусад эмчилгээнүүдтэй зөв хослон, цаг алдалгүй хэрэглэж чадвал бүрэн эдгэрч болно.

Ж. ИДЭР

#### АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. Г. А. Байров Неотложная хирургия детей Л. 1973. 432.
2. И. С. Венгеровский. Остеомиеллит у детей М. 1964 г.
3. М. В. Гринев Спорные и достоверные вопросы патогенеза и лечения острого гематоченного остеомиелита. Бестник хирургии, 1972. № 2. 69.
4. М. Л. Дмитриев, М. Л. Пугачев, Н. Л. Куш. Очерки гнойной хирургии у детей М—1973 г. 6. 206.
5. Ю. Ф. Исакова, В. А. Михельсона. Проблемы детской хирургии и после операционной патофизиологии. М 1972 г. 126.
6. М. Д. Ковалевич, Б. Б. Золотовский Н. А. Голубева. Внутрикостные инфузии. хирургия 1973. № 6. 109.
7. Н. Л. Куш, В. П. Комонученко, Л. И. Ткаченко, В. Н. Вечерко, Е. В. Симонов, А. Д. Тимченко. Ранняя остеоперфорация при лечении острого гематогенного остеомиелита у детей. Бестник хирургии. 1981. № 3. 105.
8. Н. Н. Каншин. Озакрытом методе лечения нагноения. Бестник хирургии. 1981. № 4. 79.

9. В. М. Мельник, Т. П. Аникина. Прямые иммуногемотрансфузии в комплексной терапии остеомиелита у детей раннего возраста. Хирургия 1973. № 6. 101.
10. В. И. Москвин. Влияние остеомиелита на рост кости. Хирургия. 1974 № 7. 98.
11. О. С. Мишарев, В. А. Катько Проточное промывание костномозгового канала при лечении острого гематогенного остеомиелита у детей. Вестник хирургии 1976. № 12. 67.
12. К. С. Ормантаев, Т. Ж. Султанбаев. Внутри костные промывания при остеомиелите у детей. Л.—1979 г.
13. К. С. Ормантаев, Т. Ж. Султанбаев. Остеотонометрия и остео перфорация при остром остеомиелите. Хирургия. 1974. № 7. 95.
14. В. К. Федотов, И. Т. Плаксин, И. В. Мозговой. О ранней диагностике острого гематогенного остеомиелита у детей. Вестник хирургии 1976. № 12. 70.
15. С. Ш. Шамисев, Н. П. Шабалов. Острые пневмонии у детей раннего возраста. Ташкент 1978 г. 327.
16. Л. Авирамэд, Б. Энхравдан, Д. Дамдин. Легочно плевральные и сердечные осложнения при остром гематогенном остеомиелите у детей. Материалы докладов научно—практической конференции по некоторым актуальным вопросам педиатрии. УБ 1982. 35.
17. Ж. Идэр. Төвийн венийн даралтыг тодорхойлох хялбарчилсан арга. Анаагах ухаан 1983. № 4.
18. Л. Санжаяа. Структура хирургических заболеваний у детей. Материалы доктрины. УБ—1982—31.
19. В. Ичинхорлоо, Д. Жодов. Цусаар дамжиж үүсэх остеомиелитийн мэс заслын эмчилгээ. Анаагах ухаан. 1980. № 4.

## ЭМЭГТЭЙЧҮҮДЭД ЗӨВЛӨЛГӨӨ ӨГӨХ ГАЗРЫН ТУРШЛАГА

Эх нялхсын талаарх эмчлэн сэргийлэх тусламжийн нэг үндсэн асуудал бол эх барих, эмэгтэйчүүдийн тусламжийн хүртээмж, чанар, Үр дүнг сайжруулах, эмэгтэйчүүд, жирэмсэн эхчүүд, нярай хүүхдийн эрүүл мэндийн потенциал, индексийг хэлбэрэлтгүй дээшлүүлэх явдал мөн. Энэ нь эх нялхаст үзүүлэх эмнэлгийн тусламжийн удирдлага, зохион байгуулалт, ажиллагааны арга хэлбэрийг боловсронгуй болгож, улам төгөлдөржүүлэхийг шаарддаг билээ.

Үүнтэй холбогдуулан Эрүүлийг хамгаалах Яам, Эх нялхсыг хамгаалах эрдэм шинжилгээний хүрээлэнгийн санаачлагыг дэмжиж, хот, хөдөөний эх нялхсын зарим байгууллагыг 1979—1983 онд эх нялхсын үлгэр жишээ „загвар“ байгууллага болгох зорилтыг дэвшүүлж, туүнийг хэрэгжүүлэх зохион байгуулалтын арга хэмжээг авч явууллаа.

Эх нялхсын үлгэр жишээ „загвар“ байгууллага болох Улаанбаатар хотын III амаржих газар нь хот, районы намын хороо, АДХ-ын гүйцэтгэх захиргаа, эрүүлийг хамгаалах газар, хэлтсийн удирдлага, дэмжлэг туслалцаатайгаар энэ зорилтыг ханган биелүүлэх ажлын төлөвлөгөө боловсруулан хэрэгжүүлж, хамт олны улс тэр, хөдөлмөрийн идэвх, социалист уралдаан өрнүүлэн ажиллав.

Улаанбаатар хотын АДХ-ын гүйцэтгэх захиргаа өнгөрсөн хугацаанд III амаржих газрын материаллаг баазыг бэхжүүлэхэд нэг сая гаруй төгрөгийн хөрөнгө олгож, Эрүүлийг хамгаалах яам, хотын эрүүлийг хамгаалах газар 32 эмч мэргэжилтнийг гадаад, дотоодын курсээр мэргэжил дээшлүүлж, 47 нэр төрлийн 90 гаруй мянган төгрөгийн үнэ бүхий эмнэлгийн аппарат багаж, тоног төхөөрөмж, хоёр авто машин хувиараар олгосон зэрэг бодитой туслалцаа үзүүлжээ.

Эх барих, эмэгтэйчүүдийн тусламжийн зонхилох хэсгийг узүүлэх, эмнэлэг уйлчилгээний цөм нь эмэгтэйчүүдэд зөвлөлгөө өгөх газар билээ. Эмэгтэйчүүдэд зөвлөлгөө өгөх газар (эрхлэгч нь Т. Самбуудолгор) МАХН-ын XVIII их хурлын шийдвэр, МАХН-ын Төв Хороо, БНМАУ-ын Сайд нарын Зөвлөлийн „Эх, хүүхдийн эрүүл мэндийг хамгаалах ажлыг цаашид сайжруулах арга хэмжээний тухай“ 1979 оны 21 дүгээр тогтоослын заалтыг хэрэгжүүлэн, олон нийтийн оролцоог өргөжүүлэх, эх нялхсын эрүүл мэндийг хамгаалах ажлыг бүх нийтийн үйл хэрэг болгох, орчин үеийн шинжлэх ухаан техникийн дэвшил, анагаах ухааны ололт амжилт, тэргүүн туршлага, дэвшилт арга барилыг эмнэлэг уйлчилгээнд нэвтрүүлэх, нийт жирэмсэн эмэгтэйчүүдийг диспансерийн хяналтанд бүрэн хамруулах зорилт тавьж ажилласан байна.

Эмэгтэйчүүдэд зөвлөлгөө өгөх газар нь нийслэл хотын найрамдлын районы ОСГ-ны 17 хороо, Сүхбаатарын районы ОСГ-ны 14 хороосны 15-аас дээш насны 57 800, түүний дотор төрөх насны (15—49) 27000 гаруй эмэгтэйчүүдэд үйлчилж, Хэнтий, Сүхбаатар, Дорнод, Төв, Дундговь, Өмнөговь аймаг, Налайх, Бага нуур зэрэг газруудад өх барих, эмэгтэйчүүдийн нарийн мэргэжлийн тусламж үзүүлэх, зөвлөлгөө өгөх ажлыг хариуцан гүйцэтгэж байна.

Т. Самбуудолгорын санаачлагаар үйлчлах хүрээний эмэгтэйчүүдийн буртгэл судалгаа хийж, эмэгтэйчүүдэд зөвлөлгөө өгөх газрын зохион байгуулалтын схем (эх нялхсгы хамгаалах хууль эрх, схидын эрүүл ахуй, эмэгтэйчүүдийн эрүүл ахуй, жирэмсний эрүүл ахуй, нярай хүүхдийн эрүүл ахуй, арчилгаа сувилгаа, зөв хооллс тухай 60 самбартай) эх барих, эмэгтэйчүүдийн хэсгийн үйлчлэх хүрээний айл өрхийн байршилтын зураглал (макет) жирэмсний уед хийх төлөвлөгөөт үзлэг, шинжилгээ, эмчилгээний хугацаат график, онцгой хяналтын жирэмсэн ба эмэгтэйчүүдийн өвчтөний хяналтын самбар, эх барих, эмэгтэйчүүдийн хэсгийн үйл ажиллагааны үндсэн үзүүлэлтийн схем үзүүлэлнг ажиллагаандаа нэвтрүүлсэн нь зөвлөлгөө өгөх газрын ажлыг сайжруулах үндэс болжээ.

Зөвлөлгөө төхөн газар нь эх барих, эмэгтэйчүүдийн хэсгийн эмч, эргүүлийн бага эмч, сувилагч тус бүр 10-тай ажиллаж, тэдгээрийн ажлын төлөвлөгөө, хуваарь графикийг жил, улирал, сар, долоо хоногийн гарган, тогтвортой суурьшилтай ажиллуулж байгаагийн гадна социалист уралдаанд хүн бүр тодорхой үүрэг авч, гүйцэтгэсэн ажлыг сар бүр чанарын оносны үнэлгээгээр дүгнэж байр эзлүүлдэг байна. Эх барих, эмэгтэйчүүдийн хэсгийн эмч, ажилтнууд ажиллагаанд үзлэг шалгалт хийж дүнг долоо хоног бүр шуурхай зөвлөлгөөнөөр хэлэлцэж, тэргүүн туршлагыг нийтийн хуртээл болгсах, дутагдал догоолдолыг арилгах арга хэмжээ авдаг байна.

Эмэгтэйчүүдэд зөвлөлгөө егех газрын ажиллагааны нэг үндсэн зарчмын болох урьдчилан сэргийлэх үзлэгийг төлөвлөгөө графикаар явуулж, жирэмсэн эмэгтэйчүүд, эмэгтэйчүүдийн өвчлөлийг эрт илрүүлэх гол арга барил болгож байна. Урьдчилан сэргийлэх үзлэгийг үйлчлэх хүрээний ССГ-ны хороо, албан байгууллага, сургууль болон зөвлөлгөө егех газарт төвлөрүүлэн явуулсаны үр дунд суулийн таван жилд амбулаторийн үзлэгийн төлөвлөгөөг 102—122 хувиар биелүүлж, түүний 28—30 хувийг урьдчилан сэргийлэх үзлэг эзэлж, жирэмсний эхний гурван сард 55 хувь нь зөвлөлгөөнд хамрагддаг болжээ.

Зөвлөлгөө өгөх газарт сүүлийн жилүүдэд охидын болон гэр бүлд зөвлөлгөө өгөх кабинет шинээр байгуулж, эмэгтэйчүүдийн эмчилгээний кабинетын үйлчилгээний цагийг уртасгаж, хоёр ээлжээр ажиллуулах болов.

Жирэмсэн эмэгтэйчүүдийг эхний гурван сард илрүүлж жирэмсний бодит байдлыг үнэн зөв тогтоос зорилгоор шаардлагатай төрслж-сөн нарийн мэргэжлийн үзлэг, шинжилгээ хийж, жирэмсэн эмэгтэйчүүдийг хэвийн эрүүл, илүү өртөмтгий байдал бүхий жирэмсэнд онооны үнэлгээ өгч хөнгөн, дунд, хүнд гэсэн гурван бүлэгт ангилан, илүү өртөмтгий байдал бүхий жирэмсэн эмэгтэйчүүдийг онцгой хяналтанд авч хүн бүрт эмчлэн эрүүлжүүлэх өвөрмөц төлөвлөгөө боловсруулан хэрэгжүүлж байна. Үүний урээр жирэмсний эрүүл мэндийн индекс сүүлийн жилүүдэд 60—69% хувь болов.

Тус газрын бас нэг чухал зорилт бол эмэгтэйчүүдийн бэлиг эрхтэний өвчлөлийг эрт илрүүлэн, зөв оношлож, төгс эмчлэн эрүүлжүүлэх явдал юм. Урьдчилан сэргийлэх үзлэг, өдөр тутмын үзлэгт хамрагдсан эмэгтэйчүүдийг эрүүл мэндийн байдлаар хэвийн эрүүл, харьцаангуй эрүүл, өвчтэй гэсэн гурван бүлэгт ангилж, үзлэгээр илэрсэн эмэгтэйчүүдийн бэлиг эрхтэний өвчтэй эмэгтэйчүүдийг амбулатори, поликлиник, больницеор эмчилж, хоргуй хавдар хавдарын омнөх үеийн байдал-умайн ба умайн дайврын хоргуй хавдар, умайн хүзүүний шархлаа зэрэг өвчтэй хүмүүсийг онцгой хяналтанд авч, хүн бүрт эмчлэн эрүүлжүүлэх өвөрмөц төлөвлөгөө боловсруулан хэрэгжүүлж байна.

Эхийн эрүүл мэндийн байдлаас үндэслэн үр хөндүүлэх, цаашид жирэмслэх боломжгүй эмэгтэйчүүдэд зсих зааврын дагуу умайн ерөндөг тавьж жирэмслэлтээс сэргийлж байна.

Эмэгтэйчүүдэд зөвлөлгөө өгөх газраас үйлчлэх гол хэлбэрийн нэг нь эргүүлийн идэвхтэй үйлчилгээ юм. Хэсгийн эмч, эргүүлийн бага эмч, сувилагч нар нь нийт жирэмсэн эмэгтэйчүүдийг төлөвлөгөөт үзлэг, шинжилгээ, диспансерийн хяналт, эрүүлжүүлэх арга хэмжээнд цаг үед нь бүрэн хамруулах, тэдний хөдөлмөр, ахуйн нохцолийг судалж, эх, ургийн эрүүл мэндэд муугаар нөлөөлөх хүчин зүйлийг илрүүлэн, эрүүлжүүлэх ажлыг зохиож байна.

Хариуцсан дэвсгэр нутгийн эмэгтэйчүүдийн дунд яриа, лекц, гэгээрлийн хурал хийх, ОСГ-ны хороо, албан байгууллага, эмэгтэйчүүдэд зөвлөлгөө өгөх газрыг түшиглэн, эхчүүдэд заах хичээлийн альбом, диафильм зэрэг үзүүлэн таниулах материалтайгаар эмэгтэйчүүдийн эрүүл ахуй, жирэмсний эрүүл ахуй, ажил, амралтыг зөв зохицуулах, хувцаслах, хооллох, халдвараас хамгаалах дэглэм журам, аливаа өвчин эмгэг, хүндрэлээс сэргийлэх, сэтгэл санааны урьдчилсан бэлтгэл хангах, хэвлий дэх ураг хамгаалах витамиンжуулах, вакцинжуулах, чийрэгжүүлэх арга ажиллагааг эрэмбэ дараалтай хийх, ариун цэвэр гэгээрлийн ажлын бүртгэл, мэдээ тайлант боловсронгуй болгож байна.

Их эмч Т. Самбуудолгор, С. Роза, Х. Туяа, Ц. Дулмаа, Г. Адъяа, Ц. Буюнхшиг, Ч. Батмөнх нарын санаачлагаар эх бархын универсаль шугам, үзлэгийн модон чагнуур хийж хэрэглэх, антибиотик-сульфаниламидын холимогийг эмчилгээнд хэрэглэх, жирэмсний нууц хаван илрүүлэхэд Б. И. Школьникийн арга, Мак-Клюра-Ольдригийн сорил, хурууны өндөгний хээгээр тодорхойлох арга, жирэмсний хожуу хордлого нефропатийн үед зүү эмчилгээ тавих, ургийн жүнг тодорхойлох З. В. Стройковын арга, эмч, сувилагч нарын хөдөөмж хөнгөвчлэх дардас, эчнээ сургалтын санамж бүхий альбом, Үйлчлүүлэгчдээс өөрийгөө бүртгэх журнал хэрэглэх, илгээлтийн талон, илүү өртөмтгий байдал бүхий эмэгтэйчүүдэд онооны үнэлгээ өгч, онцгой хяналт тогтоос, жирэмсний эрүүл мэндийн индекс тодорхойлох, онцгой хяналтын эмэгтэйчүүдэд эмчлэн эрүүлжүүлэх өвөрмөц төлөвлөгөө, терелтийг удирдах урьдчилсан төлөв-

лөгөө боловсруулж хэрэгжүүлэх, диспансерийн хяналтын эмэгтэйчүүдэд училсэн ба төгсгөлийн дүгнэлт бичих, охидын ба гэр бүлд зөвлөлгөө өгөх кабинет байгуулах, эмчилгээний кабинетыг хоёр зэлжээр ажиллуулах зэрэг шбос, тэргүүн туршлага, дэвшилт арга барилыг эмнэлэг үйлчилгээнд нэвтрүүлсэн нь үр дүнтэй арга хэмжээ болж байна.

Эрүүлийг хамгаалах яамнаас эх нялхсын үлгэр жишээ „загвар“ байгууллагын ажлын талаар гаргасан 1978 оны 184 ба 1981 оны 132 дугаар, эх, хүүхдийг диспансерчлах ажлыг боловсронгуй болгох арга хэмжээний тухай 1983 оны 269 дүгээр тушаалын заалт, эмэгтэйчүүдийн өвчтэй, жирэмсэн эмэгтэйчүүд ба бага насны хүүхдийг диспансерчлах нэгдсэн аргачлал эмэгтэйчүүдэд зөвлөлгөө өгөх газрын ажиллагаанд бүтээлчээр нэвтэрсэний үр дүнд эмэгтэйчүүдийн өвчтэй ба жирэмсэн эмэгтэйчүүдийг диспансерчлах шинжлэх ухааны үндэслэлтэй систем бий болж, үйл ажиллагаа нь улам боловсронгуй болж байна.

Эмэгтэйчүүдэд зөвлөлгөө өгөх газрын үйл ажиллагаанд 1982—1984 онд улс, хот, районы чанартай үзүүлэх сургууль дөрвөн удаа зохиож, тэргүүн туршлага нь Эрүүлийг хамгаалах яамны сайдын 1983 оны 338 дугаар тушаалын заалтын дагуу хот, хөдөөний эх барих, эмэгтэйчүүдийн байгууллагад нэвтэрч байна.

III амаржих газар, түүний эмэгтэйчүүдэд зөвлөлгөө өгөх газар, эх барих эмэгтэйчүүдийн гурван хэсэг нь 1981—1983 онд улс, хот районы хэмжээний социалист уралдаан, болзолт уралдаанд 9 удаа тэргүүн байрыг эзэлсэн нь үйл ажиллагаа нь тогтмолжиж, үндсэн үзүүлэлт сайжирч байгааг харуулж байна.

Эдгээр арга хэмжээний үр дүнд үэмэгтэйчүүдэд зөвлөлгөө өгөх газрын эмнэлэг үйлчилгээний хүртээмж, чанар, соёлын түвшин дээшилж, идэвхтэй үйлчилгээний цар хүрээ өргөжин, урьдчилан сэргийлэх, эрүүлжүүлэх арга хэмжээ сайжирч, жирэмсний хүндрэл, амьгүй хүүхэд төрүүлэх, эхийн эндэгдэл буурч байна.

Эмэгтэйчүүдэд зөвлөлгөө өгөх газрын хамт олон эх нялхсын үлгэр жишээ ажиллагаатай цэг салбар болж, эх нялхсын эрүүл мэндийг хамгаалах тэргүүний ажилтны улсын зөвлөлгөөнийг угтсан социалист уралдаанд үүрэг амлалт авч, хөдөлмерийн сахилга бат, ажлын хариуцлага, эмч ажилтны мэдлэг мэргэжлийг хэлбэрэлтгүй дээшлүүлэн, эмнэлэг үйлчилгээний чанар, ажлын үр дүнг сайжруулах зорилт дэвшиүүлэн ажиллаж байна.

Мо. ШАГДАРСҮРЭН

## ДАРХАН ХОТЫН ЭХ НЯЛХСЫН БАЙГУУЛЛАГЫН ТУРШЛАГААС

Тус хотын эх нялхсын байгууллагын хамт олон урьд олсон амжилтаа бататгаж, эх нялхсын тэргүүний ажилтны улсын зөвлөлгөөнийг угтан Дархан хотын АДХ-ын Худахь удаагийн сонгуулийн анхдугаар чуулганы шийдвэрийг амьдралд хэрэгжүүлэхээр зориг бадрангуй хөдөлмөрлөж байна.

**НЯЛХСЫН ӨВЧЛӨЛ ЭНДЭГДЛИЙГ БУУРУУЛАХАД  
УРЬДЧИЛАН СЭРГИЙЛЭХ АЖИЛ ЧИГЛЭГДЭНЭ**

Тосгоны хүүхдийн хэсгийн салбарын эрхлэгч Д. Хишгээ олон жил хүүхдийн хэсэгт ажиллаж багагүй туршлага хуримтлуулсан эмч юм.

Юуны өмнө хариуцсан хорооныхоо хүүхдийн ахуй амьдрал, хүүхдээ асарч сувилах чадвар, урьд нь ямар өвчнөөр өвчилж байсан зэрэг нарийвчилсан судалгааг жилд 2 удаа гаргаж, төрсан оноор нь товчоолдог байна.

Судалгаандаа үндэслэн хэнийд хэзээ очиж, ямар арга хэмжээ авах, юуны тухай зөвлөх вэ гэдгийг төлөвлөн тухайн хүүхдэд тохируулан заавар зөвлөлгөө өгч, зөвлөмж гэрээр нь тараан уншуулж, ахуй амьдралдаа хэрхэн биелүүлж байгааг дахин шалгаж биечлэн хийж үзүүлдэг байна.

0—3 насны хүүхдийг идэвхтэй хяналтанд бүрэн авч сарын эхний 15 хоногт хорооныхоо нэг захаас эхлэн гэрээр эргэж үзнэ.

Гэхдээ эмч, сувилагч хоёр хорооныхоо хоёр талаас эхэлж, дараагийн сард сольж эргэдэг аж. Үүний зэрэгцээ онцгой хяналтын нярай хүүхдийг төлөвлөгөөтэйгээр үзэж, эмчлэн эрүүлжүүлдэг.

Д. Хишгээ нь жирэмсэн эхчүүдийг төрөхийн өмнөх амралтаа авангутуут нь хяналтандaa авч 3 удаа гэрээр эргэж, хүүхдийг асрах, сувилах, хооллс зөвлөлгөө өгч, нярай хүүхэд хүлээж авах бэлтгэлийг ханггуулж, гэрт хорт зуршилтай, архаг өвчтэй хумүүс байгаа эсэхийг эртийн судлан авах арга хэмжээг төлөвлөсөн байдал. Ингээд төрөхөөс гарсан нярайг 24—72 цагийн дотор эргэж өмнө өгсөн зөвлөлгөөнийхөө биелэлтийг шалгадаг.

Эмнэлэгт хэвтсэн хүүхдийг тусгай бүртгэлд бүртгэж, хүүхдийн биеийн байдал хүндрэлийн талаар эмнэлгээс мэдээ авч гарсан дор нь гэрээр нь үзэж нөхөн сэргээх эмчилгээ хийдэг бөгөөд хорооны даргатай холбоо тогтоож гудамж хороонд ариун цэвэр, эмнэлэг гэгээрлийн сурталчилгаа хийх талаар хамтарч ажилладаг аж. Түргэн тусламж дуудаж үзүүлсэн хүүхдийг өглөө бүр гэрээр эргэн үзэж эмчилгээнд нь хяналт тавьдгаас гадна сарын эхэнд хэн хэнд ямар урьдчилан сэргийлэх тарилга хийх хуваарь гаргаж хатуу мөрдөн ажилладаг юм.

Д. Хишгээ нь анхан шатны бүртгэлийг цэвэр үзэмжтэй хөтөлж, түүндээ түшиглэн тооцоо судалгаа гарган сар бүрийн үйл ажиллаандаа дүгнэлт хийж, цаашид ажиллах чиглэлээ гарган ажилладаг.

Эргүүлийн сувилагчийн ажлын хуваарийг нарийн гаргаж, одор бүр ажлыг нь дүгнэж, зөвлөн ярилцдаг байна. Нярай хүүхдийг 14 хоногтойгоос нь витаминжуулан хүүхдийн бие бялдар, мэдрэл сэтгэхийн есөлт хөгжилтийг байнга хэмжиж, эхийн сүүгээр хооллохын ач холбогдлыг тайлбарлан ойлгуулж, нэмэгдэл хоолонд хугацаанд нь оруулсанаар элбэг тохиолддог өвчинеэс урьдчилан сэргийлж, хүүхдийг багаас нь эрүүл байлгаж чаддаг байна.

Эмч Хишгээ 1981 онд өвчлөл, нас барагт ихтэй тосгоны хүүхдийн хэсэгт очин ажиллаж, энэ хугацаанд нийт нас барагт, нялхсын эндэгдлийг 50%-иар бууруулж гэрийн нас барагт гаргаагүй байна.

## ХҮҮХДИЙГ БОРОГШУУЛАН ЧИЙРЭГЖҮҮЛЭХ НЬ

### ЭРҮҮЛ БАЙХЫН ҮНДЭС МӨН

Хотын хүүхдийн амбулаторт 1983 оноос чийрэгжүүлэх кабинет байгуулан бага наасны хүүхдийг борогшуулан чийрэгжүүлэх, сульдаа тураалтай, эрүүл хүүхдийг гэр орны нөхцөлд асрах, сувилах, хооллох, чийрэгжүүлэх арга ажиллагаанд эхчүүдийг сургах ажлыг зохиосон нь үр дүнтэй болж хөдөлмөрчдийн талархлыг хүлээж байна. Чийрэгжүүлэх кабинетыг үндсэн З хэсэгтэй зохион байгуулжээ. Үнд:

#### Нэг. Асаргаа сувилгааны хэсэг

Энэ хэсэгт хүүхдийг гэр орны нөхцөлд асарч сувилах, хооллох, чийрэгжүүлэхэд шаардагдах тоног төхөөрөмж, хоолны хэрэглэл (ор, ширээ сандал, цагаан хэрэглэл, хувцас, сав суулга гэх мэт) гэр ахуйн хэрэглэлийн загваруудыг бэлнээр тавьж, эдгээрийг ашиглах, хоол бэлтгэх, хүүхэд өлгийдөх зэрэг арга ажиллагааг гардан хийж үзүүлнэ. Мен энэ хэсэгт хүүхдийн жин, ондөр хэмжигч тавьж бие бялдарын өсөлт, мэдрэл сэтгэхүйн хөгжилтийг тодорхойлно.

#### Хсёр. Эмнэлэг ариун цэврийн сурталчилгааны хэсэг

Эрүүл хүүхдийг асрах сувилах, хооллох арга ажиллагаа, өдрийн дэглэм, бие бялдарын өсөлтийн үндсэн хэмжигдэхүүний норм хэмжээг харуулсан самбар үзүүлэн, зурагт хуудас, альбом, бяцхан ном, диафильм зэргийг ашиглан! эндээсээд ариун цэврийн дадал заншил, эрүүл ахуйн анхны мэдэгдэхүүн олгох сургалт сурталчилгааны ажил зохиодог.

#### Гурав. Чийрэгжүүлэх хэсэг

Хүүхдийг усанд оруулах, чийрэгжүүлэх, эмчилгээ хийхэд шаардагдах төхөөрөмж хэрэглэл (бани, ус буцалгах сав, дулаан хэмжигч, гадны реабилитац хийх төхөөрөг, давсан зам, шарлагын талбай гэх мэт) тавьж нар ус, агаараар чийрэгжүүлэхийн ач холбогдол, арга ажиллагааг зургаар харуулж хананд нь байрлуулсан байна.

Эрүүл хүүхдийг нийтон алчуураар арчих, савангийн хөөсөөр арчих, энгийн иллэг хийх, сульдаа, тураал, уушгины архаг үрэвсэл, гар хөлийн саажих зэрэг архаг өвчтэй хүүхдийг давс ихтэй хар цай, ясны шөлтэй хар цайд нь оруулж, элстэй кварцан шарлага, давсан зам, гар хөлийн үений хөдөлгөөн сайжруулах иллэг массаж зэргээр эмчилдэг.

Энэ кабинетыг анх санаачлан байгуулсан бага эмч Л. Оюунчимэг ярихдаа: „Энэ кабинетад 200 гауий хүүхдэд эмчилгээ хийгээд байна. Сүүлийн үед хүүхэд олширсоноос больницын захиргаа өглөө 8,00—20,00 цагийн хооронд 2 ээлжээр ажилладаг болгосон. Хүүхэд олон ирэх болсон нь кабинетын ажиллагааг хөдөлмөрчид ойлгож, үр дүнгээ өгч байгаагийн илрэл гэж бодоход ажиллах урам зориг ордог юм“ гэж бахдан ярьж байна.

Эмч Оюунчимэг нь өөрөө санаачлан нөөц бололцоогоо ашиглан кабинетыг тохижуулж, өдөр бүр хүүхдийн жинг үзэж, 7 хоног бүр ондөр, цээж толгойн тойргийг нь хэмжиж ажиглан үр дүнг нь тооцдог байна.

#### АВРАГЫН АЖЛЫН АРГА

Дархан хотын Эрүүлийг хамгаалах байгууллагын тэргүүний сайдын нэг нь ЭХЯ-ны 1983 оны аварга эмч, хотын хөдөлмөрийн аварга, системийн ажил мэргэжлийн З удаагийн аварга, МХЗЭ-ийн Төв Хорооны „Тэргүүний сэхээтэн залуу“ алтан медальт хотын АДХ-ын депутат залуу эмч Дамбын Лхамсүрэн юм.

Тэрээр 1980 оноос эхлэн Найрамдал хорооны эмэгтэйчүүдэд зөвлөлгөө өгөх газрын эмчээр ажиллахдаа эелдэг зөвлөн харьцаа, уяхаан намбалаг хөдөлгөөн, уйгагүй шургуу хөдөлмөрийнхөө үр шимээр энэ нэр хүндийг хүлээсэн юм.

Д. Лхамсүрэн нь аливаа зүйлийн учир шалтгааныг тайлбарлан хүн бурд ойлгуулж байдаг ажлын өвөрмөц арга барилтай эмч юм. Юуны өмнө төрөх наасны эмэгтэйчүүдийн эрүүл мэнд ахуй амьдралын судалгааг нарийвчлан байр байраар нь гаргаж жирэмснээс хамгаалж чаддаг, жирэмслэх боломжтой эмэгтэйчүүд гэсэн чиглэлээр ялгаж урьдчилан сэргийлэх үзлэгийг тэрээр хийж жирэмсэнг илрүүлэн эрт хяналтандaa авч нарийн мэргэжлийн эмчийн үзлэг шинжилгээ хийлгэж, эмэгтэйчүүдийн бус өвчин эмгэгийг илрүүлж онош тогтоон жирэмслэх эсэхийг шийдэж хоёр дахь үзлэгээс эхэлж төрөх үйл ажиллагааг удирдах төлөвлөгөө боловсруулан цаг үед нь эмчлэн эрүүлжүүлэх арга хэмжээ авч ажилладаг юм.

1981 оноос Залуу эхчүүдийн сургалтын кабинетыг байгуулан жирэмсэн үеийн эрүүл ахуй, дэглэм, зөв хувцаслах, хооллох, хийвэл зохих гимнастик зэргийг харуулсан үзүүлэн, эвхмэл самбар ашиглан жирэмсний тоо хугацааг харгалзан залуу эхчүүдийн хичээлийг 4 сэдвээр үзүүлэнтэй заахын зэрэгцээ үзүүлэхээр ирсэн эхчүүдийг кабинетын үйл ажиллагаатай танилцуулан санамж, зөвлөлгөө уншуулж судлуулдаг байна.

Д. Лхамсүрэн сарын тэмдгийн хуанлийг 16 жил хөтлөхөөр хэвлүүлж анхны сарын тэмдэг ирсэн үеэс нь эхлэн охидуудад хөтлүүлж ирээдүйн эхчүүдийг эрүүл ахуйн гүн бат мэдлэгтэй, соёлтой болгох ажлыг эртнээс бэлтгэн хийж байна.

Д. Лхамсүрэн „жирэмсний хожуу хордлогыг хурууны дардас ашиглан эрт илрүүлэх, хярзангийн урагдал, умайн хүзүүний эмтэг, үтрээний урвалтанд нөхөн засах эмчилгээ хийх, умайн хүзүүний улайлтыг кольпоскопын аргаар оншилох, шархлааг диатермо-коагуляцаар эмчлэх зэрэг ЗХУ-ын болон өөрийн орны эмнэлгийн 20-иод төргүүн туршлага, эмчилгээ оношилгооны шинэ аргыг ажилдаа хэрэглэн үр дүнг тооцон ажиллаж байна.

Өөрийнхөө ажлын тооцоо судалгаа, үндсэн үзүүлэлтэндээ сартутам дүгнэлт хийж, лавлах хавтасыг мэргэжил, хууль эрх, улс төр, сонгуулыт ажил гэсэн чиглэлээр төрөлжүүлж үлгэр жишээ хөтөлж мэргэжил мэдлэгээ байнга дээшлүүлэн ажилладаг юм.

Д. Лхамсүрэн сүүлийн 3 жилд эхийн эндэгдэл, жирэмсний хордлогын хүндрэл гаргалгүй ажилласан бөгөөд эхний 3 сартайн хяналтыг 70%-т хүргэсэн байна.

### АЖЛЫН ЦАГИЙН ГАРЗДАЛЫН БУУРАЛТ—ЭДИЙН ЗАСГИЙН ҮР ДҮН

Цархан хотын нэгдсэн эмнэлгийн поликлиникийн эрхлэгч Л. Чулуунцэцэг нь үйлдвэрийн ажилчдад ажлын бус цагаар үйлчилж, ажлын цагийн гарздлыг багасгаснаар үйлдвэрийн хэдэлмөрийн бүтээмж дээшилсэн байна.

#### Туршлагын гол арга нь:

1. Поликлиник одер бүр 8 цагаас 20 цаг, бямба гаригт 8 цагаас 16 цаг хүртэл үйлчилснээр ажилчид ажлын дараа үзүүлэх боломжтой болсон байна.

2. Эмийн бус эмчилгээний кабинет, тарланы кабинет 2 эзлжээр ажилладаг. Ингэж ажилласнаар үйлчлүүлэгчдийн тоо цөөрч, үйлчлүүлэх нөхцөл сайжирна. Тухайлбал: коридорын сандал, өлгүүр хүртээмжтэй болж, өгөх дуслын халдварт тараахаас урьдчилан сэргийлэх ач холбогдолтой юм.

#### Цагийн хэмнэлтийг тооцож үзэхэд:

Жирэмсэн эхчүүд эхний 3 сартайдаа 8 удаа үзүүлэх ба нэг үзүүлэхдээ дунджаар 2 цаг зарцууллаа гэж үзэхэд 2 өдрийн ажлын бүтээл алдана. Ажлын бус цагаар үзүүлснээр жилд дунджаар 1400 жирэмсэн үзүүлэхдээ 2800 хүн өдрийн ажил, жилд дунджаар амбу-

латороор 460 хүн тариулж, 660 хүн боолгодог. Нэг удаагийн ирэлдэх 2 цаг зарцуулна гэвэл эндээс 2200 хүн өдрийн ажил хэмнэгдэх жишээтэй юм.

## АРИУН ЦЭВЭР АХҮЙН СОЁЛЖИЛТЫН БҮРДМЭЛ ҮЗЛЭГ

Хүрээлэн байгаа орчин, усны эх булгийг элдэв бохирдоос хамгаалах, албан байгууллага, ард иргэдийн ахуйн соёл, ариун цэврийг сайжруулах, элдэв халдварт өвчний гаралтыг бүуруулж, социалист аж торөх ёсыг хэвшиүүлэх зорилгоор уг үзлэгийг явуулж байна.

Ариун цэвэр ахуйн соёлжилтyn бүрдмэл үзлэг явуулах арга.

1. Хотын намын хорооны нарийн бичгийн дарга нарын зөвлөлтөөнөөр ариун цэвэр ахуйн соёлжилтyn үзлэгийг зохион байгуулах штабыг эхлэн байгуулна.

2. Ариун цэвэр ахуйн соёлжилтyn үзлэгийг зохион байгуулах штаб удирдана. Энэ үзлэгт хотын намын хорооны үзэл суртлын хэлтэс, хот, хороодын АДХ-ын гүйцэтгэх захиргаад, худалдаа бэлтгэлийн удирдах газар, ахуй үйлчилгээний удирдах газар (угаалга, хими цэвэрлэгээ) хот тохижуулах хэлгэс, цагдан сэргийлэх хэлтэс, эрүүлийг хамгаалах байгууллага, АЦХС-ын станц, сурвалжлагчид оролцно.

3. Ариун цэвэр ахуйн соёлжилтyn бүрдмэл үзлэг явуулах графикийг оны эхэнд хотын намын хороо, АДХ-ын гүйцэтгэх захиргаагаар батлуулж сард хоёр удаа орон сууц гудамж хороодод явуулна.

