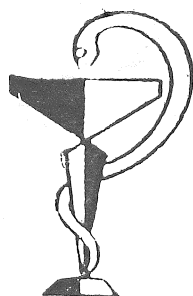


АНАТАХ УХААИ



1980

№ 4

АНАГААХ УХААН

БНМАУ-ЫН ЭРҮҮЛИЙГ ХАМГААЛАХ ЯАМНЫ УЛИРАЛ ТУТМЫН
СЭТГҮҮЛ

10 дахь жилдээ

№ 4 (36)

1980 он

Dr. med. P. Nymadawa
Ulan - Bator
Central Post, P. O. B. 596
MONGOLIA

АГУУЛГА

ТЭРГҮҮН

- Ш. ОЧИРБАТ, Р. САНДУИЖАВ Хүн амд эмнэлгийн нарийн мэргэжлийн тусламж үзүүлэх асуудал 3

СУДАЛГАА ШИНЖИЛГЭЭ

- Ш. БАЯРТОГТОХ, Н. ДОНДОГ Монгол орны нөхцөлд тохиолдож байгаа зүрхний ревматизмын гажгийн зарим онцлог 7
- Ц. НАМСРАЙ Айраг-эмчилгээ, тэжээлийн үнэт ундаа мөн 11
- Ш. ТУЯА Нярайн төрөх үеийн ба неонаталь үеийн эрүүл мэндийн байдал 15
- Т. ЭРХЭМБААТАР Ургийн жинг урьдчилан тодорхойлох аргуудыг харьцууцуулан судалсан нь 18
- М. ЧҮЛТЭМСҮРЭН Монгол оронд ургадаг шувуун тарны чанамлын хоруу чанар ба шээс ялгаруулах үйлчилгээг судалсан нь 21
- Д. БААСАНЖАВ Хөдөөний хүмүүсийн цусны холестериний түвшин бие махбодын гадаад, дотоод орчны зарим хүчин зүйлстэй холбоотойн тухай 23
- В. ИЧИНХОРЛОО, Цусаар дамжиж үүсэх остеомиелитийн мэс заслын эм-Д. ЖОДОВ чилгээ 29
- П. ТҮДЭВ, Г. ҮҮЖЭЭ, Д. МАЖИГСҮРЭН Энтеробактериудын антибиотикт мэдрэмтгий байдлыг тодорхойлсон нь 31
- Л. ХҮРЭЛБААТАР Антибиотикийн хэрэглээнд хийсэн судалгааны дүнгээс 39

ЭМЧ НАРТ ТУСЛАМЖ

- Н. ГЭНДЭНЖАМЦ, П. БАТХҮҮ Хүүхдийн томуу өвчний эмнэл зүйн оношлолын зарим асуудал 43
- Б. ЖАВ Аарцгаар түрүүлсэн үеийн жирэмсэн ба төрлөгийн явц 45
- Ж. ХАЙРУЛЛА, Л. БАЯРАА Эпилепсийн үргэлжилсэн таталтын үед хүзүүний ваго-симпатик хориг хийж эмчилсэн нь 49
- Т. СҮХБАТ, Ц. ЦЭЦЭГМАА Бөөрний судасны эмгэгийн гаралтай артерийн даралт нхсэлт 50
- Ш. ЖИГЖИДСҮРЭН, П. ОНХУУДАЙ Элэгний эмгэгийг оношлоход 53

ЭРҮҮЛИЙГ ХАМГААЛАХЫН ЗОХИОН БАЙГУУЛАЛТ

- Мо. ШАГДАРСҮРЭН Эх нялхсын байгууллагын хөгжилт, хэтийн төлөвийн асуудал 59

МЕДИЦИНА

ЕЖЕКВАРТАЛЬНЫЙ ЖУРНАЛ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ МНР

Выходит с 1970 г

№ 4 (36)

1980 г

СОДЕРЖАНИЕ

ПЕРЕДОВАЯ

- Ш. ОЧИРБАТ, Р. САНДУИЖАВ К вопросу специализированной помощи населению 3

ИЗУЧЕНИЕ, ИССЛЕДОВАНИЕ

- Ш. БАЯРТОГТОХ, Н. ДОНДОГ Некоторые особенности ревматического заболевания в МНР 7
- Ц. НАМСРАЙ Кумыс-лечебный, питательный напиток 11
- Ш. ТУЯА Состояние здоровья новорожденных детей во время родов, и раннем неонатальном периоде 15
- Т. ЭРХЕМБАТОР Предварительное определение внутриутробного веса плода. Настоя травы спорыша птичьего произрастающего в МНР 18
- М. ЧУЛТЕМСУРЕН Изучение острой токсичности и диуретического действия настоя травы спорыша птичьего произрастающего в МНР 21
- Д. БАСАНЖАВ К вопросу об уровне холестерина крови и его взаимосвязи с некоторыми внешними и внутренними факторами организма 23
- В. ИЧИНХОРЛО, Д. ЖОДОВ Хирургическое лечение гематогенного остеомиелита 29
- П. ТУДЕВ, Г. ҮҮЖЭЭ, Д. МАЖИГСУРЕН Чувствительность к антибиотикам энтеробактерий, выделенных в 1971—1976 гг в Улан-Баторе 31
- П. ХҮРЭЛБАТОР Предварительные данные по изучению потребления антибиотиков 39

К ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

- Н. ГЕНДЕНЖАМЦ, П. БАТХҮҮ Некоторые вопросы клиники, диагностика лечения гриппа у детей 43
- Б. ЖАВ Беременность и роды при тазовых предлежаниях 45
- Ж. ХАЙРУЛЛА, Л. БАЯРА Опыт применения шейной вагосимпатической ноканной блокады при эпилептическом статусе 49
- Т. СУХВАТ, Ц. ЦЕЦЕГМА Гипертензия почечного происхождения 50
- Ш. ЖИГЖИДСУРЕН, П. ОНХУДАЙ О рационализации клинко-лабораторной диагностики печеночных заболеваний 53

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

- Мо. ШАГДАРСУРЕН К вопросу об основных этапах перспектив развития системы охраны материнства и младенчества 59

ХҮН АМД ЭМНЭЛГИЙН НАРИЙН МЭРГЭЖЛИЙН ТУСЛАМЖ ҮЗҮҮЛЭХ АСУУДАЛД

Ш. Очирбат
Р. Сандуйжав

МАХН-ын XVII их хурлаас хүн амд, ялангуяа хөдөөний хүн амд нарийн мэргэжлийн тусламж үзүүлэх ажлыг эрүүлийг хамгаалахын чухал зорилтын нэг болгож дэвшүүлж тавьсан билээ.

Нийгэм эдийн засгийн хөгжил, шинэчлэх ухаан техникийн дэвшлийн өнөөгийн шатанд, анагаах ухаан эрүүлийг хамгаалахын хөгжилд эмнэлгийн тусламж төрөлжин салбарлах (специализаци-дифференциация) нийлэн хорших (интеграци) энэ хоёр процесс ихээхэн хурдтайгаар, онолын болон клиникийн анагаах ухаанд өргөжин нэвтэрч байна.

Анагаах ухаан дифференциаци, интеграци ч энэ хуулийн дагуу зүй тогтоолоороо болж байгаа хөгжлийн нэгэн үзэгдэл юм.

Дифференциаци, интеграци нь нэгдмэл нэг үзэгдлийн хоёр тал бөгөөд дифференциацигүй интеграци гэж байдаггүй, интеграцигүй бол дифференциаци гэж байхгүй.

Интеграци, дифференциаци бол бидний танин мэдэхүйн хүрээ хэмжээ улам өргөжин тэлж, нарийсан гүнзгийрч байгаагийн шалгуур баталгаа мөн.

Анагаах ухаан нарийсан төрөлжихдөө хүн амын нас хүйсний эд эрхтний байрлалаар, өвчний шинж, эмчлэн анагаах аргаар төрөлжин салбарласан байна.

Педиатри (хүүхдийн эмнэлэг, эмч) нь хүн амын өсвөр бага насны өвчин эмгэгийг эмчлэн сэргийлэх ажлыг эрхэлдэг бол, Гериатри (настны эмнэлэг эмч) нь өтөлж хөгшрөх өндөр настны өвчин эмгэгийг эмчлэн сэргийлэх ажлыг эрхэлнэ.

Улсын эрүүлийг хамгаалах бодлого бол хүн амын зүй, өвчлөлтийн байдлаас урган гарах бөгөөд өндөр төрөлттэй, хүн ам нь хурдан өсөж залуужиж байгаа улс орнуудад педиатрийн албыг эрүүлийг хамгаалах системд түлхүү хөгжүүлэх шаардлагатай болно. Бага төрөлттэй хүн амын цэвэр өсөлт нь зогсонги буюу тогтонги байдалд орж, хүн амын бүрэлдэхүүнд өндөр настны эзлэх хувийн жин ихсэж, хүн ам нь «Хөгширч» байгаа улс орнуудад Гериатрийн тусгай амбулатори поликлиник, клиник эмнэлгүүд эрдэм шинжилгээний хүрээлэнгүүд байгуулагдаж, Гериатрийн эргүүлийн ба гэрийн сувилагч нарыг ажиллуулж байна.

Манай улсын тухайд гэвэл эх нялхсын эрүүл мэндийн асуудал нь эрүүлийг хамгаалахын эн тэргүүний зорилт бөгөөд хүн амын хагас хувийг 0—16 насны хүүхэд, өсвөр үеийнхэн эзэлж байна. Манайд хүүхдийн хэсэг, амбулатори поликлиник, зөвлөлгөө өгөх газар клиник эмнэлэг, эрдэм шинжилгээний хүрээлэн ажиллаж байна.

Манай хүн амын дундаж наслалт уртсаж, нас баралт эрс буурч, өндөр настны тоо олширч байгаа өнөө үед өндөр настны эмнэлтийг үүсгэн хөгжүүлэх шаардлага зүй ёсоор гарч 1976 оноос эхлэн ге-

риатрийн тусган амбулаторийг Улаанбаатар хотноо байгуулан ажиллуулж байна. Энэ онд болсон социалист орнуудын Эрүүлийг хамгаалах Яамны сайд нарын зөвлөлгөөн «Геринтологийн асуудлыг тусгайлан хэлэлцэж тодорхой зарчим, чиглэлүүдийг тогтоож заасан билээ.

Анагаах ухааны хамгийн эртний ахмад салбар нь дотор, мэс засал хоёр бөгөөд энэ хоёроос клиникийн эмнэлгийн бүх нарийн мэргэжлүүд салбарлан гарчээ. Шинжлэх ухаан техникийн хувьсгал нь сүүлийн 20—25 жилд анагаах ухааны төрөлжин нарийсах процессыг улам эрчимтэй хурдасгав.

1950-иад оны эхээр аймагт ажиллаж байсан ганц хоёр их эмч сүрьеэ, арьс өнгөний өвчтэй, халдварт өвчтэй хүүхдийг ч үздэг, том хүнийг ч үздэг, мэс засал хийдэг, хугарсан ясыг эвлүүлдэг өөрөөр хэлбэл бүх төрлийн тусламжийг тухайн цаг үеийн шаардлагын дагуу үзүүлж байлаа.

Одоогийн байдлаар сум-дундын эмнэлэгт дотор, мэс засал, хүүхэд эх барих-эмэгтэйчүүд, шүд зэрэг үндсэн 4—5 төрлийн нарийн мэргэжлээр, аймгийн нэгдсэн эмнэлэгт дээр дурдсан үндсэн нарийн мэргэжлээс гадна тусгай нарийн мэргэжлийн тусламжийг арьс өнгө, сүрьеэ, халдварт, мэдрэл, нүд, чих-хамар хоолой, анестезиологи, реабилитаци сэтгэл мэдрэл зэрэг 10—15 төрлийн нарийн мэргэжлээр эмнэлгийн тусламж үзүүлж байгаагийн зэрэгцээ рентген оношийн, эмгэг-анатомийн, лаборатори (клиник-биохимийн, гистолог, серологи, бактериологийн) шинжилгээний олон тасаг кабинет эмч мэргэжилтэн ажиллаж байна. Улаанбаатар хотноо Улсын төв клиникийн болон тусгай мэргэжлийн эмнэлгүүд, төвүүд, диспансерт нарийн мэргэжлийн тусламж улам улам төрөлжин нарийсчээ. Улсын клиникийн төв эмнэлэгт дотрын тасаг нь зүрх-судааны, уушигны (пульмонологийн), хоолоод-гэдэсний (гастроэнтрологи) цус судлалын (гематологийн) булчирхайн (эндокринологи) бөөрний (нефрологийн) үе мөч хөдөлгүүр эрхтний (артрологи) зэрэг төрөлжин зохион байгуулагджээ.

Поликлиникт нь эдгээр дурдсан дотрын нарийн мэргэжлүүдийн зэрэгцээ харшил судлалын, цагаан хорхойн гэх зэргээр 10 гаруй төрлийн нарийн мэргэжлийн онош-эмчилгээний тусламж үзүүлж байна.

Улсын клиникийн төв эмнэлэгт элэг-цэсний мэс засал, яаралтай мэс засал, шээс ялгаруулах эрхтний, эрүү-нүүрний мэс засал дагнач төрөлжиж, клиникийн 3-р эмнэлэгт зүрхний мэс засал, мэдрэлийн мэс засал, Сүрьеэ уушигны эмгэг судлалын нэгдсэн төвийн клиникийн эмнэлэгт яс болон уушиг, чээжний хөндий мэс заслын тасаг ажиллаж байгаа нь манай оронд эмнэлгийн тусламж улам нарийсч байгааг харуулж байна.

Гэмтэл-согогийн эмнэлэг бол мэс заслын мэргэжлийн төрөлжсөн тусгай эмнэлэг юм. Энд мэдрэлийн гэмтэл, яс үе мөчний хугарал бэртэлт, дотрын ба цул эрхтний гэмтэл, сэрвээхний мэс засал гэх мэтээр төрөлжсөн байна.

Арьс өнгөний эмгэг судлалын нэгдсэн төвд арьсны болон өнгөний өвчний 5—6 гаруйн мэргэжлийн тусламж үзүүлж байна. Хүн амын өвчлөлийн байвлагаас болж, зарим тархмал халдварт өвчнүүд болох бруцеллёз, гепатитийн мөн сэтгэл-мэдрэлийн, мэргэжлийн өвчний, эмнэлэг-биеийн тамирын зэрэг тусгай мэргэжлийн диспансериуд ажиллаж байна.

Анагаах ухааны хөгжлийн өнөөгийн шатанд эрхтэн байрлалын өвчнөөр ангилан төрөлжүүлэх хандлага давамгайлж байна. Үүнд кардиологи, нефрологи, артрологи, пульмонологи, гематологи, оториноларингологи, гинекологи, дерматологи гэх мэт.

Орчин үеийн анагаах ухааны хөгжилд нийгэм биологи, техникийн зэрэг олон шинжлэх ухааны ололт амжилт нэвтэрч байгаагаараа онцлог юм.

Өнөөгийн клиникийн практикт онош-эмчилгээний дээд хэмжээний тусламжийг залуур зүй (кибернетик) электрон микроскоп зэрэг нарийн багаж техникийн тусламжгүйгээр үзүүлж чадахгүй, трансплантаци, эрхтэн суулгах), иммунологи, генетик (удамшил зүй) биофизик, бионикийн зэрэг мэдлэгийн салбартай холбоогүйгээр анагаах ухаан хөгжиж чадахгүй болжээ.

Анагаах ухааны салбар нь эмч, инженер, тоочид, физикчид зэрэг олон мэргэжилтэний хамтын ажиллагаагаар хөгжиж байна. Энэ бүхэн нь анагаах ухаан шинжлэх ухааны бусад салбаруудтай улам бүр ойртож байгааг гэрчилж байна.

Анагаах ухаан эрчимтэй хөгжиж, төрөлжиж байгаа нь хүн амь үзүүлэх нарийн мэргэжлийн тусламжийг зөв зохистой хөгжүүлж хүртэмжтэй болгох, амбулатори-поликлиник, эмнэлгийг нарийн мэргэжлийн боловсон хүчнээр хангах бэлтгэх, өөрөөр хэлбэл эрүүлийг хамгаалах ажлыг удирдах, төлөвлөх ажлыг улам боловсронгуй оновчтой болгохыг шаардаж байна.

Социалист орны Эрүүлийг хамгаалах Яамны сайд нарын XVIII зөвлөлтөөн (1977 он), «Анагаах ухаан эрүүлийг хамгаалахын төрөлжилт ба интеграци» гэсэн сэдвийг хэлэлцэж тусгай зөвлөмж гаргаж, түүндээ анагаах ухааны төрөлжилт интеграцийн талаар социалист эрүүлийг хамгаалахын баримтлах үндсэн зарчим чиглэлийг тодорхойлсон билээ.

Орчин үед клиникийн болон нэгдсэн эмнэлгүүдийг хоёр «Ре»-гүйгээр байгуулж болохгүй болжээ. Энэ бол реанимаци (сэхээн амьдруулах) реабилитаци (сэргээн засах)-ийн тасаг кабинет юм.

Манай эмнэлгүүдэд байгуулсан реанимаци, эрчимт эмчилгээ, реабилитацийн тасаг кабинетийн үйл ажиллагаа үүнийг нотолж байна.

Эрүүлийг хамгаалах нь анагаах ухааны төрөлжилт интеграци хийхдээ зохион байгуулалтын хамгийн дэвшилттэй хэлбэр бол нутаг дэвсгэрийн ба үйлдвэр цехийн хуваарийг ашиглах нь зүйтэй юм. Үүнд: нэгдсэн, цехийн, хүүхдийн хэсгийн систем, олон нарийн мэргэжлийн тасаг кабинеттай амбулатори-поликлиник, нэгдсэн (многопрофильный) ба клиникийн эмнэлэг юм.

Хэсгийн системийн үйл ажиллагааг боловсронгуй болгох, хэсэгт нарийн мэргэжлийн эмч нарыг төвлөрүүлэх нь нарийн мэргэжлийн тусламжийг нэгтгэн зангидах гол арга хэлбэр болно. Хэсгийн эмч бол өвчтөний биеийн эрүүл мэнд өвчин эмгэгийг гэр бүл, ахуй амьдрал, ажил хөдөлмөрийн нөхцөл байдалтай нь судалж мэдсэн байдгийн хувьд давуу талтай байдаг.

Иймээс ч хэсгийн эмч өөрийн харьяалах хэсгийн хүрээнд эрүүл хүний эрүүл мэндийг хамгаалах, өвчин эмгэгийг эрт илрүүлэн эмчлэн эдгэрүүлэх, ажлын нөхцөлийг сайжруулах эрүүлжүүлэх талаар урьдчилан сэргийлэх ихээхэн ажил зохиодог юм. Нарийн мэргэжлийн эмч бол өөрийн мэргэжлийн дагуу хувь хүний эрхтэн системийн тодорхой өвчнийг гүнзгий сайтар мэдэж онош эмчилгээний тусламж үзүүлнэ.