4. Эрүүлийг хамгаалах байгууллагын эмч, ажилчид, ариун цэврийн эмч нар айл өрх, хувь хүмүүс, орон сууц гудамжны ариун цэвэр ахуйн соёлжилтyg биечлэн шалгана. Үзлэгээр илэрсэн дутагдлыг газар дээр нь арилгах зорилгоор худалдаа бэлтгэлийн удирдах газар ариун цэвэр, соёлын бараа (нүүр гарын алчуур, оо, шудний сойз, оп дэрний цагаан хэрэглэл, төрөл бурийн саван, угаалгын нунтаг, цэвэрлэгч бодис) угаалга-хими цэвэрлэгээгээр үйлчилнэ. Ус сувгийн товчооноос усны талон зарж, цэвэр усаар үйлчилж, хот тохижуулах хэлтэс айл өрх гудамж, талбайн хог ачих, эрүүлийг хамгаалах газар эм ариутгалын бодисоор үйлчлэх, гэрт байгаа өндөр настанг нарийн мэргэжлийн эмч нар үзэж зөвлөлгөөн өгөх зэрэг үүргүүдийг гүйцэтгэнэ.

5. Ариун цэвэр ахуйн соёлжилтyn бүрдмэл үзлэгээр ариун цэвэр соёлжилтоор тэргүүний айл өрх, хороо, хэсэг байрыг шалгаруулж туршлагыг дэлгэрүүлэх, саар зүйлийн зургийг авч Соёлч хот болоход юу саад болов" жигшил самбар гаргаж сурталчилна.

6. Үзлэгийн дунг орон сууц гудамжны хороодын хөдөлмөрчдийн хурлаар хэлэлцэнэ. Ариун цэврийн шаардлага хангаагүй айл өрх, хувь хүмүүс, орон сууц гудамжны хороо, хэсэгт шаардах хуудсаар хугацаатай үүрэг өгч биелэлтийг шалгаж, захиргааны арга хэмжээ авна.

7. Сар бурийн дөрөв дэх долоо хоногийн даваа гаригт хотын албан хариуцлагатны цуглаан хийж ариун цэврээр муу гарсан айл өрхийн тэргүүлэгчдийн албан газарт "Мэдэгдэх хуудас" өгч тэр айлын ариун цэвэр, соёлжилтyg сайжруулах ажил зохиодог.

Ингэж ажилласны үр дунд орон сууц гудамжны болон айл өрх, хүмүүсийн ариун цэвэр сайжирч 1983 оны байдлаар тэргүүний байгууллага 5, ОСГ-ны хороо 4, хэсэг 6, соёлч айл өрх 1142 болсон байна.

Д. ЛУНТАН, Д. ДАРИЙМАА

## Хүний физиологийн үзүүлэлтийн хоногийн хэмнэлийн магадлуурын хэвийн хэмжээг судлах асуудалд

Анагаах ухааны дэд эрдэмтэн Л. ЛХАГВА

Хүний биеийн физиологийн үйл явц нь тодорхой учелэл, хэмнэлтэй бөгөөд түүний зүй тогтолыг судлах нь бие махбодын үйл ажиллагаат үнэлэн үзэх, хөдөлмөрийг шинжлэх ухааны үндэстэй зохион байгуулах, бие махбодын физиологийн хэвийн байдал (норма) болон хэвийн хэмжээ (норматив)-г нарийвчлан тогтоох зэрэг анагаах ухааны онол, практикийн олон асуудлыг шийдэхэд онцгай ач холбогдолтой юм. (1—3,7) Бидний судалгааны зорилго нь Монгол, эрүүл хүний физиологийн зарим үзүүлэлтийн хоногийн хэмнэлийн магадлуур (параметр)-ын хэвийн хэмжээг шинжлэхэд чиглэв.

**Материал, арга зүй:** Клиникийн болон физиологийн үзлэг шинжилгээгээр „Эрүүл“ гэж тогтоосон 39 эрэгтэй хүнийг 1977—1982 онд бэсрэг уулсын бүсэд судалж үзэв.

Судалгаанд хамрацсан хүмүүсийн биеийн халуун, судасны лүгшилт, диурез (шээс), шээсээр ялгаран гарах кали, натри болон цусны даралт, зүрхний цахилгаан бичлэг зэрэг физиологийн үзүүлэлтийг 3—32 хоногийн турш хоногт 6—12 удаа хэмжин үзэж ЗХУ-ын Эрүүлийг хамгаалах яамны Эмнэлэг-биологийн хүрээлэнгийн эрдэмтдийн боловсруулсан сансрын биохэмнэл судлалын арга зүйн дагуу үнэлгээ өгч, статистик аргаар боловсруулав.

Хүснэгт 1.

Физиологийн зарим үзүүлэлтийн хоногийн хэмнэлийн  
магадлуур

д/д	Хоногийн хэмнэлийн магадлуур	Биеийн халуун С° (хэлний дор)	Судасны лүгшилт	Диурез млээр (шээсний хэмжээ)	Шээсээр ялгарах кали (мг-аар)
1	Дээд хэмжээ	36,65±0,35	67,80±2,97	382,03±2,60	573,79±47,34
2	Доод хэмжээ	35,83±0,12	56,50±1,21	156,88±1,50	191,71±21,89
3	Амплитуда (дээд, доод хэмжээний ялгаа)	0,82±0,01	11,30±1,75	225,15±8,2	382,08±83,95
4	Өдрийн дундаж хэмжээ	36,47±0,02	65,08±0,19	304,57±36,66	444,53±22,80
5	Шөнийн дундаж хэмжээ	36,02±0,02	58,73±0,15	201,87±49,26	288,83±20,50
6	Диапазон (өдрийн ба шөнийн дундажийн ялгаа)	0,46±0,07	6,35±1,74	102,70±34,47	155,70±45,96
7	Өглөө, оройн хэмжигдэхүүний ялгаа	0,22±0,01	3,7±0,39	97,50±22,82	103,09±13,90
8	Түвшин (өдрийн ба шөнийн дундажийн нийлбэрийн хагас)	36,25±0,13	61,91±2,89	253,22±49,22	366,68±36,70

Биеийн халууныг цахилгаан термометрээр, судасны лүгшилтыг зүрхний цахилгаан бичлэгээр, шээсээр ялгарах натри, калийг дөлт фотометрээр тус тус хэмжиж тодорхойлов.

Энэ ёгүүлэлд биеийн халуун (хэлний дор хэмжсэн), судасны лугшилт, диурез, шээсээр ялгарах калийн хоногийн хэмнэлийн магадлуурын хэвийн хэмжээг судалсан үр дүнгээс дурдана.

**Үр дүн, шүүмж:** Судалгаагаар эрүүл мэнгол хүний биеийн халууны хоногийн хэмнэлийн дээд хэмжээ тайван үед (цельсийн градусаар)  $36,65 \pm 0,35$ , доод хэмжээ  $35,83 \pm 0,12$  болохыг тогтоов. Хоногийн шугацаанд биеийн халуун  $0,82 \pm 0,01$  градус хэлбэлзэж сайна.

Биеийн халууны хоногийн хэмнэлийн өдрийн дундаж хэмжээ  $9,00 - 21,00$  цагийн хооронд  $36,47 \pm 0,02$  градус, шөнийн дундаж хэмжээ  $23,00 - 7,00$  цагийн хооронд  $36,02 \pm 0,02$  градус, өдөр шөнийн хоорондын хэлбэлзэл  $0,46 \pm 0,07$  градус, өглөө оройн ялгаа  $0,22 \pm 0,01$  градус (оройн халуун өглөөнийхөөс ямagt их), түвшин нь  $36,25 \pm 0,13$  градус тус тус байна. Судасны лугшилт, диурез, шээсээр ялгаран гарах калийн хоногийн хэмнэлийн магадлуурыг энэ маягаар тооцоолж гаргаслыг хүснэгт 1-ээс үзнэ үү.

Эдгээр физиологийн үзүүлэлтийн хоногийн хэмнэлийн дээд, доод хэмжээг хоногийн 24 цагт ямар байрлалтай байгааг тооцоолж гаргаж үзэхэд (хүснэгт 2, биеийн халууны хэмнэлийн дээд хэмжээ нь өдрийн  $13,00 - 17,00$  цагт, доод хэмжээ нь шөнийн  $3,00 - 5,00$  цагт, судасны лугшилтын хэмнэлийн дээд, доод хэмжээ мөн дээр дурдсан цагуудад тус тус тод илэрч байв. Биеийн халууны хэмнэлийн дээд, доод хэмжээг дагаж голдуу судасны лугшилтын дээд, доод хэмжээ илэрдэг гэж дүгнэсэн судлаачдын материалтай бидний судалгаа дүйж байна. (2,9)

#### Хүснэгт 2.

Биеийн халуун, судасны лугшилтын хэмжээг 24 цагт үзэхэд:

Улаанбаатарын цагаар	Биеийн халуун	Судасны лугшилт
1,00	$36,04 \pm 0,15$	$58,90 \pm 2,33$
3,00	$35,91 \pm 0,20$	$56,78 \pm 2,80$
5,00	$35,84 \pm 0,10$	$56,80 \pm 1,75$
7,00	$36,03 \pm 0,19$	$58,50 \pm 3,11$
9,00	$36,31 \pm 0,18$	$63,30 \pm 3,50$
11,00	$36,45 \pm 0,17$	$63,35 \pm 3,69$
13,00	$36,53 \pm 0,13$	$66,30 \pm 3,30$
15,00	$36,59 \pm 0,08$	$67,20 \pm 4,08$
17,00	$36,56 \pm 0,12$	$65,60 \pm 4,27$
19,00	$36,50 \pm 0,10$	$65,30 \pm 3,30$
21,00	$36,43 \pm 0,10$	$63,90 \pm 2,52$
23,00	$36,25 \pm 0,13$	$62,20 \pm 2,72$

Шээсний дээд хэмжээ (хүснэгт 3)  $15,00 - 19,00$  цагт, доод хэмжээ  $3,00 - 7,00$  цагт, шээсээр ялгаран гарах калийн дээд хэмжээ  $11,00 - 15,00$  цагт, доод хэмжээ нь  $23,00 - 3,00$  цагт тус тус ажиглагдаж байв.

Судалсан физиологийн үзүүлэлтүүдийн хоногийн хэмнэлийн дээд, доод хэмжээний шилжих зааг (ШЗ), тогтвортжуултын коэффициент (ТК) тооцоолж гаргахад тэдгээр нь өөр хэорондоо харилцан адилгүй хэмжээтэй байна (хүснэгт 4). Шилжих зааг гэдэг нь тухайн үзүүлэлтийн хоногийн хэмнэлийн дээд, доод хэмжээ хоногийн 24 цагийн хэдээс хэдэн цагийн хооронд ажиглагдаж болохыг заадаг. Шилжилтийн зааг их, тогтвортжуултын коэффициент бага байх нь бие махбодын дасан зохицох боломж сайн байхын нэг үзүүлэлт байж болох юм.

## Хүснэгт 3.

Диурез болон шээсээр ялгаран гарах калийн хэмжээг 24 цагт үзэхэд:

Улаанбаатарын цагаар	Диурез (мл-ээр)	Шээсээр ялгарсан кали (мг-аар)
3,00—7,00	167,00±31,80	288,36±75,15
7,00—11,00	253,88±81,55	375,50±91,02
11,00—15,00	324,20±65,05	524,95±163,38
15,00—19,00	325,13±58,74	433,39±22,49
19,00—23,00	264,50±52,91	342,00±18,34
23,00—3,00	188,63±28,64	235,49±23,40

## Хүснэгт 4.

Физиологийн үзүүлэлтүүдийн дээд, доод хэмжээний шилжих зааг  
(ШЗ), тогтворжилтын коэффициент (ТК)

Үзүүлэлт	Дээд хэмжээ		Доод хэмжээ	
	ШЗ	ТК	ШЗ	ТК
Биеийн халуун	9—21 цаг	4,44	1—9 цаг	13,00
Судасны лүгшилт	9—23 цаг	1,81	21—11 цаг	3,44
Диурез	11—23 цаг	7,00	3—11 цаг	13,66
Шээсээр ялгарах кали	7—23 цаг	4,43	23—11 цаг	9,91

Хоногийн хэмнэлийн магадлуурын хэвийн хэмжээг судлан тогтоосноор бие махбодод гарч буй очуухэнч болов үйл ажиллагааны эмгэг өөрчлөлтийг илрүүлэх боломжтой (1—3,5,7,8) гэсэн судлаачдын дүгнэлттэй бид санал нэг байна.

Учир нь: Өвчин эмгэгээс л хоногийн хэмнэлийн нийлэмж алдагдана. (6). Өөреөр хэлбэл бие махбодын ажиллах чадвар болон эрүүл мэнд сайн байхын нэг нөхцөл нь физиологийн үйл ажиллагааны цаг хугацааны буюу хоногийн хэмнэлийн нийлэмж алдагдахгүй байх явдал мөн. (10). Ийм учраас бие махбодын хоногийн хэмнэлийн төлөв байдлыг түүний үйл ажиллагааны ерөнхий байдлын найдвартай шалгуур (4) гэж үзэж болно.

## АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. Б. С. Алякринский. Биологические ритмы и организация жизни человека в космосе. Докт. дисс. М. 1980.
2. Ю. Ашофф. Экзогенные и эндогенные компоненты циркадных ритмов. В кн: Биологические часы. М. „Мир“ 1964.
3. Б. С. Алякринский. Основы научной организации труда и отдыха космонавтов. М. Медицина. 1975.
4. Б. С. Алякринский. Десинхроноз-компонент общего адаптационного синдрома. В кн: Стресс и его патогенетические механизмы. Кишинев, изд-во „Штиинца“, 1973.
5. О. Г. Газенко, Б. С. Алякринский. Влияние длительного космического полета на человеческий организм. Вестник АН СССР, 1970, № 11
6. В. М. Дильман. Почему наступает смерть (биологические очерки) Л. „Медицина“ 1972,
7. С. И. Степанова. Актуальные проблемы космической биоритмологии. М. Наука, 1977.

8. А. Д. Слоним, Р. П. Ольянская, С. О. Руттенбург. Опыты изучения динамики физиологических функций человека в условиях Заполярья-В кн: Опыт изучения периодических изменений физиологических функций в организме. М. Изд-во АМН СССР, 1949.

9. Проблемы космической биологии. том 41.  
Биологические ритмы, М. Наука 1981,

10. Aschoff. J, Desynchronization and resynchronization of human circadian rhythms. AGARD conference Proc., № 25 Behavioral Problems In Aerospace Medicine, October, 1967, 1—12

К ВОПРОСУ ИЗУЧЕНИЯ НОРМАТИВОВ ПАРАМЕТРА  
СУТОЧНОГО РИТМА ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ  
ЧЕЛОВЕКА

Л. Лхагва

Изучены параметры (акрофазы, амплитуда, среднедневные и средненочные величины, уровень, зона буждания и др) суточного ритма температуры тела, частоты сердечных сокращений, диуреза и экскреции с мочой калия у мужчин, в условиях среднегорья.

Установлено, что максимумы и минимумы (акрофазы) температуры тела  $36,65 \pm 0,35^\circ\text{C}$ :  $35,83 \pm 0,12^\circ\text{C}$ , частоты пульса  $67,80 \pm 2,97$ :  $56,50 \pm 1,21$ , диуреза  $382,03 \pm 2,60$ :  $156,88 \pm 1,50$  мл экскреции с мочой калия  $573,79 \pm 47,34$ :  $191,71 \pm 21,89$  мг соответственно. Как, правило максимумы значений показателей приходятся на дневные, а минимумы наочные часы.

Обсуждается актуальность изучения суточных ритмов, как критерия оценки функционального состояния организма.

## Монгол хүүхдэд улаан бурхны эсрэг идэвхгүй дархлалыг судлах асуудалд

Ё. БАТБОЛД, П. НЯМДАВАА С. АЛТАНХУЯГ

Вакцин хэрэглэх болсноор дэлхийн олон оронд, түүний дотор манай оронд улаанбурханы өвчлөл эрс буурч байна. (3, 6, 12)

Европ болон америк тивийн зарим оронд энэ өвчнийг устгах зорилт тавьж байгаа боловч вакцин өргөн хэрэглэж байгаа аль ч оронд улаанбурхан өвчин алаг цоог төдийгүй эпидеми маягаар гарцаар байна. (4, 7, 15, 16, 22)

Улаанбурханы эсрэг вакцинуулалтын шийдвэрлэгдээгүй асуудлын нэг бол вакцин тарих нас юм. Эхээс урагт ихсээр дамжих улаанбурханы эсрэг идэвхгүй дархлалын үргэлжлэх хугацаанаас үндэслэн европ, америкийн ихэнх оронд улаанбурханы эсрэг вакциныг 13—15 сартайд тарьж байгаа боловч Африкийн зарим оронд практик ажиглалтад үндэслэн 6 сартайд эхний вакциныг, 6—12 сарын дараа хоёр дахь вакциныг тарих тактик баримталж байна. (12)

Манай улсад улаанбурханы эсрэг вакциныг 1973 оноос 10 сартайгаас, 1980 оноос 13 сартайгаас хийж байна. Гэвч улаанбурханы эсрэг хүн амын дархлал тогтоцыг судлахад дархлалын түвшин 1—2 насанд хамгийн сүл байсан (8) хийгээд вакцин хэрэглэснээс хойших улаанбурханы өвчлөлд 0—12 сартай хүүхдийн эзлэх хувь өссөн байгаа (14) нь бидэнд энэ судалгааг хийх санаа төрүүлсэн юм.

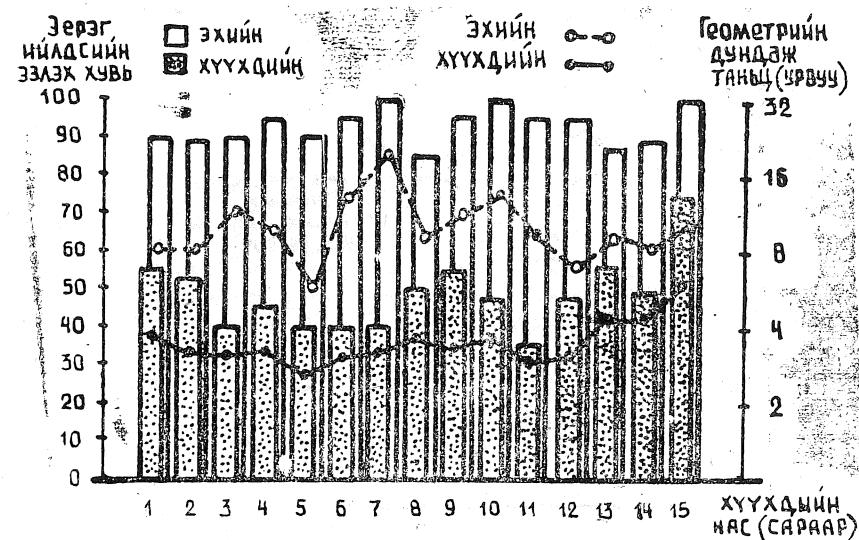
**Материал, арга:** Сорыц: 1982 оны 3—4 сард Улаанбаатар хотод амьдарч буй 1—15 сартай 300 эрүүл хүүхэд, мөн тэдний эхээс нэгэн айл цус авч, ийлдсийг ялган, шинжлэх хүртэл  $-20^\circ\text{C}$ -т хадгалав. 1—12 сартай хүүхдүүд нь улаанбурханы эсрэг вакцин тариулаагүй, 13—15 сартай хүүхдүүд нь улаанбурханы эсрэг вакцин тариулаад 10—20 хоносон байв.

Цус наалдахыг саатуулах урвал (ЦНСҮ)-ыг БНСЧСҮ-ын "SERVAC" ўйлдвэрийн оношлуур, африкийн ногоон сармагчны цус ашиглан бичил хувилбараар (9, 19) хийв.

Цус шууд бус наалдуулах урвал (ЦШБНҮ)-ыг ЗСБНХОУ-ын ЭХЯ-ны харьяа Ленинград хот дахь Л. Пастерийн нэрээр эмжит Эпидемиологи, микробиологийн эрдэм шинжилгээний хүрээлэнд ўйлдвэрлэсэн улаан эст оношлуур хэрэглэн ўйлдвэрийн зааврын дагуу тавив.

Нийтээр баримтладаг аргаар (5, 20) статистик боловсруулалтыг хийв.

**Үр дүн, шүүмж.** Судалгаанд хамрагдсан эхчүүдийн 93,3% нь улаанбурханы эсрэгбие 1:4-өөс дээш таньцтай агуулсан, геометрийн дундаж таньц нь 1:10,6 байгаа (Зураг 1) нь үүний урьд судлан тогтоосон насанд хүрэгсдийн улаанбурханы дархлалын түвшинтэй (8) ерөнхийдөө тохирч байна.



Зураг 1

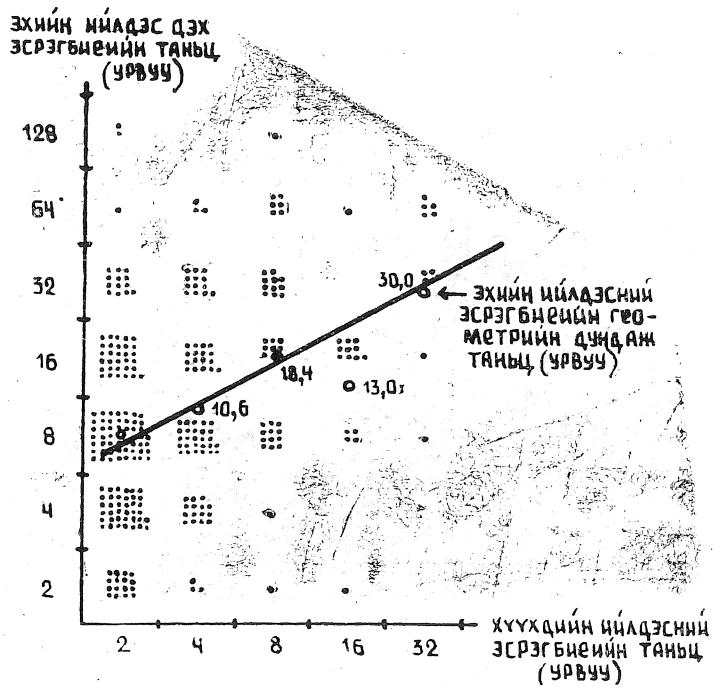
Эхийн болон хүүхдийн цусны ийлдэс дэх улаанбурхны эсрэгбиеийн таньц хүүхдийн наснаас хамаарах хөдлөлзүй

Харин судалгаанд хамрагдсан хүүхдийн зөвхөн 48,6% нь улаанбурханы эсрэг дархлалтай, эсрэг биеийн геометрийн дундаж таньц нь 1:5,3 байгаа хийгээд торсний дараах эхний сараас вакцин тариулах хүртэл дархлалын түвшин жигд доогуур байгаа (Зураг 1) нь гадаадын судлаачдын судлан тогтоосонтой тохирохгүй байна. Тухайлбал БНАГУ-д хийсэн судалгаагаар 1 сартай хүүхдийн 92% нь улаанбурханы эсрэг дархлалтай, эсрэгбиеийн геометрийн дундаж таньц нь 1:52 байгаад амьдралын эхний 6 сарын турш дархлал нь аажмаар буурч дархлалтай хүүхдийн эзлэх хувийн жин 50%, эсрэгбиеийн геометрийн дундаж таньц 1:8 болох ба 10 сар хүрэхэд бүх хүүхдийн 90—95% нь улаанбурханы эсрэг дархлалгүй болдог байна. (21)

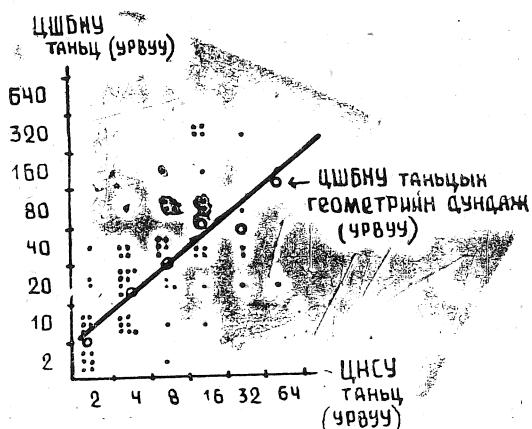
Иймээс Монгол хүүхдийн хувьд улаанбурханы эсрэг вакциныг эрт хийх нь зүйтэй байж магадгүй байна. Гэвч нэг нас хүрээгүй хүүхдэд улаанбурханы вакцин тариход хариу урвал нь сул, дархлалын ургэлжлэх хугацаа нь богино байдаг гэсэн судалгааны дүгнэлт (2, 13, 17) буй тул үүнийг манайд бүрэн шийдвэрлэхийн тулд улаан-

— 1 — 5  
бүрханы эсрэг вакциныг 6 болон 13 сартай монгол хүүхдэд тарьж хариу урвалын түвшин, дархлалын үргэлжлэх хугацааг харьцуулан судлах шаардлагатай юм.

Хүүхдийн бие махбод дахь улаанбурханы эсрэг идэвхгүй дархлалд нөлөөлөх гол хүчин зүйлийн нэг нь эхийн дархлал байх нь эргэлзээгүй тул эх, хүүхдийн улаанбурханы эсрэг биеийн түвшинг харьцуулан үзэх нь сонирхолтой юм (Зураг 2). Эхийн болон хүүхдийн эсрэгбиесийн дархлалын түвшиний корреляцийн коэффициент нь  $r=0,32$ ; алдаа нь  $m_r=0,05$ ; магадлал нь  $t=6,4$  байв. Энэ нь эх хүүхдийн улаанбурханы эсрэг дархлал нь дунд зэргийн хүчтэй, эс-рэг хамааралтай, энэ нь үнэн магадтай болохыг нотлож байна.



Зураг 2. Эхийн болон хүүхдийн цусны ийлдэс дэх улаанбурхны эсрэгбиесийн хэмжээний шүтэлцээ



Зураг 3. ЦШБНУ болон ЦНСҮ-аар илрүүлсэн улаанбурхны эсрэгбиесийн таньцын шүтэлцээ

*-5*  
Улаанбурхны вакцин хийсний дараах монголчуудын дархлалын хариу урвалын чүч нь бидний судалгаагаар гадаадын судлаачдынхаас сул байгаа (8) нь монгол хүний удамшилын төрхтэй холбоотой узэгдэл гэж бид узэж байгаа бөгөөд эхчүүдийн дотор улаанбурхнаар өвчлөөгүй, вакцины дархлалтай хумуусийн хувийн жин ихсэх тутам хүүхдийн идэвхгүй дархлалын түвшин улам бүр буурч болзошгүй юм. Тиймээс жирэмсэн эмэгтэйчүүдийн цусан дахь улаанбурхны эсрэгбиен түвшинг дээшлүүлэхийн тулд жирэмсний сүүлийн хагаст улаанбурхны эсрэг идэвхгүйжүүлсэн вакцин таридал, бага насын хүүхэд улаанбурхнаар өвчлөхийг багасгаж болмоор санагдаж байна. Гэвч үүнийг мөн л туршин батлах ёстой.

Ер нь улаанбурхны эсрэг вакцин хийсний үр дүнг хянах, улаанбурхны тууралтат бусад өвчинеес ялган оношлоход улаанбурхны эсрэгбие илрүүлэх, түүний таныц тодорхойлох шинжилгээг эмнэлгийн практикт нэн даруй нэвтрүүлэх шаардлагатай байна. Гэвч улаанбурхны эсрэгбие илрүүлэх стандарт арга болох цус наалдуулахыг саатуулах урвал (ЦНСҮ)-ыг тавихад сармагчны шинэ улаан эс байнга шаардагдах тул манайд бэрхшээл байгаа юм. Харин ЗСБНХОУ-ын ЭХЯ-ны харьяа Ленинград дахь Л.Пастерийн нэрэмжит Эпидемиологи, микробиологийн эрдэм шинжилгээний хүрээлэнд улаанбурхны эсрэгбие илрүүлэх улаан-эст оношлуур зохион бүтээсэн нь манай нехцэлд тохиromжтой арга тул бид уг оношлуурыг ЦНСҮ-тай харьцуулан 68 ийлдсэнд улаанбурхны эсрэгбие илрүүлэхээр туршив (Зураг 3). Ингэхэд 2 урвалын үр дүнгийн тохирироо нь 86,8%, корреляцийн коэффициент нь  $r=0,57$  алдаа нь  $t_r = -0,08$  магадлал нь  $t=7,1$  байв. Бидний судлан тогтоосон корреляцийн коэффициент нь зөвлөлтийн судлаачдынхаас (10,11) ялимгүй доогуур байгаа боловч энэ хоёр урвалын үр дүнгийн тохиrolцоо нь магадтай бөгөөд ЦШБНУ нь ЦНСҮ-аасаа ойролцоогоор 4 дахин мэдрэг байгаа тул ЗХУ-ын оношлуураар ЦШБНУ тавих аргачлал (1) боловсруулан батлуулж, манай эрүүлийг хамгаалах практикт нэвтрүүлэх бэлтгэлийг хангав.

**Дүгнэлт:** 1. Монгол хүүхдийн улаанбурхны эсрэг идэвхгүй дархлалын түвшин нь гадаадын судлаачдынхтай харьцуулахад их доогуур байна.

2. Улаанбурхны вакцин тарих тохиromжтой насыг манай нехцэлд тогтоох зорилгоор нэмэлт туршилт хийх шаардлагатай байна.

#### АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. Ё. Батболд, С. Алтанхуяг 1983: Улаанбурхны эсрэгбие илрүүлэх цус шууд бус наалдуулах урвал тавих аргачилсан заавар, Индекс: З—МБ—1847—83, Х. 4.
2. В. М. Еоловский, Н. С. Титова 1981: Заболеваемость корью среди ранее привитых против этой инфекции детей и ее причины, В кн: Тезисы докладов совместного симпозиума ученых СССР и ГДР по проблеме „Профилактика кори и паротита“, М. 24—26;
3. Ч. Дангаа, П. Маам 1980: К вопросу изучения эпидемиологии кори в МНР в условиях массовой иммунизации, В кн: Актуальные вопросы вирусологии (Тезисы докладов 2 республиканской вирусологической конференции), УБ. 32—35.
4. С. Диттманн, и др. 1981: Настоящее положение выполнения программы борьбы с корью в ГДР, В кн.: Тезисы докладов совместного симпозиума ученых СССР и ГДР по проблеме „Профилактика кори и паротита“, М. 7—8;
5. Дугаржав Ж 1973: Пособие к практическим занятиям по санитарной статистике, У—Б. 127.
6. Г. Жамба, В. Ф. Попов 1977: Особенности коревой инфекции в Монголии, В кн: Актуальные вопросы педиатрии, акушерства и гинекологии (Материалы совместной монголо-советской научно-практической конференции), У—Б, 79—81.

7. О. Г. Имамалиев и др 1981: Результаты массовой вакцинопрофилактики кори в СССР и анализ ее эффективности, В кн: Тезисы докладов совместного симпозиума ученых СССР и ГДР по проблеме „Профилактика кори и паротита“, М. 8—10;
8. П. Нимадава и др. 1982: Сероэпидемиология важнейших вирусных инфекций человека в МНР, В кн: Тезисы докладов третьей научно-практической конференции „Актуальные вопросы вирусологии“, У—Б З—4;
9. П. Нимадава, С. Алтанхуяг 1978: Вирусийн өвчний ийлдэс судалын шинжилгээнд цус наалдахыг саатуулах урвалын бичил хувилбарыг хэрэглэх аргачилсан заавар, х. 15.
10. В. Ф. Попов и др. 1981: Оценка реакции непрямой гемагглютинации для выявления антител к вирусу кори, В кн: Тезисы докладов совместного симпозиума ученых СССР и ГДР по проблеме „Профилактика кори и паротита“, М. 57—59;
11. И. П. Смородинова и др 1981: Реакция непрямой гемагглютинации, как новый метод выявления коревых антител, Там же, 55—57;
12. М. Н. Ткачева и др 1980: Корь за рубежом, ЖМЭИ, № 11: с. 11—18;
13. Н. Т. Тихонова 1982: Противокоревой иммунитет и некоторые механизмы его формирования, Автореферат дисс. доктора биол. наук, М. 37.
14. Ч. Уртнасан, П. Нимадава 1982: Эпидемиологический анализ вспышки кори в Ховдском аймаке в 1981—1982 гг, В кн: Тезисы докладов третьей научно-практической конференции „Актуальные вопросы вирусологии“, У—Б, 11—12;
15. CDC 1978: Goal to eliminate measles from the United States, MMWR. 27 (41): 391;
16. CDC 1984: Measles—United States, 1983, MMWR, 33 (8): 105—108;
17. Cherry, J. D. 1980: The „new“ epidemiology of measles and rubella, Hospital Practice, 7:49—57.
18. Hinman, A. R. 1982: World eradication of measles, Rev. Infect. Dis. 4 (5):933—939;
19. Mayr, A. et al. 1977: Virologische Arbeitsmethoden, 2. Band, Serologie, Gustav Fischer Verlag, Jena, S. 207—275;
20. Mayr, A. et al. 1982: Virologische Arbeitsmethoden, 4. Band, Sicherheit bei virologischen Arbeiten-Biometrische Methoden, Gustav Fischer Verlag, Stuttgart, S. 115—320;
21. Starke, G. et al., 1980: Die Masernimmunprophylaxe in der DDR und die gegenwärtig erreichten Ergebnisse des Masernbekämpfungsprogrammes, Z. ges. Hyg., 26 (12):881—885;
22. WHO 1983: Measles surveillance-Feasibility of measles elimination in Europe, Weekly Epidemiol. Record, 58 (30):229—230;

#### К ИЗУЧЕНИЮ ПАССИВНОГО ПРОТИВО-КОРЕВОГО ИММУНИТЕТА У ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ МНР.

Е. Батболд, П. Нимадава, С. Алтанхуяг

Были исследованы 300 сывороток детей в возрасте 1—15 месяцев и 300 сывороток их матерей на противокоревые антитела в РТГА. У матерей были обнаружены в 93,3% антитела с средним геометрическим титром 1:10,6, а у детей в 48,6% антитела с средним геометрическим титром 1:5,3 причем уровень антител был почти одинаковый во всех возрастных группах исследованных детей.

При исследовании уровня соответствия противокоревых антител матери и ребенка были установлены корреляционный коэффициент  $r=0,32$ , ошибка  $m_r = 0,05$ , достоверность  $t=6,4$ .

На 68 сыворотках параллельно поставлены РНГА и РТГА для выявления противокоревых антител, при этом установлены соответствие полученных данных обоих реакций 86,8%, корреляционный коэффициент  $r=0,57$ , ошибка  $m_r = 0,08$ , достоверность  $t=7,1$ .

Авторы считают, что полученные данные требуют дополнительных исследований для решения оптимального возраста противокоревой вакцинации для монгольских детей, и рекомендуют внедрение РНГА для выявления противокоревых антител.

# Зүрхний архаг дутагдлын эмчилгээнд зарим вазодилататор эмийг хэрэглэсэн нь

Зүрхний архаг дутагдлыг эмчлэхэд зүрхний гликозидоос өөр хор багатай, илүү үйлчилгээтэй эмийг олох талаар ихээхэн ажил хийж байна. (2,5—6,9)

Эрдэмтэд зүрхний архаг дутагдлын үед захын судас тэлэгч вазодилататор эмуудийг хэрэглэх нь ихээхэн ирээдүйтэй арга гэж үзэж байна. (8, 10—13)

Энэ өгүүлэлд гликозидийн эмчилгээнд сайжраагүй зүрхний архаг дутагдлын З-р үед байгаа хүмүүсийг захын судас тэлэгч изосорбиддинитрат, гидралазин (апрессин) зэрэг эмийг зүрхний гликозид (строфантин), шээс хөөх (фуросемид) эмтэй хавсран хэрэглэсэн суналгааны талаар бичив.

**СУДАЛГАА ХИЙСЭН АРГА:** Судалгааг П. Н. Шастинь нэрэмжит клиникийн З-р эмнэлгийн зүрх судэсны тасагт хийв. Судалгаанд зүрхний хоёр хаваст хавхлагын хавсарсан гажиг бүхий архаг дутагдалтай 30 хүн авав. Нас хүйсний байдлаар авч узвэл эрэгтэй 17, эмэгтэй 13, 20—40 хүртэлх насы 16, 40-өөс дээш насы 14 хүн тус тус байв. Судалгаанд зүрхний гликозид эмчилгээг 2—6 жилийн турш давтан хийлгэсэн боловч уул эмчилгээнд биеийн байдал сайжраагүй хүмүүс авсан юм. Изосорбиддинитрат, гидралазиныг зүрхний гликозидтой хослон хэрэглэхэд гарах төвийн гемодинамикийн үзүүлэлтүүдийг интеграл реографын аргаар тодорхойлон, дисперсийн аргаар тооны боловсруулалт хийв. Вазодилататор эмчилгээг эхлэхээс өмнэ бүх хүмүүсийг 0,05%-ийн строфантин 0,5 мл-ийг, 5%-ийн гликозын уусмалд найруулж өдөрт нэг удаа венийн судсанд тарьж 5—7 хоног эмчлэв.

Энэ үед шээс хөөх эм (фуросемид)-ыг хэрэглэсэн болно. Дараа нь изосорбиддинитратыг 10 мг-аар өдөрт 3—4 удаа уулгаж, 0,05%-ийн 0,25 мл строфантиньг (тогтоо тунгаар) мөн 5%-ийн глюкозын уусмалд найруулж венийн судсанд өдөрт 2 удаа тарив. Фуросемидын хоногийн тунг 60—80 мг хүртэл ихэсгэж хамт хэрэглэв. Изосорбиддинитрат эмчилгээг зогсоосны дараа гидралазиныг 0,25 мг-аар өдөрт 4—5 удаа уулгаж, строфантин, фуросемидийг дээр дурдсан тунгаар хавсран хэрэглэв. Хэсэгчилсэн эмчилгээ тус бүрийг 7—10 хоног үргэлжлүүлэв.

**СУДАЛГААНЫ ДҮН.** Эмчилгээ тус бүрийн гемодинамикийн үзүүлэлтүүдийн өөрчлөлтийг хүснэгт 1-д үзүүлэв.

Захын судасны эсэргүүцэл дин строфантин+фурсомед эмчилгээний дараа  $1482,50 \pm 38,330$  дин.сек.см $^{-5}$ ; изосорбиддинитрат+стросфантин эмчилгээний дараа  $726,25 \pm 38,330$  дин.сек.см $^{-5}$ , хувийн эсэргүүцэл  $33,89 \pm 0,775$  дин.сек.см $^{-5}$ -ээс  $25,96 \pm 0,775$  дин.сек.см $^{-5}$  хүртэл буурч, зүрхний индекс  $2,96 \pm 0,014$  мл/мин/ $m^2$ -аас  $3,48 \pm 0,014$  мл/мин/ $m^2$ , агшилтын индекс  $18,97 \pm 0,719$  мл/мин/ $m^2$ -аас  $32,03 \pm 0,719$  мл/мин/ $m^2$ , агшилтын эзлэхүүн  $64,40 \pm 1,543$  мл-ээс  $75,30 \pm 1,543$  мл, минутын эзлэхүүн  $4,13 \pm 0,085$  л/мин-аас  $4,27 \pm 0,085$  л/мин хүртэл тус тус ихсэж байгаа нь ажиглагддаг.

Артерийн их даралт  $101,56 \pm 1,938$  мм.рт.ст-аас  $100,11 \pm 1,938$  мм рт ст, бага даралт  $58,07 \pm 1,245$  мм рт ст-ээс  $56,0 \pm 1,245$  мм рт ст болж буурсан. Судасны цохилтын тоо  $78,53 \pm 1,001$ -ээс  $74,75 \pm 1,001$  болж цөөрөв. Тус бүрийн эмчилгээний дараах биеийн жин, хоногт гарсан шээс, элэгний хэмжээний өөрчлөлтийг хүснэгт 2-т харуулав.

Зүрхний архаг дутагдалд изосорбидинитрат, гидралазини төвийн  
гемодинамик "Узуулэх нөлөө"

Төвийн гемодинамикийн узуулэлт	Строфантин + фуросемид эмчилгээний дараа	Изосорбидинитрат + строфантин + фуросемид эмчилгээний дараа				Гидралазин + строфантин + фуросемид эмчилгээний дараа			
		M ± M	σ	P	M ± M	P	M ± M	σ	P
Артерийн их даралт	101,56 ± 1,938	1,838	<0,30	100,11 ± 1,938	1,839	<0,30	79,67 ± 1,938	1,838	<0,30
Артерийн бага даралт	58,07 ± 1,245	1,041	<0,30	56,0 ± 1,245	1,041	<0,30	48,57 ± 1,245	1,041	<0,30
Судасны цохильтын тоо	78,53 ± 1,001	0,774	<0,30	74,75 ± 1,001	0,774	<0,30	61,67 ± 1,001	0,774	<0,30
Зүрхний агшилтын эзлэхүүн	64,40 ± 1,543	0,976	<0,20	75,30 ± 1,543	0,976	<0,20	77,10 ± 1,543	0,976	<0,20
Минутын эзлэхүүн	4,13 ± 0,085	0,065	<0,30	4,27 ± 0,085	0,065	<0,30	5,59 ± 0,085	0,065	<0,30
Зурхний индекс	2,96 ± 0,014	0,104	<0,0001	3,48 ± 0,014	0,104	<0,0001	3,76 ± 0,014	0,104	<0,0001
Агшилтын индекс	18,97 ± 0,719	0,754	<0,30	32,03 ± 0,719	0,754	<0,30	34,67 ± 0,719	0,754	<0,30
Захын судасны эсэргүүцэл	1282,50 ± 38,330	<0,30	726,25 ± 38,330	<0,30	705,50 ± 38,330	<0,30	705,50 ± 38,330	1,740	<0,30
Хувийн эсэргүүцэл	33,89 ± 0,775	1,740	<0,20	25,96 ± 0,775	1,740	<0,20	24,70 ± 0,775	1,740	<0,20

Хүснэгт 2

Изосорбидинитрат, гидралазин, строфантин, фуросемид зэрэг эмийн жавсаарсан эмчилгээний дараах биений жин, элэгний хэмжээ, хоногийн шээс, хоногт жэргэлэсэн шингэн өөрчлөлт

Статистикийн үзүүлэлт		Изосорбидинитрат+страфантин+фуросемид эмчилгээний дараа		Гидралазин+страфантин+фуросемид эмчилгээний дараа	
		M ± M	P	M ± M	P
Биений жин (кг·аар)	Эмчилгээний өмнө	55,40 ± 0,836	6,472	<0,0001	53,98 ± 0,836
	Эмчилгээний дараа	53,99 ± 0,836	6,472	<0,0001	52,92 ± 0,756
Элэгний томролтын хэмжээ (см·ээр)	Эмчилгээний өмнө	4,65 ± 0,840	0,706	<0,30	3,18 ± 0,840
	Эмчилгээний дараа	3,18 ± 0,840	0,706	<0,30	2,97 ± 0,144
Хоногт уусан шингэн (мл·ээр)	Эмчилгээний өмнө	1388,67 ± 41,240	*	>0,01	882,17 ± 41,240
	Эмчилгээний дараа	882,17 ± 41,240	*	<0,01	712,50 ± 40,397
Хоногт гарсан шээсний хэмжээ (мл·ээр)	Эмчилгээний өмнө	1196,87 ± 23,496	*	<0,30	1325,87 ± 23,496
	Эмчилгээний дараа	1525,87 ± 23,496	*	<0,30	1657,20 ± 35,516

Изосорбиддинитрат + строфантин хосолсон эмцилгээнд хамрагдсан бүх өвчтөний дундаж жин  $55,40 \pm 0,836$  кг, эмцилгээний дараа  $53,99 \pm 0,836$  кг болтол буурч, элэгний хэмжээ  $4,65 \pm 0,840$  см-ээс  $3,18 \pm 0,840$  см болж багасав. Хоногт гарсан шээсний хэмжээ 1196,  $87 \pm 23,496$  мл-ээс  $1525,87 \pm 23,496$  мл болж ихэссэн болно. Гидралазин + строфантин эмцилгээний эцэст, өмнөх эмцилгээтэй нь харьцуулж узвэл артерийн их даралт 20,44 мм. рт. ст., бага даралт 7,43 мм. рт. ст-оор буурч, судасны цохилтын тоо 13,08-аар цөөрчээ. Зүрхний агшилтын эзлэхүүн 1,80 мл/мин/м<sup>2</sup>, минутын эзлэхүүн 1,32 л/мин-аар тус тус ихсэв. Зүрхний индекс 0,28 мл/мин/м<sup>2</sup>, агшилтын эзлэхүүн 2,64 мл/мин/м<sup>2</sup>-аар дээшилсэн байна.

Захын судасны ерөнхий эсэргүүцэл 20,75 дин.сек.см<sup>-5</sup>, түүний хувийн эсэргүүцэл 1,26 дин.сек.см<sup>-5</sup>-аар буурч байсан нь батлагдав. Биеийн жин  $1,06 \pm 0,080$  кг-аар бууран, хоногийн шээс  $131,33 \pm 12,02$  мл-ээр ихсэж, элэгний хэмжээ  $0,21 \pm 0,796$  см-ээр багасжээ. Изосорбиддинитрат, строфантин хавсарсан эмцилгээ хийлгэсэн бүх өвчтөний 76,7%-д гидралазин + строфантин эмцилгээ хийлгэсэн бүх өвчтөний 86,7% нь мэдэгдэхүүц сайжирч байгаа нь бидний судалгаагаар нотлогдож байна. Изосорбиддинитраттай хавсарсан эмцилгээний явцад 7 өвчтөн (23,3%) эмцилгээний нөлөө бага байснаас гадна уул эмийн хоногийн тунг 60—80 мг хүртэл ихэсгэхэд амьсгаадах, толгой өвдөх, зүрх дэлсэх, хоолонд дургүй болох зэрэг зовиур илэрч байв. Гэхдээ эмийн тунг багасгах буюу тогтоох тунд оруулах, эмцилгээг түр зогсоох, анальгин, пиromидон, промедол зэрэг өвчин намдаах эмийг хэрэглэхэд дээрх зовиур угүй болж байлаа. Гидралазинтай хосолсон эмцилгээний үед зөвхөн 4 өвчтөн (13,3%) эмцилгээ муу авч байсан боловч харш зүйл бараг илрээгүй болно. Харин гидралазины хоногийн тунг 100—150 мг хүртэл ихэсгэхэд сайжирч байгаа нь ажиглагдлаа. Дээрх хоёр хэлбэрийн вазодилататорын хавсарсан эмцилгээний явцад артерийн даралт буурч, зүрхний цохилт цөөрч байгаа нь зарим судлаачдын судалгаатай тохирч байна. [1, 6, 10, 12].

ДҮГНЭЛТ. 1. Зүрхний гликозид эмцилгээнд сайжрахгүй өвчтөнг изосорбиддинитрат, гидралазинъы гликозид (страфантин)-той хавсран эмчлэхэд эмцилгээний үр дүн сайжирч байгаа бөгөөд гликозидын тунг багасгаж эмцилгээний үр ашгийг эрс дээшлүүлэх бололцоотой байна.

2. Изосорбиддинитрат + строфантин, гидралазин + строфантин хавсарсан эмцилгээний аль аль нь сайн үр дүнтэй байгаа боловч гидралазинъы эмцилгээ илүү үйлчилгээтэй байна.

3. Дурдсан хоёр вазодилататорыг зүрхний гликозидтой хавсран эмчлэх үед изосорбиддинитратын хоногийн тунг 40—50 мг, гидралазинъы 100—150 мг хүртэл ихэсгэж хэрэглэх нь тохиромжтой байна.

4. Эдгээр вазодилататорыг гликозидтой хамт хэрэглэхэд ихэнх тохиолдолд артерийн даралт буурах, зүрхний цохилт удаашрах шинж гарч байгаа нь гликозидын үйлчилгээтэй холбоотойгоос гадна захын судасны ерөнхий ба хувийн эсэргүүцэл буурснаас шууд нөлөөлж байна.

Но. ДОНДОГ, Ж. НАНЖИД

#### АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. Н. М. Мухарлямов, В. Ю. Мареев, Н. М. Лобова, Р. А. Григорьянц. Лечение хронической недостаточности кровообращения периферическими вазодилататорами. "Кардиология" 1982. № 2. 57—66.

2. А. А. Мартынов, В. И. Петровский. Лечение больных с рефрактерными формами застойной недостаточности кровообращения. "Терапевтический архив" 1979 № 11. 30—33
3. В. Назаренко. Влияние нитритов на минутный объем и периферическое сосудистое сопротивление при хронической застойной сердечной недостаточности. "МРЖ" 1978. 11. 28.
4. С. Николенко. Сравнение гемодинамического и периферического сосудорасширяющего действия изосорбиддинитрата при приеме внутрь и разжевывании у больных с рефрактерной застойной сердечной недостаточности. "МРЖ" 1979. № 11. 28.
5. А. Г. Пономарева, А. Ф. Гусарев, В. Б. Воровьев. Некоторые причины рефрактерного течения хронической недостаточности. "Терапевтический архив" 1978. № 12 110—115.
6. В. И. Харченко, Е. М. Евсиков. Применение высоких доз фурсемида при лечении больных с застойной недостаточностью кровообращения. "Кардиология" 1977. № 9. 120—121.
7. В. Шпилькин. Длительное лечение резистентной хронической сердечной недостаточности изосорбиддинитратом, принимаемым внутрь, в сравнении с лечением фентоламином. "МРЖ" 1979. № 10. 28.
8. И. К. Шхацавая "Ишемическая болезнь сердца" М. 1975. 212—214
9. В. Г. Щерщнев "Клиническая реография" М. 1977. 79—86
10. Е. В. Эрина, Г. И. Озокво. Изменения регионарной и центральной гемодинамики и при лечении больных гипертонической болезнью обзиданом, апрессином и их комбинацией. "Кардиология" 1981 № 3 14—18.
11. Aronow W. S. Clinical use of Nitrates in Congestive Heart Failure. Mod. Conc. Cardiov. Dis., 1979. 58. 7. 37—42.
12. Figueras J, Taylor W. R, Ogawa T., Forrester J. J. S. Singh. B. N Swan. H. J. C. "Brit HeartJ" 1979. 4. 1. №3. 317—324
13. Mikulic F. Cohn. J. N. Fransiosa. J. A. "Circulation" 1977. 56. 4. (1). 528—533.

#### РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ НЕКОТОРЫХ ВАЗОДИЛАТОРОВ ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ СЕРДЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Но. Дондог, Ж. Нанжид

Изучено влияние вазодилататоров при хронической рефрактерной сердечной недостаточности в группе из 30 больных<sup>9</sup>

Установлено, что применение изосорбиддинитрата и гидralазина и их комбинации с сердечным гликозитом (строфантином) и диуретиками дает лучший лечебный эффект, чем применение одного сердечного гликозида. Лечение гидralизином и его комбинации со строфантином наиболее дает лучший лечебный эффект, чем применение одного изосорбиддинитрата.

#### МУХАР ОЛГОЙН ХУРЦ ҮРЭВСЭЛТ ӨВЧНИЙ ХҮНДРЭЛ, ХӨДӨЛМӨРИЙН ЧАДВАР ТҮР АЛДАЛТ

Мухар олгойн хурц үрэвслийн хүндрэлийг багасгах олон янзын арга хэмжээ авч байгаа боловч хүндрэл нь хэвлийн хөндийн эрхтэний мэс заслын хурц өвчинүүдийн дотроос тэргүүн байр эзэлсэн хэвээр байна. Мухар олгойн хурц үрэвслээс шалтгаалах янз бүрийн хүндрэл нэмэгдэх хандлагатай байна, (И. М. Матяшин, Ю. И. Датхаев 1974, Н. С. Утешев 1974) гэж зөвлөлтийн эрдэмтэд ч үзэж байгаа билээ. (2, 5, 9) Энэ нь одоо нийт хүндрэлийн 3—15%-ийг эзлэж байна.

НАХЯ-НЫ ТӨВ ЭМНЭЛГИЙН МЭС ЗАСЛЫН ТАСАГТ 1977—1983 онд мухар олгойн хурц үрэвслээр хэвтэж эмчлүүлсэн 1112 хүний 294-д нь хүндрэл тохиолдсон нь бүх өвчлөгсдийн 26%-ийг эзэлж байна.

## (Хүснэгт 1)

Мухар олгойн хурц үрэвсэл өвчний хагалгааны өмнөх хүндрэлийн хэлбэр  
(тоо ба жувиар)

Хагалгааны өмнөх хүндрэл	Бүх өвчтөн	
	Тоо	Хувь
Хэвлийн гялтангийн хэсгийн үрэвсэл	220	74,9
Мухар олгойн нэвчсэн хатуурал, түүний буглаа	24	8,1
Хэвлийн гялтангийн түгээмэл үрэвсэл	46	15,6
Хэвлийн гялтангийн нэвчсэн үрэвсэл	2	0,7
Хэвлийн гялтангийн ерөнхий үрэвсэл	2	0,7
БҮГД	294	100,0

Хүснэгтээс үзэхэд хагалгааны өмнөх хүндрэлийн дотроос хэвлийн гялтангийн хэсгийн үрэвсэл элбэг тохиолдож байна. Бүх хүндрэлийн 74,9%-ийг хэвлийн гялтангийн хэсгийн үрэвсэл, 15,6%-ийг гялтангийн түгээмэл үрэвсэл, мухар олгойн нэвчсэн хатуурал, түүний буглаа—8,1%, гялтангийн нэвчсэн үрэвсэл, гялтангийн ерөнхий үрэвсэл тус бүр 0,7%-ийг тус тус эзэлж байна. 1983 онд тохиолдсон мухар олгойн хурц үрэвсэлт өвчинеэс шалтгаалсан хүндрэлийг 1977 оны тохиолдолтой харьцуулахад бүх хүндрэл, түүний дотор хэвлийн гялтангийн хэсгийн болон түгээмэл үрэвсэл буурсан нь мухар олгойн хурц үрэвслийн хүндрэл эрт онош тавих, цаг алдахгүй эмчлэхээс хамаардаг нь илрэхий. Мухар олгойн хурц үрэвсэл өвчинеэр хүндэрсэн өвчтөний дотор эмнэлгийн тусламж оройтох (92 хүн), өвчтөн өөрөө эмнэлгийн тусламж авахгүй өвчин намдаах эм ууж, ходоод угаах, бургуй тавих зэрэг арга хэрэглэсэн (79 хүн) нь хүндрэлийн шалтгаан болжээ. Мөн амбулатори болон түргэн тусламжийн эмч нарын оношийн алдаа адил тоотой байгаа нь эмч нарын хэвлийн хөндийн эрхтэний мэс заслын хурц өвчний талаарх мэдлэг хангальгүйтэй холбоотой юм.

Мухар олгойн хурц үрэвсэл өвчний хүндрэлийн үед, ялангуяа гялтангийн түгээмэл, нэвчсэн, ерөнхий үрэвслийн үед хийх мэс заслын эмчилгээ үр дун муутай, хагалгааны дараа ч хүндрэлтэй (В. С. Маят, 1973, М. М. Лунин 1975) байдаг. (4, 6) Бид хүндэрсэн өвчтөнд хагалгааны өмнөхордлогын эсрэг эмчилгээ хийх, ерөнхий мэдээ алдуулж хэвлэлийн гол зураагаар хагалгаа хийж идээг арилгах, мухар олгойг авсны дараа хэвлэлийн хөндийд цорго (закрытый фракционный перитонеальный диализ) хийж их тунгаар антибиотик хэрэглэсэн нь эмчилгээний үр дунг сайжруулж хөдөлмөрийн чадварыг түргэн сэргээх боломж олгосон юм. Үүнээс уламжилж НАХЯ-ны Төв эмнэлгийн мэс заслын тасагт 1980—1983 онд мухар олгойн хурц үрэвсэл өвчинеэр хэвтэж эмчлүүлэгсдийн дундаж ор хоног мухар олгойн хурц үрэвсэл хүндэрсэн тохиолдолд 18,6 өдөр, хүндрээгүй бол 9,8 өдөр байлаа.

Мухар олгойн хурц үрэвслийн хүндрэлээр хэвтэж эмчлүүлэгсдийн ор хоног нь эмнэлгийн тусламж оройтох, хожуу оношлох, мэс заслын эмчилгээний хугацаа хожимдох, хагалгааны шарх удаан эдгэх зэргээс шалтгаалан ихэсдэг нь дээрх баримтаас тодорхой байна. Мухар олгойн хурц үрэвсэл өвчний улмаас хагалгаа хийлгэж хэвтэж эмчлүүлэгсдийн дундаж ор хоног өвчилсөн хугацаанаас хэрхэн хамааралтайг хүснэгт 2-т үзүүлэв.

Мухар олгойн хурц үрэвсэл өвчнөөр жэвтэж эмчлүүлэгсдийн дундаж ор хоног, өвчилсөн хугацаанаас хамаарч байгаа нь

Өвчиний шинж илэрснээс хагалгаа хүртэлх хугацаа (цагаар)	Өвчтөний		
	тоо	хувь	дундаж ор хоног
6 хүртэл	178	19,0	7,8±0,62
6—12 хүртэл	240	25,7	8,4±0,74
13—24 хүртэл	245	26,2	8,8±0,73
25—48 хүртэл	132	14,1	9,9±0,95
48-аас дээш	139	15,0	16,2±0,44
БҮГД	934	100,0	12,2±0,69

Корреляцийн коэффициент хүчтэй, шууд хамааралтай байгаа нь өвчтөн эмнэлгийн тусламж оройтож авах тутам хүндрэлийн тоо ихсэж, хөдөлмөрийн чадвар алдах хугацаа уртасч байна. Бидний энэ дүгнэлт Д. О. Пиховский (1971), В. Л. Зотикова (1973), В. Я. Витращак (1974), Б. А. Полянский (1975) нарын зэрэг зөвлөлтийн эрдэмтдийн саналтай тохирч байгаа юм. (1, 3, 7, 8)

Бидний судалсан 1112 өвчтөний 44,4% нь хагалгаа хийлгэсний дараа шарх нь нэвчдэстэй, хувилсан учир амбулаториор 15 хоног хүртэл эмчлүүлсэн байна. Цоорч илжирсэн мухар олгойн хурц үрэвсэл, гэдэсний наалдааас болсон түгжрэл зэрэг хүндрэлтэй хэвлийн гялтангийн түгээмэл үрэвсэлтэй өвчтөний эмнэлгийн эмийн чөлөөний хуудас сараас илүү хугацаагаар уртассан ажээ. Цоорч илжирсэн мухар олгойн үрэвсэл, хэвлийн гялтангийн түгээмэл үрэвсэл нь хагалгааны дараах наалдцат түгжрэл, гэдэсний завсрлын нэвчдэс, түүний буглаа, хэвлийн хөндийн бусад эмгэг өөрчлөлтийг үүсгэдгийг тэмдэглэх нь зүйтэй.

**Дүгнэлт:** Мухар олгойн хурц үрэвсэл өвчиний хүндрэл нь ор хоног, хөдөлмөрийн чадвар түр алдах хугацааг уртасгах үндсэн шалтгаан болж байна.

2. Мухар олгойн хурц үрэвсэл өвчинеэр өвчлөгсдийн ор хоног өвчлөлийн хугацаанаас шууд хамаарч байна.

**К. АНАРГҮЛ, Б. ИЧИНХОРЛОО**

#### АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. В. Я. Витращак — Восстановление трудоспособности после аппендиэктомии. В кн: Общая и неотложная хирургия. Вып. 5, Киев, 1974, 144—147.
2. Ю. И. Датхаев, Д. К. Рахметов, Ю. Хасанов — К вопросу об осложнениях острого аппендицита. В кн: Матер. науч. конф. Таджикского Госмедицинститута им. Абуали-Ибн-Сино. Душанбе, 1969, 211—212
3. В. А. Зотикова, В. Я. Витращак — О сроках временной нетрудоспособности после аппендиэктомии. Клинич. хирургия, 1973, № 6—66.
4. М. М. Лунин, В. Д. Гура. Об ошибках диагностики и лечении острого аппендицита. Воен. мед. журнал. 1975, № 1, 28—30.
5. И. М. Матышин, В. Ю. Больтайтис, А. Я. Яремчук — Осложнения аппендиэктомии. Киев, Здоровья, 1974, 224.
6. В. С. Маят К вопросу об удаленных результатах после операции хроническим аппендицитом в связи с восстанов. Трудоспособности. Сов. хирург. 1973, 4, 406—429.

7. Д. О. Пиховский, В. И. Ефект, Ю. И. Ерефеев. Профилактика осложнений операционной раны и восстановления трудоспособности после аппендиэктомии. В. кн: Труды Уральской конф. хирургов. Пермь, 1971, 272—273.
8. Б. А. Полянский, П. П. Булгаков — Причины поздней госпитализации больных острым аппендицитом. Сов. мед., 1975, № 11., 126—130.
9. Н. С. Утешев, В. А. Сорокин Об остром ретроцекальном аппендиците. Сов. мед, 1974, № 9., 73—75.
10. В. Ичинхорлоо, Б. Гоош Мэс заслын товч лавлах. УБ. УХГ, 1983, 142—146.

## ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ

К. Анаргул, В. Ичинхорло

По материалам хирургического отделения Центральной больницы МОБ за 1977—1983 гг. из 1112 больных, поступивших по поводу острого аппендицита и перенесших аппендиэктомию, осложнения наблюдались у 294 больных, что составляет 26%. Наиболее частными осложнениями являлись местный и разлитой перитонит, реже диффузный и общий перитонит. Среднее пребывание больного с осложнением острого аппендицита составляло 18,6 койко дней, тогда как больных без осложнений острого аппендицита—9,8 койко дней.

Осложненные формы острого аппендицита нередко являются основной причиной увеличения сроков пребывания больных в стационаре и удлинения общей продолжительности временной нетрудоспособности.

## НЯРАЙ ХҮҮХДИЙН ГЭДЭСНИЙ МИКРОФЛОРЫН БҮРЭЛДЭХҮҮН

Хүүхэд эхээс мэндэлмэгцээ экологийн эрс тэс орчин ахуй, эхийн ба төрөх газар дахь үй түмэн микробын ертэнцтэй шууд тулгарч тэдгээр нь амьсгалын зам, хүнс тэжээлтэй хоол боловсруулах эрхтэнд нь ороход организм нь физиологийн үйл ажиллагаагаараа зохицуулан амьдралын идэвхтэй үйл ажиллагаа явуулж эхлэнэ.

Бүдүүн гэдсэнд микрофлорын бүрэлдэхүүн хэмжээ олон янз байх боловч хэрэглэсэн тэжээл болон бусад нөлөөнөөс шалтгаалж тэдгээрийн тоо, бүрэлдэхүүн нь өөрчлөгдөнө [1,3].

Хөхүүл хүүхдийн бүдүүн гэдсэнд бифидофлор агааржилтай орчны микрофлороос харьцаангуй олон байна. Бифидобактерийн дутагдлаас гэдэсний хэвийн үйл ажиллагаа хямарч нялхсын бие махбод суларна. Бифидофлор эрс цөөрөх буюу угүй болоход эмгэг төрүүлэгч нян олширч дисбактериоз үүснэ. Иймд бифидофлорыг хүүхдийн эрүүл мэндийг тодорхойлох үнэлэлтийн хэмжээнд узэх үндэстэй [2,4].

**СУДАЛГААНЫ ЗОРИЛГО.** Эхний долоо хоногт нярайн гэдсэнд үүссэн бифидофлор ба бусад агааржгүй, спор үүсэгдэггүй бактерийн бүрэлдэхүүн хэмжээг тогтоох зорилго тавив.

**СУДАЛГААНЫ МАТЕРИАЛ БААРГА ЗҮЙ.** Эрүүл 40 нярайн зунгаган дахь микрофлорын төрөл зүйлийн бүрэлдэхүүн, хэмжээг анхны өдрөөс эхлэн долоо хоногийн турш судлан тогтоо.

Зунгагын 2 г дээжийг ариутгасан саванд бохирдуулахгүй авч фосфорын буферийн уусмалтай тусгай бэлтгэсэн орчинд арав дахин шингэлж нэг цагийн дотор суулгаж микрофлорын төрөл, зүйлийн бүрэлдэхүүн, тоо чанарын үзүүлэлтийг суддалаа. Агааржгүй, спор үүсгэдэггүй бактерийг *VL* цусны лактозтой, *VL* цусны глюкозтой агар болон левини ба сабурогийн хатуу тэжээлийн орчинд суулган үржүүлж ялгав. Бактерийн төрөл, зүйлийг тодорхойлоход Бергийн товч тодорхойло чийг ашиглав [5].

**СУДАЛГААНЫ ДҮН.** Судалгааны 40 хүүхдийн анхны зунгагт 85% бифидофлор илэрснээс 20 нярайд хэвийн хэмжээнд ( $10^8$ — $10^{10}$ ) 7-д нь дутмаг ( $10^5$ — $10^7$ ), мөн 7-д дутагдалтай ( $10^5$ ) тус тус илэрч, 6 нярайд илрээгүй болно.

3—4 хоногтой нялхын 1 г өтгөнд агааржгүй, спор үүсэгдэггүй бактериас: бактериод 22,5%, эубактери 15%, вейлонелла 47,5%, пептококк 17,5%, пептострептококк 15% тус тус илэрлээ. 1—2 хоногтой бүх нялхын өтгөнд гэдэсний савханцар тохиолдсноос гадна өнгөлөг стафилококк 9,3%, алтлаг стафилококк 15,5%, клебсиэлл 37,7%, гэдэсний савханцар-цус задлагч 18,7%, протейн 6,2% байгааг ажиглав.

Хүснэгт 1

НЯРАЙН ГЭДСЭН ДЭХ АГААРЖГҮЙ БА  
АГААРЖТАЙ ОРЧНЫ МИКРОФЛОР (%)

№	Микроорганизм.	нас, хоногоор				
		1—2	3—4	5—6	7	Бүгд
<b>Агааржгүй бактер</b>						
1	Бифидобактер	17,5	35,0	22,5	10	85,0
2	Бактериод	—	10,0	10,0	2,5	22,5
3	Эубактер	—	10,0	5,0	—	15,0
4	Вейлонелла	5,0	20,0	17,5	—	47,5
5	Пептококк	2,5	7,5	5,0	2,5	17,5
6	Пептострептококк	2,5	10,0	2,5	—	15,0
<b>Агааржтай бактер</b>						
7	Гэдэсний савханцар	31,0	41,0	22,0	6,0	100
8	Өнгөлөг стафилококк	3,1	6,2	—	—	9,3
9	Алтлаг стафилококк	3,1	6,2	6,2	—	15,5
10	Клебсиэлл	12,5	19,0	6,2	—	37,7
11	Гэдэсний савханцар	—	3,1	15,6	—	18,7
12	Протей	—	6,2	—	—	6,2

Эхийн сүүгээр хооллодог долоо хоногтой хүүхдийн гэдсэнд 12 төрлийн бактер илэрснээс агааржгүй орчны бифидобактер болон вейлонелла зонхилох хувийг эзлэж, агааржтай орчны гэдэсний савханцар эхний 4 хоногт олноор үржиж дараагийн 3 хоногт эрс цөөрч байна. Мен бусад бактер долоо хоногийн эцсээр ажиглагдаагүй нь агааржгүй бактериудын эсрэг нөлөөнөөс устсан байж болох юм.

ДҮГНЭЛТ 1. Судалгаанд авсан 7 хоногтой 40 хүүхдийн зунагны 85%-д бифидофлор илэрч, 15%-д нь үгүй байв.

2. Агааржгүй орчны бактер харьцангуй цөөн хувийг эзлэж байгаа боловч тэдгээрийн дотроос бактериод, вейлонелла нэлээд хэмжээтэй байна.

3. Агааржтай орчны бактериуд долоон хоногийн сүүлчээр эрс цөөрч, устаж үгүй болж байгаа нь агааржгүй бактерийн эсрэг нөлөөнөөс хамаарч байж болох юм.

Р. ЭНХТУЯА

## АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. Л. Д. Гуторова. Аэробная микрофлора кишечника детей в норме и патологии, применение бактериологических данных для характеристики функционального состояния пищеварительного тракта. Дисс. Докт. Мед. Наук, 1974.
2. Г. И. Гончарова, Э. П. Козлова, В. И. Чистякова. Бифидофлора и ее нормализующая роль в организме человека. Сб. научных трудов: Проблемы микробиологии и иммунологии инфекционных болезней. т. 22, 1979, 181—188.
3. М. Н. Лебедева, Г. И. Гончарова, Н. Н. Лизько. Современные аспекты нормы патологии кишечной микрофлоры, ЖМЭИ, №9, 1974. 36—41
4. Н. В. Постникова —Микрофлора кишечника и некоторые показатели естественной резистентности здоровых и больных детей. М, 1977.
5. Дж Хоулт. Краткий определитель Берги, Изд. „Мир“ М. 1980.

## СОСТАВ МИКРОФЛОРЫ КИШЕЧНИКА У НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ

Р. Энхтуяа.

У 40 исследуемых здоровых детей недельного возраста бифидобактерии обнаружены в 85% случаях.

Анаэробные неспорообразующие бактерии занимают сравнительно небольшой процент, среди которых в значительном количестве определены такие виды, как бактериод и вейлонелла.

Резкое снижение и исчезновение аэробных бактерий очевидно являются причиной антибактериального действия анаэробных микроорганизмов.

**МАХНЫН III ИХ ХУРАЛ ХУРАЛДСАНЫ  
БОЛОН БИМАУЫГ ТУНХАГЛАСНЫ 60  
ЖИЛИЙН ОЙД**

**ШАСТИНЫХНЫ ГАВЬЯА**

Монгол—Зөвлөлтийн ард түмний ах дуугийн ган бат найрамдалд мөнх дурсагдах үйлс бүтээсэн хүмүүсийг олон мянгаар тоолж болохсон билээ.

Тийм хүний нэг нь ЗСБНХОУ-ын гавьяат эмч, манай ард түмний дунд „доктор Шастин“ гэж алдаршсан Павел Николаевич Шастин юм. Тэрээр Лениний узэл санааг анхнаасаа талархан хаант засгийн харгис бурангуй байдлыг чин зурхиээсээ узэн яддаг хувьсгалч дайчин, энэрэнгүй хүнлэг узэлтэй эмч байжээ. Энэ учраас хаант засгийн харгис дэг журмын эсрэг гарсан оюут, нуудын хувьсгалт хөдөлгөөнд оролцож, Казаны их сургуулиас хөөгдөж байсан ахмад хувьсгалчдын нэг юм.

Зөвлөлтийн энэ нэрт хувьсгалч, алдарт эмч Павел Николаевич Шастин, түүний үр хүүхэд, ач гуч, манай улсын эрүүлийг хамгаалах байгууллагыг үүсгэн байгуулах бэхжүүлэх, хүн ардын эрүүл мэндийн төлөө амьдралаа зориулж ирсэн нь бахархалтай юм.

Үүнтэй холбогдсон баримт бичиг хамт ажиллаж байсан нөхөд тэднээр эмчлүүлж байсан хүмүүсийн дурдатгал дурсамж зэрэгт тулгуурлан энэ өгүүллийг бичив.

„Заря“ сонины 1923 оны 8 дугаар сарын 11-ний 3 дугаарыг сөхөхөд „Энэ өдөр доктор П. Н. Шастин Монгол болон түүний Урге хотод эмнэлгийн хэргийг үүсгэн байгуулах хэргээр манай засгийн газрын урилгаар Иркутскээс уригдан ирлээ“ гэж мэдээлжээ. Тэгвэл „МОНТА“ гэдэг өөр нэгэн сонины 1923 оны 3 дугаар сарын 14-ний дугаарт „Эмч урьсан нь“ гэдэг гарчгийн дор „Цэргийн эмнэлгийг сайжруулах зорилгоор доктор Шастинг Иркутскээс урихаар Цэргийн зөвлөл шийдвэрлэв“ гэж бичжээ. Павел Николаевич бол манай ардын арми болон иргэний орчин үеийн эмнэлгийн тулгын чулууг тавилцсан зөвлөлтийн анхны эмч, нэр хүндтэй төлөөлөгчийн нэг юм.

Павел Николаевич хувьсгал, хуучин ёс хоёр чухамхуу хэн нь хэнийгээ вэ гэсэн гал ус мэт ширүүн тэмцлийн үед Нийслэл хүрээнд „Төвд эмнэлэг“ „Европ эмнэлэг“ гэсэн хаяг бүхий хоёр гэр анх хаяалдан буужээ.

Нэгнээс нь арц, хүж, төвд эм тангийн үнэр ханхалж байхад, негеөгөөс нь спиртийн сэнгэнэсэн хурц үнэр ханхлах ажээ. Түүний тавилга хэрэгсэл нь хүртэл тэнгэр газар хоёр шиг ялгаатай. Нэгэнд нь хулсан хавчаартай, суран үдээстэй, илгэн манхагтай эм, тан, хээ хуар болсон авдар, явган ширээ зэрэг байхад негөө нь цагаан даавуугаар бутээсэн намхан модон ор, вандан ширээ, сандал, шүүгээтэй байжээ. Төвд эмнэлгийн гэр дотор луун хээтэй тортон дээлтэй, шар шашир малгайтай лам нар байхад нөгөөд нь тайранхай халимаг үстэй, дун цагаан халаадтай орос, монгол хүмүүс ажиллаж байв.

Шастин докторын эмнэлэгт сувилагч байсан ардын хувьсгалын партизан Гомбожав гуай:

— Лам нар, хувьсгалын эсрэг үзэлтнууд докторын тухай ирсэн өдрөс нь „улаан оросоос хутга мэс барьж, огтлож хэрчихээ урьтал болгодог орос доовтор ирсэн. Хүний амь насанд цөв суулгаж гай тарихаас биш, ач тус үзүүлэхгүй“ гэсэн цуу уг тарааснаас хүн ирж үзүүлэхгүй учир доктор өдөр өнжин хоосон сууж, үзсэн өвчтөнөө буртгэх дэвтэр нь орой болоход нэгч хүний нэр бичигдэлгүй хоосон хэвээр хаагдаг байжээ. Павел Николаевич гэрийн гадна хөлийн чимээ гарах тоолонгоор босон харайн харна. Тэр хүмүүс түүний бараанаар зугатан ногөө гэрийн зүг одно. Тэгэхэд түүний урам хугаран, шүурс алдаж, толгой сэгсэрг суухыг харж суухад үнэхээр хэцүү байдаг байлаа. Нэг өдөр тэр

— Гомбожаваа! Та бид хоёрын энэ гэрт яагаад хүн орж ирдэггүй юм бэ?Өвчин эмгэгдээ баригдсан хүн өдий төдий байж байдаг. Эмнэлэг гэж байгаа нь энэ хоёрхон гэж асууж билээ. Би аргаа барж, түүнийхээ сэтгэлийг бодохдоо

— Харин ээ! хүн ирнэ байхаа гэдэг байв. Ийнхүү хоног сар өнгөрөөж байтал гэрийн хаалга торжигнох чимээнээр бид хоёр уралдах шахам гарлаа. Гэтэл ёстай найгаа алдсан хувцастай амь нь хаанаа байгаа юм бол гэлтэй муухай царайтай эр манай гэр түүшин гүйван зогсож байв. Доктор маань түүнийг өрөвдөхийн ихээр өрөвдөн, цээрлэж цэрэвсэнгүй тэврэн авав. Тэгтэл авч явсан бололтой нэг эмэгтэй ухаскийн зугатаж хол очоод хашааны завсраар харж байв . . . .