Бүх хүн амыг үе шатчилан диспансерийн хяналтад хамруулах эрүүлийг хамгаалахын нийгэм-эмнэлгийн асар том зорилтыг социалист хамтын нөхөрлөлийн орнуудад, орон бүр өөрсдийн өвөрмөц байдлыг харгалзан хэрэгжүүлж байна.

Аймаг хотын нэгдсэн болон клиникийн эмнэлэг бол стационарын нарийн мэргэжлийн тусламжийг интеграци хийх зохион байгуулалтын зөв зохистой хэлбэр мөн. Энд олон нарийн мэргэжлийн тасаг кабинет эмч мэргэжилтэн, эмнэлгийн нарийн багаж аппаратыг төвлөрч байна. Энэ бол анагаах ухааны төрөлжилт эрүүлийг хамгаалахын практикт интеграци болж байгаа хэрэг юм.

1976 онд (Москва) социалист орнуудын Эрүүлийг хамгаалах Яамны сайд нарын зөвлөлгөөнөөс баталсан «Социалист эрүүлийг хамгаалахын хөлжлийн төлөв, үндсэн чиглэлүүд» гэдэг үндсэн баримт бичигт «Нарийн мэргэжлийн эмч нарыг олноор бэлтгэх явдал зайлшгүй шаардлагатай болж байна. Гэхдээ үүнийг үндсэн мэргэжлийн эмч нарыг бэлтгэх явдалтай зөв хослуулан зохицуулсан байх ёстой» гэж заасан билээ. Энэ заалт манай эрүүлийг хамгаалах мөрдлөг болж байна.

Бид хүн амын өвчлөлтийн байдалд үндэслэлтэй судалгаа хийж эмчлэн сэргийлэх тусламжийн хүрээ хүртэмж хүчин чадлыг нарийн тооцож, анагаах ухааны төрөлжилтөөр эмнэлгийн боловсон хүчнийг төлөвлөгөөтэйгээр уялдуулан зохицуулж бэлтгэх зарчмыг баримталдаг. Анагаах ухааны төрөлжсөн нарийн мэргэжлээр эмч нарыг бэлтгэх нь өвчтөнд онош эмчилгээний тусламжийг дээд хэмжээнд үзүүлэх үндсэн зорилготой юм. Харин гэхдээ «Хэт нарийн мэргэжлээр явцуурах» өвчтөнийг чирэгдүүлэх, өвчтөнийг биш хэсэг газрын өвчнийг буюу эд эрхтний эмгэг өвчнийг эмчлэх буруу хандлага гаргаж болохгүй. Гиппократ, Авиценна нарын үеэс эхлэн одоо хүртэл «Өвчнийг биш, өвчтөнийг эмчлэх, өвчтэй хүний бие сэтгэлийн зовуур шаналгааг хөнгөлөх» нь практикийн эмнэлгийн үндсэн зарчим болон мөрдөгдөж ирсэн билээ.

Эсийн эмгэгийн онол, (Р. Вирхов) анагаах ухаанд 100 гаруй жил ноёрхсон 19-р зуунд ч, анагаах ухаан молекулын биологийн гүнд нэвтрэн орсон 20-р зууны өнөө үед ч эмч нар хэзээ ч «Өвчтэй эс» «Өвчтэй молекулыг» эмчилж байгаагүй, өвчтэй хүнийг л эмчилж байсан, эмчлэх ч болно. Энэ бол нарийн мэргэжлийн эмч нарын ямагт санаж байх зарчим билээ.

Монгол орны нөхцөлд тохиолдож байгаа зүрхний ревматизмын гажгийн зарим онцлог

Ш. Баяртогтох (Эрдэм шинжилгээний ажилтан)
Н. Дондог (Анагаах ухааны дэд эрдэмтэн)

НЭГ. Судалгааны зорилго

Хүн амын дунд ревматизм ба ревматизмын зүрхний гажгийн клиник, түүний тархал зүйг судлах явдал орчин үеийн анагаах ухааны чухал асуудлын нэг юм (Нестеров А. И., Насонова В. А., Беневоленская Л. И, Бронзов И. А).

Өвчнийг эрт зөв оношлох нь уг өвчний хүндрэлээс урьдчилан сэргийлэх, хүмүүсийн хөдөлмөрийн чадвар алдах явдлыг багасгах, нас баралтыг бууруулахад чухал хүчин зүйл билээ.

Бид өөрийн орны хүн амын дотор тохиолдох ревматизмын клиник, тархал зүйг судлах ажлыг сүүлийн жилүүдэд хийж байгаа юм. Энэхүү өгүүлэлд ревматизм өвчний гаралтай зүрхний гажгийн морфолог, клиникийн зарим асуудлыг хөндсөн болно.

ХОЁР. Судалгааны арга ба боловсруулалт

Бид ревматизм өвчний клиникийг судлахдаа Дэлхийн Эрүүлийг Хамгаалах Байгууллага ба Ревматизм өвчнийг судлах бүх холбоотын эрдэм шинжилгээний институтээс гаргасан судалгааны карт маяг ашиглан уг өвчний клиникийг судлах аргачлалыг зохиож, түүний дагуу 3-р нэгдсэн эмнэлэг дээр судалгааг явуулсан.

Өвчтөн тус бүрийд өвчний өгүүллэгийг авах, бодит үзлэг хийх, зүрхний цахилгаан бичлэгийг 12 залгалтаар бичих, зүрхний авианы бичлэг хийх, рентген шинжилгээгээр цээжийг 3 проекцоор харах буюу зураг авах зэрэг онош тодруулах аргыг хэрэглэсний гадна ревматизмын идэвхжлийг клиник, биохими, серологийн шинжилгээг ашиглан тогтоосон.

Өвчний оношийг дээрх шинжилгээг бүрдүүлсний дараа эмч нарын эксконсулимаар шийдэж байсан.

Судалгааны дүнг гаргахдаа онош ба үзүүлэлтийн дагуу түүвэрлэн статистикийн боловсруулалтыг хийсэн.

ГУРАВ. Судалгааны дүн

Бид 1975 оноос хойш 5 жилийн хугацаанд ревматизм өвчтэй 644 өвчтөнийг илрүүлэн судалгаа хийв. Өвчтөнийг насны байдлаар үзвэл:

Насны бүлэг	эр	эм	бүгд	хувь
5—9	15	18	33	5,1
10—14	51	59	110	17,1
15—19	47	55	102	15,8
20—24	59	78	137	21,3
25—29	34	63	97	15,1
30—34	19	35	54	8,4
35—39	16	23	39	6,1
40—44	16	17	33	5,1
45—49	9	10	19	2,9
50—54	3	6	9	1,4
55—59	3	4	7	1,1
60 ба дээш	2	2	4	0,6
БҮГД	274	370	644	100

Ревматизмтай 644 өвчтөний дотор үе мөчний хэлбэр 25,2 хувь, зүрхний гажиггүй 17,5 хувь, зүрхний төрөл бүрийн гажиг 56,4 хувь, мэдрэлийн хорон 0,9 хувь тус тус байлаа. Өвчний оношийг нас ба хүйстэйгээ ямар хамааралтай байгааг хүснэгт 2-оор үзүүлэв.

Зүрхний гажигтай хүмүүсийн дотор хоёр хавтаст хавхлагын дутмагшил гажиг 44,6 хувь, түүний нарийсалт гажиг (цэвэр) 23,1 хувь, гол судасны гажиг ба бусад хамтарсан гажиг цөөн хувиар тохиолдож байна.

ДӨРӨВ. Шүүмж хэсэг

Д. Арвела ба бусад хүмүүсийн (1976) бичсэн баримтаас үзэхэд Уганд улсад зүрхний ревматизм өвчин 6—10 насны хүмүүст хамгийн их хэмжээгээр тохиолддог ба 0—5 насны хүүхдэд ревматизмын бүх өвчлөлийн 10 хувь ногддог байна. Латин америкийн улсуудад зүрхний гажигтай хүмүүсийн дотор 5—9 насны хүмүүсийн эзлэх хувь 14 хувь (Миспирет Д ба Миспирет В. 1979), мөн Африкийн Сенегал мэтийн хөгжиж буй оронд 5—10 насанд 9,3 хувь 11—20 насанд 41,9 хувь (Коатэ П. 1979) хүртэл тус тус байгааг бичсэн байхад Европод ийм насанд өвчлөх үзэгдэл ховор тохиолддог байна. Жишээ нь Моцциконакк судалснаас үзэхэд ревматизмтай хүмүүсийн дотор 6—7 насны хүмүүсийн эзлэх хувь 0,32 байхад 6—17 насанд 17,4 хувь тус тус байжээ.

1938—1976 онд Улаанбаатар хотын клиникийн эмнэлгүүдэд зүрх судасны өвчнөөр нас барсан хүмүүсийн дотор ревматизм өвчнөөр нас барагчид 30,7 хувь байсан ба нас барагчдын дундаж нас 39,9 байжээ.

Энэ хугацаанд ревматизмаар нас барагчдын дотор 14 хүртэлх насны хүүхэд дөнгөж 1,1 хувийг эзэлж байлаа (Дондог Н, Баяртогтох Ш, Жамъяндагва С. 1977).

Бидний судалгаанаас үзэхэд зүрхний ревматизмын гажиг 5—9 насанд 3,3 хувь тохиолдож байгаа нь манай улсад ревматизмаар эрт насанд өвчлөх явдал Латин Америк ба Африкийн орнуудаас бага тохиолдож харин Европын улсуудын тоо баримттай ойролцоо байна.

Мөн нөгөө талаар ревматизмын хүнд хэлбэрийн гажиг тухайлбал хоёр хавтаст хавхлагын нарийсалт улс оронд харилцан адилгүй тохиолддог байна. Энэтхэгт зүрхний гажигтай хүмүүсийн дотор хоёр хавтаст хавхлагын нарийсалт 51 хувь, 10—15 насанд 39,4 хувь хүртэл байжээ (Падмавата С. 1978). Мөн тайландын Бангкок эмнэлэгт эмчлүүлсэн зүрхний өвчтэй хүмүүсийн 39 хувь нь ревматизмтай байсан ба түүний дотор кардит, хоёр хавтаст хавхлагын нарийсалт ихэнх нь байжээ. Аюфия, П. С. Н ба бусад 1976)

РЕВМАТИЗМ ӨВЧНИЙ КЛИНИК ХЭЛБЭРҮҮД БА НАС ХҮЙСНИЙ БАЙДАЛ

2-р хүснэгт

	5—9		10—14		15—19		20—24		25—29		30—34		35—39		40—44		45—49		50—54		55—59		60-аас дээш		Бүгд	
	эр	эм	эр	эм	эр	эм	эр	эм	эр	эм	эр	эм	эр	эм	эр	эм	эр	эм	эр	эм	эр	эм	эр	эм	тоо	хувь
1. Үе мөчний ревматизм	4	12	22	17	19	20	16	16	6	9	7	5	1	3	3	2									162	25,2
2. Зүрхний гажиггүй ревмокардит	4		13	16	9	15	7	12	4	16	2	8	1	2	1	2									113	17,5
3. Хоёр хавтаст хавхлагын нарийсалт гажиг	1	1		2	2	4	4	8	7	10	4	6	3	4	6	4	5	5	1	3	—	2	—	2	84	13,0
4. Мөн хавхлагын нарийсалт давамгайлсан хавсарсан гажиг	1			3	2	1	3	7	1	5	1	4	3	7	2	2	1	2	1	1		2			54	8,3
5. Мөн хавхлагын дутмагшил давамгайлсан хавсарсая гажиг						1	1	2	1	1	1					1			1	2					12	1,9
6. Мөн хавхлагын дутмагшил гажиг	3	5	9	14	6	8	23	32	13	19	3	10	2	4	3	3	2	2			1				162	25,2
7. Гол судасны нарийсалт гажиг				1					1			2	1		1						1				7	1,1
8. Гол судасны дутмагшил			1		5	3	2					1	2								1				14	2,2
9. Гол судас ба 2 хавтаст хавхлагын хамтарсан гажиг	1		1	2	4	3	3	1	2	1	1	2	3	1	1	3		1							30	4,7
10. Ревматизмын мэдрэлийн хэлбэр (хорей)	1			4					1																6	0,9
Бүгд (тоогоор)	33		110		102		137		97		54	39	33	19	9		7						4		641	100

Манай оронд хоёр хавтаст хавхлагын нарийсалтанд хийсэн 149 мэс заслын дотор 16 хүртэл насны хүүхэд 1,3 хувь, 17—20 насны хүмүүс 11,4 хувь тус тус байжээ (Шагдарсүрэн Т, Бундан Ц. 1977).

Бидний судалгаагаар манай оронд ревматизмын зүрхний гажиг 20—29 насанд 40,5 хувьд тохиолдож байна. Зүрхний гажгийн бүх хэлбэрийн дотор хоёр хавтаст хавхлагын дутмагшил 44,6 хувь байлаа. Энэ бол манайд тохиолддог зүрхний ревматизм өвчний нэг онцлог юм.

Дүгнэлт 1. Ревматизмын 644 тохиолдлыг судалж үзэхэд өвчлөл мөмгөтэйчүүдэд эрэгтэйчүүдээс олонтой тохиолдож байна.

2. Өвчтөний насны байдлыг үзвэл 10—14 насанд 17 хувь, 15—19 насанд 15,8 хувь, 20—24 насанд 21,3 хувь, 25—29 насанд 15,1 хувь тус тус байна.

3. Ревматизмын үед зүрхний хоёр хавтаст хавхлаг дутмагшил хэлбэрээр гэмтэх явдал 44,6 хувь хүртэл тохиолдож байхад хоёр хавтаст хавхлагын нарийсалт 23 хувиас хэтрэхгүй байгаа ба тэр нь голлож 20—29 насанд тохиолдож байна.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. Беневоленская Л. И.
Современные направления в изучении эпидемиологии ревматических болезней. Вопр. ревмат, 1978, № 3, стр 28—32.
2. Дондог Н, Баяртогтох Ш, Жамъяндагва С.
Эмч нарын 3-р их хуралд зориулсан эрдэм шинжилгээ онол практикийн бага хурлын илтгэлийн товчлол. 1977.
3. Насонова В. А. Бронзов И. А,
Ревматизм М, 1978.
4. Нестеров А. И.
Ревматизм М, 1973.
5. Нестеров А. И., Насонова В. А.
Состояние и перспективы советской ревматологии. Вопр. ревмат, 1978 № 2, стр 3—9.
6. Падмавати С.
Ревматизм и ревматическая болезнь сердца в развивающихся странах. Бюл-летень ВОЗ Женева 1978 г. том 56, стр 438—442.
7. Шагдарсүрэн Т. Бундан Ц.
Эрүүлийг хамгаалах байгууллагын 50 жилд зориулсан эрдэм шинжилгээ онол практикийн бага хурлын илтгэлийн товчлол. 1977.
8. Бусад хэл дээр бичигдсэн ном зүйг (7 ширхэг) ашиглах сонирхолтой хүмүүс байвал зохиогчоос асууж болно.

Некоторые особенности ревматического заболевания сердца в условиях МНР

Ш. Баяртогтох
Н. Дондог

РЕЗЮМЕ

Авторами изучено 644 случаев ревматизма (из них 274 мужчин, 370 женщин), 17% больных падает в возрастной группе 10—14 лет, 15,8% в 15—19 лет, а 21,3% в возрастной группе 20—24 лет.

Поражение клапанного аппарата сердца в виде митральной недостаточности отмечено у 44,6% больных, а митральный стеноз у 23% больных. Последний вид поражения сердца встречался чаще в возрасте 20—29.

АЙРАГ-ЭМЧИЛГЭЭ ТЭЖЭЭЛИЙН ҮНЭТ УНДАА МӨН

Ц. Намсрай (Анагаах ухааны дэд эрдэмтэн)

Монголын ард түмэн манай он тооллоос 200 гаруй жилийн өмнөөс эхлэн гүүний айргийг ундаанд өргөн дэлгэр хэрэглэсээр эдүгээ хүрч ирсэн түүхтэй юм. (3, 4)

Бид уламжлалт ундаа-айрагны эмчилгээ, тэжээлийн төгс чанарыг тодруулах зорилгоор гүүний саам, түүгээр бэлдсэн айрагны биохимийн үндсэн үзүүлэлт болох хувийн жин, ерөнхий хүчиллэг, сүүний сахар, тослог, спирт, зарим нэгэн витамин, ерөнхий уураг, энгийн уургийн бүлэглэлүүд, уургийн болон чөлөөт аминхүчлүүдийг (1, 2, 5, 6, 7) сонгодог аргаар тодорхойллоо.

Судалгааны ажлын үр дүнг математикийн аргаар боловсруулж дараахь хүснэгтэд эмхэтгэв.

Айраг бэлдэх үндсэн түүхий эд нь саам билээ. Бид саамын биохимийн гол үзүүлэлтийг судалж 1-р хүснэгтээр үзүүлэв.

1-р хүснэгт

СААМЫН ХИМИЙН НАЙРЛАГА

Ерөнхий хүчиллэг	хувийн жин 20°C	сүүний сахар (лактоза %)	уураг (%)	Тос (%)
5,5 т—7,5 т	1,030— 1,032	6,5±0,21— 7,8±0,27	2,2±0,11	2,0±0,08— 2,3±0,10

1-р хүснэгтэд үзүүлсэн 5,5 т—7,5 т төрнөрийн хүчиллэгтэй саамыг 125 т хүчиллэгтэй айрагтай 1:1 харьцаагаар хөрөнгөлөн 60 т хүчиллэгтэй болгоод 20°C-ын температурт 120 төрнөрийн хүчиллэгтэй болтол исгэж химийн найрлагыг нь судалж 2-р хүснэгтээр үзүүлэв.

2-р хүснэгт

АЙРАГ, СААМНЫ ХИМИЙН НАЙРЛАГА

Дээж от	хувийн жин 20°C	сүүний са- хар лакто- за %	уураг %	тос %	спирт %	витамин С мг/л	сүүний хү- чил %	CO ₂ хий
Саам 5,5	1,030—	6,5±0,21—		2±0,08				
7,5	1,032	7,8±0,27	2,2±0,11			90—100	=	=
Айраг 120 т	1,006— 1,007	1,8±0,07 2,2±0,12	1,6±0,08	1,9±0,07 2,2±0,09		68—70	1,5—2,0	4,56

Хүснэгтээс үзэхэд айраг, спирт, сүүний хүчил, нүүрсхүчлийн хий зэрэг үзүүлэлтээр саамнаас ялгаатайгаас гадна 1,00—1,007 хувийн жинтэй 2,2% чихэрлэгтэй байна.

Цаашид бид саам, айрагны уусах уургийн бүлэглэлтийг судлахад 4 бүлэглэл тодорхойлогдсоны хэмжээг 3-р хүснэгтэнд эмхэтгэв.