Павел Николаевич түүнийг орон дээрээ хэвтүүлээд үзэж гарлаа. Тэгсэн ногеедех хүн, Энэ орос чинь намайг алах гэж байна. Чи монгол хүн байна намайг, энэний гараас салгаач! Би нэртэй оточ маарамбаар эмчлүүлж хогшил хөрөнгөө бартал гүрэм дором хийлгэсэн. Багш ламтан намайг эдгэж сэхэшгүй хорлол болжээ гэж айлдсан юм. Гэртээ очиж мөрөөрөө үхье! гэж үхэн хатан гүйж гиншив. Манай анхны өвчтөн энэ байв. Доктор маань эмчилсээр, түүнийг эв өрүүл болгож билээ.

Үүнээс хойш өвчтөн буртгэх дэвтрийн хуудас эргэж эхэлсэн юм гэж дурсан ярьж байна.

— Дараа нь Павел Николаевич дээш нь мэдүүлж өвчтөний хэдэн ортой эмнэлгийн байр гэж нэг жижиг байр баруулаад дан боловч маргааш нээнэ гэж байхад урьд шенө нь ардын хувьсгалын ололт амжилтанд хорсогчид шатаажээ.

Архангай аймгийн Цэнхэр суманд малчин байсан, доктор Шастыны морин жолооч Доржсүрэн гуайтай уулзлаа. Тэр Павел Николаевичээр барахгүй түүний гэргий Мария Игнатьевич Шастина, хүү Николай Павлович Шастин, түүний гэргий Тамара Николаевна Ященко, хүү Павлек гээд цөмийг нь юу юу хийж байсан, яаж амьдарч ажиллаж байсныг нэгт нэггүй мэддэг хүний нэг байна. Тэрээр:

— Мария Игнатьевна нилээд монголжуу царайтай атлаа өндөр хянгадуу хамартай сайхан ааштай, бага эмч хүн байсан. Хүү Николай Павлович Шастин, түүний эхнэр Тамара Николаевна Ященко хоёр ааваасаа хойш 1926 оны орчим ирсэн юм. Хүү Шастин мэс засалч эмчээр эхнэр нь лабораторид ажилладаг. Ажлын газар нь хуучин усны гудамжны хавьд байсан санагдана. Хүү Шастыны эгч Нина Шастина гэж байлаа. Тэр бүр сүүлд жуулчин шинжээч нартай хамт ирээд манай судар бичгийн хүрээлэнд ажиллаж байсан юм. Хүү Шастыны хүү Павел Николаевичийн ач Павлек чинь манай Сэлбэд терж, хөлд орсон, энэ нутгийн хүн гэж ярьж билээ. Доржсүрэн гуай ярианыхаа дундуур, өврөөсөө

мөнгөний томоо түрийвч гарган уудлаж байснаа хоёр гэрэл зураг гарган.

— Манай доктор „Карька“ „Васка“ гэж хээр, бор зүсмийн хоёр морьтой байсан юм. Бор морио оорее, хээр морио хүүдээ унуулдаг. Заримдаа бөмбөгөн дугуйтай тэрэг хөллөөд явж өвчтөний з аллаганд гарч өгнөдөө. Энэ Павел Николаевич бор морь тойгоо, нөгөө нь Николай Павлович хээр морьтойгоо байж байгаа нь энэ. Хоёуланг нь эмчилж эдгэрүүлсэн өвчтөн, хүүхдийн эцэг эх өгсөн юм гэнэ билээ. Барьц авлага гэж мэдэх биш. Бүр шахаад байхаар нь өвчтөн олны тусын тулд хүлэг болгоё доо, тэгвэл гээд авсан гэж байгаа шүү! Хээр морийг нь лав Бадамцэрэн гэдэг буриад түүний эхнэр Цэрэндуулам хоёр хүүгээ ухлуут байхад нь амийг нь аврахад өгсөн юм гэнэ билээ гэсэн сонин түүх ярж билээ.

Шастиныхы үед багш байсан Чимиддорж гэдэг хүнтэй уулзав. Тэр оор нэгэн сонин дурсамж ярьсан юм. Анагаах ухааны эмнэлэг овоо тэрлэн, олны хайр хүндэтгэл татаад ирэхийн сацуу сувилагч, асрагч нарыг бэлтгэх хэрэгтэй болсон ажээ. Тэгээд Шастиныхан бараг гэр бүл, хүүхэд бэргүй хүн элсүүлэн олох тэгэхдээ хамгийн түрүүнд оорийн эмнэлгээр эмчлүүлж эдгэрсэн хүмүүс, хүүхдийн эцэг эхийг түшиглэхээр тогтжээ. Энэ ажлын ялдамд мөн эд хөрөнгө, эрх ямбатай айлаар орж хөөгдөж явсан хөгтэй түүхийн тухай яриад нэг өдөр Павел Николаевич, Николай Павлович хоёр хүний ясан дээр хичээл зааж байсныг харсанаа өгүүлээд

— Тэгэж хичээллэж байсан байр бол одоогийн В.И. Лениний Музейн ар талын, анх зөвлөлтийн улаан цэргийн штаб байрлаж байсан, хоёр давхар улаан дунзэн байшин юм шүү гэж ярив.

Би ардын хувьсгалын партизан, манай ууган тээвэрчний нэг Даваагийнд очив. Даваа гуай урьд эдүүгээгээ харьцуулан бодсон янзтай, хэсэг бодолхийлон байснаа:

— Би машин тэргийг барин Николай Павлович Шастин, түүний гэргий Тамара Николаевна Ященко хоёртой Хэнтий, Дундговь аймагт нэг удаа явсан юмсан. Эхлээд хэрэг зоригийг нь ч мэдэхгүй байлаа. Нутаг газарт нь очсон хойноо, тарваган тахал дараахаар явсан юм байнаа гэдгийг ойлгож билээ. Мянга есөн зуун тучин хэдэн оны нэг намар юм шүүдээ. Тэр хоёрыг би хараад хүний нутаг, гүний газар ирчихээд бидний төлөө ингэж амиа алдах гэж явах хүн гэж бас байдгаа! Тэгээд хань ижлээрээ шүү гэж бодохоос, өр өвдөж байж билээ. Ингэж бодохоос оор аргагүй байсан юм. Яагаад вэ тэвэл Николай Павлович хуяг хаалт, хамгаалалт болсон хувцас сольж, марлиар толгойгоо боож, баахан эм, спирт аван хонь мал нь билчиж хот хороо нь харлаж эзэн нь ухэж үрэгдсэн, үлдсэн нэг нь үйл тамаа үзэж, хотны нохой нь хүртэл уул хаданд гарсан үхлийн голомт уруу яваад өгдөгсөн. Тамара нэхрийнхээ хэрэглэх хоол унд, бусад хэрэглэлийг хээр аваачиж тавьдагсан. Сайхан сэтгэлтний үйлс бүтнээ гэгчээр тэр хоёр маань амь насаа алдалгүй ажлаа сайн бүтээж олон хүний аминд орсондоо хеөрхий. Зөвлөлтийн хүмүүсээ гэж сайхан шүү гэж ярив.

Бүхий л насаараа ардын арми, сэргийлэх байгууллагад ажилласан хүний хувьд, Павел Николаевичийг армийн эмнэлэгт ажиллаж байсныг сайн мэдэх болов уу гэж бодсоор хурандаа Юндэнтэй уулзаж билээ.

— 1932 оны хавар юмсан. Архангайн Тариат, Хөвсгөлийн Рашаант, Завханы Шумуултайн хүрээ гээд нилээд газар хувьсгалын эсэргүү хөдөлгөөн гарсан л даа. Тэгээд Архангайн Та-

риатад гарсан бослогыг дараахаар явсан Содномын отряд хүнд гарз хохирол үзэв. Содном өмч Немой нар дайсны гарт шархадагсад, амь урэгдэгсдэд эмнэлгийн тусламж үзүүлэх, тэднийг цэргийн эмнэлэгт онгоцоор авчирах үүрэг Павел Николаевичид ногдсон юм. Аймгийн төвд Павел Николаевичийн очиход өвчтэй хүнээ үзүүлэх, эмчлүүлэх нэрийдлээр амь насыг бурэлгэх гэсэн оролдлого гарч байсан юм. Түүгээр ч барахгүй шархдагсанаас аваад онгоц хөөрөх гэж байхад буудсанаас онгоц нь бууны сумны цоорхойтой буцаж ирж байсныг би сайн мэдэж байна. Ер нь Шастиныхан манай эрүүлийг хамгаалах байгууллагыг үүсгэн хөгжжүүлэх, ардын хувьсгалын ололт амжилтыг бэхжүүлэх үйлсэд үхэхээс бусдыг үзэж тэмцэж явсан хүмүүсээ гэж дайчин хүний ёсоор эрс шулуун өгүүлсэн юм. Манай эмнэлгийн ахмад ажилчин эмгэн Жанчив гуай

— Мэдэхээр барахуудаа дүү минь! Тэд нар чинь миний өдий зэрэгтэй явах, зам чигийг минь зааж өгсөн ачтан багш нар маань байхгүй юу хэмээн баярлан хэлээд

— Павел Николаевич багшийг „үхсэнийг амьдруулагч“ гэдэг байсан юм шүү дээ! яагаад гэвэл манай багш нэг өвчтөний урилга заллагаар Улаастай тийш явжээ. Тэгээд тэндээсээ орой бурий болсон хойно буцаж явах зам зуурtaa, навтас эсгий нөмрөгсөн Жодгор шиг юмнаас морь нь үргэж, арайтай унагачихсангүй. Дагуулж яваа залуугаасаа энэ юун жодгор вэ? гэвэл

— Болохгүй доктор oo! явъя явъя! гэж айсан янзтай өгүүлэхэд нь түүнд морио бариулаад очиход дээлээр хучсан хүн байжээ.

— Та яласан хүн бэ? гэвэл, тэр амаа ангалзуулан, дуугарч чадахгүй байжээ.

Харах нуд нь ширгэсэн мэт хөнхийн, хацар нь шуугдан хонхойсон тэр охиныг харахад үнэхээрийн өрөвдөлтэй байжээ. Тэгээд багш түүнийг эмнэлэгтээ авчран, эмчлэн эдгэрүүлсэн. Тэр охин манай эмнэлэгт ажилчин болсон гэж дурсан ярив.

Эрүүлийг хамгаалах яамны анхны сайд агсан эмгэн Пунцаг гуайтай уулзаж басхүү мундахгүй сонин сонсов.

— 1934 оны үе л юм даа майн баяр боллоо. Тэр баяраар Павел Николаевичийн маань гавьяа зүтгэлийг нам тэр өндөр үнэльж „Алтан гадас“ одонгоор энгэрийг нь мяндаасан юм. Тэгээд 1938 оны үед „ирсэн шувуу буцдаг“ гэгчээр буянтай тэр буурал эмч дэгдэхэйгээ дагуулсан жигүүртэн адил, идээшиж дассан монгол орноосоо, эх нутгаа зорин хүүхдүүдээ дагуулан буцсан билээ..... Одоо Нина Павловна Шастин Дорно дахины түүх судлах институцийн монголч эрдэмтэн, монголын түүхийг судлан туурвисаар байна.

Ач хүү Павел Николаевич Шастин монголд ирж ажиллаж байгаад буцсаныг уншигч та бүхэн юу эс андахсан билээ.

Монголын ард түмний төлөө Шастинихны байгуулсан гавь-яаг цухас дурдахад ийм байна.

Сэтгүүлч Ц. ТҮДЭВ

## ДУРСАН САНАХАД ...

1939 оны 3-р сарын дундуур билээ. Тамсагийн 6-р дивизийн хээрийн буудалд хоёр онгоц ирж буув. Тэгэхэд би улс төрийн газрын орлогч даргын сургагч Амосовын хамт 6-р морьт дивизэд ажиллаж байсан юм. Тэр хоёр онгоцны нэгээр маршал Чойбалсан

олон дарга нарын хамт ирсэн байв. Нөгөө хоёр моторт онгоцонд нь дарга нарын хувцас, гар буу, сум дүүрэн ачсан байв. Маршал Чойбалсан сургагчтай уулзаад:

— Би өнөө шене хязгаарын нэг отрядаар ороод нэг цагт ирнэ. Даргаар дэвших бүх цэргүүдээ дивизийн клубт цуглуулаад бай! Онгоцор ирсэн хувцас, буу сумыг дивизийн клубын жижиг өрөөнүүдэд хийх хэрэгтэй хэмээн тушаав.

Бид маршалын тушаал ёсоор цэргүүдийг оройн 10 цагт амраагаад шинээр дарга болох бага дарга, цэргүүдийг 11 цагт босгож клубт цуглуулан маршалыг хүлээлээ. Тэгтэл шенийн яг нэг цагт маршал Чойбалсан Дотоод яамны олон дарга нарын хамт ирэв. Маршал рапорт авсны дараа тэнд цугларсан цэрэг дарга наарт хандаж уг хэлэв.

Тэр олон улсын байдлаас яриад:

— Японы цэрэг халхын гол орчмоор довтлох мэдээтэй байна. Хил зөрчсөн дайсантай манай хязгаарын цэргийн застав, харуулууд байн байн тулалдаж байна. Ийм хүнд үед та бүхнийг цэргийн дунд, ахлах дарга нараар дэвшүүлэн томилох гэж би ирээд байна хэмээн хэлээд намайг тушаалын төслөө унш гэв.

Би Амосов сургагчтай хамтран орос, монгол хэл дээр бэлтгэж, Дотоод яам, маршалд явуулсан тушаалын төслийг хоёр цаг шахам уншив. Тушаал уншиж дуусмагц маршал шинээр томилогдсон дарга наарт, уурэг өгч байсныг санаж байна.

— Та бүхэн зөвлөлтийн сургагч Амосов, Васильев, Малов нарын удирдлагаар буудах, сэлмээр чавчих, жадаар хатгах, нуувч малтах сургуулийг сайтар хийж сургцаах хэрэгтэй.

Эх орны төлөө эр цэргийнхээ үүргийг сайн гүйцэтгэ!

Тайван цагт хэлс их гаргавал дайнд ялдаг гэдгийг санах хэрэгтэй гэж хэлж байсан юм.

Маршалын энэ тушаал ёсоор дарга нарыг эдгээр эрдэмд сургах хичээл сургуулийг бид 3-р сарын 15-аас 5-р сарын 5 хүртэл одер шенгэгүй хийлгэж байв.

1939 оны 5-р сарын 16-ны өглөө сургагч Амосов бид хоёр хоолонд орохоор явж байтал олон моторын дуу сонсогдох шиг болов. Учрыг мэдэхгүй би гайхаадаа

— Товарищ инструктор! что за гул моторов? гэж асуутал Амосов сургагч тэнгэр өөдөл өлийн хараад

— Японы онгоцууд манай дивиз дээгүүр тагнуул хийн эргэлдэж байна гэж хэлэв. Нээрэн японы 61 онгоц агаарт эргэлдэж байв. Бид хоёр агаарын мэдээний газар руу очиж яаралтай цахилгаан утас явуулна гэж хэлээд дивизийн штабт ирж, бүх дарга нарыг цуглуулан эл учрыг мэдэгдэв. Тэгээд Маршалд явуулах цахилгаан утасны үгийг сургагч минь орос хэл дээр зохиож би монгол дээр хөрвүүлэн нууцын даргад өгч нэвтрүүлж билээ. Хоёр цагийн дараа маршалаас хариу ирлээ. Түүнд Хамар Даваа, Хайластын гол хүрч, гол хүч очтол дайсны толгойн ангиудыг барьж байлдаж байхыг тушаасан байсан. Уг тушаал ёсоор 6-р морьт дивиз халх гол руу хөдлөв. Бид шене өдөргүй маршаар явж Хамар даваанд хурлээ. Маргааш нь 15,17-р морьт хороод халхын голыг гатлан Хайластын гол, Номон хаан, Бүрд овооны орчим газрыг эзлэн байрласан юм.

1939 оны 5-р сарын 27-ны шене дайсан хил зөрчин довтолсны зэрэгцээ дивизийн ар талаар ихээхэн хүч оруулж Халхын голыг эзлэх гэж байгаа нь тодорхой болов.

28-ны өдрийн үдээс хойш дивизийн ар талаар орж ирсэн дайсан-тай бага даргын сургууль, Гэлэг баатрын цэргүүд маш ширүүн

тулалдаар Хайластын гол Халхын гол руу цутгадаг билчрийн том элсэн хонхорт оруулан бүслэн авч гурван өдөр шене байлдаж устгасан. Тэр тулалцаанд амьд үлдсэн японыг баривчлан авч ар тийш хургуулсан юмдаг. Энэ үед хилийн цаанаас довтолсон дайснуудтай 17 р 15-р хороо тулалдан буцааж байсан юм.

28-ны тулалдаанд дивизийн дарга Шаарийбуу дайсанд буудагдан амь үрэгдэв. Орой нар жаргах үес бид жаахан амасхийж байтал дивизийн сургагч Васильев, улс төрийн газрын сургагч Амосов нар

— Дивизийн даргаар хэнийг томилох саналтай байна вэ? гэж надаас асууж билээ. Бид 17-р морьт хорооны дарга дэслэгч Данандарыг дивизийн даргад томилох саналаа зөвшин тохиролцож маршал Чойбалсанд мэдэгдсэнд ёсоор болгон нөхөр Данарт ахмад цол олгов. 1939 оны 6-р сард ерөнхий сургуулийн курсийн захидал ахлах дэслэгч М. Цэдэндаш цэрэгт шинээр татагдсан хуучин бэлтгэл цэрэг хүргэж халх голын фронтод ирж билээ. Тэр үед хэдэн ноцтой шалтгаанаас цэргийн удирдах бүрэлдэхүүн дутуу байсан юм. Би Цэдэндашийг штабын даргын албан тушаалд томилох санал гаргаж, дараа нь маршал Чойбалсанд мэдэгдэхэд ёсоор зөвшөөрөн түүнд ахмад цол олгож байж билээ. Энэ мэтээр дарга нарыг нөхөн томилох ажлыг сургагч Амосовын хамт хийж орос хэл мэдэх хүн ховор байсан учир орчуулагч, хэлмэрчийн үүрэг гүйцэтгэж байлаа. Тагнуулын янз бүрийн мэдээг өдөр, шөнөгүй сууж орчуулан дивизийн штабын сургагч Малловын хамт газрын зураг дээр буулган дивизийн дарга сургагч нарт танилцуулдаг байв. Би 1939 оны 3-р сард МАХН-ын гишүүнд элсэн байлдаанд орж байлаа.

Ардын хувьстгалын гэрэл гэгээний ачаар хөдоогийн ядуу малчны жирийн хүү би бичиг үсэгтэй болж хилийн хулгайч, хувьстгалын эсэргүү нартай байлдаж, малчин ард түмэнд бичиг үсэг зааж цэргийн ерөнхий сургуульд суралцан төгсөж халх голын байлдаанд ийнхүү оролцсон юм. Энэ маань надад улс төр, амьдралын их сургууль болсон юм.

Үүний ачаар би их сургууль төгсөж хүний их эмч болсон төдийгүй анагаах ухааны докторын зэрэг хамгаалж, шинжлэх ухааны академийн сурвалжлагч гишүүн, БНМАУ-ын гавьяат эмч болсон гэж санадаг.

Профессор Б. РАГЧАА

## МЭРГЭЖЛИЙН ЗӨВЛӨЛГӨӨ, ЛЕКЦ, ТОЙМ

Ю. П. ДЕРЯГИН, Г. П. ДЕРЯГИНА, Л. ДАМДИНСҮРЭН, Г. ЦЭРЭНДАГВА,  
Н. ЖАНЦАН, Т. НЯНДАГЖИД, С. СУХБААТАР

### ШАРЛАЛТЫГ ЯЛГАН ОНОШЛОХ АЛГОРИТМ, ТҮҮНИЙГ ЭМНЭЛЗҮЙН ПРАКТИКТ АЖИГЛАХ НЬ

Шарлалтын ялган оношлол бол нэн төвөгтэй асуудлын нэг юм. Лабораторийн шинжилгээгээр оношлох нь жил ирэх бүр сайжирч, биохими, дархлал судлал, дурс судлалын болон багажийн (колонофиброскопи, реографи, цемийн онош зүй г. м) шинжилгээний аргууд улам бүр практикт нэвтэрч байгаа ч гэсэн эдгээрт зохих хэмжээний бэлтгэл зайлшгүй шаардах учир голдуу стационарын нохцөлд л хэрэглэдэг.

Шарлах хам шинжтэй өвчтөнийг ихэвчлэн поликлиник, халдвартын больниц, хүлээн авах тасгийн эмч үздэг учир төвөг багатай, сонгодог аргуудыг (өвчтөний өгүүлэл, үзлэг, тэмтрэх, чагнах, цусны ерөнхий шинжилгээ) л хэрэглэдэг байна. Гэтэл чухам энэ анхны үзлэг эмчилгээний тактик, өвчтөний хувь заяаг тодорхой хэмжээгээр шийдэх тул оношийг хугацаа алдалгүй зөв тогтоон нь чухал байдаг. Шарлах хам шинж бүхий өвчин нь зарим тохиолдолд хагалгаа хийх (цөсний чулуу, хортой ба хоргуй хавдар), жирэмслэлтийг таслан зогсоох (жирэмсний үеийн цочмог сөххлөг гепатоз) зэрэг яаралтай арга хэмжээ авахыг шаарддаг бол зарим тохиолдолд эрчимт эмчилгээ (элэгний гаралтай цочмог энцефалопати) буюу шалтгааны эмчилгээ (лептоспироз, хумхаа, үжих, хуурч сурьеэ)-г цаг алдалгүй эхлэх хэрэгтэй болдог. Ийм тохиолдолд эмчилгээг хэдий чинээ эрт эхэлбэл үр дүн нь төдий чинээ сайн байдаг.

Шарлах хам шинж нь вируст гепатитийн хамгийн гол шинж боловч хэвлэлийн баримт сэлтээр бол чухамхуу вируст гепатитийн үед л оношийн алдаа хамгийн их гардаг бөгөөд хордлогот болон хордлого-харшлын гепатит, гепатозууд, цөс чулуужих өвчин, элэг цөсний замын хавдар, үжил, халдварт мононуклеоз, хуурч сурьеэ, лептоспироз, хумхаа шар чичрэг, элэгний цирроз, архаг гепатит, цөсний хүүдий болон цөсний сувгийн цочмог болон архаг үрэвслүүд, жирэмсний нефропати болон эрт үеийн хордлэгээ зэрэг халдвартай болон халдвартай олон өвчний үед бас илэрдэг.

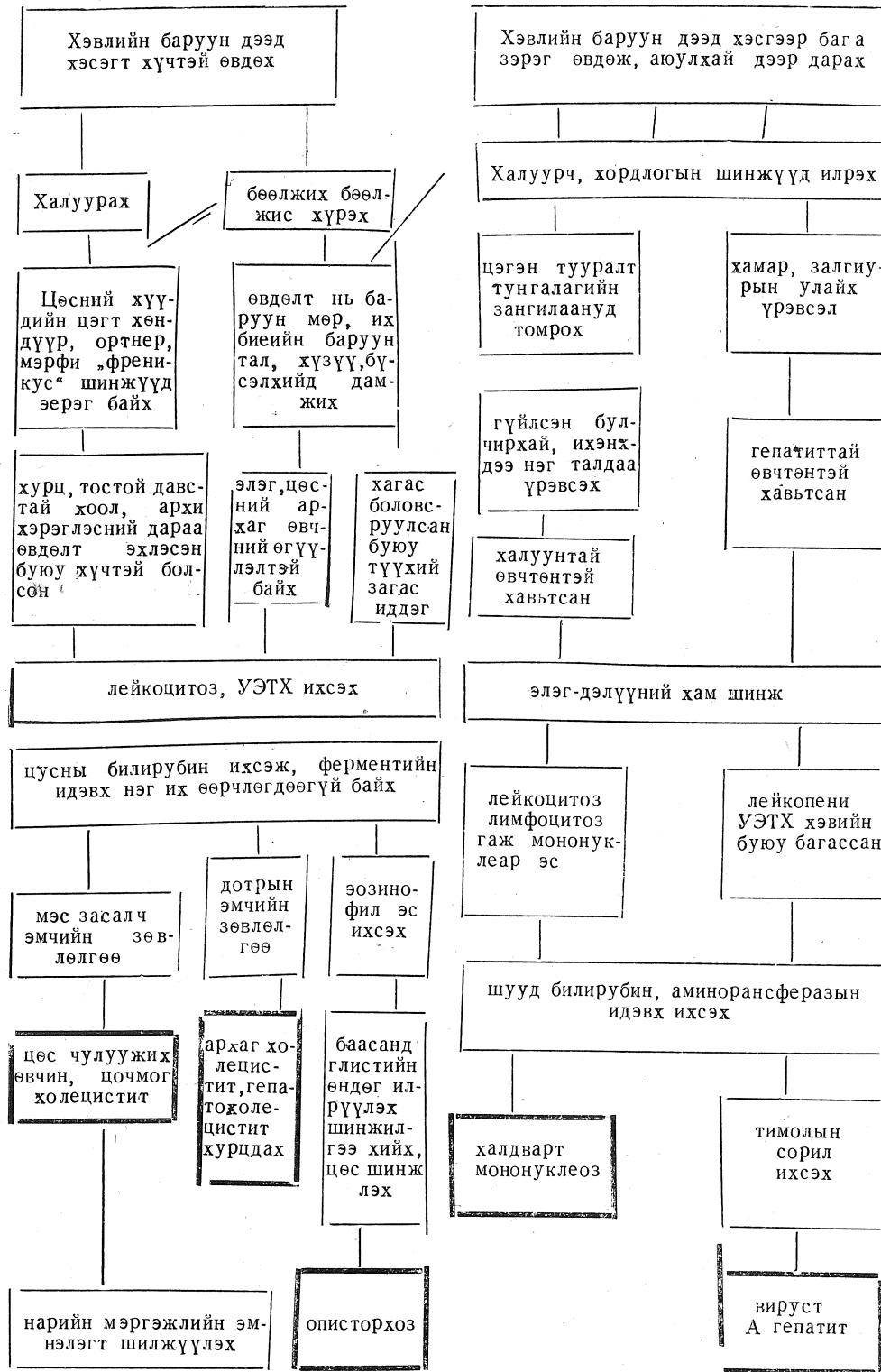
Шарлалтыг ялган оношлох асуудлыг ихэнх сурах бичиг, лавлах бичигт тун хангалтгүй бичсэн байдаг. Гэвч нарийн мэргэжлийн нэгэн сэдэвт бүтээлийг өөрийнхөө мэдлэг, туршлагатайгаа харьцуулан дүн шинжилгээ хийх чадвар бий болж амжаагүй байгаа оюутан, залуу эмч нарт ихээхэн бэрхшээлтэй байдаг. Иймээс ялган оношлоодо өвчний гол үндсэн шинжүүдийг ялган, хам шинжээр бүлэглэсэн гарын авлага нэн хэрэгтэй байна. Хам шинж дээр үндэслэсэн оношлол нь эмчийн цагийг хэмнэж, ажлыг нь ихээхэн хонгөвчилдэг.

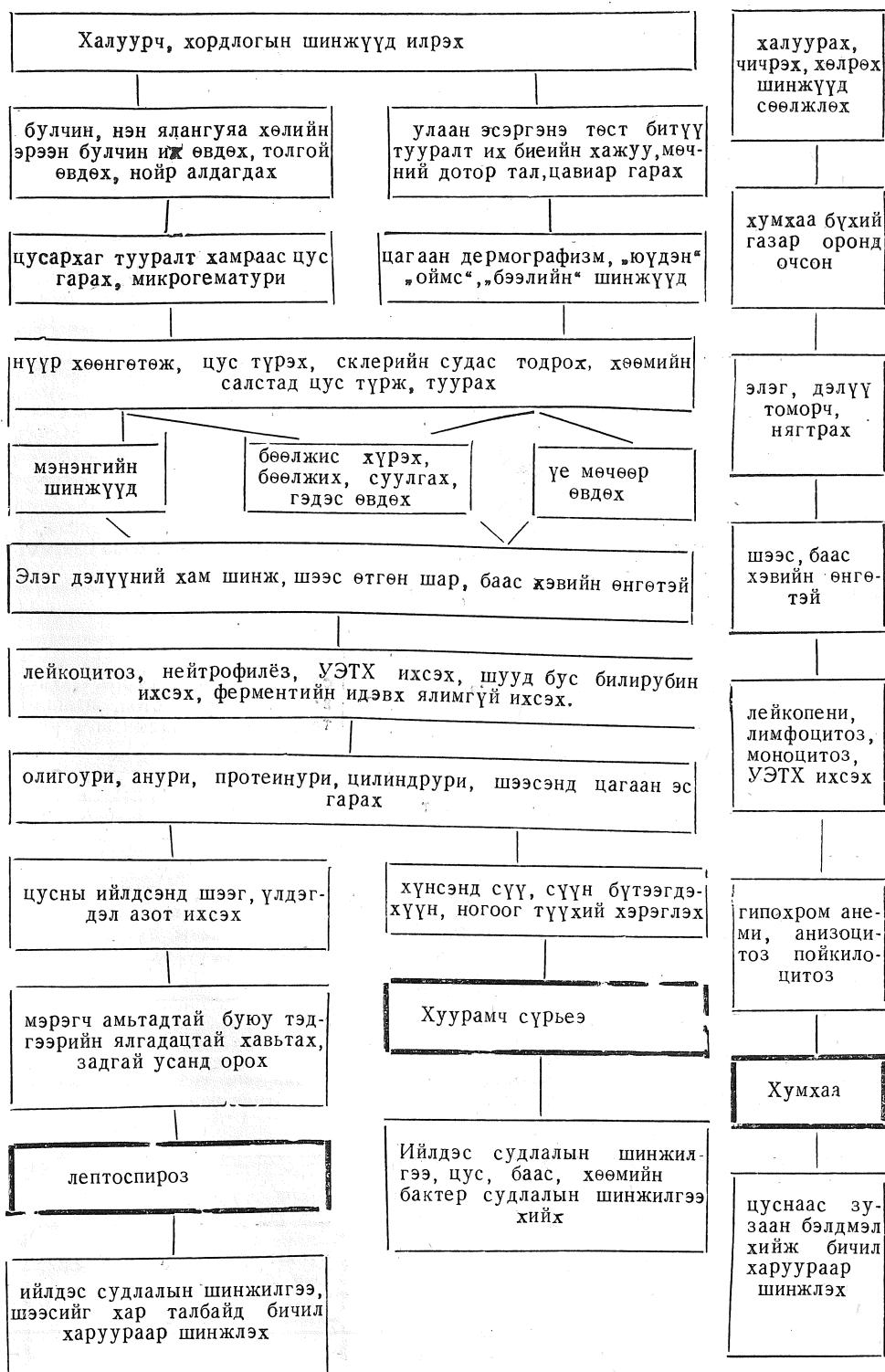
Бидний хийсэн энэхүү алгоритмыг практик оношлолд төдийгүй, оюутны сургалтын ажилд ч хэрэглэж болох бөгөөд зөвхөн халдварт өвчний онош тавих төдийгүй, шарлах хам шинжтэй

ОЛДМОЛ ШАРЛАЛТ

I

Цочмог эхлэл  
хэвлийн баруун дээд  
хэсэгт өвдөх





Арьсны өнгө шар ногоон, их загатнах,  
маажсаны ороор цус гарсан байх

Арьсны өнгө шарангуй  
саарал

бүслэхээр өвдөх

аюулхай, хэвлийн баруун дээд хэсгээр их хүч-  
тэй бус, дарж өвдөх

хоолонд, ялангуяа  
өөхтэй хоолонд дур-  
гүй болох, турх

халуурах  
чичрэх

амьсгаадах, ўруул, хуруу-  
ны хумс хөхрөх

шаралт нь үе үе  
ихэсч, багасах

Курвазьен  
шинж тэмдэг

хоолонд муудаж,  
бөөлжис хүрэх, бөөл-  
жих

хавагнах

элэг ялимгүй томорсон, нягт, хурц ирмэгтэй,  
тэгш бус гадаргуутай, шээс хар хүрэн, баас  
цагаан

элэг их томорч, нягтарсан,  
шээс хар хүрэн, баас саарал  
буую хар

Цус багадах, лейкоцитоз, УЭТХ ихсэх

судасны цохилт түргэсч, хэм  
алдах, экстрасистол, агшил-  
тын буюу суралтын шуугиан

билирубин ихсэх, шүлтлэг фосфатаз, холесте-  
рины хэмжээ ихсэх

цус, шээсэнд диа-  
стазын идэвх маш  
ихсэх.

12 хуруу гэдэсний  
шүүсэнд цус гарах

плеврит, перикардит, уушги-  
ны эмфизем, нефропати, 2  
хаваст хавхлаасны нарий-  
сал, уушгини зүрх өвчтэй  
өгүүлэх

Онкологийн зөвлөлгөө  
цөмийн онош зүйн, рентгенийн шинжилгээ элэг-  
ний биопси, оношлох лапаротоми

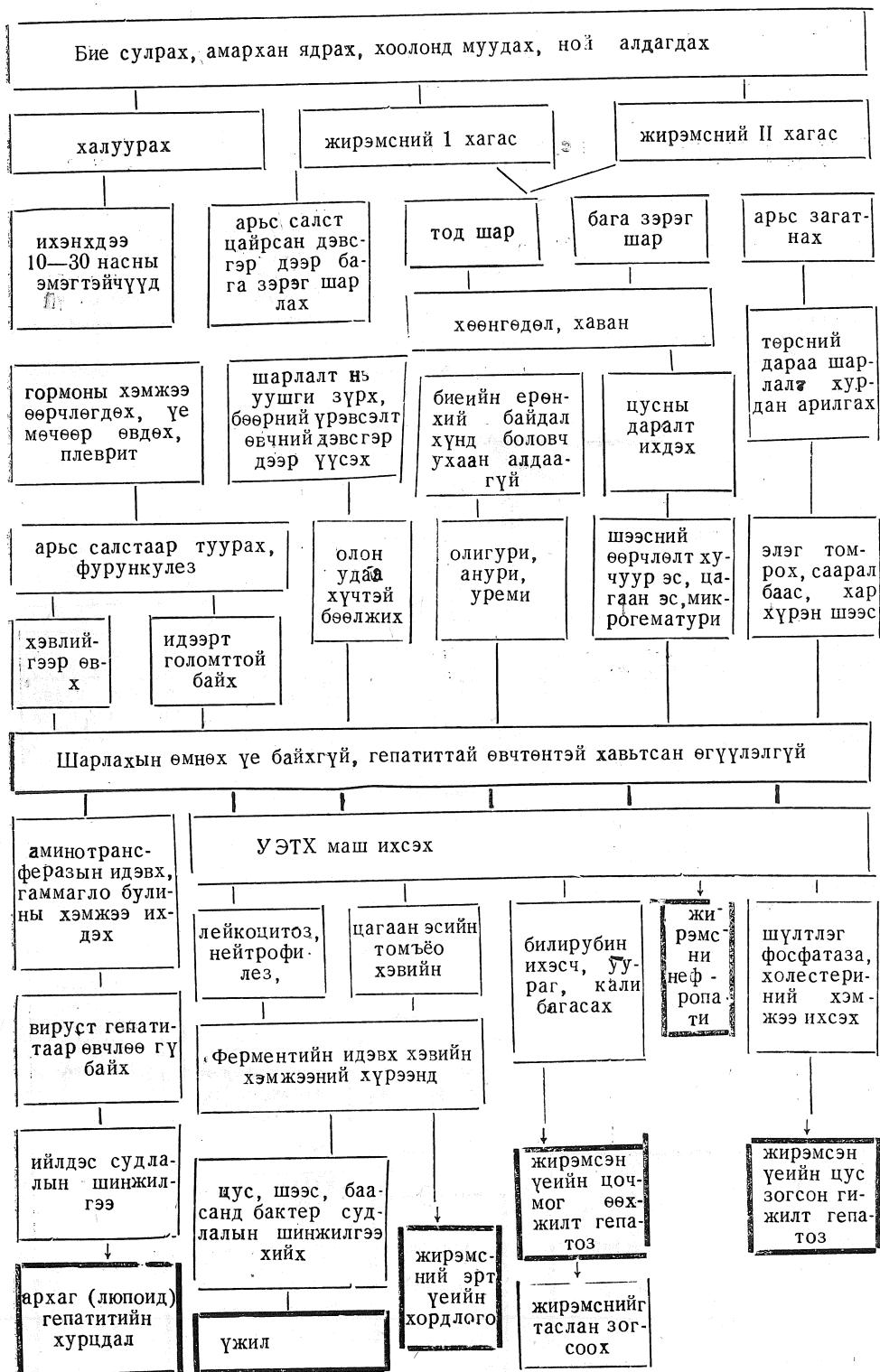
Нойр булчиржайн  
өмөн, архаг панкреа-  
тич

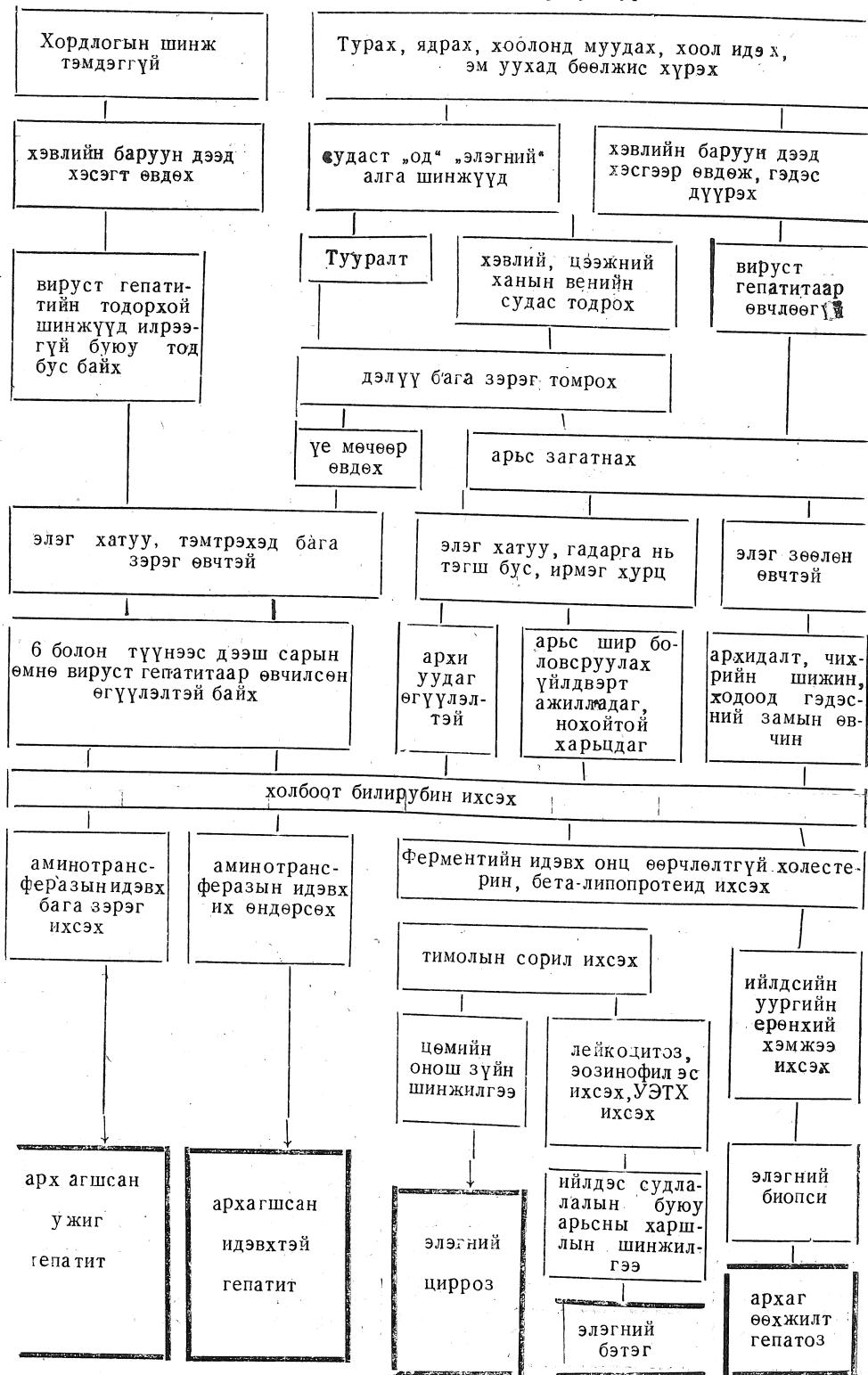
Фатеров хөхлөгийн  
өмөн

билирубин ихэссэн, фермен-  
тийн идэвх хэвдээ

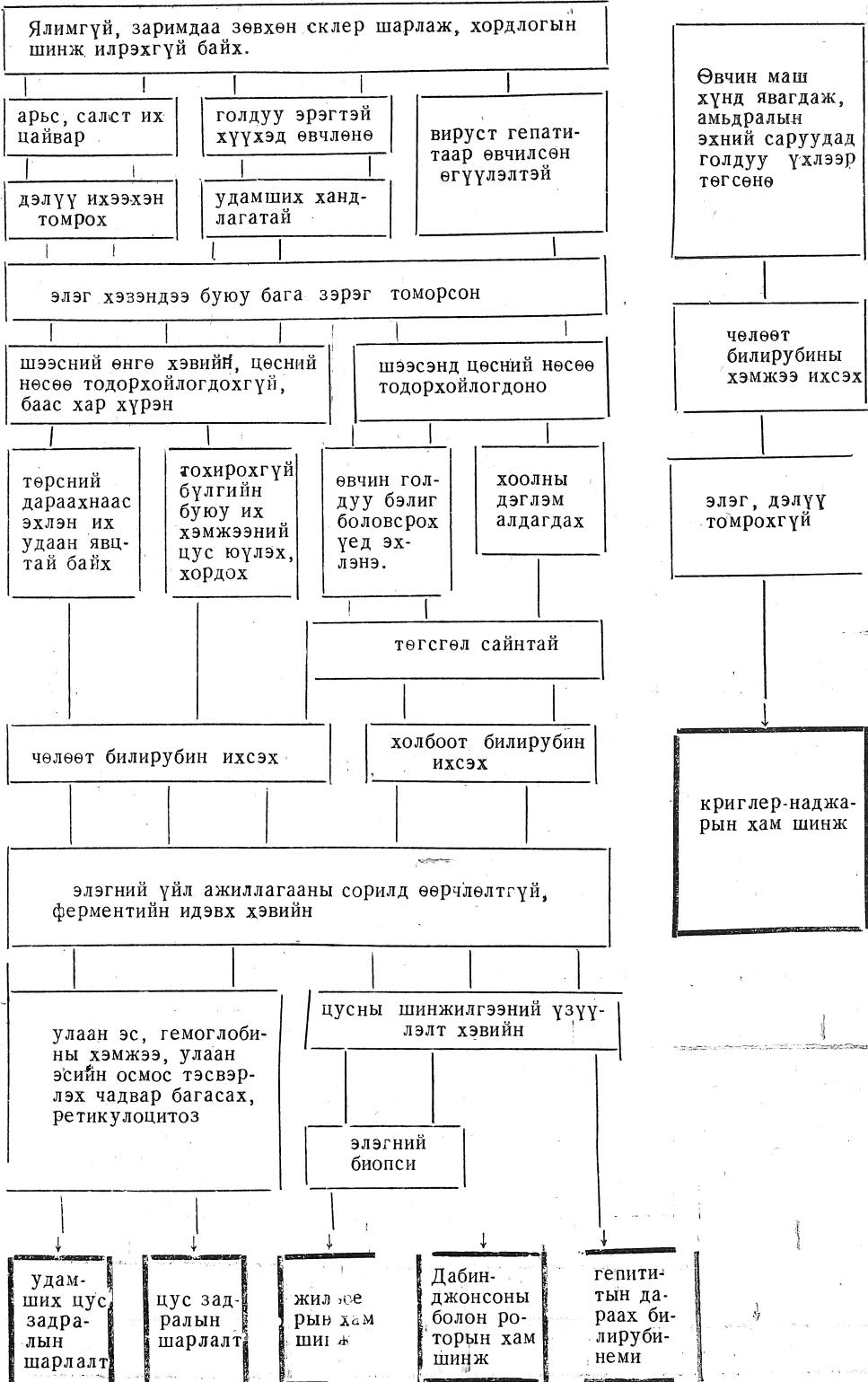
Тусгай мэргэжлийн эмнэлэгт шилжүүлэх

цусны эргэлтийн зогсонгиш-  
лын шарлалт





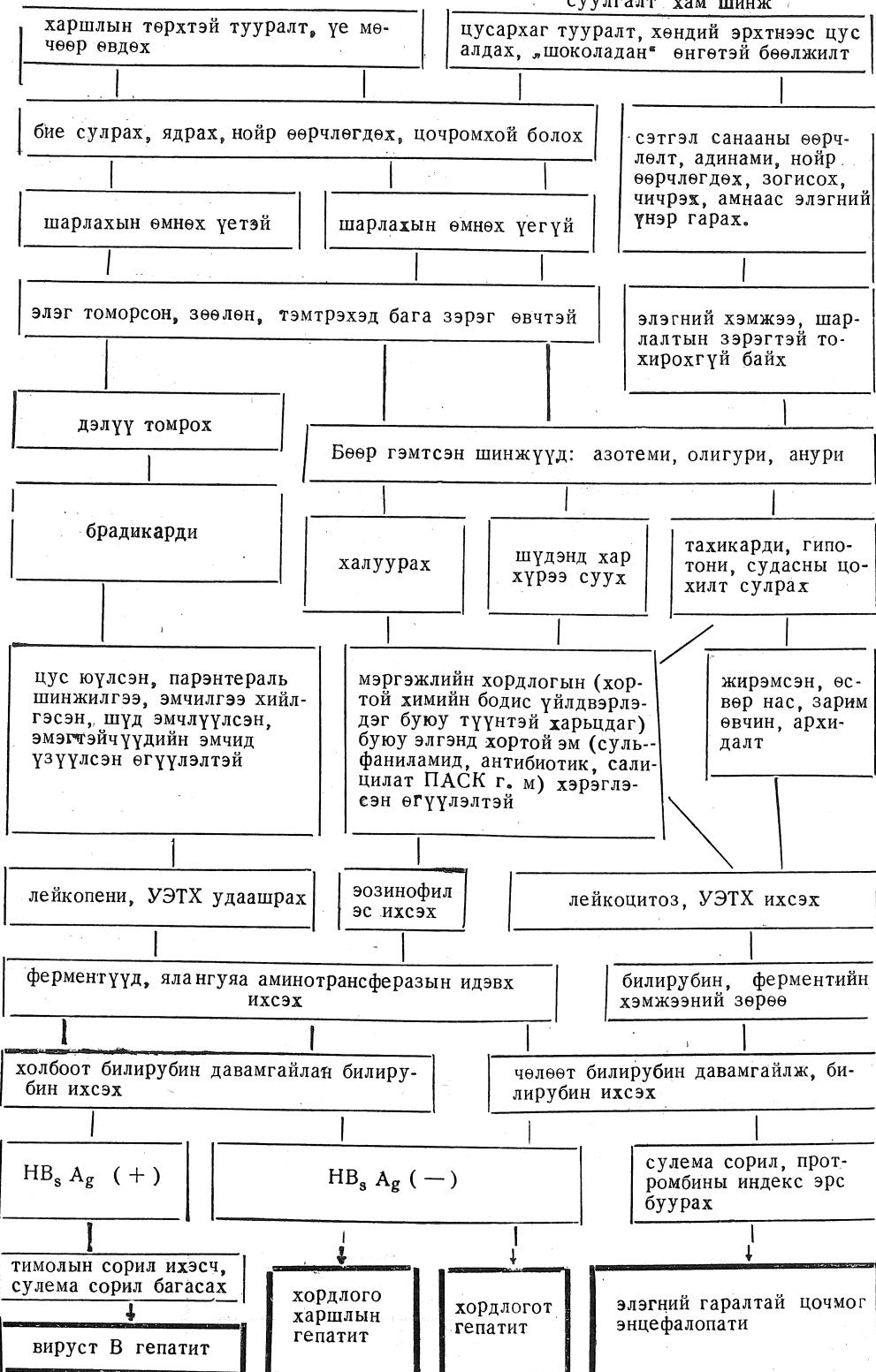
Ялымгүй, заримдаа зөвхөн склер шарлаж, хордлогын шинж илрэхгүй байх.



ОЛДМОЛ ШАРЛАЛТ

VII

аажим эхлэл  
суулгалац хам шинж



бусад эмгэг процессыг оношлоход ашиглах боломжтой юм. Алгоритмийг ашиглахад хялбарыг бодож, шарлах хам шинжийг үндсэн шинж тэмдгээр нь бүлэглэсэн болно.

Бид энэ алгоритмыг зохиохдоо цэс гаргах замын атрези, төрөлх улаануудын үе дэхь гепатит зэрэг оношлоход төвөг багатай төрөлх шарлалт, нарийн тусгай багаж төхөөрөмж, шинжилгээ шаардлаг, ховор тохиолддог Рейн болон Ниманн-Пикийн хам шинж, Байлерын, Вильсоны болон Кроны өвчин зэрэг удамшлын гаралтай шарлалтуудыг оруулаагүй болно.

#### Вируст гепатит А ба В-г ялган оношлох хэмжүүр

Оношлолын хэмжүүр	А гепатит	В гепатит
нас улиралчлал халдах зам нууц үе явл өвчиний эхлэл	1—30 насны хүмүүс намар—өвлийн ходоод—гэдэсний 2—6 долоо хоног хөнгөвтөр хурц	1 хүртэлх насны хүүхэд, хижээл хүмүүс улиралчлалгүй. парентераль ажиллабар 2—6 сар дундаас хүнд аажим
Шарлахын өмнөх үе: үргэлжлэх хугацаа хордлого  хам шинж харшлын тууралт	5—7 хоног халуурах, улайх үрэв- сэл хэлбэрээр хурц илрэнэ. голдуу томуу тэст байхгүй	10—12 буюу дээш хоног огт илрэхгүй буюу маш бага илрэнэ.  голдуу үеэр өвдөх 10—12 %-д тохиолдоно.
Шарлалтын үе: үргэлжлэх хугацаа Шарлалтын эрчим	1,5—2 долоо хоног цочмог эхэлж 2—4 хо- ногт дээд хэмжээндээ хүрнэ.	3 долоо хоногоос доошгүй аажим эхэлж, 2—3 долоо хоногт дээд хэмжээндээ хүрнэ.
Лабораторийн шинжилгээ:  HB <sub>s</sub> Ag билирубин ихсэх тимолын сорил аминотрансферазын идэвх ихсэх  Иммуноглобулин M	серөг бага зэрэг, тогтвортой маш ихсэнз. харьцангуй бодино ху- гацаанд (шарлалтын 15 дахь хоног хүртэл) 2—3 дахин ихсэнэ.	60—70%-д зэрэг тод, тогтвортой голдуу бага байна. удаан хугацаанд өндөр хэм- жээнд (4—6 долоо хоног) голдуу хэвэндээ байна.
Төгсгөл:  цочмог энцефалопати архаг гепатит	тохиолдохгүй үүсэхгүй	тохиолдож болно 4,5%-д үүснэ.

**Оношлолын алгоритмыг ашиглах журам:** Орчин үед хүний авч байгаа мэдээллийн хэмжээ асар их болсон нь эмч наар, ялангуяа залуу эмч нарыг олон төрлийн өвчний ялгах оношийн хэмжүү рүүдийг бүгдийг цээжлэх бололцоогүй болгож байна. Иймээс бидний зохиосон алгоритмыг цээжлэх гэх хэрэггүй, харин шарлах хам шинжтэй өвчтөнийг хүлээн авдаг өрөөнд хадсан байх нь хэрэгтэй юм. Эмч алгоритмыг ашиглан хэрэгтэй шинж тэмдэг, өгүүллийг эрэлхийлж болох юм.

#### **Жишиг нь:**

Эмчийн эхний асуулт: Өвчин хэзээ эхэлсэн бэ? гэхэд өвчтөн хэдхэн цагийн өмнө эхэлсэн гэвэл энэ нь өвчний цочмог эхлэл болох тул 1 ба 2 дугаар схемийг ашиглана.

Эмчийн хоёрдугаар асуулт: Юу өвдөж байна? гэхэд өвчтөн, хэвлэлийн баруун дээд хэсэгт хатгаж өвдөж байна гэвэл эмч 1-р схемийн зүүн дээд онцгот байгаа „хэвлэлийн баруун дээд хэсэгт хүчтэй өвдех“ гэсэн хэсгээс харах болно.

Эмчийн гуравдугаар асуулт: Яахаар өвдөж эхэлсэн бэ? гэхэд тостой хоол идсэний дараа гэвэл эмч өвчтөнийг үзэж хэвлэлийг тэмтэрч үзэх бөгөөд ингахэд цесний хүүдийн цэгт өвчтэй, Ортнерын шинж тэмдэг зэрэг байвал цусны цагаан эс, улаан эсийн тунах хурд зэрэг зарим боломжтой биохимиин шинжилгээг яралтай хийлгэнэ. Тэгээд мэс заслын эмчээс зөвлөлгөө авна.

Мэс заслын эмчийг үзлэг хийж байхад цусны шинжилгээний хариу гарах ба цагаан эсийн тоо болон улаан эсийн тунах хурд ихэссэн байвал цочмог холецистит буюу дочмог чулуутай холецистит гэсэн онош тавьж өвчтөнийг мэс заслын тасагт шилжүүлэх жишигтэй ашиглана.

## **Энэтхэг төвдээ өмнэлгийн нэгэн номын тухай**

Монгол өмнэлгийн өв уламжлал нь манай улсын эртний соёлын энэг хэсэг юм. Манай ардын өмнэлгийн судар ном, түүх дурсгалын зүйлс ХIII зуунаас хойших үед хамрагдаж байна. Энэ үед буддизм тус оронд дэлгэрэхдээ эртний энэтхэгийн болон төвдийн янз бурийн эрдэм мэдлэгийн салаа салбаруудыг авчирчээ. Үүний дотор анагаах ухааны ном зохиол нь байгалин гаралтай өмчилгээний арвин баялаг туршлагын цогц юм.

Энэтхэг төвдийн анагаах ухааны мөн чанарыг зөв ойлгоогүйгээс зарим судлаачид шинжлэх ухааны биш идеалист мэхлэн төөрөгдүүлэгч хоосон үгийн сургаал мэтээр тайлбарлаж байна. Нэгөө талаар хүн төрөлхтөний цуглувансан цэцэн мэргэн оюун ухааны төвлөрсөн илэрхийлэл гэж шинжлэх ухааны өмнэлгийн ололтой зүйрлэн үзэж байжээ. Энэ бол өнгөрсөн түүхийг материалистаар ойлгохгүйгээр түүхэн туршлагаас эрс татгалзах эсвэл шүүмжлэлгүйгээр хэт өргөн магтах хоёр хандлагаас гарч байсны илрэл юм.

Орчин үед олон орны эрдэмтэд байгалин гаралтай зүйлсээр өмчлэх аргыг икэд сонирхон судалж ирлээ. Манай нам засгаас ч энэ талаар их анхаарч ардын өмнэлгийн хүрээлэнг байгуулсан юм. Бидний судалгааны нэг объект бол монголчуудын эртний хэрэглэж ирсэн энэтхэг төвдийн сурвалжтай судар бичгүүд тухайн үедээ шилж сонгогдсон өмчилгээ, өмнэл зүйн талаар бичиж үлдээсэн үнэт өв боловч шашны элдэв зүйлтэй ихээхэн холилдсон байна.

Ф. Энгельсийн тодорхойлсноор „Феодализмын үед шашин бүгдийг хамарсан байдаг. Аливаа зүйл шашны хэлбэртэй болдог“ учир энэтхэг төвдийн анагаах ухаан ч үүнээс ангид хөгжиж чадахгүй байсан юм. Хэдийгээр ийнхүү шашны үзэл сурталцавтсан болочв энэтхэг төвдийн анагаах ухааны гол онолуудын үндэс нь эртний энэтхэгийн материалист чиглэлийн гүн ухаанууд болох локаята, чарвака зэрэг ертенцийг үзэх үзэл дээр тулгуурлан хөгжээ.

Иймд энэ анагаах ухааны сургаал үндсэндээ материалист чиглэлтэй үлдсэн байна. Эмийн судруудад ертөнцийг анх буй болгогч нь таван махабодоос бурдсан материаллаг бодис хэмээн баталдаг.

„Шороо“-бүх зүйлсийн материаллаг үндсийг бий болгогч, хүний биеийн макро, микро элементүүд буюу органик биш ертөнцийг үүсгэгч, „Ус“-материаллаг зүйлсийн хоорондын холбоог үүсгэгч, „гал“ дулааныг үүсгэж хүний биед нэгдмэл байдлыг тодорхойлно. „Хий“ нь хөдөлгөөн ба дамжуулах үүрэгтэй. „Огторгуй“ орон зай юм. Ийнхүү энэтхэг төвдийн эмч нар ертөнц нь материаллаг төдийгүй орон зайд оршиж, нэгдмэл байдалтай, дулааныг шаардаж хөдөлгөөнтэй оршино тэж үздэг байжээ. Үүндээ үндэслэн хүний бие, гадаад орчин хоёр нь нэгдмэл байдаг гэсэн ойлголтыг гаргажээ.

„Эмийн дөрвөн үндэс“ гэдэг судрын IV ботийн 27-р зүйлд Амьд амьтны бие 4 махабодоос бүрддэг. Энэ 4 махабодын тэнцвэр алдагдсанаас өвчин үүснэ. Эм нь мөн 4 махабодоос бүрддэг. Бле, өвчин, эм гурав нь бүрэлдэхүүний нэгдлээрээ холбоотой тэж бичсэн байдаг. Энэхүү дэвшилтэт уламжлалыг манай монгол оточ нар цааш хөгжүүлэн олон тооны ном туурвижээ. Монгол оточ нарын гол гарын авлага болж байсан нэг чухал ном бол „Рашааны зүрх найман гишүүнт нууц увидас“ гэдэг судар юм. Энэ судар монголд дэлгэрэхдээ „Эмийн дөрвөн үндэс“ гэдэг нэрээр алдаршжээ.

Энэхүү судрыг оточ нарыг бэлтгэхэд гол гарын авлага болгон нэлээд оронд кэрэглэж байжээ. Манай монголчууд төвдөөр нь хэргэлэж байсны зэрэгцээ монгол хэлэнд орчуулж олон дахин хэвлэсэн байна. Гэхдээ энэ номыг хэдийд хэн гэгч хүн анх орчуулсан болох нь тодорхойгүй үлдсэн гэж хэлж болно.

Германы эрдэмтэн Хайссиг бичихдээ „Эмийн дөрвөн үндэс“ - ийг XIV зууны үед Чойжи-Одсэр орчуулж дараа нь Лигдэн хааны (1604—1634) үед дахин засварлан орчуулсан болно“ тэжээ. Сүүлд нь Ойрдны Галданцэрэн хааны (1727—1745) үед тод үсгээр олон хувь барласан байна. Бидний үе хүртэл дамжиж ирсэн орчуулгын төгсөлд „Судар тарнийн ухааныг олонтоо сонссон их буяны садан Минжуур цорж төвдөөс монголд орчуулав“ гэсэн аж. (2)

Үүнээс үзэхэд эмийн дөрвөн үндэс нь дээр үеэс монгол хэлнээ хэд дахин орчуулагдсан байна.

XVI зууны сүүлчээр монголын ууган оточ Далзанжанцан одоогийн Баянхонгор аймгийн Баянзүрх сумын шутагт эмчийн сургууль байгуулан суралцагчдад зориулж эмийн дөрвөн үндсийн барыг шинээр дэхийлгэж олноор барлах болсон байна. Энэ ном нь зөвхөн дорно дахиныхны төдийгүй өрнө дахины эрдэмтдийн сонирхлыг татах байжээ. Жишээ нь: Оросын эмч Я. Ремонь (1611), Унгарын дорно дахиньг судлагч Чомо-де Көрөш (1784-1842), Английн эмч Уойз (1867), буриад эмч П.А. Бадмаев (1903) дорно дахиньг судлагч Позднеев зэрэг эрдэмтэд энэ номыг сонирхон судалж байлаа. 1860 онд эмийн дөрвөн үндсийг орос хэл дээр хөрвүүлсэн баримт байна. (2)

Үүнээс үзэхэд уг ном удаа дараалан хөрвүүлэгдэж байсан нь тухайн үеийн эрдэмтдийн бүтээлээс харагдаж байна.

Монголоор „Рашааны зүрх найман гишүүнт нууц увидисын үндэс“ хэмээх номын нэрийн утгыг хуучин Далайчойнхор вангийн хошуу

одоогийн Архангай аймгийн Тариат сумын нутагт амьдарч байсан нэрт оточ Лүнрэг Дандар өөрийн бүтээл „эмийн дөрвөн үндсийн дохионы тайлбар“ гэдэг номондоо: Цаг бусын үхлээс авардаг учир „рашаан“ өвчин бүгдийг дарж чадах учир „зүрх“, өвчнийг 8 гол антиллаар хуваадаг учир „8 гишүүнт“, мөхөс ухаантан сав болж чадахгүй тул „нууц“, үйлдэхэд хялбар, угс нь цөөн, утга их, жишигээд бэрх, магад бүтэх учраас „увдис“ энэтхэгийн эмнэлгээс үндэслэсэн учир „үндэс“ гэсэн юм гэж тайлбарлан бичжээ. Эмийн дөрвөн үндсийг зохиогчийн талаар маргаантай байна. (6)

Зарим домогт энэтхэгийн алдарт эмч Кумари Живака (төвдөөр Цо-жэд Шон-ну) зохиосон гэх боловч зарим нь Будда өөрөө зохиосон гэж үздэг. Ямарч байлаа гэсэн энэ судар энэтхэг төвдийн анагаах ухааны үндсэн зарчим, агуулгыг өөртөө бүрэн багтааснаараа он цагийн туршилтыг давж чадсан юм. Эхний ботид бичсэн эмийн багш Бэндэръяа гэрэлт хаан-бурхан энэ номыг бусдад зааж байгаагаар дурслэсэн нь жинхэнэ Бурхан багш Гаутамаг хэлсэн хэрэг биш анагаах ухааны хаан ширээнд өргөн залсан хийсвэр эзэн юм гэж тодорхойлсон зөвлөлтийн судлаач Э.Г. Базаронтой санал нэгтэй байна. (7)

В.И. Ленин „...хамгийн гол нь ямар нэг асуудлыг авч үзэхдээ түүхэнд хэдийд гарч ирсэн, ямар үе шатуудыг дамжин өнгөрсөн, одоо ямар байгаа зэрэг түүхэн холбогдлыг авч үзэхээ мартаж болохгүй“ гэж заасан билээ. (В. И. Ленин 39-р боть, 67-р хуудас)

Шашны ноёрхлоос болж ард түмний амьдралаас аяндаа гарч ирсэн эмнэлгийн эмпирик туршлагыг бурхан тэнгэртэй холbon тавих шаардлага тэр үеийн нийгмийн байдлаас болсон нь ойлгомжтой.

Дээр дурдсан оточ Дандар эмийн дөрвөн үндсийн үүслийг бичихдээ эртний энэтхэгийн арш нарын ном гэжээ. Энэ ном энэтхэгийн эмнэлгийн (аюурведийн) сонгодог гурван төлөөлөгч Сушрута, Чарака, Вагбхата нарын бүтээлүүдтэй холбоотсий юм. Сушрута, Чарака нарын бүтээлийг Вагбхата нэгтгэн „Ашта анга хридая самхита“ (8 гишүүнтийн зүрх) гэдэг бүтээлээ туурвижээ. (3) Кашмирын Чандранандана (Дава нон-гха) Вагбхата (Па-гол, Бавуу ч гэдэг)-гийн номыг тайлбарлан „тикка-чандра кара“ (дэлбэ да сэр-тайлбар сарны гэрэл) гэдэг ном бичсэн. (4)

Ямар ч гэсэн эмийн дөрвөн үндэс бол нэг орны эмнэлгийн хөгжлийн үр дүн биш Азийн нэлээд олон орны анагаах ухааны хөгжлийн үр дүн гэж үзэх үндэслэлтэй юм.

Энэтхэг-төвдийн анагаах ухааны эх материалууд нь манай ардын эмнэлгийн хөгжилтэнд ихээхэн тулхэц өгсөн анагаах ухааны үнэтэй мэдээлэл мөн болох тул манай судлаачид нарийвчлан судлах нь зүйтэй. Эмийн дөрвөн үндсийн гол агуулга, бүтцийг дурдахад: Эмийн дөрвөн үндэс, анагаах ухааны дөрвөн үндэс, жүд-ши хэмээн олон нэрээр алдаршсан энэ ном энэтхэг-төвдийн утга зохиолын ёсоор цээжлэхэд зориулан шүлэглэсэн хэлбэрээр бичигджээ. Энэ хэлбэрийг төвдөөр за-ва, (санскритаар мула) гэх бөгөөд тайлбаргүйгээр ойлгоход хэцүү байдал. Иймээс жүд-шидэд төвд, монгол оточ нар тайлбар хийжээ.

Энэ ном одоогоор онолын хувьд хоцрогдсон боловч дундад зууны үеийн Азийн анагаах ухааны снол, эмнэл зүй, анатом, эмбриологи, токсикологи, ботаник, фармакогнозийн ойлголтыг багтаасан байна. Энэ номыг зөвлөлтийн эрдэмтэд одоо маш нарийн судлаж байгаа бөгөөд тэдний гаргасан „Цанх ба түүнийг засах нь“ (лангтхабы их корригирование) гэдэг ном манай эмч нарын танил ном болоод байна.

Эмийн дөрвөн үндсийг бүлэг бүлгээр нь авч судлах нь сонирхолтой юм. Үүнээс гадна эмийн 4 үндсийн толь бичигт хүний биеийн бүтэц, эрүүл ба эмгэг зүй, үр хөврөл, амьтан судлал, ургамал, эрдэс, мэс заслын багаж хэрэгсэл болон эмийн бодисын тухайд тодорхой бичсэний зэрэгцээ холбогдох зургуудыг хавсаргаснаар ойлгомж бүхий болгожээ. (1,5)

Анагаах ухааны дөрвөн үндэс нь:

1. Язгуур үндэс (За-жуд)
2. Онолын үндэс (Шад-жуд)
3. Увидсын үндэс (Ман-аг-жуд)

4- Шинжлэл заслын үндэс (Чи-ма-жуд) зэргээс бүтнэ. Энэ ном тухайн үедээ сүн-жү-сэ, агийн дацан, ламын гэгээн, их хүрээ, үйзэн гүн зэрэг олон газарт бартай байжээ. Эдгээрээс хүрээнд монгол угсээр барлагдсан „Эмийн дөрвөн үндэс“ номын хүрээ нь 8×37 см, нийт 771 хуудастай 4 боть, 1 боть нь язгуур үндэс 5 бүлэгтэй, 15 хуудастай байна.

Уг номын тэргүүн хэсэгт: Өвчингүй оршихыг хүсэх ба өвчнийг анагаахыг хүсэгчид анагаах ухааны увидас туралцагтуун, нас биеийг уртасгахыг хүсэгчид, ном ба энх амалганд бүтээхийг хүсэгчид, аливаа хүмүүсийг өвчин зовлонгоос гэтэлгэхийг хүсэгчид анагаах ухааны увидасыг туралцагтуун гэж өгүүлснээр өхөлдэг. (Язгуур үндэс 5-р хуудас).

„Язгуур үндэс“-т анагаах ухааны дөрвөн үндэс номын бүх ерөнхий утгыг багтаан бичиж, энэтхэг-төвд эмнэлгийн онолын үндсийн бүдүүвч зургийг гаргаснаараа бусад ботиудынхаа зава (энэ тухай дээр дурдсан) ном юм.

Дээд боть: (Онолын үндэс)-ны 31 бүлэг 63 хуудастай. Энэтхэг-төвд эмнэлгийн онолын үндсийг товч тодорхой өгүүлснээс гадна хоол ундын дэглэм, эмийн амт, чадал, найруулах аргыг дурдажээ. Мөн эмч хүнд байвал зохих нандин чанаруудыг „Эмчийн бүлэг“-тээ тодорхой өгүүлсэн байна.

Гуравдугаар боть (увидсын үндэс) нь 92 бүлэг нийт 551 хуудастай, ерөнхий бие болон эрхтэн системүүдийн эмгэгийг энэтхэг-төвд эмнэлэгт хэрхэн үзэж байсан талаар нэлээд дэлгэрэнгүй өгүүлсэн байдаг. Түүнчлэн өвчин тус бүрийг анагаахад уул өвчнийг ямар шалтгаан, нөхцөлөөр үүссэн ба түүний зүйл ялгал, илрэх ёс, засах арга зэргийг танин мэдэж эмчилгээг явуулах дарааллыг нэг бүрчлэн бичжээ.

Мөн өвчнийг шинжлэх гадар, дотор, нууц гэсэн гурван зүйлийн зарчим байдгийг тодорхойдлжээ.

Гадар шинжээр нь бол ямар идээ ундаа идсэн ба ямар үйл хийсэн зэргийн явдал мөрөөр шинжлэх тухай тусгасан байна.

Дотор шинжээр нь бэлэг чанарын үүднээс буюу эрхтэн системүүдийн үйлийг орон, цаг, мөн чанар, нас, өдөр, гариг, идээ идэх зэрэгтэй уялдуулан холбож шинжилдэг байна.

Нууц шинжээр туслах, хорлохын зүйлийг шүтүүлж шинжилдэг. Үүнд идээ ундаа, явдал, мөр, эм засал гэсэн дөрвөн зүйлийн шалтгаанаар уг өвчний мен чанарт тохиорох, эс тохиорохыг тодорхойлон шинжилдэг талаар бичсэн байна.

Дөрөвдүгээр боть: (шинжлэл заслын үндэс буюу хойд үндэс) нь 27 бүлэг нийт 142 хуудастай, урьдах гурван ботийн эмчилгээнд дүн шинжилгээ хийснээс гадна оношлогооны нэмэлт аргууд болон эмийн хэлбэрүүд (тан, тамхан эм, үрэл...г.м), эмийн зүйлсийн үйлчилгээ (амт, чадал ...г.м), биеийн заслууд (хатгуур, төөнүүр, хануур...г.м)-ыг энэтхэг-төвдийн анагаах ухааны ёсоор хэрхэн хэрэглэдэг талаар тусгасан аж.

Ийнхүү „Анагаах ухааны дөрвөн үндэс“ ном нь тухайн үедээ анагаах заслыг товч тодорхой өгүүлснээрээ эмч нарын гол гарын авлага болж байжээ.

Энэ номонд дурдснаар ямар чөвчнийг эмчлэхдээ баримталдаг 3 үндсэн зарчим байдаг.

1. Эмчлэхдээ тодорхой дарааллыг баримтладаг. Үүнд эхлээд торх байдалд нь тохируулан хоолоор эмчлэх, хэрэв үр дүн өгөхгүй бол эмээр эмчлах, онц засрахгүй бол зарим тохиолдолд хаттуур, төөнүүр, хануур, зүүгээр шивэх, төөнх, ханах, хатгах буюу мэс заслын эмчилгээг хэрэглэдэг байсан байна.

2. Чөвчний оношийг бүрэн тогтоогоогүй үед идэвхтэй эмчилгээ хийдэггүй.

3. Байгальн гаралтай эмийн зүйлс нь ёсчлон хэрэглэвэл зөвлөн, хоргуй үйлчилгээтэй гэж үздэг.

Эмчилгээний үр дүн дөрвөн чухал нөхцөлийг шаардана.

1. Эмч бол өвчтөний хувийн чанар, өвчний шинж, эмийн үйлчилгээг сайн мэддэг, эмчлэх урлагийг дээд түвшинд эзэмшсэн, өндөр ёс суртахуунтай байх ёстой.

2. Эмийг заалтын дагуу ёсчилон бэлтгэх

3. Өвчтөн хүн өөрөө эмчийн заалтыг дагаж мөрддэг, өвчинөө даван туулах сэтгэлийн их тэнхээтэй байх.

4. Эмчилгээ хийхдээ хэзээ ямар шалгаанаар өвдсөнийг мэдээд зогсохгүй уул өвчний биед нөлөөлөх хүч, хүндрэх эсэх дагалдах өвчин зэргийг харгалзан анхаарч байсан нь одоо ч үнэ цэнэ алдаагүй байна.

Эмийн дөрвөн үндэс-д эмч хүний ёс зүйн талаар нэлээд тодорхой сургасан байдаг. Онолын үндсийн 31-р бүлэг нь эмчийн бүлэг бөгөөд үүнд бичихдээ „...эмч хүн оюун төгөлдөр, сэтгэл цагаан, тангарааг нь ариун, эмчлэх зүйлдээ уран, ажилдаа хичээнгүй, хүний чанар нь боловсронгуй, ёсыг сайн мэддэг ийм б зүйлийн онцлог төгс байна“ гэжээ. Эмч хүн тангараагаа үнэнч барьж ажиллахыг хүсвэл доорх зүйлийг сайн мэд гээд мэдэх зүйлүүд нь багшийн заасан сургаалийг хүндэтгэн үзэж сурах, ном сударт хичээнгүйлэн суралцах, анагаах заслыг үндэс болгох, эгэл жирийн хүмүүсийг өөрийн төрөл садан мэтээр үзэж, өвчтэй хүнийг өөрийн эцэг, эх, ах, дүү чэтээр хүндэтгэн тэдний аливаа зүйлээс үл цээрлэх зэргийг үргэлж санаж хамгийн зөвлөн энэрэнгүй ааш зантай байх танграгтай гэж заасан байна.

Манай улсад шинжлэх ухааны одон салбар түүштэй хөгжиж урьд үеийн уламжлалтай Монгол ардын эмнэлгийн эмийн зүйлсийг судлах эрдэм шинжилгээний сэдвийн хүрээ өргөжиж байна. Энэ уламжлалыг эрин цагийн шинжлэх ухааны онол арга зүйн хэмжээнд үндэслэл сайтай судлах асуудалд эрт үеийн анагаах ухааны ном судруудын нэг болох „Эмийн дөрвөн үндэс“ судартай танилцах явдал шинжээч нарт тус болох нь дамжиггүй.