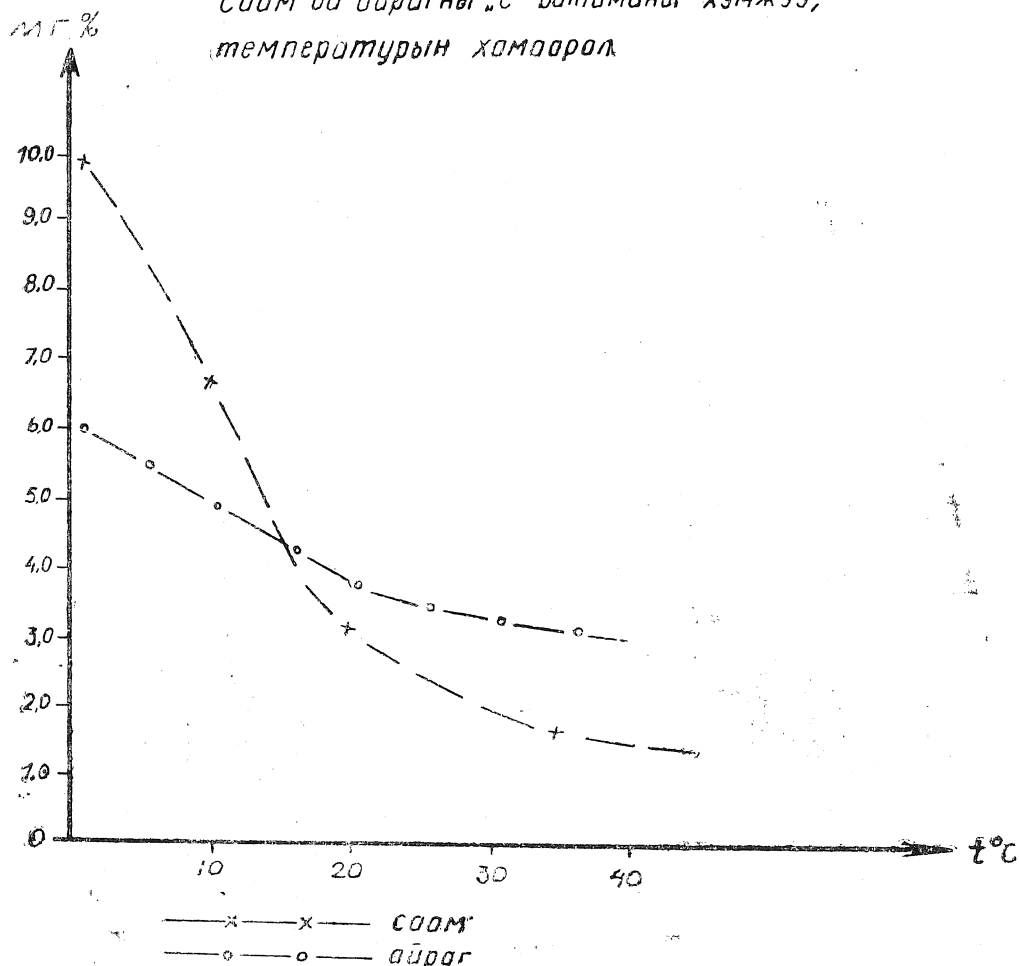
ГҮҮНИЙ СААМ, АЙРАГНЫ УУСАХ УУРГИЙН БҮЛЭГЛЭЛҮҮД

3-р хүснэгт

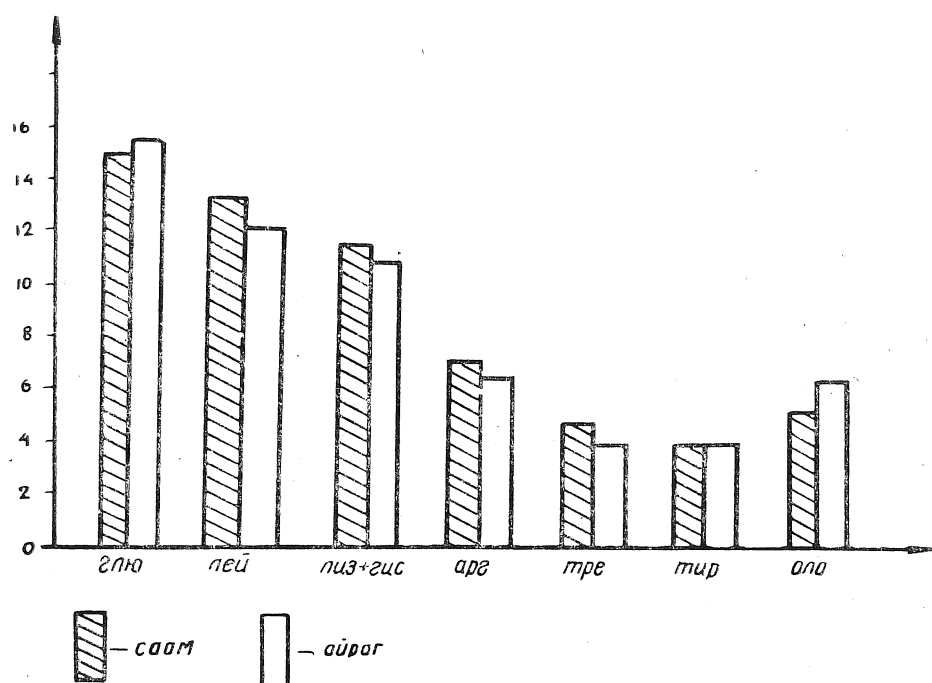
Үзүүлэлт;	Саам	Айраг
АЛФА-ЛАКТОАЛЬБУМИН	$47,6 \pm 2,0$	$44,0 \pm 2,50$
БЕТА-ЛАКТОГЛОБУЛИН	$31,4 \pm 0,94$	$31,1 \pm 2,20$
ИММУННЫ ГЛОБУЛИН	$14,8 \pm 1,40$	$18,4 \pm 1,0$
ШАР УСНЫ АЛЬБУМИН	$6,3 \pm 0,92$	$7,0 \pm 0,86$

Судалгааны дүнгээс айрганд альфа-лакто альбумины хэмжээ бага, иммуно глобулины хэмжээ саамнаас илүүтэй байгаа нь саам, айраг уусах уургийн 4 бүлэглэлтэй боловч хэмжээний хувьд ялгаатай байна. Саам айргийг өөр өөр температурт, янз бүрийн хугацаатай хадгалахад «С» витамин хэмжээ айрганд тогтвортой байгааг 1-р зургаар үзүүлэв.

*Саам ба айрагны «С» витамин хэмжээ,
температурын хамаарал*



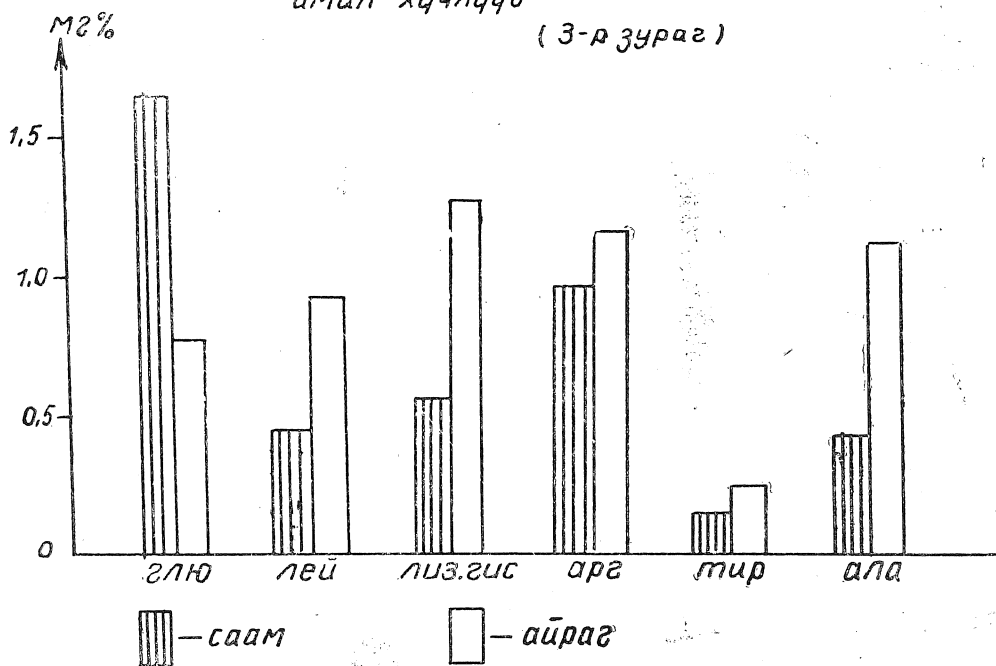
Саам ба айрагны уургийн аминхүчлүүд



Гүүний саам, айргийн уургийн ба чөлөөт аминхүчлүүдийн хэмжээг 4-р хүснэгт 2, 3-р зургуудаар үзүүлэв.

Саам ба айрагны чөлөөт
амин хүчлүүд

(3-р зураг)



**ГҮҮНИЙ СААМ, АЙРАГНЫ УУРГИЙН БА ЧӨЛӨӨТ
АМИНХҮЧЛҮҮДИЙН ХАРЬЦУУЛАЛТ**

4-р хүснэгт

№	Дээжүүд Аминхүчлүүд	Уургийн аминхүчил хувь		Чөлөөт аминхүчлүүд мг %	
		саам	айраг	саам	айраг
	математик үзүүлэлт	$M \pm S\bar{x}$	$M \pm S\bar{x}$	$M \pm S\bar{x}$	$M \pm S\bar{x}$
1	Глютаминь хүчил	14,8 0,14	15,4 0,13	1,21 0,042	0,80 0,043
2	Лейцин	12,8 0,21	12,0 0,09	0,37 0,210	0,94 0,030
3	Лизан-гистидин	11,2 0,13	10,9 0,23	0,57 0,013	1,27 0,021
4	Арганин	6,9 0,08	6,4 0,12	1,04 0,060	1,15 0,032
5	Аспарагины хүчил	6,3 0,13	6,8 0,07	1,02 0,030	1,49 0,030
6	Валин	5,1 0,12	4,6 0,09	0,40 0,024	0,50 0,031
7	Аланин	4,9 0,12	6,3 0,13	0,43 0,020	1,13 0,030
8	Серин	4,6 0,03	4,5 0,03	0,27 0,010	0,35 0,010
9	Изолейцин	4,6 0,11	4,8 0,07	—	—
10	Треонин	4,6 0,04	3,8 0,03	+	+
12	Фенил аланин	4,0 0,04	2,2 0,03	+	+
13	Тирозин	3,8 0,07	3,8 0,04	+	+
14	Метнонин	2,6 0,03	2,1 0,04	+	+
15	Галцин	2,0 0,08	1,8 0,03	+	+
16	Прлин	+	+	+	+
	Цистин цистеин нийлбэр	87,8	83,7	5,17	8,49

4-р хүснэгтээс үзэхэд саам, айрагд 16 аминхүчил, чөлөөт амин хүчил 14 тус тус тодорхойлогджээ. Аминхүчил тус бүрийн хэмжээний ялгаврыг 2, 3-р зургаар үзүүлэв.

Саамны уураг глютаминь хүчил, аланин, аспарагины хүчлийн хэмжээгээр айрагны уургаас дутуу боловч бусад (II) бүх амин хүчлийн хэмжээгээр илүү байхад, айраг глютаминь хүчлээс бусад бүх чөлөөт аминхүчлүүдээрээ саамны чөлөөт аминхүчлүүдийн хэмжээнээс давж байна.

ДҮГНЭЛТ

1. Айраг бага хэмжээний спирт, сүүний хүчил, нүүрсхүчлийн хий, тосны чөлөөт хүчлүүдийг агуулснаараа хоол боловсруулах эрхтэний фермент шүүсний ялгарлыг идэвхжүүлэгч ундаа юм.

2. Гүүний айраг нь уураг, тос, сахар болон хялбархан шимэгдэх уураг, сахарын завсрын нэгдлүүдээр баялаг тэжээллэг ундаа болно.

3. Айраг нь «С» витамин, төрөл бүрийн уургийн бүлэглэл, чөлөөт аминхүчлүүдийг агуулснаараа эмчилгээ, тэжээлийн ундаа болох нь батлагдлаа.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. Дж-Бейли
1965 «Методы химии белков»
перевод с английского под редакцией акад.
А. Е. Браунштейна.
из-во «Мир» стр 271—272

2. Балдорж Р. Бадгаа Д. Намсрай Ц.
«Биохимийн практикийн удирдамж», 1967 он. х. 225—237
3. Балдорж Р. «Айраг» ШУА сэтгүүл 3. 1971.
4. Балдорж Гүүний айраг УБ. 1967 он.
5. Методы определения белка в молоке
1965 г. перевод Голландского под редакцией
к/т, н. Ждановой Е. А из-во (колос) стр 11.
6. Кугенев П. В., Медведева М. Н. 1963 г.
Количественное определение аминокислот методом хроматографии на бумаге.
Методика постановки зоотехнических и технологических опытов по молочному
делу Москва стр 100—110.
7. Плешков Б. П. 1968 г.
«Практикум по биохимии растений» из-во «колос» стр 22, 65—80.

Кумыс-лечебный, питательный напиток

к. м. н. Ц. Намсрай

РЕЗЮМЕ

Кумыс является одним из важнейших традиционных кисломолочных напитков Монголии. Монгольский народ применяет кумыс с 200 года до нашей эры. Но лечебное свойство кумыса мало изучено. Поэтому мы поставили целью изучить лечебные свойства кумыса. В результате исследования установлено, что кобылье молоко и кумыс содержат $2,2 \pm 0,10\%$, $1,6 \pm 0,08\%$ белков, $7,8 \pm 0,27\%$ $2,2 \pm 0,12\%$ лактозы, $2,3 \pm 0,10\%$, $2,2 \pm 0,09\%$ жиров, а удельный вес 1,030—1,032, 1,006—1,007. Кроме того нами были изучены фракции растворимых белков, белковые и свободные аминокислоты кобыльего молока и кумыса.

Исходя из результатов проведенных нами экспериментов можно сделать следующие выводы:

1. В кумысе содержится спирт, молочная кислота и углекислые газы. Поэтому кумыс возможно улучшает секреторную функцию желудочнокишечного тракта.
2. Кумыс содержит больше свободные аминокислоты и витамины «С» чем кобылье молоко.
3. В кумысе содержится большое количество легкоусвояемых сывороточных белков (альфа-лактоальбумин, бета-лактоглобулин, иммуноглобулин и сывороточный альбумин).

Нярайн төрөх ба неонаталь үеийн эрүүл мэндийн байдал

Ш. Туяа (Эрдэм шинжилгээний ажилтан)

Эх нялхсын эрүүл мэндийг хамгаалах талаар нам засгаас авч явуулж байгаа олон талт арга хэмжээний үр дүнд эх нялхаст үзүүлж буй эмнэлгийн тусламжийн хүртээмж, чанар, соёл дээшилж, эх нялхсын өвчлөл эндэгдэл тууштай буурсаар байна.

Эрт неонаталь үе гэж амьдралын эхний долоо хоногийг хэлэх бөгөөд энэ үе нь гадаад орчны элдэв нөлөөлөлд хамгийн эмзэг, хүүхдийн биологийн өвөрмөц, эхийн хэвлийн дотоод орчноос гадаад орчинд шилжих, гадаад орчинд дасан зохицох хамгийн онцлог үе юм.

Бид, Улаанбаатар хотын III амаржих газарт 1979 онд төрсөн 721 нярайн түүхэнд судалгаа хийж, тэдний эрүүл мэндийн байдлыг тодорхойллоо.

Судалгаанд хамрагдагсдын 49,9% эрэгтэй, 50,1% эмэгтэй хүүхэд байна. Судалгааны байдлаас үзэхэд төрөх үеийн нярайн эрүүл мэндийн байдал харьцангуйгаар өндөр байгаа нь төрөх үедээ 98,5% эрүүл, 0,5% бүтэлтэй, 0,4% төрөхийн гэмтэлтэй 0,3% нярай өвчтэй, 0,15% төрөлхийн гажигтай төрснөөр нотлогдож байна (1-р диаграмм)

Төрөх үеийн биеийн жинг авч үзэхдээ жингээр нь 7 бүлэг болгож авч үзсэн:

1501—2000,0	0,7%
2001—2500,0	4,4%
2501—3000,0	20,2%
3001—3500,0	47,0%
3501—4000,0	21,3%
4001—4500,0	5,8%

4501 ба дээш 0,2%-ийг тус тус эзэлж байна. Үүнээс үзэхэд 88,5% нь хэвийн жинтэй төрсөн байна.

Төрөх үеийн биеийн уртыг 6 бүлэг болгоход:

40 см—доош	0,3%
41—44 см	1,3%
45—48 см	4,8%
49—52 см	56,7%
53—55 см	36,3%

56 см ба дээш 0,4%-ийг тус тус эзэлж байна.

Бүтэлтэй төрсөн нярайн 50% нь дутуу, 50% нь гүйцэд, төрөхийн гэмтэлтэй төрсөн нярайн 33,3% дутуу, 66,7% гүйцэд, төрөлхийн гажигтай нярай 1 байсан ба энэ нь дутуу, нярайн өвчтэй хүүхдийн 50% нь дутуу жинтэй тус тус төрсөн байна.

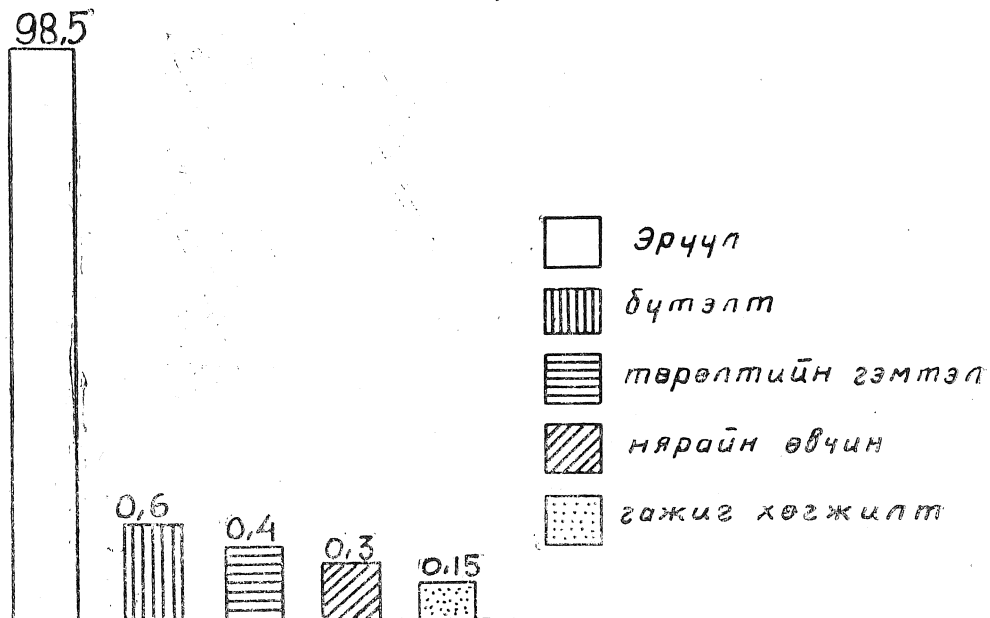
Нярайн амьдрах чадварыг Апгарын баллын системийн үнэлгээг үзэхэд:

10 баллтай	1,1%
9 баллтай	19,3%
8 баллтай	76,6%
7 баллтай	2,2%
6 баллтай	0,3%
5 баллтай	0,4%-ийг тус тус эзэлж байна (2-р диа-

грамм)

*Төрөх үеийн нярайн эрчл
мэндийн байдал*

диаграмм №1



Амаржих газраас нярай хүүхдийн гэртээ гарсан байдлыг үзэхэд ихэнх нь 5 дахь (32,9%), 6 дахь (29,2%) ба 7 дахь хоногт (14%) гарсан байна.

Дээрхээс үзэхэд:

1. Эрүүл, хэвийн өсөлттэй хүүхэд төрөх явдал өндөр байгаа нь манай орны хүн амын ахуйн хангамж, соёл, эх нялхаст үзүүлэх эмнэлгийн тусламжийн хүртээмж чанар дээшилсэнтэй шууд холбоотой. Үүний гэрч нь төрсөн нярайн 98,5% эрүүл, 88,5% нь хэвийн жинтэй төрсөн явдал юм.

2. Эрт неонаталь үеийн өвчлөлийн гол шалтгаан нь дутуу төрөлт, бүтэлт болж байна.

Нярайн өвчлөл, эндэгдлийг тууштай бууруулах, эх, нярайд үзүүлэх эмнэлгийн тусламжийг улам чанаржуулах ажлыг антенаталь, интранаталь, постонаталь гэсэн гурван үетэй явуулдаг.

Нярайн эрүүл мэндийн байдал, өвчлөл, эндэгдлийн түвшин нь нярайг ургийн үеэс нь эхэлж хамгаалдаг, эмэгтэйчүүдэд зөвлөлгөө өгөх газрын үйл ажиллагааны чанарын үзүүлэлт мөн.

Антенаталь үеийн ураг хамгаалалтын ажлыг сайжруулах нь ургийн болон хүүхдийн өвчлөл нас баралтыг бууруулахад нөлөөлөх гол хүчин болдог. Үүний тулд эмэгтэйчүүдэд зөвлөлгөө өгөх газар дараахь ажлыг гүйцэтгэвэл зохино. Үүнд:

— Жирэмснийг аль болох эрт илрүүлж хяналтандаа авах, нарийн мэргэжлийн эмч, зөвлөх эмчийн үзлэг, зөвлөлгөөг авах, шинжилгээг системтэй чанартай хийх;

— Экстрагениталь өвчнийг илрүүлэх, эмчлэх;

— Дутуу төрөх, жирэмсний эрт болон хожуу хордлогоос урьдчилан сэргийлэн эмчлэх;

— Стафилококкийн халдвараас сэргийлэх;

— Хүндрэлгүй төрүүлэх бэлтгэл хангах зэрэг болно.

Хүүхдийн хэсэг төрөх хүртэл төрөхийн өмнөх эргүүлийг үйлчлэх хүрээний жирэмсэн эмэгтэйчүүдийн дунд явуулж ирээдүйн эхэд төрөх нярайн асаргаа, сувилгаа, шинээр ирэх нярайг хүлээж авах бэлтгэл, нярайн хооллох арга зэрэг нярайг эрүүл энх өсөн торних бүх бололцоогоор хангаж сургана.

Хүүхдэд эмнэлгийн тусламжийг хамгийн түрүүнд, амаржих газар үзүүлэх тул амаржих газрыг дорхи байдлаар зохион байгуулах шаардлагатай.

— эрүүл гүйцэд төрсөн нярайн өрөө

— дутуу төрсөн буюу төрөхийн гэмтэлтэй нярайн өрөө

— өвчтэй нярайн өрөө

— янз бүрийн өвчтэй ялангуяа үрэвсэл (ямар нэгэн эрхтний) - тэй эхээс төрсөн нярайн өрөө зэрэг болно.

Состояние здоровья новорожденных детей во время родов и ираннем неонатальном периоде

РЕЗЮМЕ

Ш. Туяа

В результате комплексных мероприятий, проводимых партией и правительством, в деле охраны здоровья матери и ребенка заболеваемость и летальность неуклонно снижаются.

В связи с повышением материально-культурного уровня, значительно улучшились здоровье населения нашей страны, качество оказываемой детям и матерям медицинской помощи, физиологические показатели состояния здоровья рождаемых новорожденных.

Основной причиной заболеваемости во время родов и раннем неонатальном периоде у новорожденных детей является недоношенность и асфиксия.

Автор установил задачи женских консультаций, педиатрических участков и роддомов в деле охраны здоровья новорожденных.

Ургийн жинг урьдчилан тодорхойлох аргуудыг харьцуулан судалсан нь

Т. Эрхэмбаатар (Их эмч)

Эхийн хэвлийд байгаа ургийн жинг урьдчилан тодорхойлох нь эх урагт тохиолдох хүндрэлийг урьдаас мэдэж сэргийлэх, төрөлтийн үйл ажиллагааг хэрхэн удирдах төлөвлөгөөг боловсруулах, ураг амьдрах чадвартай эсэхийг тодруулах практикийн ач холбогдолтой.

Ургийн жинг урьдчилан тодорхойлох оролдлогыг эх барихуйн практикт эрдэмтэн Л. И. Бубличенко, И. Ф. Жарданна нар хийж байсан байна.

Эрдэмтдийн судалгаанаас үзэхэд сараа гүйцээж төрсөн хүү 3100,0—3400,0, охин 3000,0—3200,0 (Р. Тур)-аас хүү 3501,0, охин 3376,0 (С. М. Левчант 1957 он) жинтэй байж болно гэж үзэж байна.

Бид 1976 оны 12 сараас 1977 оны 4 сар хүртэлх хугацаанд Сүхбаатар хотын төрөх тасагт төрсөн хүүхдийн жинг Л. И. Бубличенко, И. Ф. Жордания, З. В. Сройков, З. П. Якубов, П. Я. Медведев, Р. И. Фрейдлин, А. А. Добровольскийн аргаар ургийн жинг урьдчилан тодорхойлж, тус аймагт төрж буй нярайн жингийн дундаж хэмжээг тогтоох зорилгоор 261 эх, нярайд судалгаа хийсэн юм.

Хамрагдсан эхчүүдийн жирэмсний хугацаа 39—40 долоо хоногтой байсан ба судалгаандаа вариацийн аргаар статистикийн боловсруулалт хийж хэмжилтэд дорхи зүйлийг анхаарсан юм.

1. Базлалтгүй үед хэмжих.
2. Хэвлийн эргэн тойрныг хэмжихдээ амьсгаа гаргасан үед туузан метрээ хэвлийн хананд сайн наалдуулах.
3. Умайн ёроолын өндрийг хэмжихдээ урагтай параллел хэмжих ба тарган эмэгтэйд, харвинг дээш нь сайн шахаж хэмжих. 1-р хүснэгт.

Бид 250,0 хүртэлх хэмжээгээр зөрсөн нярайн жинг алдаа биш гэж үзлээ.

Дээрх хүснэгтээс үзэхэд З. П. Якубовын арга ургийн урьдчилан тодорхойлсон жин, төрсөн нярайн жинтэй тохирч бусад аргуудаас алдаа багатай байлаа.

Төрсөн бүх нярайн хамгийн бага жин 2500,0 хамгийн их жин 5300,0 байсан ба бүх нярайн 53,5% хүү, 46,5% охин байлаа.

Судалгаанд хамрагдсан бүх нярайн жинг хэмжиж вариацийн аргаар тодорхойлоход Сүхбаатар хотод төрсөн нярайн дундаж жин 3652 ± 1061 , хүү $3709 \pm 92,1$, охин $3601,5 \pm 90,1$ грамм байна.

Эх барихуйн ухаанд 2500,0 жинтэй нярайг гүйцэд жинтэй төрсөн нярай гэж үзэх боловч бидний судалгаанд хамрагдсан бүх нярайгаас 2500,0 жинтэй нярай дөнгөж 1,3%-ийг эзэлж байв.

УРГИЙН ХИЙГ УРЬДЧИЛАН ТОДОРХОЙЛОХ АРГУУДЫГ
ХАРЬЦУУЛАН ДҮГНЭСЭН НЬ

1-р хүснэгт

Тохирсон тоо		А р г у у д ы н а л д а а (г р а а р)													
яг тохирсон	± 250	± 500		± 750		± 1000		± 1250		± 1500		± 1750		± 2000	
	хувь	ТӨХИОНЛЫН ТОО	хувь	ТӨХИОНЛЫН ТОО	хувь	ТӨХИОНЛЫН ТОО	хувь	ТӨХИОНЛЫН ТОО	хувь	ТӨХИОНЛЫН ТОО	хувь	ТӨХИОНЛЫН ТОО	хувь	ТӨХИОНЛЫН ТОО	
4	1,58	51	23,08	43	16,5	59	22,6	47	18,1	29	11,2	12	4,6	3	1,15
1	0,38	81	31,2	66	25,3	59	22,6	36	13,5	10	3,8	4	1,58	2	0,76
2	0,76	78	29,8	87	33,3	49	18,8	31	11,8	8	3,1	4	1,58	2	0,76
5	1,9	92	35,3	83	31,8	46	17,6	25	9,5	8	3,1	1	0,38	—	—
2	0,76	57	21,8	67	25,7	30	11,6	31	11,8	39	14,9	12	4,6	4	1,58
3	1,15	58	22,8	58	22,2	59	22,6	35	13,4	20	7,6	17	6,5	9	0,76
4	1,58	73	28,2	53	20,4	39	14,9	32	12,2	30	11,5	20	7,6	6	1,58
1. Л. И. Бубли- ченко															
2. И. Ф. Жарда- на															
3. З. В. Строи- ков															
4. З. П. Якубов															
5. П. Я. Медве- деев															
6. Р. И. Фрейд- лин															
7. А. А. Добро- вольский															

	2500— 3000	3001— 3500	3501— 4000	4001— 4500	4501— 5000	5001— дээш	БҮГД
Тохиолдлын тоо	20	76	91	57	15	2	261
Хувь	7,6	29,2	34,2	21,9	5,8	0,7	100

Дээрх хүснэгтээс үзэхэд 2500,0—3000,0 жинтэй нярай хугацаачдаа төрж буй бүх нярайн 7,6%-ийг эзэлж байгаагаас энэ бүлгийн нярайн дундаж хэмжээ $2862,2 \pm 53,7$ грамм байхаар бодож болох юм.

Эрдэмтдийн судалгаатай харьцуулан үзэхэд тус хотод төрсөн нярайн жин харьцангуй том байна.

Энэ нь халдварт өвчин багасч, үйлдвэр, хөдөө аж ахуйн бүхий л салбарт орчин үеийн техник нэвтэрч, биеийн хүнд хүчир ажлаас чөлөөлөгдөн, хүмүүсийн амьдрал ахуйн хангамж эрс сайжирсантай холбоотойгоос гадна хөдөө орон нутгийн хүмүүсийн хоол тэжээлийн байдалтай уялдаатай байж болох юм.

ДҮГНЭЛТ

1. Сэлэнгэ аймгийн төрөх тасагт төрсөн нярайн дундаж жин $3652 \pm 106,1$ үүнээс хүү $3709,5 \pm 92,1$ охин $3601 \pm 90,1$ жинтэй төрж хүү нь охиноосоо 108,5 граммаар том байна.

2. Ургийн жингуурьдчилан тодорхойлох 7 аргаас З. П. Якубовын арга 37,2 хувь тохирч бусад аргуудаас алдаа багатай учир клиникт нэвтрүүлж болох талтай.

3. Гүйцэд нярайн доод хэмжээ манайд харьцангуй том байгаа талаар цагшид судлах шаардлагатай байна.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. Навчсан Г. Сүхбаатар О.

«Показатели физического развития и некоторые биохимические данные у здоровых новорожденных детей» г. Улан-Батор, 1976 г. (материалы III съезда монгольских врачей)

2. Медведев А. Я.

«Определение веса внутриутробного плода»

Акуш. и гин. 1972 г. № 5.

3. Тур Р.

«Физиология и патология новорожденных детей» 1967 г.

МОНГОЛ ОРОНД УРГАДАГ ШУВУУН ТАРНЫ ЧАНАМЛЫН ХОРУУ ЧАНАР БА ШЭЭС ЯЛГАРУУЛАХ ҮЙЛЧИЛГЭЭГ СУДАЛСАН НЬ

М. Чүлтэмсүрэн (Анагаах ухааны дэд эрдэмтэн)

Орос, Монгол ардын эмнэлэгт шувуун тарны чанамлыг бөөр чулуужих, элэг ходоодны ба эмэгтэйчүүдийн өвчнийг анагаахад өргөн хэрэглэж байжээ. (1. 3. 7).

А. Д. Турова, И. Д. Юркевич (6) нар Зөвлөлт Холбоот Улсад ургадаг шувуун тарны өвснөөс бэлтгэсэн чанамлын фармакологийн үйлчилгээг судалж түүний шээс ялгаралтыг ихэсгэж умайн булчинг агшаан, цусны бүлэгнэлтийг идэвхжүүлдэг болохыг тодорхойлсон байна.

Дэрх баримт дээр тулгуурлан Монгол оронд тархмал ургадаг шувуун тарны чанамлын хоруу чанар ба шээс ялгаруулах үйлдлийг судлах зорилт тавьсан болно.

Туршлагын хэсэг

Хоруу чанарыг тодорхойлохын тулд 0,9%-ийн хлорид натрийн уусмалд бэлдсэн шувуун тарны чанамлыг 1:5 (25—30 г жинтэй 6 бүлэг (тус бүр 8 амьтан бүхий) цагаан хулгана дээр туршлаа.

Шувуун тарны чанамлын үхлийн тунг тодорхойлохын тулд хэвлийн хөндийд тарьж үхсэн, амьдарсан алин болохыг 24 цагийн дараа тооцоолсон.

Үхлийн дундач тунг (LD₅₀) Г. Н. Першин ба Керберийн аргаар боловсруулав. (М. Л. Беленький 1959).

Уг чанамлын 0,02 мл-ийг 20 г жинд тооцоолон хэвлийн хөндийд тарихад 3—5 цагийн дараа төв мэдрэлийн систем дарангуйлагдсан шинж тэмдэг илэрч байлаа. Харин бэлдмэлийг их тунгаар (0,03—0,07 мл 20 г) тарихад амьсгалын тоо цөөрч ихэнх хөдөлгөөн багассан ба зарим нь амьсгал зогссоноос үхэв.

Шувуун тарны чанамлын хоруу чанарын судалгаанд статистикийн боловсруулалт (2,5) хийж 1 ба 2-р хүснэгтээр үзүүлэв.

1-р хүснэгт

ШУВУУН ТАРНЫ ЧАНАМЛЫН ХОРУУ ЦАГААН ХУЛГАНАД ТОДОРХОЙЛСОН НЬ:

Тун мл/20 г	Г. Н. Першины томъёогоор					Кёрберийн аргаар				
	ажиглагдсан үр дүн	үхсэн	a + b	m - n	$(a + b)(m - n)$	амьд үлдсэн нь	үхсэн нь	z	d	zd
0,02	0/8	0	0,05	12,5	0,625	8	0	0,5	0,01	0,005
0,03	1/7	12,5	0,07	25,0	1,75	7	1	2	0,01	0,02
0,04	3/5	37,5	0,09	25,0	2,25	5	3	4	0,01	0,04
0,05	5/3	62,5	10,11	25,0	2,75	3	5	6	0,01	0,06
0,06	7/1	87,5	0,13	12,5	1,63	1	7	7,5	0,01	0,075
0,07	8/0	100				0	8			

а— x үхлийг %-ээр тодорхойлсон ойролцоо 2 тунгийн нийлбэр
 z —ойролцоо 2 тунгийн үйлчлэлд үхсэн амьтдын арифметикийн дундаж
 d —ойролцоо тунгуудын интервал

2-р хүснэгт

**ШУВУУН ТАРНЫ ЧАНАМЛЫГ ЦАГААН ХУЛГАНЫ
ХЭВЛИЙН ХӨНДИЙД ТАРЬЖ ТОГТООСОН ҮХЛИЙН
ДУНДАЖ ТУН (LD_{50})**

Бэлдмэл	мл/20 г	LD_{50} мл/20 г
	Г. Н. Першины томъёогоор	Кёрберийн аргаар
Шувуун тарны чанамал	0,045	0,045

Шувуун тарны чанамлыг цагаан хулганы хэвлийн хөндийд тарихад үхлийн дундаж хэмжээ (50) 0,045 мл/20 г байна.

Шувуун тарны чанамалын шээс ялгаруулах үйлчилгээг 25—30 г жинтэй бүлэг (тус бүр 8 амьтан бүхий) цагаан хулгана дээр судаллаа.

3-р хүснэгт

**ШУВУУН ТАРНЫ ЧАНАМЛЫН ЦАГААН ХУЛГАНЫ
ШЭЭС ЯЛГАРАЛТАД НӨЛӨӨЛСӨН НЬ**

Тун мл/20 г	Амьтдын бүлэг	$x + v$	v	v^1	t	f	p
0,01	туршлагын	$0,42 \pm 0,17$	0,17	0,13	3,5	6	0,05
	харьцуудсан	$0,1 + 0,024$	0,024				
0,02	туршлагын	$0,54 \pm 0,2$	0,2	0,16	4,25	14	0,01
	харьцуулсан	$0,2 + 0,28$	0,28				

x —Арифметикийн дундаж

v —Квадрат хазайлт

v^1 —Дундаж тоо хэмжигдэхүүнийг үнэлэх

t —Стьюдент-Ришерийн шалгуур

f —Чөлөөт зэргийн тоо

p —Магадлал

Нэгдүгээр бүлгийн амьтдад шинжлэх бэлдмэлийг 0,01 мл/20 г, хоёрдугаар бүлэгт 0,02 мл/20 г тунгаар хэвлийн хөндийд тарьж шээс ялгаралтыг цаг тутам, 5 цагийн туршид ажиглалт хийсэн болно.

Туршлагын үр дүнг 3-р хүснэгтээр үзүүлэв.

3-р хүснэгтээс үзэхэд монгол оронд ургадаг шувуун тарны чанамал 0,01 ба 0,02 мл/20 г тунгаар цагаан хулганы шээс ялгаралтыг ихэсгэдэг болох нь тодорхойлогдов.

ДУГНЭЛТ

1. Шувуун тарны өвсний чанамлын хоруу чанар бага бөгөөд үхлийн дундаж тун (LD_{50}) цагаан хулганад 0,045 мл/20 г байна.
2. Шувуун тарны өвсний чанамлын 0,01 ба 0,02 мл/20 г тун нь шээс ялгаруулах үйлчилгээтэй.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. Гаммерман А. Ф.
«Курс фармакогнозии» Л. 1967. стр 462
2. Бельский М. Л.
«Элементы количественной оценки фармакологического эффекта» Л. 1963. стр 50—51
3. Землинский С. Е.
«Лекарственные растения СССР» М 1958. стр 531.
4. Лхамжав Ц. и др.
«Монгол орны эмийн ургамал» УБ. 1971. стр 317
5. Сепетлиев Д.
«Статистические методы за обработка на данные от медицинских научных исследований растений» С. 1965 г.
56. Турова А. Д.
«Лекарственные растения СССР и их применение» М. 1967 стр 581.
7. Цицин Н. В.
«Атлас лекарственных растений СССР» 1962 г. стр 138.