Л. БААСАНХҮҮ, Б. БОЛДСАЙХАН  
АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. Эмийн дөрвөн үндэс (хүрээ бар) монгол хэлээр.
2. Ц. Хайдав. Дорно дахины анагаах ухааны судар бичгийн тойм УБ 1975.
3. Вагхата. Ашта анга жридаяа самхита XVII зуун, хүрээ бар (төвд хэлээр)
4. Чандранандана. Тикка-чандра кара Данжуур „Сэ“ боть XVII зуун (Төвд хэлээр)
5. Жүд-ши XVIII зуун, Ламын гэгээний бар (төвд хэлээр)
6. Лүнэрэг Дандар. Жүд-ши-да-дом а-ру-ран-прэн-зэ-жан (төвд хэлээр) XIX зуун. Хүрээ бар
7. К изучению индо-тибетской медицинской системы. Новосибирск. 1983

## ЗҮРХНИЙ БУЛЧИНГИЙН ШИГДЭЭСИЙН ХУРЦ ҮЕИЙН ЭМЧИЛГЭЭ

Сүүлийн жилүүдэд зурхний нис тасалдал, зурхний булчингийн шигдээс өвчнийг эмчлэхэд нийлээд амжилт олж байна.

Титмийн судасны цусны эргэлтийн хямралтай олонх өвчтөн эмнэлгийн тусламж авч амжилгүй нас барах тохиолдол гарсаар байна. Иймд орчин үеийн зүрх судлалын ухааны гол зорилго бол явлалтай тусламжийг эмнэлэгт хавтажээс өмнө узүүлэх явдал юм.

Зүрхний булчингийн шигдээсийн иж бүрэн эмчилгээ нь дараах хэсгүүдээс тогтоно. Үүнд:

1. Титмийн судасны хямралын өвдөлтийг дарах
2. Бие сэтгэхүйг тайван болгох
3. Зүрхний булчингийн шигдээсийн хүндрэлээс сэргийлэх
4. Хүндрэлийг эмчлэх (зүрхний шок, уушгины хаван, сэрэл дамжуулалт ба хэм алдагдалт, зүрхний цочмог дутмагшил, цус бүлэнтэхээс болсон хүндрэл)
5. Сэргээн засах эмчилгээ
6. Хоолны дэглэм баримтлах
7. Судас хатууралтыг эмчлэх
8. Зүрхний булчингийн шигдээс дэхихаас сэргийлэх
9. Мэс заслын эмчилгээ гэх зэрэг болно.

Зүрхний булчингийн шигдээсийн үе дэх хүчтэй өвдөлтийн хамшинжийг дарах асуудал нь нэн тэргүүний зорилт юм. Титмийн өвдөлтийг дарах ихэд дэлгэрсэн эмийн бэлдмэл нь онийн булгийн (морфин, пантофон, омнофон) ба промедол юм.

Зүрхний булчингийн шигдээсийн хурц үеийн өвдөлт нь ухэх гэж байгаа мэт бачимдан аиж, сандрахыг энэ булгийн эм намдааж тайвшруулдагаараа юугаар ч сольшгүй бэлдмэл юм. Эдгээрээс хамгийн сайн нь промедол бөгөөд өвдөлт намдаах үйлчилгээгээрээ морфиныг гүйцэхгүй боловч өвчтөнд илүү зохимжтой байдаг. [2]

Өвдөлтийн байдлаас хамаарч эмийн бэлдмэлийг арьсан дор буюу венийн судсанд хийнэ. Өвдөлт намдаах үйлчилгээг улам ихэсгэхийн тулд промедолыг бусад бэлдмэлтэй хамт хийж болно. Үүнд:

- новокаин (0,5%—10 мл в судсаар)
- амидопирин (4%—10 мл)
- пипольфен (2,5%—1—2 мл)
- димедрол (1%—1—2 мл)

Сүүлийн жилүүдэд зурхний булчингийн шигдээсийг эмчлэхэд нейролептоанельгезийн аргыг (дроперидол, фентанил) өрген хэрэглэж байна. И. Е. Ганелина (1973) дроперидолыг (1—2 мл булчинд эсвэл венийн судсанд хийхийг илүү зохимжтойд тооцож байна [2]. Энэ эмийн бэлдмэл нь зөвхөн өвдехийг намдаах төдийгүй дотор муухай болох, бөөлжис цутгах, аиж бачимдан сандрахыг арилгаж, хучил шүлтийн тэнцвэрийг хэвийн болгон, цусны их бага эргэлтийн эсэргүүцлийг багасгаж, зах хязгаарын цусны эргэлтийг сайжруулан улмаар зурхний ажиллагааг хөнгөрүүлдэг.

Өвчин намдаах үйлчилгээгээрээ фентанил морфиноос 80—100 дахин илүү юм. (6). Фентанилыг хийх үед өвдөлт түргэн намдаж, 30—60 минут үргэлжилдэг байна.

Таламонал-энэ эмийн бэлдмэл ёд дроперидол, фентанилын найрлагаас тогтсон холимог бөгөөд титмийн хурц, удаан өвдөлт, уушги хавагнах үед 1—2 мл булчинд, эсвэл 40%-ийн глюкоз, физиологийн уусмалд найрнуулан венийн судсаар аажмаар хийнэ. (6—8).

Зүрхний булчингийн шигдээсийн зүрхний шокийн үед титмийн судасны микро эргэлт алдагдсан байх тул арьсан дор хийсэн эмийн бэлдмэл шингэж үйлчлэх нь удаан байдаг. Иймд дээрх бүлгийн эмийн бэлдмэлийг судсаар хийх нь илүү зохижтой. (6)

1982—1983 онд УКТЭ-т зүрхний цус тасалдал, хурц шигдээс өвчтэй 160 өвчтөний титмийн хурц өвдөлтийг намдаахад промедолыг бусад эмийн бэлдмэлтэй мөн нейролептоанальгезийн аргаар эмчилсэн юм.

Бидний ажиглалтаар дээрх эмийн бэлдмэлийг венийн судсаар хийхэд илүү үр дүнтэй болох нь харагдлаа.

Шигдээс бий болсон үед титмийн судаснууд дахин бүлэнтэхээс сэргийлэх, цусны бүлэгнэлтийг хориглохын тулд гепарин, дикумарин, пелентан зэргийг хэрэглэнэ.

Цусны бүлэгнэлтийг эсрэг эмийн бэлдмэлээр эмчлэхдээ аль болох эрт эхлэх хэрэгтэй. 10000—25000 өд (2—5 мл) гепариныг судсанд хийж, дараа вь 5000—10000 өд (1—2 мл) тунгаар 4—6 цагийн зайтай 2—3 хоног цусны бүлэгнэлтийг хянаж эмчилгээ хийнэ.

Үүний зэрэгцээ 15000—25000 өд фибринолизинийг 300—500 мл физиологийн уусмал хольж, 10000—15000 өд (2—3 мл) гепаринтэй хамт 3—6 цагийн турш аажмаар дуслаар хийнэ.

Дараагийн өдөр эмчилгээг давтан хийж болно. Гепариныг хэрэглэснээс 4—5 өдрийн дараа шууд биш үйлчилгээтэй цус бүлэнтэхийн эсрэг эмийн бэлдмэлийг (дикумарин, синкумар, неодикумарин) хэрэглэх шаардлагатай. Дээрх эмийн бэлдмэлийг хэрэглэснээс хойш 12—48 цагийн дараа биед үйлчилж эхлэх тул гепарин эмчилгээг зогсоохоос 1—2 өдрийн өмнө эхлэх нь зүйтэй.

Эдгээр бэлдмэлийг 4—6 долоо хоногийн турш хэрэглэх бөгөөд цусан дахь бүлэн уусгэгчийн (протромбины) агууламжийг байнга тодорхойлон хянаж байх хэрэгтэй. Протромбины агууламж 50—60%-иас доошгүй байх ёстой.

Цус бүлэгнэлтийн эсрэг эмийн бэлдмэлийг хэрэглэхдээ тохиорхгүй байдаг заалтыг харгалзан үзэх хэрэгтэй.

Зүрхний булчингийн шигдээсийн нэг хүндрэл нь өвчтөн зүрхний цочмог дутмагшилд өртөгдөх явдал юм. Үүнээс өвчтөнг гаргахын тулд:

1. Глюкоз, рингерийн 200—400 мл уусмалд 1 мл 0,1%-ийн норадреналин хийж венийн судсанд дуслаар тарина.

2. 1%-ийн 0,3—1,0 мезатоны уусмалыг 400 мл глюкозид хольж судсанд дуслаар тарих буюу дангаар нь булчинд хийнэ.

3. Глюкокортикоид дааврыг хоногийн их тунгаар 100—150 мг хүртэл хэрэглэнэ. Преднизолоны нэг удаагийн тун 60—90 мг судсанд дусалтай хамт хийнэ.

Зүрхний шокийн хүнд хэлбэрийн үед 200—400 мл полиглюкин, реополиглюкин венийн судсанд дуслаар хийж болно. Зүрхний гликозидоос хурдан үйлчилгээтэй бага хуримтлагддаг эмийн бэлдмэл 0,05%-и 0,5 мл стропантин эсвэл 0,06%-ийн 1 мл корглюконыг венийн судсанд 40%-ийн глюкозтой хамт тарина.

Хурц шигдээс бүхий өвчтөнд зүрхний хэм алдагдал олонтоо гардаг. Иймд зүрхний булчингийн шигдээсийн эмчилгээнд хэм алдагдлын эсрэг тэмцэх нь чухал ач холбогдолтой байдаг.

Ээлжийн бус гадна агшилт, түгшээ цохилтын үед 10%-ийн 5—10 мл новокаинамидын уусмалыг хураагуур судсаар, эсвэл булчинд тарих харин даралт бага үед үүнийг хэрэглэхгүй. Лидокайн үйлчлэх механизмын хувьд новокаинамидтай ойролцоо бөгөөд 1—2 мг-

ийг кг жинд нь тооцож, венийн судсаар тарина. Лидокайны хоногийн тунг 3—4 г хүртэл хийж болно. (5)

Хэм алдагдаж судасны цомилт цөөрснөөс болж (ялангуяа синусын зангилааны суралтын хам шинжийн үед) өвчтөн гэнэт нас барагаас сэргийлэхийн тулд атрофиныг өргөн хэрэглэж байна.

Зүрхийн булчингийн шигдээсийн улмаас сэрэл дамжуулалт алдагдсан үед стероид дааврыг (40—60 мг хүртэл тургаар преднизолон) эмчилгээнд хэрэглэж байна.

Новокаинамид ба бусад эмийн бэлдмэлээр эмчилэхэд үр дүн өгөхгүй байгаа үед, түгшээ похильтын хурцдал удаан үргэлжилснээс үхэжмэлийн голомт гүнзгийрдэг байна.

Энэ тохиолдоод цахилгаан дефибрилляци эмчилгээг хийх нь чухал. 1961 онд D. Sadi-Pollares зүрхний булчингийн үхэжмэлийн голомт дахь электролитийн солилцоог хэвийн болгохын тулд туйлшууллагч холимгийг хэрэглэх санааг анх дэвшүүлжээ.

Энэ холимог нь 5—10%-ийн 500 мл глюкозын уусмал, 1,5—2 гр кали хлорид, 10 ед инсулинээс бүрдэнэ.

Энэ эмчилгээний үйлчлэх механизмын нь зүрхний булчингийн эсийн мембранны дээр инсулинтэй глюкоз, эсийн дотор калийг оруулах процессыг ихэсгэдэг ба инсулин нь эсийн мембранаар глюкозын нэвтрэх явдлыг хурдастган, улмаар эсийн дотор глюкоз, калийн хуримтлалыг нэмэгдүүлж, фосфорын исэлдэх процессыг дээшлүүлэхэд дөхөм үзүүлдэг туйлшууллагч тайлбарлагдаж байна.

Судлаач З. И. Янушкевичус (1966) туйлшууллагч холимогт 20000 ед фибринолизин, 10—20 мл 25%-ийн магни сульфатын уусмал, 15000 ед гепарин нэмсэн нь практикт өргөн хэрэглэх бололцоог олгожээ. Одоо үед туйлшууллагч холимгийг хэм алдалтын ялангуяа ээлжийн бус гадна агшилтын үед хэрэглэж байна.

Кокорбоксилаза бэлдмэл нь мөн хэм алдалтын эсрэг үйлчилдэг ба зүрхний булчингийн шигдээсийн үед эмчилгээнд хавсарган хэрэглэж болно. Зөвлөлтийн нэрт эрдэмтэн Е. И. Чазов туйлшууллагч холимогт 100—150 мг кокорбоксилаза, витамиин В1, В6 тус бүр 1 мл нэмж хэрэглэхийг зөвлөж байна.

Туйлшууллагч холимгийг зүрхний булчингийн сэрэл дамжуулалт (ялангуяа тосгуур-ховдлын, ховдол доторх) алдагдсан үед хэрэглэж болохгүй эсрэг заалттай байдаг.

Зүрхний булчингийн шигдээсийн хурц үе дэх өвдөлт дарах үндсэн эмийн бэлдмэлээс гадна папаверин, ношпа, курантил зэрэг эмийн бэлдмэлийг хавсарган хэрэглэж болно. (7)

Одоо үед шигдээсийн эмчилгээнд анаболитик дааврыг (неробол, ретаболил) өргөн хэрэглэх боллоо. Энэ бэлдмэл нь судасны ханаар хүчилтерөгч, зарим нэг бодис нэвтрэх чанарыг ихэсгэн, титмийн судасны цусны микро-эргэлтийг сайжруулдаг.

Зарим судлаачид өвчний бүр эхний өдөр эмчилгээнд бутадион аспирин хэрэглэхийг зөвлөж байна. (4)

Эдгээр бэлдмэлийн халуун бууруулах, өвдөлт намдаах үйлчилгээ нь зүрхний булчингийн шигдээсийн хамгийн осолтой үе шатаанд нөлөөлж, өвчний явцыг зөөлрүүлдэг байна.

Харин гистамин болоод хэт мэдрэмтгий болгохын эсрэг үйлчилгээ нь ямар нэг хэмжээгээр шигдээсийн дараах хам шинжийг үүсэхээс урьдчилан сэргийлдэг.

Мөн дээрх бэлдмэл цусны бүлэгнэлтийг багасгадаг нь зүрхний булчингийн шигдээсийн явцад сайнаар нөлөөлдөг байна.

## АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. Е. Е. Галенина, В. В. Брикер „К проблеме лечения острого инфаркта миокарда“ Тер. арх. 1973, № 6 42—47
2. К. В. Иосава „Лечение ангинозного приступа при инфаркте миокарда“ в.кн: Лечение инфаркта миокарда. Под ред. Е. И. Чазова. М. 1972.
3. М. М. Ляшенко, Ю. С. Кохманюк „Об опасности внутривенного введения морфина при ангинозном шоке у больных инфарктом миокарда“ Сов. мед 1966. № 1, 91—94.
4. Т. Р. Петрова, С. А. Павлишук „Влияние десенсибилизирующей терапии на клинико-лабораторные показатели больных инфарктом миокарда“. Тер. арх. 1971- № 3, 20—23.
5. М. Я. Руда, А. П. Зыско „Инфаркт миокарда“ М. 1981.
6. А. С. Сметнев „Методы анальгезии при инфаркте миокарда“ Тер. арх. 1971, № 3 24—29.
7. И. М. Хейнонен „К клинике повторных инфарктов миокарда и их антикоагулянтной терапии“ Тер.арх. 1962, № 5, 31.

## ЗАРИМ НУНТАГ ЭМИЙН ХЭЛБЭРТ ХИМИ, ФИЗИК ХИМИЙН АРГААР ТООНЫ ШИНЖИЛГЭЭ ХИЙХ НЬ

Хүн амыг эмийн тусламжаар хангахад эмчийн бичсэн жорын дагуу хам үйлдэл бүхий олон найрлагатай эмийн хэлбэрээр үйлчлэх явдал их ач холбогдолтой байдаг.

Сүүлийн үед манай эмийн санггуудын жоронд, найрлагандаа анальгин, димедрол, рутин, аскорбины хүчил, глюкозыг янз бүрийн хэмжээтэйгээр агуулсан олон бурэлдэхүүнт эмийн хэлбэр өргөн тохиолдож байна. Ихэнх ийм эмийн хэлбэрт шинжилгээний аргачлал боловсруулагдаагүй байгаа бөгөөд бид дараах хоёр эмийн хэлбэрийн тооны шинжилгээний аргачлалыг боловсруулав. Үүнд;

### Эмийн хэлбэр № 1

Анальгин 0,02

Димедрол 0,002

Аскорбины хүчил 0,05

Глюкоза 0,2

### Эмийн хэлбэр № 2

Анальгин 0,02

Димедрол 0,05

Рутин 0,02

Аскорбины хүчил 0,05

Глюкоза 0,2

### Эмийн хэлбэр № 1:

1. Димедрол 0,1 г шинжиж буй эмийн хэлбэр дээр 3 мл нэрмэл ус, тус бүр 2 мл сулруулсан азотын хүчил, 0,01 мол/л мэнгөний нитратын уусмал ба 2 мл төмөр аммонийн цөр хийж, илүүдэл мэнгөний нитратын уусмалыг 0,01 мол/л аммонийн роданидын уусмалаар шаравтар ягаан онгө үүстэл титрлэнэ ( $Y_1$ ), [1]

1 мл 0,01 мол/л мэнгөний нитратын уусмал 0,002918 г димедролтой тэнцэнэ.

2. Аскорбины хүчил ба димедрол. 0,1 г эмийн хэлбэр дээр 3 мл нэрмэл ус, 1 мл хлорформ, 5—6 дусал фенолфталеин нэмж, 0,1 мол/л идэмхий натрийн уусмалаар усан үенд ягаан онгө үүстэл титрлэнэ. ( $Y_2$ ) [1]

1 мл 0,1 моль/л идэмхий натрийн уусмал 0,0176 г аскорбины хүчилтэй тэнцүү.

Аскорбины хүчлийг титрлэхэд зарцуулагдсан 0,1 моль/л идэмхий натрийн уусмалын хэмжээг дараах томъёогоор бодож олно.

$$X = Y_2 - \frac{Y_1}{10}$$

3. Анальгин ба аскорбины хүчил. 0,1 г эмийн хэлбэрээс авч дээр нь 2 мл нэрсэн ус, 4 мл 96%-ийн этилийн спирт, 1 мл 0,01 мол/л давсны хүчлийн уусмал хийж 0,05 мол/л иодын уусмалаар 30 секундийн туршид тогтвортой байх шар онгө уустэл титрлэнэ. ( $Y_3$ ) [2]

1 мл 0,05 мол/л иодын уусмал 0,01757 г анальгинтай тэнцүү.

Анальгиныг титрлэхэд зарцуулагдсан 0,05 мол/л иодын уусмалын хэмжээг дараах томъёогоор бодож олно.

$$X = Y_3 - 2 \cdot \left( Y_2 - \frac{Y_1}{10} \right)$$

4. Глюкоза. 0,25 г эмийн хэлбэрийг 2 мл нэрсэн усанд уусгаж рефрактометрийн тусламжтайгаар гэрлийн хугарлын илтгэгчийг тодорхойлно (1,2)

Эмийн хэлбэр дэх глюкозын граммын хэмжээг ( $X$ ) дараах томъёогоор бодож олно. (2)

$$X = \frac{[n - (no + 0,00162 \cdot C_1 + 0,0019 \cdot C_2 + 0,00215 \cdot C_3)] \cdot P \cdot Y \cdot 198,2}{0,00142 \cdot a \cdot 100 \cdot 180,0}$$

$n$ -шинжилж буй эмийн хэлбэрийн уусмалын гэрлийн хугарлын илтгэгч

по—нэрсэн усны хугарлын илтгэгч

0,00162—аскорбины хүчлийн уусмалын хугарлын илтгэгчийн фактор  
0,0019—анальгины уусмалын хугарлын илтгэгчийн фактор

0,00215—димедролын уусмалын хугарлын илтгэгчийн фактор

0,00142—усгүй глюкозын уусмалын хугарлын илтгэгчийн фактор

P—шинжилж буй эмийн хэлбэрийн дундаж жин, г

Y—рефрактометрийн аргаар шинжилгээ хийхээр авсан эмийн хэлбэрийн уусмалын хэмжээ, г

a—глюкозыг тодорхойлоход авсан эмийн хэлбэрийн хэмжээ, г

198,2—устай глюкозын молекул жин

180,0—усгүй глюкозын молекул жин

$C_1, C_2, C_3$ —химийн аргаар тодорхойлсон аскорбины хүчил, анальгин, димедролын процентын концентраци. Үүнийг дараах томъёогоор бодож олно.

$$C = \frac{0,25 \cdot 100 \cdot a}{P \cdot 2}$$

a—химийн аргаар тодорхойлсон аскорбины хүчил, анальгин, эсвэл димедролын хэмжээ, г

Эмийн хэлбэр № 2

1. Димедрол 0,1 г шинжилж буй эмийн хэлбэрийг юулүүр дээрх шүүлтийн цаасан дээр 4 мл нэрсэн усанд уусгаж, шүүлтийн цаасыг 3 мл нэрсэн усаар угааж, шүүгдсэн димедролыг эмийн хэлбэр № 1-ийн адилаар тодорхойлно.

2. Аскорбины хүчил ба димедрол Тодорхойлолт ба тооцоог эмийн хэлбэр № 1-ийн адилаар хийнэ.

3. Анальгин ба аскорбины хүчил 0,1 г шинжилж буй эмийн хэлбэрийг юулүүр дээрх шүүлтийн цаасан дээр 4 мл нэрсэн усанд уусгаж, шүүлтийн цаасыг 3 мл нэрсэн усаар угаасны дараа шүүгдсэн анальгин ба аскорбины хүчлийг эмийн хэлбэр № 1-ийн адилаар хийнэ. Тооцоо мөн адил.

4. Рутин 0,05 г эмийн хэлбэрийг 50 мл-ийн хэмжээтэй колбонд хийж 3 мл нэрсэн ус нэмээд 2—3 мин-ын туршид сайн сэгсэрсний дараа 25 мл 96% этанол хийж усан халаагуур дээр тундас арилтал халаана. Колбыг хөргөж 96% этанолоор тэмдэг хүртэл дүүргэнэ. (А уусмал)

2,5 мл А уусмалаас авч 0,5 мл 0,1 мол/л идэмхий натрийн уусмал нэмээд 96% этилийн спиртээр 10 мл хүртэл сулруулна. (Б уусмал) Үссэн шар өнгөтэй уусмалын гэрлийн шингээлтийг фотоэлектропоколориметрийн тусламжтайгаар 415 нм-т хэмжиж олно. (Гэрлийн шүүлт хөх, кювета 10 см). Харьцуулах уусмал 96% этанол.

1 мл 0,02%-ийн рутины стандартын уусмалаар ууршилтыг зэрэгцүүлэн хийнэ. (2),

Рутины граммын хэмжээг дараах томъёогоор бодож олно.

$$X = \frac{Dx \cdot Cst \cdot W_1 \cdot W_2 \cdot P}{Dct \cdot a \cdot Y} = \frac{0,08 \cdot Dx \cdot P}{Dct}$$

Dx—шинжилж буй уусмалын гэрэл шингээлт

Dct—рутины стандартын уусмалын гэрэл шингээлт

Cst—рутины стандартын уусмалын концентраци. Фотометрийн шинжилгээнд рутины стандартын 1 мл уусмалд 0,00002 г рутин агуулагдана.

W<sub>1</sub>, W<sub>2</sub>—хэмжээтэй колбын хэмжээ (сулруулалтын хэмжээ 50 ба 10 мл)

P—шинжилж буй нунтгийн дундаж жин, г

a—шинжилж буй эмийн хэлбэрийн хэмжээ, г

Y—Фотометрийн шинжилгээ хийхээр авсан уусмалын эзлэхүүн, мл

##### 5. Глюкоза Ялгавраар олно.

Энэ аргачлалаар дээрх эмийн хэлбэрүүдэд шинжилгээ хийхэд тодорхойлогдож буй эмийн бодисуудын хэмжээ нь хэлбэлзлийн зөвшөөрөгдөх хэмжээнээс хэтрэхгүй байна.

#### АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

- Пособие по химическому анализу лекарств. Под редакцией М. И. Кулешовой М., „Медицины“ 1974, 47, 96, 120
- Государственная фармакопея СССР X изд. М., 1963, 43, 94, 254, 599

Г. В. АЛФИМОВА, С. ЦЭЦЭГМАА

## НЯНГИЙН ТЭЖЭЭЛТ ОРЧИНД ТАВИХ ЧАНАРЫН ХЯНАЛТ

Нянг үржувулэх, тэдгээрийн цэвэр өсгөврийг гаргах, шинж чанарыг судлах, ялгасан өсгөврийг удаан хугацаагаар хадгалахын тулд тэжээлт орчныг хэрэглэдэг. Тэжээлт орчныг зөв бэлтгэх, найруулах, хадгалах, тээвэрлэхээс халдварт өвчний нян судлалын онош зүйн амжилт шууд хамаарна. Иймээс тэжээлт орчны чанарт тогтмол хяналт тавьж байх явдал онцгой чухал юм.

Манай үйлдвэрүүдийн бэлтгэж байгаа болон гадаад орнуудаас ирж байгаа тэжээлт орчин нь дээд зэргийн ариун чанарыг хангасан байдаг. Тэжээлт орчныг үйлдвэрлэж бэлтгэх явцад байнга хяналт тавихаас гадна тусгай нянгийн омгуудаар шалгаж үздэг боловч тээвэрлэх замд болон, хадгалах хугацаанд гэмтэж өөрчлөгдсөн байж болзошгүй тул тэжээлт орчныг хэрэглэхийн өмнө шалгаж үзэх нь чухал юм.

Хот, хөдөөний алч нь тохируулалтад худалдааны бэлэн пунтгаар тэжээлт орчин бэлтгэх нь хэмнэлттэйгээс гадна техник ажиллагааг хөнгөвчлөх, удаан хугацааар хадгалах боломжтой учраас чанарын хувьд давуу байдаг. Үүнээс гадна худалдааны бэлэн пунтгаар бэлтгэсэн тэжээлт орчны РН-ыг заавал тохируулах гэхийн хэрэггүй юм.

Хуурай тэжээлт орчны чанарыг алдагдуулахгүйн тулд дараах зүйлийг анхаарвал зохино. Үүнд:

1. Заагдсан хугацаанд нь бүрэн хэрэглэж дуусгасан байх.
2. Хэрэглэсний дараа сайн таглааж битуумжлэх.
3. Таглааг нээсэн эхний едрийг заавал тэмдэглэсэн байх.
4. Тэжээлт орчны онго оөрчлөгдсөн тохиолдолд даруй устгах.
5. Үйлдвэрийн зааврыг оөрчлөхгүйгээр бэлтгэж байх.
6. Нарны гэрлээс хамгаалах зэрэг болно.

Бэлэн болсон тэжээлт орчныг харанхуй сэргүүн газарт заагдсан хугацаанд нь тохируулан хадгална. Жишээ нь: Хөвөн бөглөөтэй хуруу шилэнд 7 хоног, эргэдэг бөглөөтэй хуруу шилэнд 14 хоног, Петрийн аяганд 7 хоног тус тус хадгална.

Тэжээлт орчны ариун байдлыг шалгахдаа нийт бэлтгэсэн тэжээлийнхээ 5%-ийг 35°C-т 2 хоног тавьж үзнэ. Ингэхэд уг тэжээл ариун байвал шинжилгээнд хэрэглэж болно.

Бэлтгэсэн тэжээлт орчинд тодорхой дүрсийн нян үржихэд тохиромжтой эсэх, биохимиин зохих оөрчлөлт явагдаж байгаа эсэхийг тодорхойлох замаар батлагдсан нянгийн омгийг ашиглаж чанарын хяналт тавина. Ингэж чанарын хяналт тавихдаа шалгалтын омгийн өсгөврөөс булинга бэлтгэж, Кирби-Бауэрийн загварчилсан арга хэрэглэдэг сульфат барийн стандарттай тохируулан бүтэн гогдоо авч тариад 35°C-т 18—24 цаг өсгөвөрлөж дүнт бүртгэнэ.

Мөн тэжээлт орчиноос гадна, будагч уусмал, урвалж бодис, оношлуур, ийлдэс, антибиотикийн диск зэрэгт нэг зэрэг хяналт тавих ёстой. Будагч уусмалуудыг бэлтгэхдээ анхаарах зүйл бол үндсэн уусмалуудыг тухай бурд нь бэлтгэж 7 хоног тутам шинэчилж байх ба үйлдвэрлэснээс хойш хадгалах хугацаа дууссан буюу тундас үүсч онго оөрчлөгдсөн бол хэрэглэж болохгүй.

Тэжээлт орчны чанарыг шалгахад хэрэглэгдэх нянгийн омог, дүнг тооцох тухай дараах хүснэгтээр үзүүлэв.

**Тэжээлт орчинд хяналт тавихад хэрэглэгдэх бичил биетэн**

1	2	3	4
Орчууд	өсгөвөр- лех ху- гааа	Хяналтын бичил биетэн	Эцсийн дүн
Цустай агар	24 цаг CO <sub>2</sub> (лаа асаах)	Str. pyogenes Str. pneumoniae	Бета-цус задлалт альфа-цус задлалт
Шокаладан агар	24 цаг CO <sub>2</sub>	H. influenzae	Уржинэ
Лизиний карбоксили- гүйжүүлэлт (шингэн вазелин нэмсэн) илрүү- лэх орчин	48 цаг	S. typhimurium Shig. flexneri	эерэг сөрөг
орнитины	48 цаг	S. typhimurium K. pneumoniae	эерэг сөрөг
аргининий	48 цаг	S. typhimurium Pr. mirabilis	эерэг сөрөг
желатиназа илрүүлэх орчин	24 цаг	E. coli Serratia marcescens	сөрөг эерэг
Малонаттай шөл	24 цаг	E. Coli K. pneumoniae	сөрөг (ногоон) эерэг (хөх)
Метил улаан (фогес проскауэр)	48 цаг	E. Coli K. pneumoniae	эерэг/сөрөг сөрөг/эерэг
(Декстроз) тосгүй	24 цаг	P. aeruginosa Acinetobacter Calcoaceticus	өнгөц исэлдүүлнэ. Өөр чөхгүй.
Пептоны ус (индол)	24 цаг	E. Coli K. pneumoniae	эерэг сөрөг
Фенилаланин (амингүйжүүлэлт)	24 цаг	E. Coli Pr. mirabilis	сөрөг эерэг
Рапопортын шөл	24 цаг	S. typhimurium E. Coli	сэлгүүлэн тарихад уржинэ уржихгүй
Плоскиревын орчин	24 цаг аэроб + 24 цаг тасалгаа ны t°	E. Coli S. typhimurium Yer. entercolitica Shig. flexneri	уржихгүй өнгөгүй колони өнгөгүй колони өнгөгүй колони

Үргэлжлэл

1	2	3	4
Селениттэй шөл	24 цаг	Рапопортын шөл үз	
ТЦЦС—агар	24 цаг	наалддаггүй vibrio E. Coli	шар колони үржихгүй
Тей—Мартини орчин	24 цаг	N. meningtidis N. gonorrhoeae Staphylococcus E. Coli Candida albicans	үржинэ үржинэ үржихгүй үржихгүй үржихгүй
Тиоглюкозат шөл	24 цаг	Bacteroides fragilis	үржинэ
Клиглерийн орчин (босоо хэсэг нь 2,5 см)	24 цаг	Citrobacter freundii S. typhimurium Shyg. flexneri Acinetobacter	хүчил + H <sub>2</sub> S серөг/хүчил + H <sub>2</sub> S хий серөг/хүчил өөрчлөхгүй
Шээгтэй орчин	24 цаг	E. Coli Pr. mirabilis	серөг эөрөг (ягаан)
Ацетат агар	24 цаг	E. Coli S. flexneri	үржинэ үржихгүй
Симмонс агар	24 цаг	K. pneumoniae E. Coli	үржинэ үржихгүй
Нитрат агар	24 цаг	E. Coli Acinetobacter	эөрөг серөг

Г. ОЮУН

ГЭМТЛИЙН УЛМААС ҮҮССЭН ТАРХИНЫ  
ХАТУУ ХАЛЬСАН ДООРХ ЦУС ХУРАЛТЫН  
ЭМНЭЛ ЗҮЙН ОНЦЛОГ

Анагаах ухааны дэд эрдэмтэн П. ДОНДОВ

Тархины хатуу хальсны дор цус хурах нь ихэвчлэн тархины хүнд гэмтлийн улмаас үүсдэг, мэс заслын яаралтай тусламж шаарддаг аюултай өвчиний нэг юм. Энэ нь хатуу хальсны буюу тархины онгц судсууд гэмтсэнээс тархи ба тархины хатуу хальсны хооронд цус хурж, тархи дараахыг хэлнэ. Уг өвчин нь гавлын доторх цус хуралтын 40 гаруй хувийг эзэлдэг, мэдрэлийн мэс заслын практикт элбэг тохиолдог өвчин юм. Тархины хатуу хальсны дор цус хурахыг хурц, хурцавтар, архаг гэж ангилан үздэг бөгөөд хурц хэлбэр нь тархины гэмтэл авснаас хойш 24 цагийн дотор, хурцавтар хэлбэр нь 24 цагаас 3 хоногийн хугацаанд, архаг хэлбэр нь 3 хоногоос дээш хугацаанд эмнэл зүйн шинж илрэдэг. Ялангуяа архаг хэлбэр нь тархины яз бурийн өөрчлөлт бүхий өвчинтэй эндүүрэхэд хургэдэг. Үүний дотроос өндөр настай хүнд тохиолдох гэмтлийн улмаас үүссэн тархины хатуу хальсны доорх цус хуралтын эмнэл зүй нь өвөрмөц онцлогтой болохыг ажиглалаа.

Нэгдсэн III эмнэлгийн мэдрэлийн мэс заслын тасагт 60-аас дээш насны тархины хатуу хальсны доорх цус хуралтай 4 өвчтөнд мэс заслын эмчилгээ хийжээ.

Өндөр настай хүнд тохиолдох гавлын доторх цус хуралтын эмнэл зүйн онцлогийн талаар хийсэн судалгаа одоогоор байхгүй байна.

Ер нь гавлын доторх цус хуралтын үед эмнэл зүйн онцлог шинж тэмдэг байдаг. Үүнд:

1. Ухаан саруул үе буюу шинж тэмдэг үл илрэх далд үе. Энэ нь тархины хүнд өнгөн ямар нэгэн хэмжээний гэмтэл авч ухаан алдсаны дараа хэсэг хугацаанд эмнэл зүйн шинж тэмдэг илрэхгүй буюу толгой аажмаар овдсөөр дахин ухаан алдах хүртэл хугацааг хэлнэ. Энэ үе нь урт богино харилцан адилгүй хугацаатай байдаг бөгөөд үүнээс хамаарч өвчинийг хурц архаг гэж ангилан үздэг. Гэмтэл авснаас хойш 2—3 цагаас 10—60 хоног хүртэл ургэлжилдэг байна. Ухаан саруул үеийн хугацаа урт богино байх нь гэмтсэн судасны хэмжээнээс шалтгаална. Том судас хагарч гэмтсэн байвал ухаан саруул үе богино байдаг. Өвчтөний ухаан саруул үед өвчтөн гэмтэл авснаас хойш толгой аажмаар өвдөж хугацаа онгөрөх тутам тэсвэрлэшгүй хүчтэй өвддөг байна. Уг өвчиний 2-р үндсэн шинж тэмдэг нь даамжрах хэлбэрээр толгой өвддөг юм. Толгой хүчтэй өвдсөнөөс болж ухаан санаа өөрчлөгдөж босож нополдох, уурлаж уцаарлах, хашгирах зэрэг үйл хөдлөлийг хийдэг байна. Үүнийг уг өвчиний 3-р үндсэн шинж тэмдэг гэх буюу сэтгэл санааны хөөрөл гэж нэрлэнэ. Хатуу хальсны доорх хурсан цусны хэмжээ ихсэх тутам тархины дотоод даралт ихсэж толгой тэсвэрлэшгүй өвдөхийн хамт хурсан цус тархины тодор хой хэс гийг дарж эпилепсийн таталт, уналт үүсгэдэг байна. Эрдэ мтдий үзэж байгаагаар тархины хатуу хальсны доорх цус хур алтын

70—80%-д нь эпилепсийн таталт уналт илэрдэг гэж бичсэн байна. Учныйг уг өвчний 4-р ундсэн шинж гэж үздэг юм.