Изучение острой токсичности и диуретического действия настоя травы спорыша птичьего произрастающего в МНР

РЕЗЮМЕ

к. м. н. М. Чүлтемсүрен

Нами изучены острая токсичность и диуретическое действие настоя травы спорыша птичьего на белых мышах при интраперитонеальном введении.

Спорыш птичий мало токсичен, LD_{50} для белых мышей 0,045 мл/20 г веса при интраперитонеальном введении.

Настой травы спорыша птичьего в дозе 0,01 и 0,02 мл/20 г веса оказывает выраженное мочегонное действие.

Хөдөөний хүмүүсийн цусны холестериний түвшин, бие махбодын гадаад, дотоод орчны зарим хүчин зүйлстэй холбоотойн тухай

Д. Баасанжав (Анагаах ухааны дэд эрдэмтэн)

Газар зүйн хувьд өндөр уулын бүсэд оршин суудаг хүмүүсийн цусны нийт холестерин дундаж түвшин (ЦНХДТ) харьцангуй өндөр үзүүлэлттэй байдаг гэж зарим судлаачид (22,4) бичдэг бол зарим нь өндөр газрын хүмүүсийн ЦНХТ ихэсдэггүй гэж үздэг. (17).

Зарим судлаачид үзэхдээ амьтны гаралтай өөх тослог ихтэй хоол гэжээл хэрэглэдэг хүмүүсийн ЦНХТ их байдаг, харин ургамлын гаралтай хоолыг голчлон хэрэглэдэг хүмүүст харьцангуй бага байдаг гэж үздэг (9,11). Зарим судлаач (9,1) ЦНХДТ 50 нас хүртэл ихсэж байгаад цаашид буурдаг ч гэж үздэг.

Ю. Г.Гаевский (1955) ЦНХДТ өвлийн улиралд намрынхаасаа магадлагаатай их байдгийг илрүүлсэн. Биеийн хөдөлмөр эрхэлдэг хүмүүст ЦНХТ нь харьцангуй бага гэж зарим судлаач (6,1) үзэж байхад зарим нь тийм шүтэлцээ илрэхгүй байна гэдэг (8).

Цусны даралт ихсэх өвчний үед ЦНХДТ нь ихэсдэг буюу ихсэх хандлагатай гэж судлаачдын нэг хэсэг (15, 22, 11, 13, 19) үздэг. Тэгэхдээ эдгээрийн зарим нь (22, 19) ЦНХДТ-ийн хэмжээ артерийн даралтын өндрийн түвшинтэй шүтэлцээтэй гэдэг бол зарим судлаачид үүнийг үгүйсгэдэг (18). Атеросклероз, холестерин хоёрын холбоо их тухай олон судлаачид бичдэг (2, 15, 9). Атеросклерозын илрэлийн зэрэгтэй холестерин түвшин уялдаатай эсэх тухай асуудал маргаантай хэвээр байна. Цусны даралт багадаа өвчний үед ЦНХДТ нь ихэнх тохиолдолд хэвийн хэмжээний доод хязгаарт байдаг гэж үздэг (14). Гэвч гипотонийн үед гипохолестеринеми цөөнгүй тохиолддогийг зарим судлаач ажиглажээ (16).

Зарим судлаачид (10) цусны холестерин түвшин ихэсдэн, багдсан гэж үзэхдээ тэр нутаг орны хүмүүсийн хэвийн норм хэмжигдэхүүний үзүүлэлттэй нь л ижижиж байж дүгнэх нь зүйтэй гэж үздэг (10).

СУДАЛГААНЫ ЗОРИЛТ: Тус орны хөдөөгийн 40—65 насны хүн амын дотор ЦНХДТ, гипер ба гипохолестеринемитэй тохиолдлын үзүүлэлтүүдэд газрын өндөр хавар намрын улирал, тархины судасны элдэв эмгэг (тархины атеросклероз, гипертони, гипотони, вегетодистони г. м). артерийн даралтын байдал, нас хүйсний ялгаа зэрэг бие махбодын гадаад дотоод орчны зарим хүчин зүйлсийн холбогдлыг тодруулах, улмаар холестерин онош зүйн холбогдлын манай дахь зарим онцлогийг илрүүлэхэд ажлын зорилт оршив.

СУДАЛГААНЫ АРГА, МАТЕРИАЛ: Энэхүү судалгаа нь тархины судасны эмгэгийн тархалтыг хүн амын дотор түүвэр аргаар судлах экспедицийн шинжилгээний үед нийт 3000 орчим хүнд хийсэн үзлэгийн үед 1050 хүний цусны сийвэнгийн холестериньг Мрскос-Товарекийн аргаар шинжилсэн бөгөөд түүнд тус орны Алтайн уулархаг мужийн (далайн түвшнээс 2000—4000 м өндөрт оршдог) 426 хүн (Ховд, Говь-Алтай аймгуудын харьяат), говь талын (Дорноговь аймаг)

ШИНЖЛҮҮЛЭГЧДИЙН ТООГ НАС-ХҮЙСНИЙ БАЙДЛААР ХАРУУЛСАН НЬ:

1-р хүснэгт

Насны бүлэг мужууд		40—49	50—59 н	60—64 н	бүх насаар
Алтайн өндөр уулын муж	эр	88	59	13	160
	эм	152	77	37	266
Говь талын муж	эр	129	126	33	288
	эм	162	145	29	336
	бүгд	291	271	62	624
Дүн	эр	217	185	46	448
	эм	314	222	66	602
	бүгд	531	407	112	1050

(мужийн 624 хүнийг хамарсан болно. Уг шинжилгээг Алтайн мужид намрын (8, 9-р сард), говь талын мужид хаврын (4, 5-р сард) улиралд хийсэн. Үзүүлэлтийг статистикийн аргаар боловсруулав. Шинжлүүлэгчид эрхэлсэн ажлын байдлаар ихэвчлэн ажилчид-нэгдэлчид байв.

Судалгаанд хамрагдсан шинжлүүлэгчдийг нас хүйсний ялгаагаар муж тус бүрээр болон нийт дүнгээр дараахь хүснэгтэд харуулав.

СУДАЛГААНЫ ҮР ДҮН: Муж тус бүрийн болон нийт шинжлүүлэгчдэд насны бүлэг, хүйсний ялгаагаар цусны сийвэн дэх нийт холестеринь түвшний арифметикийн дунджийг ($M \pm m$ мг%) гаргасныг 2-р хүснэгтэд харуулав.

**ЦНХДТ-ИЙН АРИФМЕТИКИЙН ДУНДЖИЙГ МУЖ
ТУС БҮРТ НАС—ХҮЙСНИЙ АНГИЛЛААР
ХАРУУЛСАН НЬ:**

2-р хүснэгт

Насны бүлэг мужууд		40—49 н	50—59 н	60—64 н	Бүх насны дундаж
Алтайн мужийн шинжлүүлэгчид	эр	173,70 $\pm$ 3,92	175,80 $\pm$ 4,67	186,50 $\pm$ 11,66	178,18 $\pm$ 6,70
	эм	184,30 $\pm$ 3,56	191,40 $\pm$ 4,91	177,90 $\pm$ 5,80	184,53 $\pm$ 4,75
	бүгд	179,00 $\pm$ 3,74	183,60 $\pm$ 4,79	182,20 $\pm$ 8,73	181,60 $\pm$ 5,75
Говь талын мужийн шинжлүүлэгчид	эр	196,40 $\pm$ 3,95	208,00 $\pm$ 4,64	212,20 $\pm$ 9,27	205,53 $\pm$ 5,95
	эм	199,60 $\pm$ 4,21	216,00 $\pm$ 4,47	192,60 $\pm$ 7,90	202,73 $\pm$ 5,52
	бүгд	198,00 $\pm$ 4,03	212,00 $\pm$ 4,57	202,20 $\pm$ 8,58	204,13 $\pm$ 5,72
2 мужийн нийт дүнгээр	эр	185,05 $\pm$ 3,94	191,90 $\pm$ 4,63	199,35 $\pm$ 10,47	191,86 $\pm$ 6,35
	эм	191,95 $\pm$ 3,89	203,70 $\pm$ 4,69	189,25 $\pm$ 6,85	193,63 $\pm$ 5,14
	бүгд	188,50 $\pm$ 3,91	197,80 $\pm$ 4,68	192,20 $\pm$ 8,66	192,87 $\pm$ 5,74

Энэхүү хүснэгтэд харуулснаас үзэхэд Алтай мужийн буюу өндөр газар оршин суугчдын ЦНХДТ судалгааны насны бүлгүүдэд эрэгтэйчүүдэд 173,70 $\pm$ 3,92-оос 186,50 $\pm$ 12,66, эмэгтэйчүүдэд 177,90 $\pm$ 5,80-аас 191,40 $\pm$ 4,91 байна.

Говийн мужийн шинжлүүлэгчдийн ЦНХДТ судалгааны насны бүлгүүдэд эрэгтэйчүүдэд 196 $\pm$ 3,95-аас 212,20 $\pm$ 9,27 ба эмэгтэйчүүдэд 192,60 $\pm$ 7,90-ээс 216,00 $\pm$ 4,47-ийн дотор тус тус хэлбэлзэж байна. Тэгэхдээ эрэгтэйчүүдэд насны бүлэг ахих тутам ихсэх хандлагатай бол эмэгтэйчүүдэд 40—49, 50—59 насны бүлгүүдэд уг дундаж үзүүлэлт ихсэж, харин 60—64 насны бүлэгт урьдахь насны бүлгүүдээс нилээд буурч байна. Холестеринь дундаж үзүүлэлтийг насны бүлэг бүрт эр, эм хүйсээр хооронд нь харьцуулж үзэхэд 40—49 нас, 50—59 насны бүлгүүдэд аль ч мужийн эмэгтэйчүүдийнх эрэгтэйчүүдийнхээсээ их, Алтай мужид энэ нь магадлагаатай (p 0,05). Хамгийн их дундаж үзүүлэлт 50—59 насны эмэгтэйчүүдэд гарч байна. Энэхүү хоёр бүсийн шинжлүүлэгчдийн ЦНХДТ-г хооронд нь харьцуулахад говийн бүсийн шинжлүүлэгчдийн дундаж үзүүлэлт Алтайн бүсийнхээс илэрхий давуутай байна (P 0,05). Энэ нь ялангуяа 40—49 ба 50—59 насны бүлгүүдэд бүр ч илэрхий байна. Үүнээс үзвэл тус орны газар зүйн бүсээр холестеринь дундаж хэмжээ ихээхэн ялгаатай байгаа нь илрэнэ.

Тархины судасны эмгэгийн нэршлээр цусны холестеринь хэмжээ ихэдсэн (гиперхолестеринеми) ба багадсан (гипохолестеринеми) тохиолдлын хэмжээг нийт шинжлүүлэгчдийн дотор судлаад гарсан үзүүлэлтүүдийг дорхи хүснэгтэд харуулав.

ТАРХИНЫ СУДАСНЫ ЭМГЭГИЙН НЭРШЛЭЭР ЦУСНЫ ХОЛЕСТЕРИНЫ ТҮВШИН ХЭВИЙНХЭЭСЭЭ ИХЭДСЭН БА БАГАДСАН ТОХИОЛДОЛ

3-р хүснэгт

Холестериниemi Өвчний нэршил	Гиперхолестериниemi тохиолдол (220 мг% ба дээш)					Гипо- холест- риниemi
		эр	эм	бүгд	ҮНЭЭС 220 мг% ба дээш	
Гипертони (эр=105 тхл эм=120 тхл)	ТТ	40	33	73	26	16
	%	38,1	27,5	32,4	11,1	7,1
АД ихсэлтийн „завсрын“ бүс (эр=98, эм=150)	ТТ	28	44	72	39	27
	%	28,6	29,3	29,0	15,7	10,0
(Гипотони эр=25, эм=38)	ТТ	9	5	14	4	10
	%	36,0	13,2	22,2	6,3	15,9
Тархины атеросклероз	ТТ	28	32	60	39	39
1,1=II (эр=167, эм=123)	%	16,8	26,0	20,7	13,4	13,4
Тархины атеросклероз	ТТ	0	4	4	3	3
II—III үе (эр=17, эм=19)	%	0	21,0	11,1	8,3	8,3
Вегето-судасны дистони	ТТ	3	10	13	6	14
(эр=15, эм=45)	%	20,0	22,2	21,7	10,0	23,3
Тархины цусны эргэлтийн түр өөрчлөлт (эр=8, эм=20)	ТТ	2	1	3	2	4
	%	25,0	5,0	10,7	7,1	14,0
Нийт шинжлүүлэгчдийн дотор	ТТ	120	170	290	132	125
	%	26,8	28,2	27,6	12,6	11,9

ТАЙЛБАР: ТТ—тохиолдлын тоо

%—ЦНХ шинжлүүлсэн уг өвчтэй нийт шинжлүүлэгчдийн тоонд тохиолд-
лын тоог харьцуулж гаргасан хувь

Хүснэгт 3-д харуулснаас үзэхэд харьцуулагдаж байгаа 7 төрлийн нэршлийн тархины судасны өвчний дотроос артерийн гипертони өвчин гиперхолестеринемитэй тохиолдлоор хамгийн олонтой нь (32,4%) бөгөөд харин хамгийн бага тохиолдолтой нь тархины цусны эргэлтийн түр өөрчлөлт (ТЦЭТӨ) өвчин 10,7%) тус тус байв.

Цусны даралт ихтэй өвчтөнд гиперхолестеринемии харьцангуй олонтой ажиглагдаж байна. Гэвч 40%-иас хэтрэхгүй байна. Хэвийн артерийн даралттай тархины атеросклерозын I үе шаттай шинжлүүлэгчдийн дотор 220 мг% -оос дээш холестеринтэй тохиолдол 20,7% (эр-16,8%, эм-26,0%) бол өвчний II—III үе шаттай ба мөн ТЦЭТӨ болж байсан шинжлүүлэгчдийн 11,0% орчимд тус тус ажиглагдсан нь цусны холестерини түвшин атеросклероз өвчний үе шаттай паралель бус гэж үздэг судлаачдын (А. Л. Мясников, 1965, Б. В. Ильинский, 1960 г. м) дүгнэлттэй манай судалгааны үзүүлэлт нийцэж байна.

Цусны даралт ихтэй өвчтөнд гиперхолестеринемии харьцангуй олон тохиолдож байгаа нь энэ 2 шинж хоорондоо ямар нэгэн шүтэлцээтэй болохыг харуулж байна. Гэвч цусны даралт бага буюу артерийн гипотонитай нийт тохиолдлын 22,2% (эр-36,0%, эм-13,2%) гиперхолестеринемитэй байгаа нь артерийн даралтын түвшин цусны холестерини түвшинд шууд нөлөөлөх хүчин зүйл бус болох нь бас харагдаж байна.

Гипохолестеринемии (140 мг%-оос бага) дээрх өвчний нэршлээр хир хэмжээтэй тохиолдож байгааг судалж үзэхэд тохиолдлын хувь 7,0%-иас 23,3%-ийн дотор хэлбэлзэж тохиолдлын хамгийн бага хувь нь артерийн гипертонитай өвчтөнүүдэд (7,0%), хамгийн их нь вегето-судасны дистонитай өвчтөнүүдэд (23,3%), үлдсэн нэршлүүдэд дунджаар 12% орчим хэмжээгээр тус тус ажиглагдав. Үүнээс үзэхэд тус орны хоёр бүсийн 40—59 насны эрэгтэйчүүдэд тохиолдох гипер-

холестеринемии тохиолдлын хэмжээ гадаадын ихэнх судлаачдынхаас (20,21 г. м) ихээхэн бага байна. Б. Лувсанноровын (1970) судалгаатай харьцуулахад манай судалгаа нилээд ижил боловч муж тус бүрээр гаргасан үзүүлэлтээр ялгаатай байна. Ер нь хоёр мужийн дундаж үзүүлэлт хоорондоо их ялгаатай. Цусны нийт холестерин дундаж түвшин манай оронд Киргизийн хөдөөний хүн ам (19) Тажикийн Хорог хотын (17) хүмүүсийнхээс нилээд их байгаа юм.

ДҮГНЭЛТ

1. Тус орны 40—65 насны хүн амын цусны холестерин дундаж түвшин ($M \pm m$ мг%) $192,87 \pm 5,74$, эрэгтэй $= 191,86 \pm 6,35$; эмэгтэй $193,63 \pm 5,14$ байна.

2. Тус орны Алтайн уулархаг уулын нөхцөлд амьдардаг хүмүүсийн ЦНХДТ ба гиперхолестеринемитэй тохиолдлын тоо говь талынхаас бага байна. ($P 0,05$).

3. Тус орны Алтайн уулархаг мужийн намрын улирлын нөхцөл говь талын хаврын улирлынхтай харьцуулахад хүмүүсийн цусны холестерин түвшинг бууруулах нөлөөтэй байна. Энэ нь нэг талаар улирлын хоол ундны онцлог, нөгөө талас биеийн хөдөлгөөний идэвхт байдалтай холбоотой гэж үзэх үндэстэй.

4. 40—49 нас, 50—59 насны бүлгийн эмэгтэйчүүдэд эрэгтэйчүүдээс их холестринтэй байгаа боловч 60—64 насанд үүний эсрэг буюу эрэгтэйчүүдэд эмэгтэйчүүдийнхээс их байна.

5. Гипертонитай ялангуяа эрэгтэй өвчтөнд гиперхолестеринемитэй тохиолдол өвчний бусад нэршлээс харьцангуй олонтоо байна.

6. Тархины атеросклероз гиперхолестеринемийн тохиолдлын хувь өвчний хөгжлийн үе шаттай параллелиар ихсэхгүй байна.

7. Гадаад дотоод орчин харьцангуй ижил (нэг газар нутаг, нас хүйс, ижил хоол тэжээл, адилхан өвчин, нэг цаг улирал) байхад холестерин түвшин янз бүр байгаа нь түүний өөрчлөлтөд бие махбодын бодисын солилцоо, гомеостазийн зохицуулагч төв мэдрэлийн, тухайлбал дизнцефали системийн үйл байдлын өөрчлөлт анхдагч шинжтэй буюу гол шалтгаан нь байж болох байна.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. Лувсанноров Б.
Липидный обмен у практически здоровых людей в МНР
Автореферат диссертации на соискание учёной степени к. м. н.
г. Улан-Батор, 1970.
2. Аничков Н. Н.
Основные положения и неразрешенные вопросы современного учения об атеросклерозе артерий.
Тр. XIV всесоюзного съезда терапевтов. М., 1958, стр 19—27
3. Бонщикова В. М.
Монография. Атеросклероз сосудов мозга с психическими нарушениями.
М., 1967 г.
4. Вагаб-Заде А. С.
Влияние горного климата Шуши на липидный обмен у больных атеросклерозом и гипертонической болезнью.
Материалы Всесоюзного симпозиума по вопросам медицинской климатологии, климатотерапии и климатопротектики. Сухуми, 6—10 июня 1967. М., стр 179—181
5. Гаевский Ю. Г.
К вопросу о сезонности холестеринемии у больных гипертонической болезнью жителей сельской местности.
Материалы научной конференции Челябинского мединститута, 1965, т. 1. стр 76—77
6. Джабиев А. А.
Некоторые показатели липидного обмена в различных профессиональных группах населения Азербайджанской ССР.
В кн. Распространение гиперт. болезни и коронарного атеросклероза и условия жизни, М., 1964, стр 64.

7. Дженгельская Б. И, Серёгина Л. М.
Нарушение липоидного обмена при сосудистых заболеваниях мозга.
В. кн. Расстройства мозгового кровообращения (в неврологической клинике).
Киев М. 1965, стр 164—170
8. Жугжа А. И., Рудолевицне Б. Б. Аяускене А. И.
К вопросу взаимосвязи уровня холестерина и некоторыми факторами окружающей среды и особенностями организма.
Материалы республиканской конференции терапевтов с 7 до 9 декабря 1961 г., Рига, стр 41—42.
9. Ильинский Б. В.
Монография. Атеросклероз, 1960
10. Константинов С. Н.
Артериальное давление и уровень холестерина крови в связи с особенностями питания.
В кн. Распр. гиперт. болезни и корона, атеросклероз и условия жизни. 1964, стр 94
11. Константинов Е. Н.
Гипертония и уровень холестерина крови у рабочих г. Андижана.
Матер. науч. конференции Андижанского мед. института, 26—27 апреля 1964 г., Андижан, 1964, стр 12—13.
12. Карпинская В. М.
Изменения содержания холестерина в сыворотке крови при нарушении мозгового кровообращения.
Жур. невроп. и псих. им. С. С. Корсакова, 1968 г. в. 4. стр 490.
13. Кухтевич И. И, Миценко М. Д.
Фракции холестерина и некоторые другие показатели липидного обмена у больных с церебральной формой гипертонической болезни. Журн. невропа, и психиатр. им. С. С. Кораскова, 1968, в 9, стр. 128
14. Молчанов Н. С.
Монография «Гипетонические состояния», 1962, стр. 97
15. Мясников А. Л.
Монография. Гипертоническая болезнь и атеросклероз., 1965 г.
16. Парсаев А. П.
Состояние липидного обмена у населения г. Хорога.
Здравоохр. Таджикистана, 1972, в. 4, стр 21—24
17. Попель Л. В.
Содержание холестерина и липоидного фосфора в крови при гипертонической болезни в 1943—1944 г. в Ленинграде.
В кн. Сборник трудов, посвященный памяти заслуженного деятеля науки проф. Е. С. Лондона, Медгиз, 1947 стр 211
18. Сыдыгапиев К. С.
О влиянии некоторых факторов на уровень холестерина у жителей сельской местности Киргизии.
Журн. Советское здравоохранение Киргизии, 1973, в 1. стр 16.
19. Шмидт Е. В., Смирнов В. Е. и др.
Опыт изучения эпидемиологии цереброваскулярных и кардиоваскулярных заболеваний у мужчин старшего возраста.
Сборник «Вопросы эпидемиологии сосудистых заболеваний головного мозга.. 1972, М., стр 7—30
20. Шхвацабая И. К. Метелица В. И.
Распространение ИБС и факторов риска, способствующих развитию заболевания. В сборнике: Эпидемиология ИБС и артериальной гипертонии. (Под редакцией И. К. Шхвацабая), 1971 стр 11—36
21. Шурыгин А. Я.
Содержание холестерина и лецитина у здоровых людей и больных гипертонией в условиях высокогорной Киргизии.
Труды конференции по высокогорью и холодовой травме, Фрунзе, 1962, стр 81—84.

К вопросу об уровне холестерина крови и его взаимосвязь с некоторыми внешними и внутренними факторами организма

РЕЗЮМЕ

К. м. и. Д. Басанжав

Обследован автором уровень холестерина крови у 1050 людей в возрасте 40—64 лет, проживающих в разных географических условиях, а именно в Горно-Алтайском (2000—4000 м. выше над уровнем моря) и степно-гобийском (624 чел)

районах страны. Средний уровень общего холестерина крови (СУОХК) у исследуемых для обоих районов составляет 192.87 ± 5.74 мг% (муж. = 191.86 ± 6.35 , жен. = 193.63 ± 5.14).

Частота случаев с гиперхолестеринемией (220 мг% и выше), по данным автора, составляет 27,6% (м = 26,8%, ж — 28,2%), а частота случаев с гипохолестеринемией (140 мг% и ниже) у 11,9% исследуемых.

СУОХК и частота случаев с гипер-и гипохолестеринемией отдельно по району существенно различается. СУОХК и частота случаев с гиперхолестеринемией у исследуемых высокогорного Алтайского района существенно меньше, чем степногорьского района ($P < 0,05$). А частота случаев с гипохолестеринемией, наоборот, существенно больше у исследуемых Горно-Алтайского района.

Наличие разного уровня холестеринемии и частоты гиперигипохолестеринемии при относительно одинаковых внешних и внутренних условиях организма (одинаковая местность, пол, возраст, питание, болезни и т. д.). позволяли автору считать, что в процессе регуляции уровня холестерина крови первичную роль играет состояние ЦНС, в частности, высшего регулятора гомеостаза — энцефальной системы, а питание населения, географическая высота, сезон года, физическая активность — вторичную, хотя они оказывают большое влияние на уровень холестерина.

Цусаар дамжиж үүсэх остеомиелитийн мэс заслын эмчилгээ

В Ичинхорлоо (Доктор, профессор)
Д. Жодов (Анагаах ухааны дэд эрдэмтэн)

Цочмог ба архаг остеомиелитыг эмчлэх талаар сүүлийн жилүүдэд тодорхой үр дүнд хүрч байгаа боловч мэс заслын эмчилгээний дараа гарах хүндрэл, дахилт, нас баралт нилээд хэмжээтэй байгаа юм.

1976 онд Зөвлөлтийн В. С. Кононов, А. Н. Дикова нарын мэдээлснээр остеомиелитын хагалгааны дараахь нас баралт 3,3—8,5% байхад хагалгааны дараахь дахилт И. С. Венгеровский, М. Л. Дмитриев нарынхаар 13—36,3% байна.

1965—1975 онд тус 3-р эмнэлгийн 2-р тасагт 15 хүн эмчлүүлжээ. Киргиз ССР-ийн У. Ш. Шакирова, В. С. Кононов нарын мэдээлснээр тэдний эмнэлэгт нэг жилд 18—20 остеомиелиттэй хүн эмчлүүлдэг байна. Остеомиелиттэй өвчтөний нас баралт дахин өвдөлтийн талаар судлаачдын судалгаа их зөрүүтэй байгаа нь түүний эмчилгээ бүрэн төгс боловсрогдоогүйтэй холбоотой юм. Манай судалгаанд хамрагдсан бүх остеомиелитын 77% нь чөмөгт ясных байгаагийн ихэнх нь буюу 85,4% нь шилбэнийх байлаа. Остеомиелитын мэс заслын эмчилгээний үр дүнг аль болохоор сайжруулахын тулд цочмог ба архаг остеомиелитын үед гарах хордлого, цусан халдварыг нэн даруй арилгах хэрэгтэй төдийгүй дахин өвчлүүлэхгүй төгс эдгээх аргыг боловсруулах шаардлагатай байгаа ба мөн одоогийн хэрэглэж байгаа мэс заслын аргуудад байнга үнэлэлт өгч түүнийг төгөлдөржүүлж байх нь чухал юм.

1925 онд Т. П. Краснобаевын дэвшүүлсэн остеомиелитыг эмчлэх сонгомол арга зарчмын хувьд хүчин төгөлдөр байгаа боловч анагаах ухааныг хөгжлийн үр дүнд засагдаж шинэчлэгдсээр улам боловсrongуй болж байна. Цочмог остеомиелитэд өргөн хэрэглэж байгаа мэс

заслын арга нь ясны идээт голомтоос болж үүссэн буглааг хэсгийн мэдээ алдуулалтаар нээж антисептикийн уусмал бүхий чихээс чихээс арга юм.

МЭС ЗАСЛЫН ЭМЧИЛГЭЭ, ТҮҮНИЙ ҮР ДҮН

1-р хүснэгт

Хагалгаа			Өвчний тоо	Шарх идээлсэн	Хөндий идээлсэн	Цорго үүссэн	Дахисан	Үхсэн	Ор хоног						
									13—17	18—27	28—37	38—47	48—57	58—67	68-аас дээш
Зөөлөн эдийг зүсэж чихээс тавих (Краснобаев)			18	13	11	17	7	1	—	—	—	4	8	1	5
Ясанд цоонс гаргах (Бидний арга)	үлдэх хөндийг гуурсаар угаах		22	5	2	3	1	—	12	4	2	4	2	—	—
	шархыг битүүлэх.		19	4	5	4	3	—	10	1	2	3	2	1	—
Секвестрэктоми	Үлдэх хөндийг булчингаар чигжих.	угаах	15	2	1	—	—	—	9	4	2	—	—	—	—
		Битүүлэх	20	2	3	5	—	—	9	6	2	2	1	—	—
	Хөндийг хэвээр үлдээх	угаах	11	1	—	2	—	—	9	6	2	2	1	—	—
		битүүлэх	45	9	14	21	12	—	22	8	6	4	3	2	—

Хүснэгтээс үзэхэд 18 хүний 13-ын шарх, 11-ийн нь үлдэгдэл хөндий идээлж, 17-д идээт цорго үүсч, 7 нь дахин өвчилж, 1 нь нас барсан ба дунджаар 36—68 ор хоног эзэлсэн байна. Энэ нь аргыг улам боловсронгуй болгохыг шаардаж байгаа тоо юм.

Ясан доторхи идээт голомт бүрмөсөн арилж чадаагүйгээс хагалгааны дараа хордлого, цусан халдвар үргэлжилж удаан хугацаагаар антибиотик хэрэглэснээс түүнд тэсвэртэй нянгийн дүрс бий болж өвчнийг ужиг явцтай болгодог. Мөн идээт голомт удаан байснаас ясны эд эс хатуурах цоорох зэрэг өөрчлөлт өгч, үсэрхийлсэн шинэ голомтыг үүсгэдэг. Бид цочмог остеомиелитын үед зөөлөн эд, ясны хальсыг ярьж тэнд бугшсан идээг гаргасны дараа лимбэний нүх шиг цооногуудыг гаргаад идээг цэвэрлэж полихлорвинил гуурсыг нэг захын цооног ороулж нөгөө захынхаар гарган зөөлөн эдийг үечлэн битүүлэв. Хагалгааны дараа хөндийг дунджаар 7—14 хоногийн турш антисептикийн уусмал болон новокайнаар угааж антибиотик хийв.

Хагалгааны үед 22 хүний 5 хүний шарх идээлж, 2-т үлдэгдэл хөндий идээлж, 3 хүнд идээт цорго үүсч 1 нь дахин өвчилсөн ба ор хоног нь 57-гоос цөөн байв. Энэ арга нь бусад аргуудтай харьцуулахад (1-р хүснэгтээс) үр дүн сайтай байна.

Архаг остеомиелитыг эмчилдэг түгээмэл бөгөөд сонгомол арга нь ясыг цүүцдэг онгойлгоод хэмийн арилгаж хөндийд хуурай антибиотик цацаж зөөлөн эдийг битүүлэх арга юм.

Секвестрэктомийн үр дүнг хүснэгтээс харахад 45 хүний 9-ийн шарх, 14 хүний үлдэгдэл хөндий идээлсэн ба 21 хүнд идээт цорго гарч 12 нь дахин өвчилж, эзэлсэн ор хоногийн тэн хагасаас илүү нь 18-аас дээш хоног байв. Харин битүүлж оёлгүй гуурсаар угаах аргыг хэрэглэхэд (хүснэгтийн дороосоо хоёрдахь мөрөнд байгаа) 11 хүний арьсны шарх идээлж, 2 хүнд идээт цорго үүсч, эзлэх ор хоног нь 57-гоос хэтрээгүй байна.

Архаг остеомиелитыг эмчлэх нөгөө нэг арга бол секвестрэктомийн хийсний дараа үлдэх хөндийг булчин буюу биологийн төрөл нэгт эдээр чигжих арга юм. Булчингаар хөндийг чигжиж гуурсаар угаах аргыг хэрэглэсэн бөгөөд уул эмчилгээний үр дүнг үзвэл (хүснэгтийн дороосоо 4 дэх мөрөнд байгаа) 15 хүний 2-ын нь шарх идээлж, 1 хүний үлдэгдэл хөндийг идээлснээс өөр хүндрэлгүй байгаагийн дээр эзлэх ор хоног 37-гоос хэтрээгүй байна.

ДҮГНЭЛТ

1. Цочмог остеомиелитын үед хордлого цусан халдварыг түргэн арилгах ба цаашдаа ужиграхаас сэргийлэх найдвартай арга нь ясыг цоолж идээг гаргаад угаах арга юм.

2. Архаг остеомиелитын секвестрэктомийн хийсний дараа үлдэх хөндийг биологийн чигжээсээр чигжиж угаах мэс заслын эмчилгээ нь үр дүн сайтай юм.

3. Остеомиелитыг төгс төгөлдөр болгохын тулд цаашид шинжилгээ судалгааны нарийн ажлыг хийх нь зүйтэй.

(1977 оны материал).

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. Венгеровский Ц. С. «Сов. хир» 1936 № 6 стр. 10.
2. Остеомиелит у детей. М. 1964;
3. Гринев М. В. Хирургическое лечение хронического остеомиелита. Хирургия, 1975. № 4, стр. 72—76;
4. Дикова А. А., Колосов, О. Я. Хирургия 1965, № 7, стр 26—33.
5. Дмитриев М. Л. и другие. Очерки гнойной хирургии у детей. М., 1972;
6. Краснобаев Т. П. «Труды 17-го съезда Российских хирургов» Л. 1925;
7. Кононов В. С. Гематогенный остеомиелит у детей. Дисс., докт., Фрунзе, 1970;

Энтеробактериудын антибиотикт мэдрэмтгий байдлыг тодорхойлсон нь

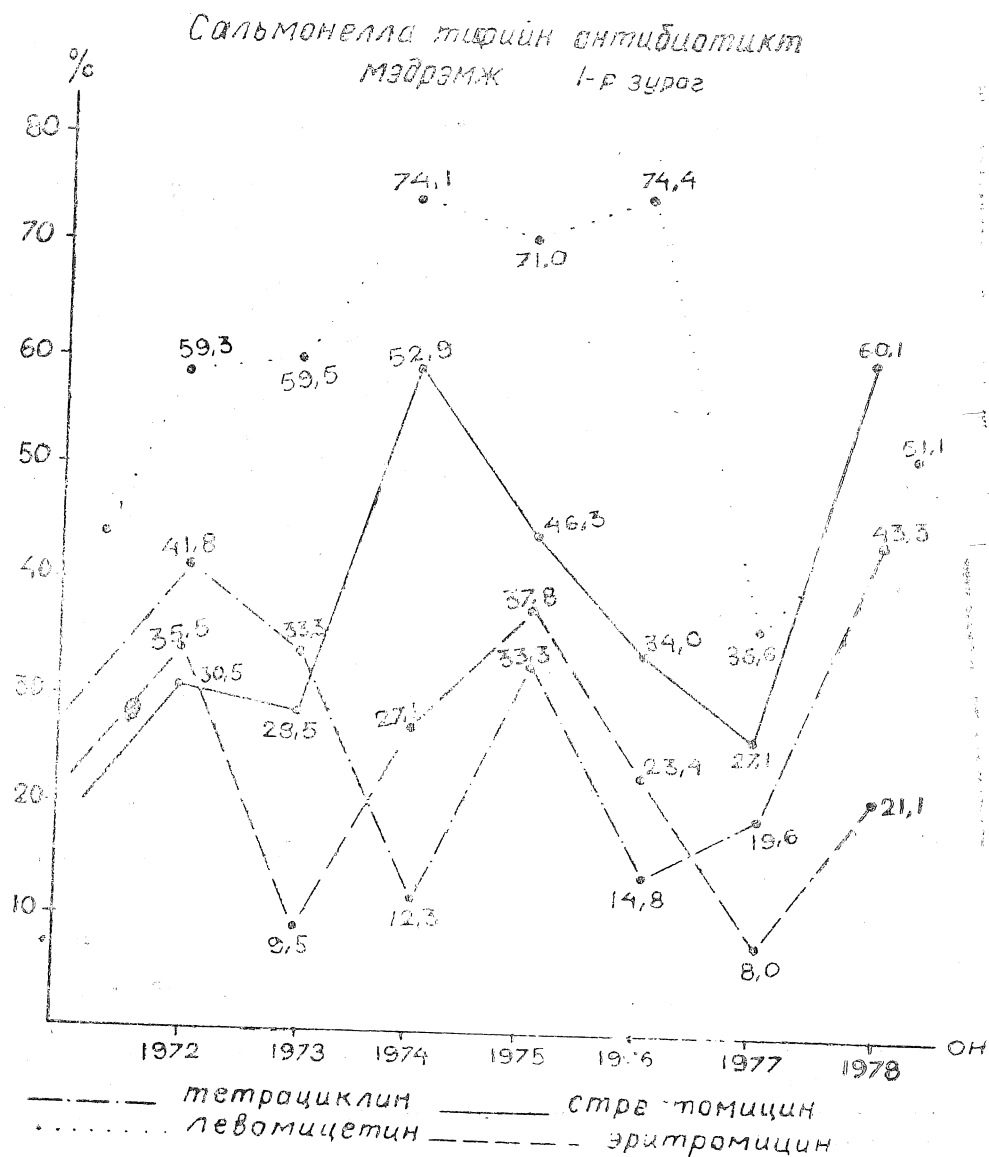
П. Түдэв,
Г. Үүжээ,
Д. Мажигсүрэн

Гэдэсний цочмог хямрал үүсгэх гол шалтгаан болж байгаа энтеробактерийн зарим төрлийн антибиотикт мэдрэмжийг тодорхойлж үзэхэд эдгээрийн антибиотикт мэдрэмж нилээд ялгаатай, оноор харьцуулбал хэлбэлзэл ихтэй байна.

Антибиотикт тэсвэртэй микроб олширч байгаагаас хэд хэдэн антибиотикт тэсвэртэй омгууд ялгагдаж байна.