Үүнийг уг өвчний 4-р үндсэн шинж гэж үздэг юм.  
Тархины хатуу хальсны доорх хурсан цусны хэмжээ 80—150,000 хүрэхэд тархины дотоод дараалт дээд хэмжээнд хүрч өвчтөн ухаан алддаг байна. Ийм өвчтөнд яарагтай мэс заслын эмчилгээ хийхгүй бол амьсгал, зүрх судасны төв дарагдаж өвчтөн нас барж ч болно. Өвчтөнийг мэдрэлийн талаас үзэхэд цус хуралтын эсрэг талын гар хөлийн рефлекс ихэссэн буюу бүрэнcaa үүссэн, өвдөлтийн ба халуун хүйтний мэдрэмж алдагдсан, цус хуралтын эсрэг талд хэвлэлийн өнгөц рефлекс угүй болсон буюу буурсан, мөн тэр талд Бабинский, Оппенгейма, Гришберг, Пуссен зэрэг улны эмгэг рефлекс илэрдэг ба гэмтсэн талын нүдний хүүхэн хараа өргөссөн байдаг. Мөн өвчтөний биенд хүрэхэд цочромтгой, гэрэлд гялбамтгай, шилэн хүзүүний булчин хөшүүн, Керингийн шинж тодрох зэрэг мэнэнгийн шинж илэрдэг. Нугасанд хатгалт хийхэд тархи нугасны шингэн цустай буюу булингартай шаргал гарч эсийн тоо олширч уургийн хэмжээ ихэссэн байдаг. Өвчтөний нүдний угийн мэдрэлийн хөхлөг хавагнасан байна. Эрдэмтдийн үзэж байгаагаар харах мэдрэлийн хөхлөгийн хаван ийм өвчтөний дотор 80—90% харах мэдрэлийн хөхлөгийн хаван ийм өвчтөний дотор 80—90% байдаг. Хатуу хальсан дор цус хурсны оношиг тодруулах гол шинжилгээ бол тархинд хий шахаж зураг авах (Пневмоэнцефалография), тархины судсанд тодруулах бодис хийж зураг авах (Ангиографи), хэт авиаагаар оношлох, (эхоэнцефалографи) нь онцгой ач холбогдолтой. Бидний ажигласан 60—70 наасны 4 өвчтөний эмнэл зүйн шинж тэмдэг нь дээр дурдсан эмнэл зүйн шинж эрс өөр байлаа. Жишээ нь өвчтөн Б. 62 настай, эрэгтэй. Өвчтөн 1971 оны 10-р сарын 4-нд мотоциклтой явж байгаад машины араас мөргөж 2—3 минут ухаан алдаж түүнээс хойш 7—8 хоногийн дараа унтамтгай болж, 14 хоногийн дараагаар үе үе ухаан алддаг болсон байна. Энэ хугацаанд ажлаа хийсээр байжээ. 1971 оны 12-р сарын 3-ны өдөр З хундага архи ууж ухаан алдаж татах унасан байна. Унасны дараа өвчтөн сэргэж шээс хүрээд байна гэж жорлонд 12 цагийн турш суусан байна. Үүний улмаас мэдрэлийн тасагт гэмтлээс үүссэн тархины зөөлөн хальсны наалдац гэсэн оноштой эмчлүүлсэн боловч биеийн байдал сайжралгүй өөрийн мэдээгүй дордоо бие засах, ухаан алдаж унах нь улам ихсэж хүний хэлж байгаа үгийг ч бүрэн ойлгохгүй болжээ. Өвчтөн мэдрэлийн эмчийн үзлэгээр баруун талын дух, зулайн хэсэгт хөндүүр өвчтэй, гурвалсан мэдүүлийн баруун талын 1 ба 2-р салааны нүүрний цэгт өвчтэй, Маринеско-Родовичийн хам шинж 2 талд тод илэрсэн, ясны хальс ба шөрмөсний рефлекс зүүн талын гар хөлд ихэдсэн, зүүн талын гар хөл халуун хүйтнийг мэдрэх нь муудсан хэвлэлийн өнгөц рефлекс зүүн талд үүсэхгүй байв. Нүдний угт харааны мэдрэлийн зогсонгийн шинж илэрсэн зэргээс үндэслэж гэмтлийн улмаас үүссэн гавлын доторх цус хуралт байж магадгүй гэж үзээд баруун талын гүрээний ангиографи хийхэд тархины хатуу хальсны доорх цус хуралт байгаа нь батлагдаж, 1972 оны 2-р сарын 5-ны өдөр еренхий мэдээ алдуулан мэс засал хийхэд гэртэй цус хуралт байсныг илрүүлж эмчилж өвчтөн бүрэн эдгэсэн. Энэ жишээнээс үзэхэд өвчтөний ухаан саруул буюу далд үе маш удаан ургэлжилсэнээс толгойн даамжрах хэлбэрийн өвдөлт илэрсэнгүй. Харин сэтгэхүйн өөрчлөлт болон гаднаас сээрэл хүлээн авах чадвар буурсан (хүний хэлж байгаа үгийг ойлгохгүй) шинж ажиглагдаж байв. Түүнээс гадна солиорч дэмий юм ярих нь бүх өвчтөнд ажиглагдлаа. Зарим өвчтөн өөрийхөө хэвтэж байгаа газрыг мэдэхгүй хуучин нутаглаж байсан сум, газар усны нэрээр ярих зэрэг шинж илэрч

байлаа. Жишээ нь өвчтөн Г. 65 настай, эрэгтэй. Өвчтөний түүхийн № 148, 1973 оны 12-р сарын 20-нд юманд тээглэж байшигийн хана хүчтэй мөргөж ухаан балартсан аж. Түүнээс хойш 4—5 хоногийн дараа зүүн талын гар хөлийн мэдээ аажмаар муудаж буруу зөв ярьж углээ болсон байна. Энэ үед өвчтөний толгой хааяа бага зэрэг өвддөг байжээ. Харин үүнээс хойш 4 удаа ухаан алдаж унасан байна. Мэдрэлийн тасагт гэмтлийн улмаас болсон тархины хальсны наалдац гэсэн оноштой хэвтэж, мэдрэлийн эмчийн үзлэгээр баруун талын чамархайн хэсэгт хөндүүр өвчтэй, гурамсан мэдрүүлийн баруун талын 1 ба 2-р салааны нүүрний цэгт өвчтэй, хамар урууллын нугалаа зүүн талдаа гелгөр, ясны хальс ба шөрмөсний рефлекс гар хөлд зүүн талдаа ихэссэн, зүүн талын хөлийн уланд Бабинскийн эмгэг рефлекс илэрч байлаа. Өвчтөний нүдний угт судасны зогсонги илэрсэн байв. Тархины ангиографи хийхэд баруун талын дүх чамархайн хэсгийг хамарсан тархины хатуу хальсны доорх цус хуралт илэрснийг 1974 оны 4-р сарын 2-ны өдөр мэс засал хийж, өвчтөн өдгөж гарсан. Энэ өвчтөнд ч гэсэн өвчиний ухаан саруул үе удаан үргэлжилж толгой даамжрах хэлбэрээр өвдөлгүй, сэтгэл санааны хөөрлийн оронд дэмий юм ярих хэлбэр ажиглагдаж байна. Өөр нэг ажиглагдсан онцлог зүйл гэвэл, бараг бүх өвчтөн бэлиг эрхтэнээрээ оролдох, ямар ч шалтгаангүй худлаа инээх, өмссэн хувцас, ор дэрнийхээ хэрэгслэлийг урах зэрэг шинж илэрч байлаа. Өвчтөн Г. 67 настай эрэгтэй, өвчиний түүхийн № 1271, 1979 оны 1-р сарын 3-нд солиорол гэсэн оноштой Сүхбаатар аймгийн нэгдсэн эмнэлгийн мэдрэлийн тасагт ирж хэвтсэн байна. Өвчтөний сахиулын өгүүлснээр 1978 оны 8-р сард тархины хөнгөн гэмтэлд өртөхдөө ухаан алдаагүй. Түүнээс хойш толгой өвдөж байгаагүй. Харин бие ядардаг болсон. 1978 оны 12-р сарын 3-нд гэнэт ухаан алдаж унасан. Түүнээс хойш дэмий ярьж өөрийнхөө өмссэн хувцас ор дэрний хэрэгслэлийг урдаг болсон. Гар хуруугаа ямагт хөдөлгөн, бэлиг эрхтэнээрээ оролдох нь их байлаа. Өвчтөнг гэмтлийн улмаас үүссэн гавлын доорх цус хуралттай гэж оношлон тархины ангиографи хийхэд онош нь батлагдаж 1979 оны 1-р сарын 24-нд хагалгаа хийж тархины хатуу хальсны доорх цус хуралтыг авснаар өвчтөний сэтгэхүйн байдал хэвийн болж орчны юмаа урах, бэлиг эрхтэнээрээ оролдох зэрэг нь бүр мөсөн арилж эрүүл болсон байна.

Өвчтөн Ц. 64 настай, эрэгтэй. 1978 оны 10-р сард мориноос унахдаа ухаан алдаагүй. Харин 20-иод хоногийн дараагаар зүүн талын гар хөлийн мэдээ муудаж тархины хавдар гэсэн оноштой төв эмнэлгийн мэдрэлийн тасагт хэвтжээ. Тархины ангиографи хийхэд зүүн талын тархины өмнөт arteriар цус гүйхгүй, ногөө талаасаа цусаар хангагдаж байгаа шинж тэмдэг илэрсэн байлаа. Мөн тархины өмнөд arter нь зүүнээс баруун тийш хазайсан учир зүүн талын дүх, зулайн хэсэгт ямар нэгэн органик өвчин байна гэж үзээд 1979 оны 1-р сарын 9-ний өдөр еренхий мэдээ алдуулалтаар хагалгаа хийхэд тархины хатуу хальсны доорх цус хуралт байсан нь илэрч өвчтөн өдгөрсэн байна.

Энэчлэн настай хүмүүст тохиолдох гэмтлийн улмаас үүссэн тархины хатуу хальсны доорх цус хуралтын эмнэл зүй нь бусад насны хүмүүст тохиолдох гэмтлийн улмаас үүсэн тархины хатуу хальсны доорх цус хуралтын эмнэл зүйгээс дараах зүйлээр ялгаатай байна.

1. Өвчтөний ухаан саруул үе (анх гэмтэл авснаас хойш үе) нь харьцаангүй хөнгөн үргэлжилж байна. Манайд 60-аас дээш насны хүмүүс бүгд архаг цус хуралттай байлаа. Гэхдээ энэ хуга-

цаанд сэтгэл санааны хөөрөл ажиглагдахгүй, толгой даамжрах хэлбэрийн өвдөлт илрэхгүй байна.

2. Өндөр настай хүнд тохиолдох тархины хатуу хальсны доорх цус хуралтын явц нь тархины хавдрын эмнэл зүйн шинжтэй төстэй хэлбэрээр илэрч байна. Өвчтөний гэмтэл авсан зөвиурыг оролцуулахгүй бол даашид өвчний явц нь тархины хавдраас ялгагдах юмгүй байлаа.

Дээрх 4 өвчтөний 2 нь гэмтлийн улмаас үүссэн тархины зөвлөн хальсны наалдац, нэг нь тархины хавдар, нөгөө нь солиорол гэсэн оноштойгоор мэдрэлийн тасагт өмчлүүлж байснаас үзэхэд эмнэл зүйн шинж тэмдэг хэр зэрэг будэг байсан нь тодорхой байна.

3. Хагалгаа хийлгэсэн 4 хүний сэтгэхүй өөрчлөгдэж, илрэх шинж тэмдгүүд нь бусад өвчний үед гардаггүй өвөрмөц шинж тэмдэг болох нь ажиглагдлаа.

4. Тархины хатуу хальсны доорх цус хуралтын эмнэл зүй нь залуу ба дунд насны хүнд тод илэрч, цус хурсан талын хүүхэн хараа нь өргөсөх, мэнэнгийн шинж тэмдэг тод илрэх, цус хуралтын эсрэг талдcaa саажил үүсэх зэрэг нь тодорхой илэрдэг бол настай хүнд эдгээр шинж тэмдэг нь будэг илрэх ба мэнэнгийн шинж тэмдэг ажиглагдахгүй байлаа. Харин гавлыг тогшиход цус хуралттай талдаа өвчтэй, хайрцган чимээ сонсогдож хамар уруулын нугалаа эсрэг талдаа гөлгөр, гурвалсан мэдрэлийн цэгт цус хуралттай талдаа нүүрний цэгт өвчтэй байх зэрэг шинж бүх өвчтөнд илэрч байлаа.

5. Тархины хатуу хальсны доорх архаг цус хуралтын үед нугасанд хатгалт хийхэд нугасны шингэн цустай буюу булингартай, эсийн ба уургийн тоо олширсон ба ихэссэн байдаг бол дээрх хумууст нугасны усны шинжилгээнд өөрчлөлт гараагүй байв.

6. Тархины хатуу хальсны доорх цус хуралтын архаг явцтай үед нүдний угт зогсонгийн шинж тэмдэг ажиглагдсан нь оношлогооны чухал ач холбогдолтой болох нь батлагдаж байна.

Тархины хатуу хальсны доорх цус хуралтыг оношлох найдвартай шинжилгээ бол тархины ангиографи, эхоэнцефалографийн шинжилгээ юм. Бид дээрх 4 тохиолдолд ангиографийн шинжилгээ хийхэд arterийн судаснууд нь ялангуяа тархины өмнөт артер нь цус хуралтын эсрэг тал руу түрэгдэж хазайсан, венийн судсандаа тархины онгөц судаснууд нь хурсан цусанд дарагдаж хазайсан, капилярийн судсандаа судасгүйжлын талбай гарч байлаа. Дээр бичсэн клиникийн практикт ховор тохиолдох эмгэг нь өөр өвчинтэй эндүүрэгдэн оношлогдож болох учир өндөр настай хүнд тохиолдох гэмтлийн улмаас үүссэн тархины хатуу хальсны доорх цус хуралтын клиникийн онцлогийг залуу өмч нар анхаарах нь зүйтэй юм.

## Г. А. Илизаровын ашарратыг Эмчилгээнд хэрэглэж байгаа нь

Орчин үеийн эмнэлгийн шинжлэх ухаанд яс хугарах, түүний бороолохыг түргэсгэх асуудал бүрэн шийдвэрлэгдээгүй байв. Эмнэлгийн практикт яс бороолохыг түргэсгэх зорилгоор хэрэглэж байгаа олон янзын арга засал, эмийн эмчилгээ нь зохиц үр дүнд хүрээгүй байлаа.

Гэтэл яс хугарахыг эмчлэхэд шахах сунгах аппарат хэрэглэх болсноор бороолохыг түргэсгэхэд ахицтай арга болсон гэж уздэг юм.

Гэмтэл согогийн эмнэлэгт 1979 оны сүүлчээс Г. А. Илизаровын аппарат, эмчилгээний аргыг хэрэглэсэн билээ. Өнгөрсөн 3 жилийн дотор чөмөг, ясны шинэ ба ужигшиж хүндэрсэн хугархай болон ўе мөчний соготой 193 өвчтөнийг шахах сунгах аппаратаар эмчлэв.

Бүх эмчлүүлэгчдийн 148 (76,7%) нь эрэгтэй, 45 (23,3%) нь эмэгтэй байв. Насны байдлаар авч үзвэл 10—21 хүртэл насны 36 (18,6%) 21—31 хүртэлх насны 50 (31,4%) 31—41 хүртэлх насны 45 (23,5%), 41—51 хүртэлх насны 18 (9,3%), 51—61 хүртлэх насны 10 (5%), 61-ээс дээш насны хүмүүс 4 (2%) байв.

#### Хүснэгт 1

1980—1982 онд Г. А. Илизаровын аргаар, голомтоос зайдуу хэсгээр  
остеосинтез хийсэн байдал

Шинэхэн ба удсан хугархай	Бороолоогүй, хуучин ху- гархай	Буруу бо- роолсон ху- гархай	Гэмтэл мэс заслын дараа үүссэн хуурамч бороо	Дунд чөмөг- ний шилбэний варус ба вальгус
70 (36%)	29 (15%)	5 (2,9%)	28 (14,5%)	18 (9%)
Нэг буюу 2 хөлний, нэг буюу хэд хэдэн мөчний муруй тахир	Toхой, өвдөг, шагайн үенний хуучин хугар- хай мултарсан			Ясны эмгэг
28 (14,5%)		9 (4,5%)		6 (3,1%)

Дээрх хүснэгтээс үзэхэд ихэнх тохиолдолд ясны бороо удааширсан буюу хугарснаас хуурамч ўе үүсэж ужигшиж хүндэрсэн, ўе мөчний олон төрлийн соготой өвчтөн нэлээд хувийг эзлэж байна.

Энэ хүндрэлтэй хугархай болон согогуудыг аппаратаар эмчлэхдээ мэс ажилбарын олон аргыг хэрэглэв. Үүнд: буруу бороолсон, бороо удааширсан хугархайг битүү буюу мэс заслын хагас ил аргаар ясны хугархайг салгаж аппаратаар эвлүүлэн шахах, хуурамч ўе үүсэж хугарсан ясны үзүүр нь тэжээл алдагдсан тохиолдолд мэс ажилбараар тэжээлгүй болсон ясны үзүүр хэсгийг таслан аппаратын тусламжтайгаар эвлүүлэн шахах, фиброз эдүүдээр холбогдох үүссэн хуурамч үенийг битүүгээр эвлүүлэн шахах зэрэг нэлээд олон аргыг хэрэглэв. Мөн хоёр хөлийн шилбэ, өвдөгний үений вальгус, варус байрлалын согогуудыг мэс ажилбарын хагас ил аргаар ясыг таслаж, хоёр мөчийг нэгэн зэрэг аппаратаар засав. Хөл нь богиноссон хүмүүсийн чөмөгний ясны 3—12 см хүртэл аппаратаар сунгаж эмчиллээ. Дээрх мэс ажилбарыг нугасны (перидуральный) мэдээ алдуулах аргаар хийж, щөөн тооны өвчтөнд ерөнхий мэдээ алдуулах аргыг хэрэглэхэд хагалгааны үед хүндрэл гаралаатай, харин хагалгааны дараагаар шөрөгний шархны идээлэлт 13, шөрөгнөөс остеомиелит 3, арьс урагдах 15, хэсэгхэн арьсны үхжил 3, харшил дерматит 7, бүгд 41 тохиолдолд гарав. Гэвч эдгээр хүндрэлийг тухайн үед нь тууштай эмчилгээ хийхэд богино хугацаанд эдгэрсэн болно.

Энэ судалгаанаас үзэхэд Г. А. Илизаровын шахах сунгах аппаратаын тусламжтайгаар эмчлүүлэгчдийн эмнэлэгт хэвтсэн орхоног дунджаар 73,4-д хүрч 24,3% хүртэл өссөн байхад чөмөгний ясны бороо удааширч, хуурамч ўе үүссэн өвчтөний эдгэрэх хугацаа хуучин аргаар эмчлэхэд 6,5 сар байсан бол аппарат эмчилгээний арга хэрэглэснээр 4,5 сар хүртэл буурсан байна.

Шахах сунгах аппаратаар эмчлүүлэгсдийн эмнэлэгт байх хугацаа, нийт дундаж ор хоног өссөн явдал нь уул эмчилгээнд ходоо орон нутгаас шилжиж эмчлүүлсэн өвчтөний эзлэх хувь онд дор байгаа, бас манай орны уур амьстал, зам харилцаа амьдрал ахуйн онцлогтой шууд холбоотой байна.

Мөн уе мөчний зарим согогийг хуучин аргаар эмчлэхэд хөдөлмөрийн чадвартай болох хугацаа 10 сар байсан бол аппарат хэрэглэснээр 7 сар болсон байна.

**Дүгнэлт:** 1. Эмчлэхэд нэлээд бэрхшээлтэй байсан хугархай согогуудыг аппаратаар эмчлэх боломжтой боллоо. Гэхдээ эмчилгээний арга техникт дадлагажсан туршлагатай мэргэжлийн эмч нар л энэ аппаратыг хэрэглэж хуучин уламжлалт эмчилгээний аргаас илүү үр дүнд хүрч чадна.

2. Хагалгааны үед цус сэлбэх, шингэн юулэх, антибиотикийг өргөн хэрэглэх шаардлага гаражгүй байна. Харин аппарат салгаж авсаны дараа түр хугацаагаар гөлтгөнөн аравч хэрэглэх шаардлага нэлээд гарч байв.

3. Аппарат тавиулсан өвчтөн хэвтэрт байх шаардлагагүй учир удаан хэвтсэнээс үүсэх зурх, уушгинь хүндрэл гаражгүй байна. Уул эмчилгээний эхний үеэс эхлэн нөхөн сэргээх эмчилгээг хийх боломжтой учир яс бороолсны дараагаар удаан хугацаагаар аппаратаа үргэлжлүүлэн байлгах шаардлагагүй байна.

4. Хөдөлмөрийн чадвар түр алдах хугацааг энэ аппарат хэрэглэснээр 1—3 сараар богиносгож байна.

5. Мэргэжлийн эмч болон нөхцөл бололцоо, төхөөрөмж бүхий аймаг хотын нэгдсэн эмнэлэгт аппарат эмчилгээний аргыг хэрэглэх боломжтой юм. Аппарат тавиулсан өвчтөн хувийн болон рэглэх боломжтой юм. Аппарат тавиулсан өвчтөн хувийн болон балгасыг биелүүлэхгүй бол халдвар үүсч болзошгүй юм.

6. Манай нөхцөлд хугарах, уе мөчний согогуудыг хуучин уламжлалт эмчилгээний аргуудаар эмчлэх нь илүү үр дүнтэй байгааг харгалзан, ясны татлага, гөлтгөнөн боолт, хагалгааны бусад арга барилыг өргөн хэрэглэх нь бас чухал юм.

Г. Дэмид, Н. Даш, Г. Дагва  
Ө. Даваасамбуу, Х. Баттөмөр

## ЗҮРХНИЙ ЗҮҮН ТОСГУУРЫН МИКСОМ ХАВДРЫН НЭГЭН ТОХИОЛДОЛ

Зүрхний анхдагч хавдар ховор тохиолддог, оношлоход амаргүй өвчин бөгөөд нийт задлан шинжилгээний 0,002—0,05%-д, зурхний мэс заслын 0,09%-д тохиолдоно. Хамгийн олонтоо тохиолддог нь хоргүй хавдар миксом бөгөөд зүрхний анхдагч хавдрын 35—60%-ийг эзлэнэ (1—6).

Эмч нарын оношлох практикт туслах зорилгоор зурхний миксом хавдрын нэгэн тохиолдлыг танилцууљя.

Өвчтөн В. О., 15 настай, эрэгтэй. Больницаод 1982 оны 6 сарын 30-ны 19 цагт „Нарны цохилт, хордлого“ гэсэн оноштой ирж хэвтсэн. Ирэх уедээ хүүхэд ухаангүй, хүүхэн харааны гэрлийн урвал сул, уе уе нумлаж татаж байсан. Үзэхэд хүүхдийн бие бялдрын өсөлт муу, эцэнхий туранхай. Арьсны өнгө зэвхийдүү, их хөлрөмгий. Салstuуд цэвэр, ягаан өнгөтэй. Уруул омголтсон, халуун—39,6°, амьсгалын тоо 1 минутад 32 удаа, уе уе бөгшүүлж ханиалгана. Цэр их гарна. Тогшиход уушгины угийн хэсгээр будэг дуутай, чагнахад янз бүрийн нойтон хэржигнуур тархмал байдлаар сонсогдоно. Зүрхний оройн цохилт тархмал харагдана. Зүрхний хязгаар хөндлөөшөө томорсон, шуугиангүй, авиа нь бүдгэрсэн, судасны лугшилт 1 минутад 110 удаа, артерийн даралт 100/60 мм муб. Бусад эрхтэний талаас онц мэдэгдэх өөрчлөлтгүй.

Өвчиний түүх. Ерөнхийдөө, хүүхэд ядратгай, царай цонхигор, уе уе толгой нь өвддөг, цэргэй ханиалгадаг байсан. 6-р сарын 30-ны өглөө 8 цагаас 14 цаг хүртэл биеийн хөдөлмөр хийгээд 14 цагт 2 аяга будаатай цай уусны дараа дахин биеийн хөдөлмөр хийж байгаад 16 цаг 30 минутанд гэнэт ухаан алдсан, 17 цагийн орчимд бөөлжсөн. Энэ өдөр нарлаг тунгалаг, нэлээд халуун байсан.

Эрүүл эхийн 2 дахь хүүхэд. Төрөх үеийн жин 3 кг, урт 50 см. Багадаа ужлээр өвчилж эмчлүүлж байсан. Салхин цэцгээс өөр халдварт өвчинөөр өвчлөөгүй. Хүүхэд ханиад хүрэмтгий, өсөлт хөгжилт сул байсан боловч эмчилгээ, шинжилгээ хийлгэж байгаагүй.

Хүүхдийг „Хоёр уушгины нийлмэл голомтот үрэвсэл, үнхэлцгийн үрэвсэл, ерөнхий хордлого дээр үүссэн нарны цохилт, тархины цус харвалт“ гэсэн оношоор эрчимт эмчилгээ, холбогдох шинжилгээнүүд хийсэн байна.

Цусны ерөнхий шинжилгээнд: цагаан эс 20800, савханцар бөөмт нейтрофил 22, УЭТХ—17 мм/даг,

Нугасны усанд: NaCl—179,7; се—107,9; сахар 3,3 ммоль/л, Пандийн урвал++, Нонне-Апельтийн урвал++, уураг 1,98%, эс—10,8; улаан эс 3, 5, 4.

Шээсний шинжилгээнд: цагаан эс харах талбайд —18, 12, 16 байв.

Цусны биохимиийн шинжилгээнд: нийт уураг 57 г/л, кали 3,8 ммоль/л,

Цээжний эрхтэний зурагт: Хоёр уушгины угийн хэсэг нэвчдэстэй, ялангуяа голын хэсгээр олон тооны жижиг голомтот тархмал сүүдэртэй, зүрх нилээд томорсон, бэлхүүс нь арилсан байв.

Зурхний эмч үнхэлцгийн шүүдэст үрэвсэл гэж үзээд хатгалт хийж 20 мл орчим цусархаг шингэн авчээ. Дээрх оношийн дагуу эрчимт эмчилгээ хийсэн боловч хүүхэд халуун ихтэй, ухаангүй байсаар эмнэлэгт 4 хоноод нас барсан байна.

Эмгэг анатомын шинжилгээгээр: хүүхдийн бие бялдрын ерөнхий хөгжилт илэрхий хоцронгуй, бэлгийн хөгжлийн шинж илрээгүй, зурх нь бөөрөнхийдүү хэлбэртэй болж, тал бүр тийш томорсон, үнхэлцгийн хөндийд 8 мл цусархаг шингэнтэй, зурхний булчин зузаарч, зурх уушгины венийн хөндий тэлсэн байв. Зурхний дотор давхраа гарсан 7,5 х 5 см хэмжээтэй 0,5 см орчим урт нарийвтар суурьтай, зөөлөн тогтоцтой, барзгардуу, усан үзмийн багц санагдуулам хэсэгчилсэн бутэктэй, цайвар шаргалдуу, зарим хэсэг нь улаан хүрэн өнгөтэй хавдар зурхний зүүн тосгуурт дүүрсэн байлаа. Хавдрын нилээд урт нэгэн булцууны үзүүр нь хоёр хаваст нүхээр унжих шахуу байрласан байв.

Эс судлалын шинжилгээнд: гематоксолин-эозиноор будсан бэлдмэл дээр хавдрын үндсэн эд ягаавтар, эс ба судсыг тойрсон хэсэг хөхөлбий өнгөөр будагдсан, таруу байрласан эсүүд, нимгэн хана бүхий олон цусны судас, салсархаг зүйлээс тогтсон байв.

Эс нь урт сэргэн бүхий гонзгой эс, олон талт дугуйвтар эс гэсэн үндсэн 2 төрлийн бүтэктэй. Дугуйвтар эс нь хавагнасан хэсэгт тал тал тийш татагдан аалз хэлбэртэй харагдана. Хавдрын салсархаг эдийн дунд бүдүүрч томорсон цөөн тооны цавуурхаг ширхэгтэй байв. Мөн угийн хэсэгт хавдрын эсийн тоо олширч хэсэг хэсгээр (4, 8, 10) бөөгнөрч дундаасаа зайд гарч цулахийн шинжтэй, цусны судасны хана нь зузаарч, хөндий нь нарийссан, хавдрын доод хэсэгт зурхний булчингийн эсүүд томорч завсрлын эд нь хавагнасан байв.

Зүүн уушгины угийн хэсэг, доод дэлбээ бага зэрэг авчилтай, уушгинд бүхэлдээ цус дуурэлт ихэссэн байв.

Эмгэг анатомын өөрчлөлтүүдийг үндэслэн үндсэн оношийг:

а) Хоёр уушгины архаг үрэвсэл

б) Зурхний зүүн тосгуурын миксом хавдар, ховдлын томролт. Хоёрдогч хүндрэлийг: ужил, идээт менингоэнцефалит, бөөрний завсрлын эдийн үрэвсэл гэж үзэв.

Хүүхэд урьд нь эмчид үзүүлж, шинжилгээ хийлгэж байгаагүй, овчин эхлэхийн өмнө хүүхэд өөрийн биеийн байдлыг мэдэлгүй нартай өдөр биеийн хүнд ажил хийж байгаад гэнэт ухаан алдсан, эмнэлэгт ирэхдээ ухаангүй, маш хүнд байсан болон зурхний хавдар бидний практик ажиллагаанд урьд нь тохиолдож байгаагүй зэрэг нь оношийн зөрөө гаражад нөлөөллөө.

Миксомын 75% нь зүүн тосгуурт, тосгуурын таславч, зузаан нүх орчимд, 25% нь баруун тосгуурт байрлана. Миксом зурхний дотор давхрагын салст дотровчийн доод хэсгээс зурхий хөндий рүү бөмбөлөг, ур маягтай ургасан, заримдаа олон тоотой байдаг. Харажад хоёр янз. Миксом өнгөгүй хагас тунгалаг, цэлцэн маягийн тогтоцтой, зурхний хананд өргөн сууриар бэхлэгдсэн хавдар, шилбэ бүхий нягт бөөрөнхий зурхний хөндий рүү унжсан хавдар гэж хоёр янз байдаг.

Миксомын эмнэлзүйн шинж нь хавдрын хэмжээ, байрлал, хөдөлгөөнөөс хамаарч янз бүр байх ба 12%-д нь ямар ч шинж илэр

дэггүй. Тохиолдлын 30%-д өвчтөн гэнэт, бусад үед зүрхний дутагдал, эсвэл бөглөө үүсч нас барна. Миксом тосгуурын хананд бэхлэгдсэн бол зүрхний цусны эргэлт, биеийн хүчний ачааллын ихсэх үед өвчтөн амархан ядрах, амьсгаадах, бие суррах, зүрхний хэм өөрчлөгдөх зэрэг шинж илэрч болно.

Хөдөлгөөнтэй хавдар хоёр хавтаст хавхлаасны нүхийг хааснаас тосгуур ховдлын нүх нарийссан шинж илрэх ба биеийн байрлалын байдлаас эмнэлзүйн шинж нь өөрчлөгдөнө. Чагнахад суралтын өмнөх ба дундах шуугиан босоо байрлалд тодорч, агшилтын өмнө хүчтэй болдоггүйгээрээ зүрхний ховилын нүх жинхэнэ нарийссан гажигаас ялгагдана. Нэгдүгээр авиа чангартсан байна. Заримдаа хавдар зүрхний салст дотровчтой шургэлцсэнээс өвөрмөц маягийн шуугиан сонсогдоно. Хавдар хоёр хавтаст хавхлаасны нүхийг бөглөвөл амьсгаадах, хөл гар хөрөх, ханиалгах, цустай цэр гарах, хөхрөх зэрэг уушгины цочмог хавангийн шинж илэрнэ. Цээжээр өвдөх ба заримдаа бах маягийн хүчтэй өвдөнө. Хавхлагын нүх түр бөглөрөхөд өвчтөн юм харахгүй болох, толгой эргэх, муужрах, эплепси маягаар унах, ухаангүй болох зэрэг шинж илэрнэ. Хавхлагын нүх аажим бөглөрвөл хамрын үзүүр, хуруу хөхөрч ухжих шинж илэрдэг. Өвчтөн үе үе 39° хүртэл халуурна. Цагаан эс олширч улаан эсийн тунах хурд түргэснэ.

Миксомыг оношлоход:

Өвчтөн өгүүлэхдээ урьд нь хэрлэг өвчинеөр өвчлөөгүй гэх буюу өвчний шинж тэмдэг гэнэт эхэлж, түргэн дамжирснаа намддаг, өвчтөний биеийн байдал, цусны эргэлтийн хямрал зэрэг нь хоорондоо авцалдаагүй бөгөөд зүрхний хязгаар ялимгүй өөрчлөгдсөн, биеийн байрлал өөрчлөхөд өвчний шинж тэмдэг өөрчлөгддөг, рентген гэрэлд зүрхний зүүн хөндийд хөдөлгөөнтэй калъцжсан зүйл илрэх зэрэг нь оношийг баримжаалахад тусална.

Сүүлийн жилүүдэд хэт дууны аппаратын тусламжтайгаар зүрхний хавдрыг амжилттай оношлож, мэс заслын эмчилгээ хийж байна. (2, 3).

Д. Малчинхүү, Г. Сүхээ

#### АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. Л. Г. Ефимова и др, Тер. архив, 1980. № 10, 130—134
2. А. А. Лякишев, Тер. архив, 1979. № 10. 112—120
3. А. А. Лякишев, Н. М. Мухарлямов, В книге: руководство по кардиологии. Под ред. Е. М. Чазова, М. 1982.
4. Н. М. Мухарлямов и др Кардиология. 1975. № 6, 15—22
5. Abrams H. et al, Padial. clin. N. Amer. 1971. 299—326
6. Heath D. D. I Bid, p. 315—323.

## ЦАХИЛГААН ТЭТГЭГЧ ХАРАА СЭРГЭЭЖ БАЙНА

ЗХУ-ЫН Анаагаах ухааны академийн Анаагаах ухааны туршилт-шинжилгээний хүрээлэнд хараагүй өвчтөнийг цахилгаан тэтгэгчээр хараа оруулах аргыг боловсруулжээ. Энэ аргын үр дүн, учир холбогдол, ямар нөхцөлд үр ашгаа өгдөг тухай тус хүрээлэнгийн захидал академич Наталъя Бехтерева ярьж байна.

— Бид олон жилийн өмнөөс тархины эмгэгийг анаагаахад цахилгаан тэтгэгчийг хэрэглэсэн юм. Тусгай электродоор тодорхой цэгүүдэд цахилгаан тэтгэлт өгөх нь их л өмзэг, нарийн төвөгтэй арга юм. Уг аргыг боловсруулах явцад цахилгаан тэтгэгчийн туслалцаатай хараагүй болсон зарим өвчтөнийг эмчилж болохыг тогтоосон юм. Харааны мэдрэллийг хүлээн авч дамжуулах эрхтэний аль хэсэгт гэмтсэнээс хараа муудах, хараагүй болох нь шалтгаална.

Харааны мэдрэл хатангиршсан гэсэн оноштой хараагүй болсон буюу хараа нь ихэд муудсан өвчтөний харааг манай мэргэжилтийн сэргээж чадсан юм. Энэ бол ийм тохиолдол бүрийд харааны мэдрэл хатангиршсан байдаггүй гэсэн уг.

Өөреөр хэлбэл харааны ширхгүүдийи зарим хэсэг нь эмнэлгийн хэлээр парабиозийн үедээ буюу амьдралын үйл ажиллагаагаа алдсан юмуу энэ үйл нь saatсан байдаг. Ийм нөхцөлд цахилгаанаар тэтгэлт эмчилгээ үр ашгаа өгдөг. Уг аргыг хэдий цаг алдахгүй хэрэглэвэл төдийчинээ үр дүнтэй байна. Энэ арга нь харааны мэдрэлд холбосон электродоор зохих хэмжээний цахилгаан гүйдэл өгч байгаа юм. Үр ашгаа өгөх механизм нь янз бүр л дээ, тархины гадрын харааны төвийн хэсгүүдийн saatлыг арилгаж, тухайн хэсгийн цус хангамж сайжран, алдагдсан ажиллагаа нь сэргэж байгаа юм.

Хараа бүрэн сайжиртал нэг сараас сар хагас эмчилгээг үргэлжлүүлэх бөгөөд импульс өгөх бүрийд хараа дээрдсээр байдаг. Зарим тохиолдолд хараа бүрэн сайжирч, тогтвортой сайн хэвээр болж байна. Манай хүрээлэнд хэдэн арван өвчтөнд ийм эмчилгээ хийж, тэднийг 2 жил хүртэл хугацаагаар ажиглаж байна. Таг сохорсон хүмүүс хүртэл зарим тохиолдолд мөрөө харахуйц болж байна. Тархины эмгэгүүдийг анаагаахад цахилгаанаар тэтгэхийн зэрэгцээ гэрлийн хурц туяа өгөх-гэрлийн тэтгэгч гэгчийг бас хэрэглэх нь илүү үр ашигтай байна. Хараа сэргээхэд ч энэ аргыг хослон хэрэглэсэн нь үр ашигтай болсон юм. Энэ аргын техник ажиллагаа нь төдий л төвөгтэй биш, эрдэм шинжилгээний хүрээлэнд төдийгүй мэдрэлийн мэс засал, нүдний өвчнийг эмчлэх эмнэлгүүдэд ашиглаж болох юм. Харааны мэдрэл хатангирших өөреөр хэлбэл үрэвслийн болон хавдрын шалтгаанаар дарагдах үед энэ арга ач холбогдоо өгч байна гэж одоогоор лавтай хэлж болно. Цаашдаа эмчилгээний энэ аргыг ашиглаж цар хүрээ өргөжих юм.

### ХУТГАГҮЙ МЭС ЗАСАЛ

Шинжлэх ухаан, техникийн ололт анаагаах ухаанд эмчилгээ, оношлогоо, урьдчилан сэргийлэх ажилд шинэ боломж бий болгож, хүний бие махбодын нарийн үзүүлэлтүүдийг бүртгэн тоо-

зоч чадвар бүхий багажаар эмч нар хүний эд эрхтэний үйл ажиллагааг засч залж байна. Мөн шинжлэх ухаан техникийн ололтын ачаар эмнэлгийн тусlamж урьд өмнө мэдэгдэхгүй байсан олон шинэ сайхан боломжоор баяжиж ирлээ.