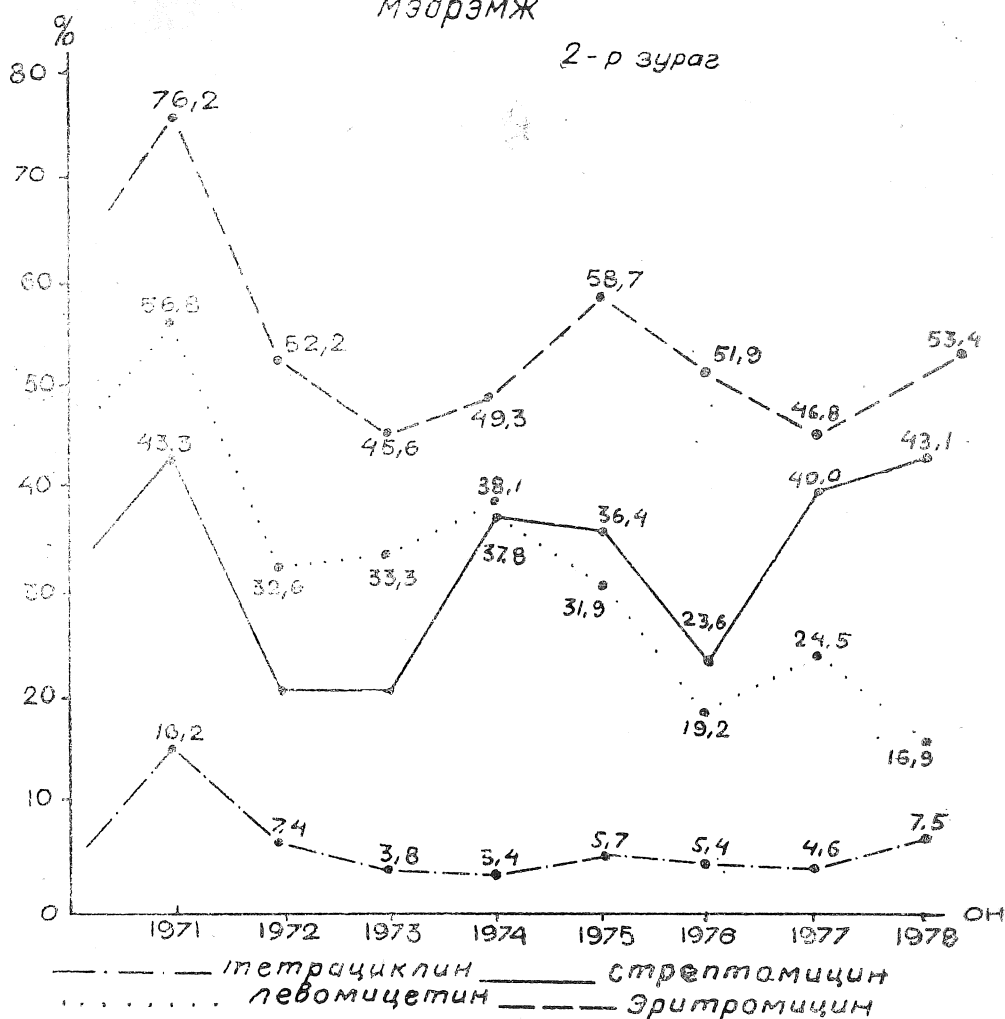
Г. Пүрэв, Г. Үүжээ нарын судалгаагаар (1978) улаан суулгын бактерийн энгийн плоскирев синтомицинтэй орчин дээрх нь 1,1, биомицинтэй орчин дээрх нь 1,4 дахин их ургалттай байхад А. Б. Черномордикийнхаар (1957—1968) 2—3 дахин, В. Д. Джанполадовагийнхаар (1964) 3,5 дахин их байна.

Эмчилгээг оновчтой болгох, өвчин үүсгэгчид хүчтэй үйлчлэх эмийг сонгоход тэдгээрийн антибиотикт мэдрэмжийг тодорхойлох явдал чухал юм. Заримдаа антибиотикт мэдрэмжийг тодорхойлсон нь буруу болсноос эмчилгээний үр нөлөө дээшилдэггүй дисбактериоз үүсгэж өвчтөний биеийн байдалд муу нөлөө үзүүлж болно гэж А. Б. Черномордик (1969) бичжээ. Өвчин үүсгэгчийн цэвэр өсгөвөр ялгахгүй шинжлэгдэхүүн дээр холимог бичил флорын антибиотикт мэдрэмжийг шууд тодорхойлох нь эмчилгээнд тусладаггүй.



Шигелла флекснерийн антибиотикт мэдрэмж

2-р зураг

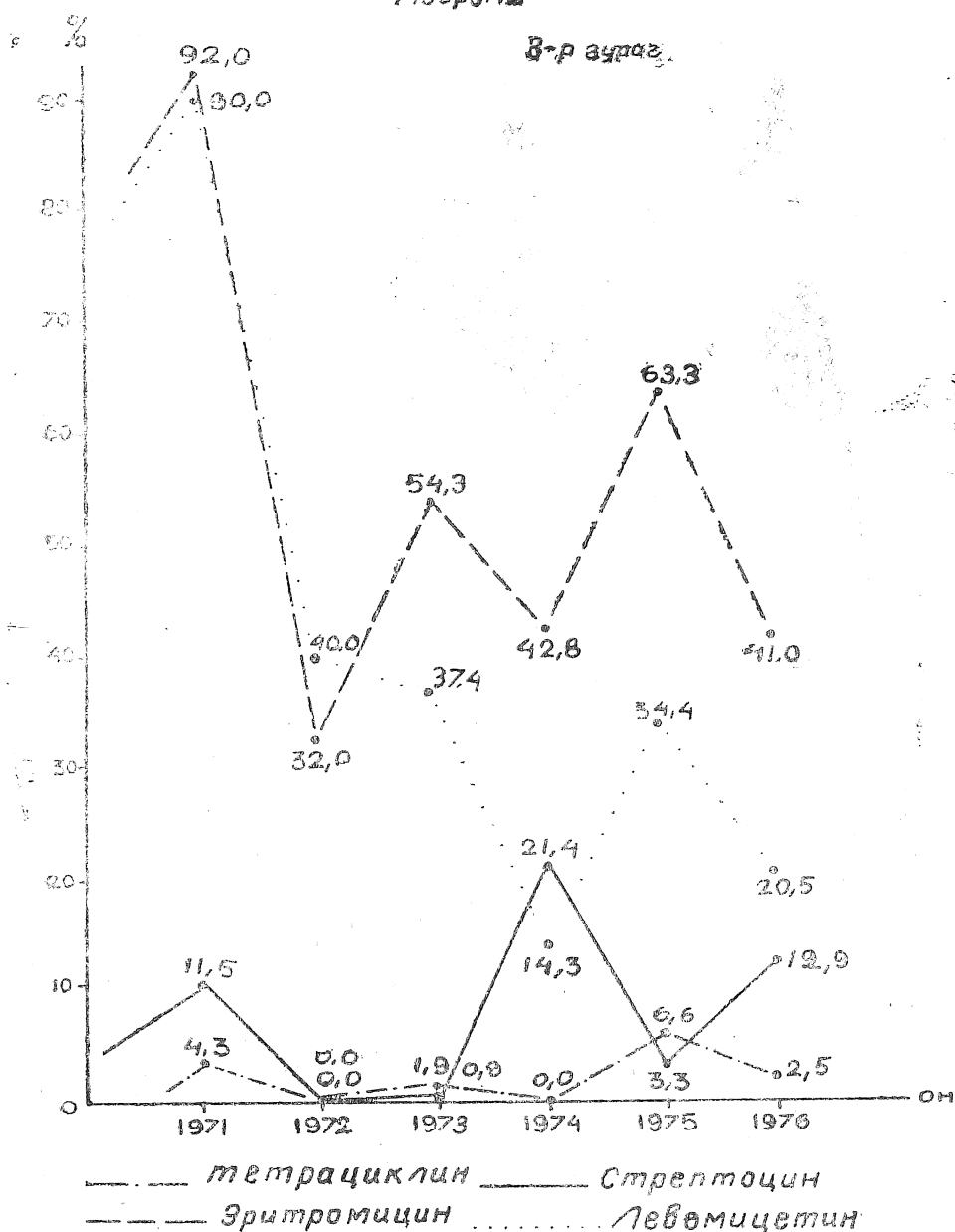


Г. Санжмятавын судалгаагаар (1964) улаан суулгын бактерийн шинжлэгдсэн өсгөврийн 37,4% нь стрептомицинд, 62,5% нь левомецетинд, 100% нь биомицинд тэсвэртэй, П. Түдэв 1965—1969 онд хийсэн судалгаагаар улаан суулгын бактерийн 1098 өсгөвөрөөс стрептомицинд 22,7%, левомецетинд 47,4%, биомицинд 7,7%, тетрациклинд 4,3% нь мэдрэг (1971) байжээ.

Бид энтеробактериудын зарим төрөл-салмонелла тиф, шигелла, протейний антибиотикт мэдрэмжийг түгээн шингээх арга-антибиотик шингээсэн цаасан зээрэнцгээр мах пептоны агар дээр тодорхойлсон юм. 1971—1978 онд Улаанбаатар хотын бактер судлалын төв лабораторид салмонелл тифийн 2650, шигеллын 41148, протейн 1784 өсгөврийн антибиотикт мэдрэмжийг 9 төрлийн антибиотик дээр тодорхойлоход салмонелл тифийн 942 (35,5%) шигеллын 12025 (29,2%) протейн 463 (26,3%) өсгөвөр мэдрэг байлаа. (1-р хүснэгт)

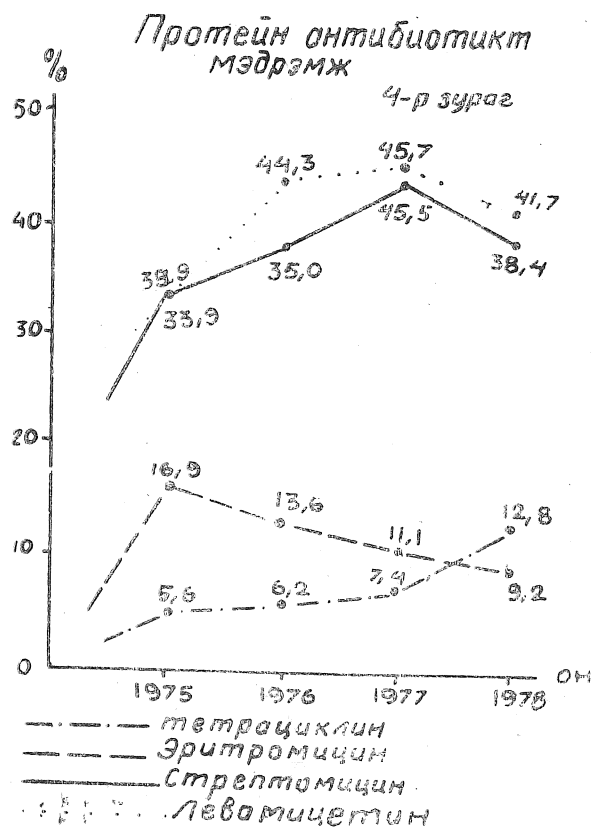
Улаанбаатар хотод харьцангуй элбэг тохиолдож байгаа улаан суулгын үүсгэгчдийн антибиотикт мэдрэмжийг авч үзье. (2-р хүснэгт)

Шигелла зоннын антибиотикт мэдрэмж



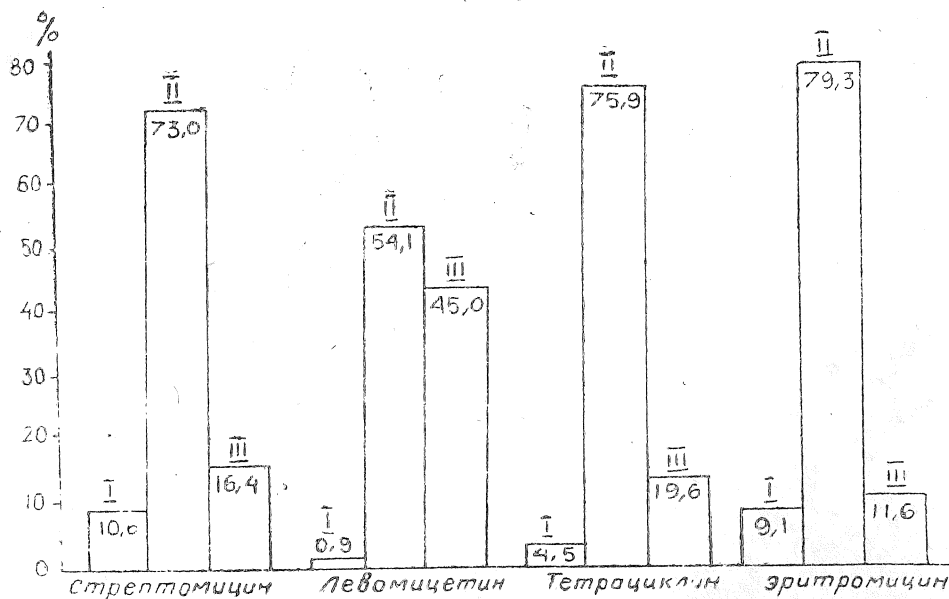
Манайд улаан суулгыг зонхилон үүсгэж байгаа шигелла флекснерийн 29,9—32,2 нь левомецетин, стрептомицинд, 51,9—92,3 нь эритромицин, мономицин, мецеринд, шигелла бойдын 59,2% нь эритромицинд, 73,6% нь левомецетинд, шигелла Зоннын 37,8—88,8% нь левомецетин, эритромицин, мономицин, мецеринд мэдрэг, судлагдсач шигеллүүд, биомин, тетрациклин, остетрациклинд 5,7—0,0, Бойд, Зоннын бактерийн 14,6, 5,5 нь стрептомицинд мэдрэг байна.

Ажиглалтын хугацаанд жил дараалан ялгагдаж байсан салмонелл тифа, шигелла флекснера, зонна, протейн антибиотикт мэдрэмжийн

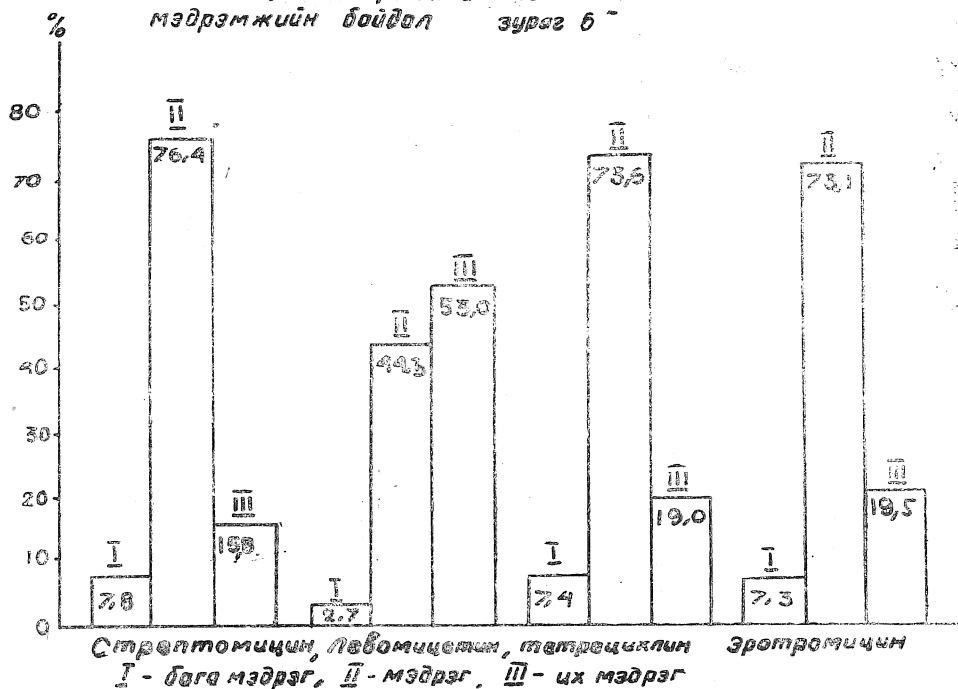


хэлбэлзэл ба байдлыг тогтмол хэрэглэж байсан стрептомицин, левомицетин тетрациклин, эритромицин дээр харуулахыг оролдсон юм.
 (Зураг № 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8; 9) 14-р зураг

Стихийн антибиотикт мэдрэмтгий байдал
5-р зураг

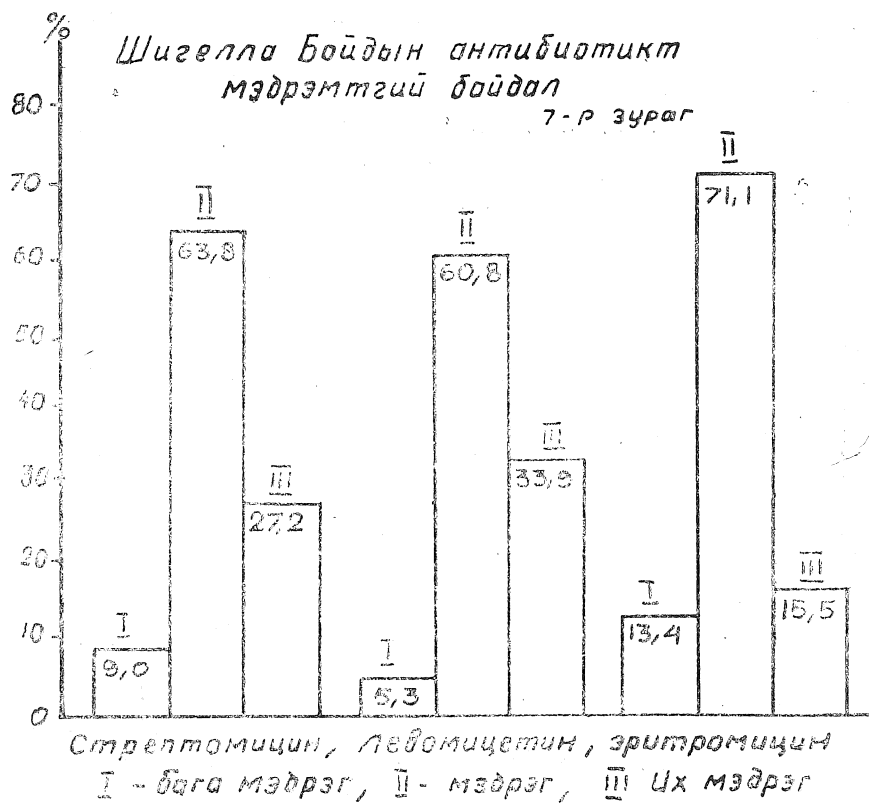


Шигелла флекснерийн антибиотикт мэдрэмжийн байдол зураг 6



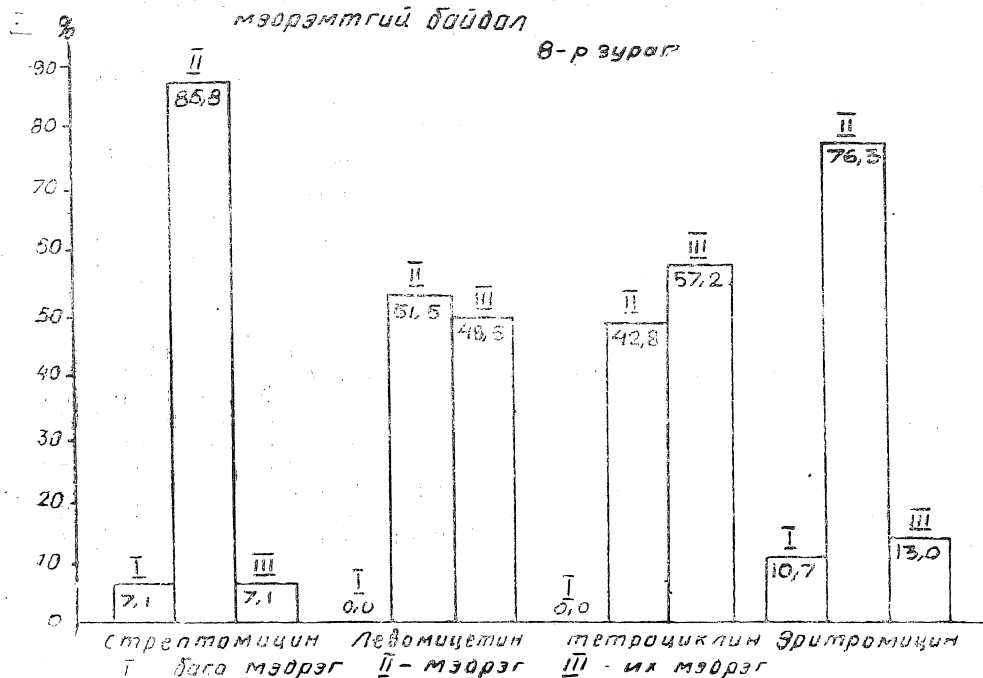
Судалгаанаас үзэхэд Улаанбаатар хотод оношлогдож байгаа шигелла флекснерийн левомецетинд, шигелла, Зоннын эритромицин, ле-