Одоо бүхэнд мэдээжийн болсон рентген зураг авах аргыг, өнгөрсөн зуунаас хэрэглэж эхэлсэн. Өнөөдөр рентген шинжилгээг олон өвчиний оношлоход хэрэглэх боллоо. Жишээ нь: Тархи, уушги, зүрх, нойр булчирхай зэрэг хүний аль ч эд эрхтэний судсанд гургуйн (уян нарийн хоолой) туслалцаатай тодруулах бодис оруулж, уг эрхтэний болон түүнийг тэжээж байгаа судасны эмгэг өөрчлөлтийн талаар мэдэх боломжтой боллоо.

Зүрхний тэжээл, цус дутах өвчин, бөөрний өвчиний шалтгаанаар цусны даралт ихдэх, эрхтэн мөч гэмтэх гэх мэт олон өвчин эмгэгийн үед эд эрхтэний судас нарийсч, цус хангамж нь saatсанаас тэжээлийн бодис, хүчилтөрөгчийн хангамж буурдаг. Мэдээж нарийссан судсыг хэвийн байдалд оруулах хэрэгтэй.

Урьд өмнө үүнийг ихэнхдээ мэс заслалаар шийддэг байлаа. Гэвч нилээд өвчтөн нарийн мэс заслалыг дааж давахгүй байж болдог. Тэгтэл рентген зургийн зарчим дээр үндэслэж ийм өвчинийг оношлох төдийгүй эмчлэх арга оллоо. Судсыг сэтгүүрдэх аргаар хийх мэс засал (рентгеноэндо-васкулярная хирургия)-ыг анагаах ухаанд хэрэглэх болсноор ийм сайхан боломж нээгдлээ. Энд „мэс засал“ гэдэг үгийг бид зүрхний гажиг, мухар олгойн үрэвслийн үед хийх мэс ажилбараас арай оөрөөр ойлгох хэрэгтэй.

Рентгены эмч (түүнийг рентген мэс засалч гэж нэрлэж болох юм), хөл гарын мэт томхон судасны дээрх арьсыг үл ялим зүсэж судсаар оруулсан гургуйг аль ч эрхтэнд хүргэж болно. Хэрэв судас нарийссан нь ажиглагдвал, судсыг тэлж уг эрхтэний цус хангамжийг хэвийн болгоно. Үүнийг тусгай гургуй „дотуур шингэнийг даралтай үлээх“ буюу гэмтсэн хэсгийн судсыг дарах аргаар судсыг тэлүүлнэ.

Энэ нь амархан юм шиг бодогдож болно. Ийм мэс засал тийм ч хялбар биш бөгөөд дээд зэргийн анхаарал болгоомжтой хянуур нямбай ажиллагаа, ихээхэн туршлага, ур чадвар шаардана. Өнөөдөр энэ мэс заслыг өвчтөний амь насанд аюултай дотуур цус алдах үед хэрэглэх боллоо. Ийм тохиолдолд гургуйг цус алдаж байгаа хэсэгт хүргэж дотуур нь тефлон-мэт бэглээ хийх бодисыг явуулж цусыг тогтооно.

Сүүлийн жилүүдэд өвчтэй эрхтэнд шууд эмийн бодис хийх аргыг хэрэглэх боломж олдлоо. Энэ арга ажиллагааны зарчим нь хэрэгтэй үед нь дээрхтэй ойролцоо эмийн бодисыг зохих тун хэмжээгээр, уг эрхтэнд шууд хийгээг. Ийм арга нь бидний эм хэрэглэдэг уламжлалт аргаас илүү ашигтай төдийгүй харшлын урвал үзүүлэх нь бага байдаг.

Рентген мэс засал эд эрхтэний бүрэн бүтэн байдлыг эвдэхгүй, зовиур шаналгаа бага байх зэрэг олон давуу талтай юм.

Хамгийн чухал нь мэс заслын үед өвчтөн бараг осолддоггүй. Мэс заслын энэ чиглэл нь зөвлөлтийн эмч нарын ажиллагаанд нэвтэрч байна. Бүгд найрамдах улсуудын болон муж, хязгаар, томхон хотын 120 эмнэлэгт энэ эмчилгээг хэрэглэж, жилдээ 100 000 илүү шинжилгээ хийж байна.

орч. Г. Цэрэнжигмэд

**„Эмнэлэг ариун цэврийн анхны тусlamж“ сэдэвт дэлхийн эрүүлийг хамгаалахын зүүн өмнөд азийн бүсийн семинар**

Энэ оны 8-р сарын 16—22-ны өдрүүдэд Дэлхийн Эрүүлийг Хамгаалахын Зүүн өмнөд Азийн бүсийн хорооны семинар „Эмнэлэг ариун цэврийн анхны тусlamж“ сэдвээр Улаанбаатар хотод боллоо. Семинарыг БНМАУ-ын Эрүүлийг Хамгаалах Яамны сайд н. Д. Ням-Осор нээв.

Семинарт Бутан, БНАСАУ, Индонез, БНМАУ, Непал, Тайланд улсын төлөөлөгчид, ДЭХБ-ын Зүүн Өмнөд Азийн бүсийн хорооны захирал доктор У. Ко-Ко, ДЭХБ-ын төвийн мэргэжилтнүүд, БНМАУ-д суугаа НҮБ-ын хөгжлийн программын удирдагч А. Аборкин, БНМАУ-ын Эрүүлийг хамгаалах Яамны дэргэд ДЭХБ-аас суугаа ДЭХБ-ын программуудын зохицуулагч доктор К. Вагнер нар оролцлов.

БНМАУ-ын Сайд нарын Зөвлөлийн орлогч дарга, профессор Д. Цэвэгмэд дэлгэрэнгүй уг хэлж семинарын ажиллагаанд амжилт хүсэв.

Семинарт доорхи илтгэлүүдийг хэлэлцэв.

1. БНМАУ-д эмнэлэг-ариун цэврийн тусlamжийг зохион байгуулж байгаа байдал, цаашдын зорилт

2. БНМАУ-д эмнэлэг-ариун цэврийн тусlamжийг үзүүлэхэд эмнэлгийн боловсон хүчин бэлтгэх, мэргэжил дээшлүүлэх асуудал

3. БНМАУ-д эмнэлэг-ариун цэврийн анхны тусlamжийн талаар хийж буй эрдэм шинжилгээний ажил, цаашдын зорилт

4. 2000 онд бүх нийтээр эрүүл болох зорилтыг хэрэгжүүлэх талаар гишүүн орнуудаас хийж байгаа ажлын тухай орон тус бүрийн танилцуулга

5. БНМАУ-д Эрүүлийг хамгаалах болон бусад салбарын байгууллагуудын хоорондын хамтын ажиллагаа, уялдаа холбооны тухай илтгэлүүд.

Эдгээр илтгэлд дэвшүүлсэн асуудалд үндэслэн эмнэлэг-ариун цэврийн анхны тусlamжийн удирдлага, зохион байгуулалт, эрүүлийг хамгаалах системийн дотоод бүтэц, хүн амд эмнэлэг-ариун цэврийн анхны мэдэгдэхүүн олгох, эмнэлэг-ариун цэврийн анхны тусlamж үзүүлэх хамгийн тохиромжтой технологийг боловсруулах, эмнэлгийн боловсон хүчинийг бэлтгэх, ахин сургах, шинжилгээ судалгааны ажлыг явуулах, эмнэлэг-ариун цэврийн анхны тусlamжийн ажилд нийт хүн ам, байгууллагыг оролцуулах тухай асуудлыг тодорхой ярилцав.

Энэхүү семинар нь 1977 онд бүх дэлхийн эрүүлийг хамгаалахын Ассамблейн 30 дугаар хуралдаан дэлхийн бүх улс оронд хандан дэлхийн бүү хүн амьг нийгэм, эдийн засгийн хувьд үр бүтээлтэй ажиллаж чадах тийм эрүүл мэндийн түвшинд хүргэх уриалгыг гаргаснаас хойш 1978 онд ЗХУ-ын Алма-Ата-д эмнэлэг-ариун цэврийн тусlamжийн олон улсын бага хурал болж энэ зорилгод хүрэх үндсэн хандлагыг боловсруулан улс үндэстэн бүр „2000 онд бүх нийтээр эрүүл болох“ зорилтыг хэрэгжүүлэх үндэсний бодлого боловсруулан хэрэгжүүлэхийг тодорхойлсон

тунхаглал гаргаснаас хойш 6 жилийн дараа болж байгаагаараа онцлог юм.

БНМАУ дэлхийн эрүүлийг хамгаалахын гишүүн орны хувьд Алма-Ата-гийн тунхаглалыг бүрэн дэмжиж „2000 онд бүх нийтээр эрүүл болох стратеги“-ийг боловсруулан ажиллаж байгаа ба эмнэлэг-ариун цэврийн анхны тусlamжийн үндэсний загварыг Хөвсгөл аймагт ДЭХБ-ын тусlamжтайгаар хэрэгжүүлж байна.

Эмнэлэг ариун цэврийн анхны тусlamж нь эмчлэн сэргийлэх тусlamж, эх нялхсын тусlamж, хүнс тэжээлийн асуудал, иммунизаци, орчны эрүүл ахуй, ариун цэвэр гэгээрлийн ажил, эмхангамжийн асуудал гэсэн элементүүдийг багтаасан өргөн утгатай ойлголт бөгөөд эрүүлийг хамгаалахад хүн амын оролцоо, салбар хоорондын ажлын уялдаа холбоог зохицуулж шийдвэрлэх асуудал юм.

„БНМАУ-д эмнэлэг-ариун цэврийн анхны тусlamжийг хэрэгжүүлж байгаа байдал, цаашдын зорилт“ илтгэлд:

Эмнэлэг ариун цэврийн анхны тусlamж нь үндэсний эрүүлийг хамгаалах системтэй хамт олон, гэр бүл, хувь хүн хувьтых анхны түвшин бөгөөд ажил, амьдрах газарт нь энэ тусlamжийг улам ойртуулах нь ард түмний эрүүл мэндийг хамгаалах үйл ажиллагааны анхны шат болно гэж тэмдэглээд, БНМАУ-ын хувьд бүх нийтээр эрүүл байх асуудал бол улсын нийгэм-эдийн засгийн хөгжлийн бүрэлдэхүүн хэсэг, социалист байгуулалтын гол зорилтын нэг болж байдаг тухай, энэ зорилтыг улс ардын аж ахуйн төлөвлөгөөгөөр нам, засгийн бодлогоор шийдвэрлэж байдаг талаар ярив.

Манай оронд эмнэлэг-ариун цэврийн тусlamжийн түвшин тасралтгүй дээшилж байгаа бөгөөд анхны цэг нь бага эмчийн салбар юм. Одоо 1200 бага эмчийн салбар ажиллаж байгаа бөгөөд хөдөөгийн хүн амд эмнэлэг-ариун цэврийн тусlamжийг зохион байгуулахад зохих үүрэг гүйцэтгэсээр байна.

Манай оронд эмнэлэг ариун цэврийн анхны тусlamж хүргэж байгаа нь дор дурдсан онцлогтой байна.

— Хэсгийн систем (газар нутгийн болон цехийн хэсэг)

— Диспансерийн арга (идэвхтэй илрүүлж хяналт тавьж эмчлэх)

— Урьдчилан сэргийлэх чиглэл (хүн амын дунд эмчлэн эрүүлжүүлэх, урьдчилан сэргийлэх ажил зохиох)

— Амбулатори-поликлиникуудыг хүн амд ойртуулж байршуулан хөгжүүлэх,

— Эмнэлэг, ариун цэврийн тусlamжийг хүртээмжтэй болгон чанарыг сайжруулах.

Эдгээр арга хэмжээг хэрэгжүүлж байгааг статистикийн зарим үзүүлэлтээр харуулбал: Өнөөдөр бүх эмч, сувилагчдын 50 гаруй хувь нь больницын биш байгууллагад ажиллаж байна. Төрөх тусlamж үзүүлэх орны 60 хувь нь эмнэлгийн анхны тусlamж үзүүлэхд зориулагдаж байна.

Эмнэлгийн байгууллагууд суулийн жилүүдэд асар түргэн өсөж байна. Зөвхөн 1981—1983 онд л 55,8 сая төгрөгийн хөрөнгөөр 39 эмнэлгийн барилга баригдваа. Эмнэлгийн байгууллагын техник хангамж сайжрав. Суулийн турван жилд 22,7 сая төгрөгийн багаж төхөөрөмж авсны 14,5 сая төгрөгийн тоног төхөөрөмжийг хөдөөгийн эмнэлэгт олгов.

Тусгай тоноглогдсон рентген, лаборатори, шүдний, ариутгальын, эмийн сангийн үйлчилгээний авто машиныг аймгуудад ол-

гог программыг хэрэгжүүлж байгаа бөгөөд эдгээр нүүдлийн амбулатори нь жилд 300 мянга гаруй хүнд үйлчилж байна.

Хүн амын 22 хувь нь стационараар үнэ төлбөргүй тусlamж авч байгаа ба 4000 эмийн сан үйлчилж байна. Урьдчилан сэргийлэх тарилгад хамрагдах хүүхдийн тоо жил тутам нэмэгдэж байгаа бөгөөд улсаас урьдчилан сэргийлэх тарилгад зориулан 2,3 сая төгрөг зарцуулж байна.

Бусад илтгэлүүд эмнэлгийн боловсон хүчин бэлтгэж байгаа одоогийн байдал, хэтийн төлөв, эмнэлэг ариун цэврийн анхны тусlamжийг хөгжүүлэх талаар хийж буй эрдэм шинжилгээний ажлын талаар дэлгэрэнгүй ярив.

Семинарт оролцсон орны төлөөлөгчид БНМАУ-д эмнэлэг ариун цэврийн анхны тусlamжийг үзүүлж байгаа байдлыг ондреэр үнэлэн бусийн бусад оронд үлгэр дууриал болохуйц байгааг тэмдэглэв.

БНМАУ-д эмнэлэг-ариун цэврийн анхны тусlamж үзүүлж байгаа бодит байдлыг Хөвсгөл аймгийн Эрүүлийг хамгаалах байгууллагын үйл ажиллагаан дээр үзүүлэв.

Хөвсгөл аймагт аймгийн нэгдсэн эмнэлэг, амбулатори, ариун цэвэр, халдварт судлалын станц, ясли цэцэрлэг, Их-Уул сумын сум дундын эмнэлэг, Тосонцэнгэл сумын их эмчийн салбар, бригадын бага эмчийн салбарын үйл ажиллагаатай танилцаав.

Бригадын бага эмчийн салбарт хүн амын диспансерийн хяналтын байдал, 0—1 насны хүүхдийн хяналт, жирэмсэн эхчүүдийн хяналт, эм хангамжийн байдал, хөдөлмөрчдийн дунд зохиож байгаа ариун цэвэр гэгээрлийн ажил, урьдчилан сэргийлэх тарилгыг хэрхэн зохион байгуулж байгаа, улаан загалмайн идэвхтэний үйл ажиллагаатай тус тус танилцаав. Мөн бригадын төвд хөдөөний хүн амд эмнэлгийн нүүдлийн тусlamж үзүүлж байгаа байдлыг үзүүлэв.

Тосонцэнгэл сумын их эмчийн салбарын үйл ажиллагаатай, эмнэлгийн амбулатори, эмнэлэг түүний туслах кабинет, тургэн тусlamж, хөдөөний хүн амд хэрхэн үйлчилдэг байдлыг танилцуулав.

Их-Уул сумын сум дундын эмнэлгийн бүтэц, зохион байгуулалт, тойргийн сумдад үйлчилж байгаа байдал, сум дундын эмнэлгийн амбулатори, стационар, эхчүүдийн амрах байр зэрэгтэй танилцаав.

Хөвсгөл программын ажил зохих ёсоор хийгдэж, энэ ажилд БНМАУ-ын Засгийн газар, орон нутгийн захиргааны байгууллагууд ихээхэн анхаарч байгааг Районы бусийн хорооны захирал д-р У. Ко-Ко ондөр үнэлж БНМАУ-ын туршлага бусийн орнуудад их ач холбогдолтой болохыг онцлон тэмдэглэв.

Семинарт оролцогч бусад орон эмнэлэг ариун цэврийн анхны тусlamжийг зохион байгуулахад засгийн газрын дэмжлэг бага байгаа, тусlamжийг ямар хэлбэрээр үзүүлэх нь тодорхойгүй, боловсон хүчин бэлтгэх системийг гүйцэд боловсруулаагүй байгаа, энэхүү тусlamжийг сувилагч, түүнээс бага түвшинд мэргэжсэн хүмүүс үзүүлж байгаа талаар ярив. 1982 оны байдлаар Зүүн өмнөд Азийн бусийн гишүүн орнуудын дундаж үзүүлэлт, хүн амын дундаж наслалт эрэгтэй хүнийх 56,5; эмэгтэй хүнийх 60,0, нэг эмцийд ногдох хүн ам 9,657, 10,000 хүн амд 1 эмч, 4,63 сувилагч, 6,66 ор ногдох байна.

1980 оны байдлаар төрөлт 35,9, нас баралт 12,48, хүүхдийн нас баралт 98 байгаа бөгөөд үнээс хүүхдийн нас баралт Банг-

ладешид 136, Энэтхэгт 123, Непалд 150 байгаа нь хамгийн өндөр түвшин болно.

Салбар хоорондын үйл ажиллагааны уялдаа холбооны асуудлаар БНМАУ-аас 4 илтгэл оруулав. Үүнд:

1. БНМАУ-ын Хөнгөн хүнсний үйлдвэрийн Яамнаас „БНМАУ-д хүн амыг хүнсний бүтээгдэхүүнээр хангах зорилтыг шийдвэрлэж байгаа байдал“

2. БНМАУ-ын Хөдөө аж ахуйн Яамнаас „Хөдөө аж ахуйн байгууллагаас хүн амын эрүүл мэндийг хамгаалахад оруулж байгаа хувь нэмэр“

3. БНМАУ-ын Усны аж ахуйн Яамнаас „БНМАУ-ын хүн амын усны хангамж“

4. БНМАУ-ын Нийтийн аж ахуйн үйлчилгээний Яамнаас „Орчныг бохирдлоос хамгаалах хэрэгт нийтийн аж ахуйн байгууллагын оруулж байгаа хувь нэмэр“ гэсэн илтгэл тавив.

БНМАУ-ын салбар хоорондын үйл ажиллагааны уялдаа холбооны талаар ДЭХБ-ын төвийн ажилтан Д-р Ц. Букманович дүгнэхдээ: БНМАУ-д эрүүлийг хамгаалах, бусад салбар хоорондын үйл ажиллагааг улс ардын аж ахуй соёлыг хөгжүүлэх төлөвлөгөөгөөр зохицуулж байдаг явдал нь БНМАУ-ын засгийн газар энэ талаар хичнээн их анхаарал тавьж байдгийн нэг баримт мөн гэж онцлон тэмдэглэв. Үүнийг бусад төлөөлөгчид санал нэгтэй дэмжив.

БНМАУ-д эмнэлэг-ариун цэврийн анхны тусламжийг үзүүлж байгаа туршлагыг үндэслэн хойшид хийх ажлын үндсэн чиглэлийг зөвлөмжийн төсөлд тусгав.

Зөвлөмжийн төслийг боловсруулахад БНМАУ-ын төлөөлөгчид өөрийн орны туршлагад тулгуурлан дор дурдсан чиглэлээр санаалаа оруулав. Үүнд:

1. Эмнэлэг-ариун цэврийн анхны тусламжийг зохион байгуулахад төр, захиргааны байгууллагын үүргийг өндөржүүлэх тухай.

2. Эрүүлийг хамгаалах ажилд олон нийтийн оролцоог зөвхөн санхүү хөрөнгө мөнгөний тусламж үзүүлснээр илэрхийлэхгүй, голчлон эрүүлийг хамгаалах ажлыг ард түмэн дэмжиж хамтран ажиллах явдал чухал болох тухай.

3. Эмнэлэг-ариун цэврийн анхны тусламж нь зөвхөн эрүүлийг хамгаалах системийн байгууллагын ажил биш, бусад салбар хоорондын үйл ажиллагааны механизмыг түүний технологийг боловсронгуй болгосноор хэрэгжих тухай.

4. Төлөвлөгөө, түүний гүйцэтгэлд хяналт тавихад олон нийтийн дэмжлэг туслалцаа чухал болох тухай.

5. Дэлхийн эрүүлийг хамгаалах байгууллагын үүрэгт БНМАУ-д хэрэгжиж байгаа Хөвсгөл программ шиг проектиг хэрэгжүүлэхэд анхаарах гэсэн саналууд болно.

Семинарын үйл ажиллагааг ДЭХБ-ын төвийн ажилтан Д-р Кана, ДЭХБ-ын Зүүн Өмнөд Азийн бүсийн хорооны ажилтан Утон, хурлын орлогч дарга, Непал улсын төлөөлөгч профессор Малла нар өндөр үнэлж „Семинарын үйл ажиллагаа өөртөө тавьсан зорилтоо бүрэц биелүүлэв. Эмнэлэг-ариун цэврийн анхны тусламжийг үзүүлэх талаар БНМАУ-ын бүсийн орнуудад үлгэр дууриал болох хэмжээнд хурсэн байна. Энэ бол шинэ хандлага юм. ДЭХБ-ын Зүүн Өмнөд Азийн бүсийн орнуудад эмнэлэг ариун цэврийн анхан шатны тусламжийг үзүүлэх бодлогыг хэрэгжүүлэхэд тус нэмэр болно. Хөвсгөл аймагт эмнэлэг ариун цэврийн анхны тусламжийг яаж зохион байгуулж байгааг бид нүдээрээ

үзсэнд сэтгэл хангамжтай байна. Семинарын үйл ажиллагаанаас гаргаж байгаа зөвлөмж нь бидний цаашдын үйл ажиллагаанд мөрдлөгө болно" гэж дүгнэв.

Семинарын явщаас үзэхэд эмнэлэг ариун цэврийн анхны тусlamжийн талаар манай орон асар их амжилт олжээ. Гэвч 2000 онд бүх нийтээр эрүүл болох зорилтыг хэрэгжүүлэхэд улсаас олгож байгаа асар их хөрөнгийг зөв зохистой ашиглах, эрүүл мэндээ хамгаалах хэрэгт хамт олон, хувь хүн бүгдийг оролцуулах, бусад салбар байгууллагуудын хамтын хүчин чармайлт, уялдаа холбоог өргөтгэх зэрэгт улам их анхаарах хэрэгтэй нь харагдав. Тэрчилэн эмнэлэг ариун цэврийн анхны тусlamж үзүүлэх боловсон хүчинийг сургах, ялангуяа хүн амыг урьдчилан сэргийлэх арга барилд сургах чиглэлээр мэдлэг олгоход мэргэжилтнийг дадлагажуулах, эмнэлгийн байгууллагын ажилд тусалдаг, орчны эрүүл ахуй, хувь хүн хамт олныг ариун цэврийн дадал заншил өзэмшүүлдэг олон нийтийн идэвхтэн бэлтгэх, тэднийг ард түмнээр өөрсдөөр нь сонгуулдаг болгох зэрэг нь эмнэлэг ариун цэврийн анхны тусlamжийг улам боловсронгуй болгоход зохих хувь нэмрээ оруулах юм.

#### A. ДАМДИНСҮРЭН

\* \* \*

Зүрх судасны өвчний талаар хамтран ажиллах асуудал эрхэлсэн ЭЗХТЗ-ийн гишүүн орнуудын бүрэн эрхт төлөөлөгчдийн VI хуралдаан 9-р сарын 13—17-ны өдрийд Улаанбаатар хотод болов.

Тус хуралдаанд ЗХУ-аас А. Л. Мясниковын нэрэмжит клиничийн кардиологийн институтийн захирал, академич И. К. Шхвацабая, БНБАУ-аас Кардиологийн институтийн захирал, профессор Ч. Драгойчев, БНАГУ-аас Кардиологийн институтийн захирал профессор Х. Хайнэ, БНКУ-аас захирал профессор А. Каньера, БНУАУ-аас кардиологийн институтийн орлогч захирал профессор Г. Байкаи, БНСЧСУ-аас захирал профессор И. Видимски, БНПАУ-аас захирал профессор Г. Хоффман тэргүүтэй төлөөлөгчид оролцов.

Хуралдаанаар ЭЗХТЗ-ийн гишүүн орнуудын шинжлэх ухаан, техникийн хамтын ажиллагааны дагуу 1981—85 онд хэрэгжүүлж буй төлөвлөгөөний биелэлтийн явц, дараах таван жилийн төлөвлөгөөний тесэл, олон талт хамтын ажиллагааны хэлэлцээрийг сунгах зэрэг олон чухал асуудал хэлэлцэв.

Манай улс олон талт хамтын ажиллагааны хүрээнд зурхний мэс засал, зүрх судасны өвчний тархал зүй, цусны даралт ихсэх өвчин зэрэг хэд хэдэн асуудлаар оролцлоо.

Хуралдааны үеэр монголын зүрх судасны эмч нарын эрдэм шинжилгээний анхдуугаар бага хурал болж гадаадын төлөөлөгчид зүрх судасны салбар дахь орчин үеийн чухал асуудлаар сонирхолтой илтгэл тавьж, лекц уншив.

Монголын зүрх судасны эмч нарын анхдуугаар бага хурлаар зохион байгуулалтын асуудал хэлэлцэж монголын зүрх судасны эмч нарын нийгэмлэг байгуулав.

Өнөө үед зүрх судасны өвчин дэлхийн ихэнх улсад хүн амын өвчлөл, нас баралтын зонхилох шалтгаан болж байна. Ийм учраас энэ салбар дахь хамтын ажиллагаа чухал ач холбогдолтой төдийгүй манай оронд зүрх судасны өвчинтэй тэмцэхэд шийдвэрлэх хувь нэмэр оруулах юм.

Манай оронд кардиологийн шинжлэх ухааныг хөгжүүлэх, зүрх судасны нарийн мэргэжлийн эмч, боловсон хүчин бэлтгэхэд

ЗХУ-ын эрүүлийг хамгаалах байгууллага, эмч мэргэжилтнүүд их хувь нэмэр оруулсан билээ. Онөөдөр манай орон зүрх судадны олон арван эмчтэй болж аймаг хотын нэгдсэн эмнэлгүүдэс зүрх судасны кабинет, эрчимт эмчилгээний тасаг байгуулагдааж зүрх судасны албаны материаллаг бааз бэхжиж ирлээ. 1960-аад оноос тус оронд зүрх судасны мэс засал эрчимтэй хөгжиж зурхэнд олон төрлийн мэс засал хийдэг боллоо. Зүрх судасны мэс заслыг хөгжүүлэхэд ихээхэн хувь нэмрээ оруулсан эрдэмтэн, эмч нарыг нам засаг ондреөр үнэлж төрийн шагнал олгосон юм.

Манай оронд анх удаа социалист орнуудын нэрт эрдэмтэд-оролцсон эрдэм шинжилгээний хурал болж манай зүрх судасны эмч эрдэмтэд зүрх судасны овчинтэй тэмцэх удаан хугацааны зорилтолт программ боловсруулж социалист орнуудын мэргэжил нэгт нөхөдтэй санал онолоо солилцсон нь тус оронд зүрх судасны албыг цаашид хөгжүүлэхэд чухал ач холбогдолтой боллоо.

\* \* \*

Саяхан Эрүүлийг хамгаалах Яамны коллегийн хурлаар Сэлэнгэ аймгийн Эрүүлийг хамгаалах газрын ажилд Эрүүлийг хамгаалах Яам, Сэлэнгэ аймгийн намын хороотой хамтран хийсэн шалгалтын дүнг хэлэлцэв.

Сэлэнгэ аймгийн Эрүүлийг хамгаалах газар МАХН-ын Төв Хорооны сүүлийн бүгд хурлууд, „Эрүүлийг хамгаалах байгууллагад хөдөлмөрийн социалист сахилгыг бэхжүүлэх тухай“ МАХН-ын Төв Хорооны 1984 оны 102-р тогтоолыг хэрэгжүүлэх талаар оновчтой ажил төдий л зохиогоогүй, ажлын чанарын зарим үзүүлэлт урьд онуудаас буурч, урьдчилан сэргийлэх тариалгын төлөвлөгөөг тасалж, зарим халдварт овчний гаралт өмнөх оны байдлаас нэмэгдэж, зарим эмч мэргэжилтнүүд хөдөлмөрийн социалист сахилгыг ноцтой зэрчиж, хариуцлагагүй хандсанаас хүний амь нас хохироож, социалист өмч хөрөнгө урэгдүүлэх зэрэг хариуцлагагүй, зохисгүй явдал гаргажээ.

Тус аймгийн Эрүүлийг хамгаалах газрын дарга Ч. Дулмаа томилогдон очиж ажилласан жил гаруйн хугацаанд хамт олны хүчийг зөв зохион байгуулж чадаагүй, нам, улсын байгууллагын зохих туслалцаатайгаар идэвх санаачлагатай ажиллаж чадаагүйгээс тус аймгийн эмнэлэг, урьдчилан сэргийлэх байгууллагын ажилд үзэгдэхүйц ахиц гараагүйг Эрүүлийг хамгаалах Яамны коллеги цохон тэмдэглэж Ч. Дулмааг ажлаас нь халж, зарим эмч мэргэжилтнийг хуулийн байгууллагад шилжүүлэх нь зүйтэй гэж үзэв.

Тус аймгийн Эрүүлийг хамгаалах газрын ажлыг зохион байгуулж туслах мэргэжилтний групп гаргаж ажиллуулахаар эрүүлийг хамгаалах яамны коллеги шийдвэрлэлээ.

Эмнэлгийн хэвлэлийн нэгдсэн редакцийн зөвлөл.

Ж. Раднаабазар (эрхлэгч), Л. Буджав, Ш. Ванчаарай (хариуцлагатай нарийн бичгийн дарга), Б. Гоош, Ж. Даашдаваа, Б. Дэмбэрэл, Г. Даашэвэг, Ч. Долгор, Ж. Купул, Э. Лувсандагва, А. Ламжав, П. Нямдаваа, Б. Рагчаа, Г. Цагаанхүү, Б. Шижираатар, Н. Шура

Техник редактор О. Тунгалаг

Хянач Д. Сайн-Амгалан

Өрөлтөнд 1984 оны 9 сарын 28-нд орж, 2162 ш хэвлэв.  
Цаасны хэмжээ 70 Х 108 1/16. Хэвлэлийн хуудас 6,0

х. н. х. 8,4. А—92052 Зах № С—112

Д. Сүхбаатарын нэрэмжит Улсын Хэвлэлийн Комбинатад  
хэвлэв. Д. Сүхбаатарын талбай—6

## ЭССЕНЦИАЛЕ (ХБНСЮУ-д үйлдвэрлэв)

Найрлага:	Эссенциале 5 мл Эссенциалын фосфолипид (субстанци ЕПЛ) 250 мг Пиридоксин хлорид 2,5 мг Цианокобаламин 10 мкг Натри д-пантотенат 1,5 мг Никотинамид 25 мг	Эссенциале 10 мл Эссенциалын фосфолипид (субстанци ЕПЛ) 1000 мг Пиридоксин хлорид 5 мг Цианокобаламин 15 мкг Натри-д-пантотенат 3 мг Никотинамид 100 мг
-----------	--	---

## Эссенциале форте

Эссенциалын фосфолипид (субстанци ЕПЛ) 300 мг Тиамин мононитрат 6 мг Рибофлавин 6 мг Пиридоксин хлорид 6 мг Цианокобаламин 6 мкг Никотинамид 30 мг Токоферол ацетат 6 мг
---

**Заалт:** Элэгний хурц буюу архаг үрэвсэл, цирроз, ком, янз бурийн өвчний хүндрэлээс шалтгаалж элэгний үйлажиллагаа өөрчлөгдөх, жирэмсний хордлого, бусад хордлогын үед мөн түүнчлэн хөгшрөлтөөс урьдчилан сэргийлэх зорилгоор хэрэглэнэ.

**Хэрэглэх арга, тун:** Эмчилгээний эхний үед тарих, уух хэлбэрээр хослуулан хэрэглэнэ. Өвчтөний биеийн байдал сайжирсаны дараа эмчилгээг зөвхөн ууж үргэлжлүүлж болно. Эмчилгээний үргэлжлэх хугацаа 3 сараас багагүй байна. Эссенциалыг өдөрт 2 капсулаар 2—3 удаа бага зэрэг шингэн зүйлээр даруулж ууна.

Эссенциале 10 мл: Эссенциалыг дуслаар хийх нь илүү үр дүнтэй. 1—2 ампулд 250—500 мл 5% глюкоз, Фруктоз, декстрозын уусмал нэмж минутад 40—50 дусал байхаар тооцож хийнэ.

Хоногт дуслын тарилгыг 2—3 удаа хийх ба тарилга бүрт 10 мл-ийн 1—2 ампул ногдохоор тооцно. Тарилгын уусмалыг бэлтгэх дээ уусмалын PH 7-оос багагүй байх ёстойг анхаарвал зохино. PH-ийн хэмжээ бага үед уусмалд тундас ууснэ. Тарилгын уусмал бэлтгэхэд электролит уусмал хэрэглэж болохгүй.

Эссенциале 5 мл: 5 мл-ийн ампултай эссенциалыг судсанд тарьж хэрэглэнэ. Өдөрт 2—4 удаа алгуур тарина. Сахарын сулруулсан изотоник уусмал буюу цустай 1:1 арьцаатай хольж хэрэглэж болно. Электролит уусмал хэрэглэж болохгүй.

Эссенциале 5 мл ампултай 5 ширхэг, 10 мл ампултай 5 ширхэг, Эссенциале форте капсултай 50 ширхгээр боосон байна.

Ампул хэлбэрээр 2—8°C-т 3 жил, 8—15°C-т 1,5 жил хадгална.

Эссенциале-форте хадгалах хугацаа 3 жил байна.

# ШИНЭ НОМ

ПНЯМДАВАА - ВИРУС СУДЛАЛЫН ҮНДЭС  
ОРЧИН ҮЕД ЭРЧИМТЭЙ ХӨГЖИН БАЙГАА АНА-  
ГААХ УХДАН БИОЛОГИЙН ШИНЭХЭН САЛБАР  
УХДАНЫ ТАЛААР ӨГҮҮЛСЭН БӨГӨӨД ХҮН  
АМЬТНЫ ВИРУСИЙН БҮТЭЦ ФИЗИК, ХИМИЙН  
БОЛОН БИОЛОГИЙН ШИНЖ, ДАРХЛАА ТӨРҮҮ-  
ЛЭХ ЧАНАР, ВИРУСИЙН ӨВЧНИЙ ЭМГЭГ, ЖАМ,  
ЭМЧИЛГЭЭ, УРЬДЧИЛАН СЭРГИЙЛЭХ ТУХАЙ НИ-  
ЛЭЭД ДЭЛГЭРЭНГҮЙ БИЧЖЭЭ

Х. ТЭРБИШ, Ш. ЖИГЖИДСҮРЭН, М. В. ЭРМАН -  
БӨӨРНИЙ ХҮРЦ АРХАГ ДУТМАГШИЛ  
ЭЛ БҮТЭЭЛД БӨӨРНИЙ ХҮРЦ АРХАГ ДУТ-  
МАГШИЛЫН ШАЛТГААН, ЭМГЭГ, ЖАМ, ЭМЧИЛ-  
ГЭЭ БӨӨР СОЛЬЖ СУУЛГАХ МЭС ЗАСЛЫН ТА-  
ЛААР ӨГҮҮЛЖЭЭ МӨН ГЕМОДИАЛИЗ ЭМ-  
ЧИЛГЭЭНИЙ ҮЕД ГАРЧ БОЛОХ ХҮНДРЭЛ ТҮҮ-  
НЭЭС УРЬДЧИЛАН СЭРГИЙЛЭХ АРГА ЗАМЫГ  
ТОДОРХОЙ БИЧСЭН БАЙНА.

Л. МЯГМАР М. ЧҮЛТЭМСҮРЭН -  
- ЭМИЙН БЭЛДМЭЛ

ОРЧИН ҮЕИИН АНАГААХ УХДАНД ХЭ-  
РЭГЛЭЖ БУЙ ЭМИЙН БЭЛДМЭЛҮҮДИЙН  
ДОТРООС МАНАЙ ОРНЫ ЭМНЭЛГИЙН  
ПРАКТИКТ ӨРГӨН ХЭРЭГЛЭЖ БУЙ ГОЛ ГОЛ  
ЭМИЙН ХИМИ, ФИЗИКИЙН ШИНЖ ЧАНАР,  
НАЙРЛАГА ЗЭРЭГ ФАРМАКОЛОГИЙН БОЛОН  
ФАРМАХИМИЙН АСУУДЛЫН ТАЛААР ДЭЛ-  
ГЭРЭНГҮЙ ОРУУЛСАН БАЙНА.

А. О. ДУНАЕВСКИЙ - ШАРЛАХ ШИН-  
ЖИЙГ ЯЛГАХ ОНОШ

ШАРЛАХ ШИНЖ ТЭМДГИЙН ОРЧИН  
ҮЕИИН ГОЛ ОЙЛГОЛТЫГ НЭГТГЭН ДУГ-  
НЭЖ ШАРЛАХ ШИНЖИЙН ҮҮСЭХ ШАЛТ-  
ГААН, ИПРЭХ ШИНЖ ТЭМДЭГ, ТҮҮНИЙГ  
ОНОШЛОХ ОРЧИН ҮЕИИН ШИНЖИЛГЭЭНИЙ  
АРГЫН ТУХАЙ ТОДОРХОЙ БИЧЖЭЭ.