Шигелла Бойдын антибиотикт мэдрэмтгий байдол 7-р зураг



Шегелла Зомнын антибиотикт мэдрэмтгий байдал

8-р зураг

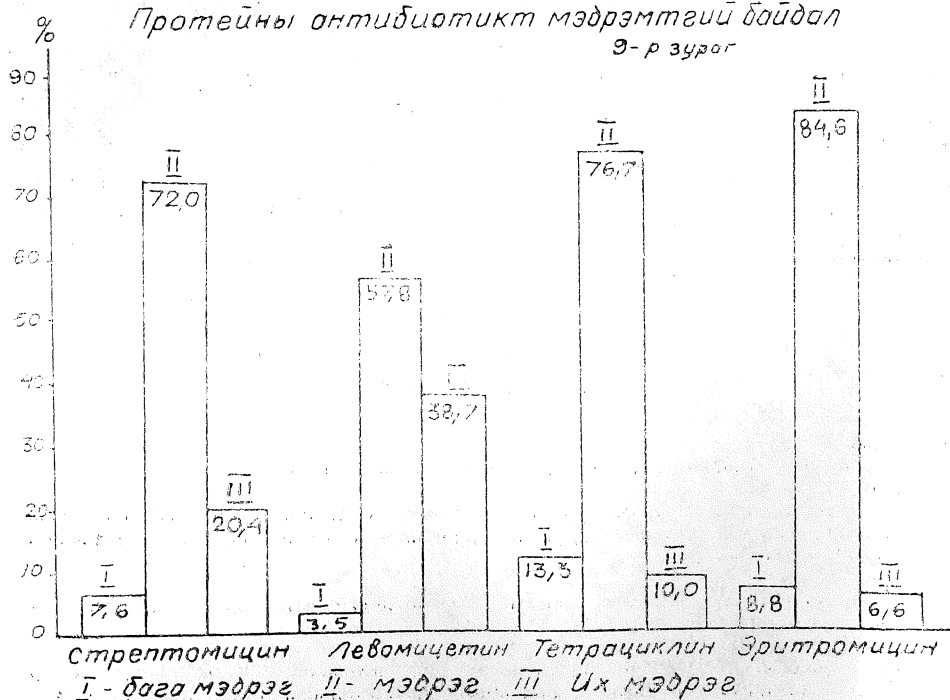


вомецетинд мэдрэмж буурсаар ирсэн, судлагдсан бусад бактерийн антибиотикт мэдрэмж эрс буураагүй байна.

Бидний судалсан өсгөврүүдийн антибиотикт мэдрэмжийн хэлбэлзэл харилцан холбоотой, түүний хөдлөл, бие биеэ дагасан байдал зургаас харагдаж байна. Антибиотикт мэдрэг омгуудын дийлэнх нь мэдрэг буюу их мэдрэг байна.

Протейны антибиотикт мэдрэмтгий байдал

9-р зураг



ЭНТЕР ОБАКТЕРИЙН ЗАРИМ ТӨРЛИЙН АНТИБИОТИКТ МЭДРЭМЖ

1-р хүснэгт

	Антибиотикт мэдрэмж хувиар								
	Салмонелла			Шигелла			Протей		
	бүх өсгө- вөр	мэдрэг		бүх өсгө- вөр	мэдрэг		бүх өсгө- вөр	мэдрэг	
		тоо	хувь		тоо	хувь		тоо	хувь
Стрептомицин	585	234	40,0	9108	2855	31,3	364	143	39,2
Левомецетин	585	323	55,2	8631	2641	30,6	330	140	42,4
Биомицин	55	13	23,6	1036	52	5,0	48	5	10,6
Эритромицин	584	120	20,5	9317	4790	51,4	348	45	12,9
Мономицин	76	52	68,4	936	575	61,4	96	54	56,2
Неомицин	104	35	33,6	2141	459	21,4	140	33	23,5
Миперин	2	2	—	136	120	88,2	6	4	—
Тетрациклин	580	154	26,5	8875	497	5,7	358	32	8,9
Окситетрациклин	79	9	11,4	968	36	3,7	94	7	7,4

ШИГЕЛУУДИЙН АНТИБИОТИКТ МЭДРЭМЖ

2-р хүснэгт

	Антибиотикт мэдрэмж хувиар								
	Флекснера			Бойди			Зонне		
	бүх өсгө- вөр	мэдрэг		бүх өсгө- вөр	мэдрэг		бүх өсгө- вөр	мэдрэг	
		тоо	хувь		тоо	хувь		тоо	хувь
Стрептомицин	8780	2830	32,2	75	11	14,6	253	14	5,5
Левомецетин	8308	2488	29,9	76	56	73,6	256	97	37,8
Биомицин	994	51	5,1	12	—	—	30	1	3,3
Миперин	118	109	92,3	—	—	—	18	16	88,8
Мономицин	901	574	63,6	11	8	—	24	20	83,3
Неомицин	2112	454	21,5	13	2	—	16	3	18,7
Эритромицин	8889	4619	51,9	76	45	59,2	252	130	51,5
Окситетрациклин	941	36	3,8	11	—	—	16	—	—
Тетрациклин	8551	489	5,7	75	1	1,3	249	7	2,8

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

- Санжмятав Г.
Антибиотикт мэдрэмтгийн оайдлыг тодорхойлох арга
- Түдэв. П.
Чувствительность дизентерийных бактерий к антибиотикам Республиканская научно-практическая конференция посвященная 50-летию народной революции. Тезисы докладов. 1971
- Үүжээ. Г.
Улаан суулгын шинжилгээнд риванол ба антибиотиктай тэжээл хэрэглэсэн нь. Тезисы докладов 1978
- Черномордик А. Б.
Отрицательные последствия определения чувствительности к антибиотикам микрофлоры организма в связи с явлениями дисбактериоза Лаб. Дело 1969, № 3, стр. 154

5. Джанполодова В. П, Кеворкова С. С, Попова К. И, Мочиланская Е. Я, Петровская Е. И.
К вопросу о выделении синтомицинозависных форм дизентерийных бактерий
ЖМЭИ 1964, № 7, стр 153
6. Черномордик А. Б.
Итоги изучения синтомициновой среды при выделении дизентерийных бактерий
ЖМЭИ 1964, № 7, 1 стр 148
7. Черномордик А. Б.
Итоги десятилетнего применения среды с антибиотиками при диагностике дизентерии. Лаб дело 1968, № 8 стр 500

**Чувствительность к антибиотикам энтеробактерий, выделенных в 1971—1978 гг.
в Улан-Баторе**

П. Түдєв, Г. Үүжээ, Д. Мажигсурєн

За 1971—1978 гг. мы изучили чувствительность к антибиотикам бактерий рода энтеробактериум, которые являются основными возбудителями кишечных расстройств, наблюдаемых в г. Улан-Баторе.

При изучении 2650 культур сальмонеллы тифа, 41148 культур шигеллы и 1784 культур протей было выявлено, что 30,6—68,4% всех изученных культур сальмонеллы тифа, шигеллы и протей проявили чувствительность к стрептомицину, левомецитину и мономицину, а 51,4—88,2% изученных культур шигеллы — к эритромицину и мицетину. Только 3,7—11,4% всех изученных культур обладает чувствительностью к биомицину, тетрациклину и окситетрациклину.

Антибиотикийн хэрэглээнд хийсэн судалгааны дүнгээс

Л. Хүрэлбаатар (Эрдэм шинжилгээний ажилтан)
Н. Жамбалдорж (Эм зүйч)

Сүүлийн жилүүдэд манай улсын эрүүлийг хамгаалах систем улам өргөжин, эмийн хангамж эрс сайжирч байна. 1971—1979 онуудад нийт эм барааны хэрэглээ жилд дунджаар 8,2%-иар нэмэгдэж, 1979 оныхыг 1971 оныхтой харьцуулахад бараг 2 дахин өсчээ.

Манай оронд эмчилгээнд хэрэглэж буй эмийн нэг чухал бүлэг бол антибиотик билээ. Бид антибиотикийн үлдэгдлийг Улсын эм хангамж үйлдвэрлэлийн газрын улсын эм барааны нэгдсэн бүртгэл, орлогыг эмийн гадаад болон дотоод захиалгын гүйцэтгэл зэрэг материалуудаас авч, хэрэглээг худалдааны балансын томъёог (1) ашиглан гэдорхойллоо.

Антибиотик сүүлийн жилүүдэд манай орны эмчилгээний практикт өргөн нэвтэрч, түүний хангамж эрс сайжирч байна. 1-р хүснэгт

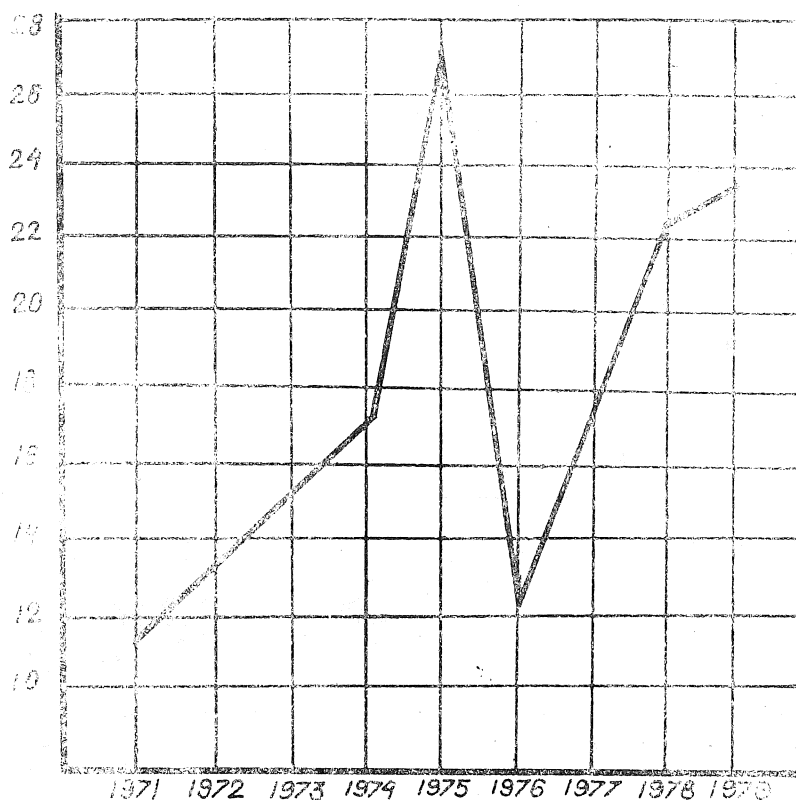
НИЙТ ЭМИЙН БОЛОН АНТИБИОТИКЫН ХЭРЭГЛЭЭНИЙ ДИНАМИК

I-р хүснэгт

	Он	Нийт эмийн хэрэглээ	Антибиотик эмийн хэрэглээ	Антибиотикийн хувийн жин
	1971	46,1	14,1	30,6
	1972	50,6	16,8	33,2
	1973	57,4	19,4	33,8
	1974	62,4	22,4	35,9
	1975	70,4	36,2	51,4
	1976	79,7	16,7	20,9
	1977	79,3	25,8	32,5
	1978	84,4	35,3	41,8
	1979	87,1	38,3	43,9
Абсолют өсөлт	1975 1971	1,527	2,567	1,679
	1979 1976	1,092	2,293	2,100
	1979 1971	1,889	2,716	1,434
Дундаж өсөлт	1971 1975	11,1	26,5	13,8
	1976 1979	3,0	31,9	28,1
	1971 1979	8,2	13,3	4,6

Манай улсад 1971 онд 30 шахам нэр төрлийн 14,1 сая төгрөгийн антибиотик хэрэглэж байсан бол 1979 онд 40 гаруй нэр төрлийн 38,3 сая төгрөгийн антибиотик хэрэглэжээ. Энэ хугацаанд антибиотикийн хэрэглээ 2,7 дахин өссөн байна. Антибиотикийн хэрэглээний өсөлтийн хурд 1971—1975 онд жилд дунджаар 26,5% байсан бол 1976—1979 онд 31,9% болж нэмэгджээ. Ийнхүү антибиотикийн хэрэглээний өсөлтийн хурд нийт эмийн хэрэглээнээс түрүүлж, түүний хувийн жин ихэсч байна. Нийт эм бараанд эзлэх антибиотикийн хувийн жин 1971 онд 30,6% байсан бол 1979 онд 43,9%-д хүрчээ.

Нэг хүнд ногдох антибиотик (төгрөгөөр)



Зураг 1-ээс үзэхэд нэг хүнд дунджаар ногдох антибиотикийн хэмжээ 1971—1979 онд 2 дахин нэмэгджээ. 1979 онд нэг хүнд дунджаар 23 төгрөг 14 мөнгөний антибиотик ногдож байна.

Антибиотикийн хэрэглээг бид пенициллин, стрептомицин, тетрациклины, левомецетиний болон бусад гэж 5 бүлэг болгон хувааж судаллаа.

Хүснэгт 2-ыг үз. Пенициллин бүлгийн антибиотик эмийн хэрэглээ 1971—1979 онд жилд дунджаар 24,8%-иар өсч, энэ хугацаанд бараг 6 дахин нэмэгдсэн байна. 1971 онд улсын хэмжээгээр 3,2 сая төгрөгийн пенициллин бүлгийн эм хэрэглэж байсан бол 1979 онд 19,3 саяд хүрчээ.

Өөрөөр хэлбэл манай улсын нэг иргэнд одоо жилд дунджаар пенициллин бүлгийн 11 төгрөг 82 мөнгөний эм ногдож байна.

Стрептомицин болон левомецетин бүлгийн эмийн хэрэглээ сүүлийн 9 жилд харьцангуйгаар удаан, жилд дунджаар 1,8—6,4%-иар өсч байна. Харин тетрациклин болон бусад бүлгийн антибиотик эмийн хэрэглээ жилд дунджаар 11,1—13,2%-иар өсч, сүүлийн 9 жилд 2,3—2,7 дахин нэмэгджээ.

АНТИБИОТИКИЙН ХЭРЭГЛЭЭ (БҮЛГЭЭР) 1971—1979 он

2-р хүснэгт

№	Онууд	Бүлэг					Бүгд
		Пенициллин	Стрепто- мициний	Тетрацик- линий	Левомице- тиний	Бусад	
1	1971	3290,3	5552,8	2871,8	1258,5	1184,4	14157,8
2	1972	7886,5	3409,0	2838,8	1647,0	1023,6	16354,9
3	1973	8240,5	4191,4	3357,9	2397,6	791,3	19478,7
4	1974	8865,3	4121,6	5564,2	1756,6	2149,8	22457,6
5	1975	17801,3	6730,8	6886,6	2904,3	1897,2	36220,2
6	1976	8524,4	1053,2	3263,2	2333,4	1483,4	16707,5
7	1977	10574,4	2786,8	7879,4	1955,1	2635,1	25820,8
8	1978	18868,2	6190,8	5675,7	2097,7	2557,7	35390,1
9	1979	19373,1	6415,1	7747,4	2070,8	2757,8	38364,2
10	Абсолют өсөлт %	538,7	115,5	269,7	164,5	232,8	270,9
11	Дундаж өсөлт %	24,8	1,8	13,2	6,4	11,1	13,0

ДҮГНЭЛТ

1. Антибиотикийн хэрэглээ сүүлийн 9 жилд (1971—1979) 2,7 дахин нэмэгдэж, нийт эм бараанд эзлэх түүний хувийн жин 43,9% болжээ.

2. Антибиотикийн хүрэлцээ хангамж сайжирч байгаа тул түүнийг зөв зохистой зарцуулах, Үүнд:

а) стационарт эмчлүүлж буй өвчтөн бүрийн антибиотикт мэдрэмтгий чанарыг бүрэн шалгаж байх.

б) антибиотик эмийг зөвхөн онц шаардлагатай үед өвчтөнд хэрэглэх.

в) эмийн сангаас хөдөлмөрчдөд антибиотикийг тогтоосон журмыг хатуу баримтлан олгож байх шаардлагатай байна.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. Прокопишин В. И. Организация аптечных учреждений М. 1977. стр 118.

Предварительные данные по потреблению антибиотиков

РЕЗЮМЕ

Л. Хүрэлбаатар

Изучено потребление антибиотиков за последние 9 лет (1971—1979 гг.). Установлено, что потребление антибиотиков за эти годы увеличилось в 2,7 раза и ежегодный темп роста составляет 13,3%. Удельный вес антибиотиков в общем потреблении достиг 43,9%

ХҮҮХДИЙН ТОМУУ ӨВЧНИЙ ЭМНЭЛ ЗҮЙН ОНОШЛОЛЫН ЗАРИМ АСУУДАЛ

Н. Гэндэнжамц (Анагаах ухааны дэд эрдэмтэн)
П. Батхүү (Анагаах ухааны дээд сургуулийн багш)

Сүүлийн жилүүдэд амьсгалын замын вирусн гаралтай хурц үрэвсэлт өвчнүүд бага насны хүүхдэд элбэг тохиолдож, тэдний өвчлөл, эндэгдлийн зонхилох шалтгааны нэг болж байна.

Хүүхдэд тохиолдож байгаа бүх төрлийн халдварт өвчнүүдийн дотор эдгээр өвчин 80% (Н. А. Пискарева, 1975)-90% (С. Г. Чешик, 1979)-г эзэлж байгаагийн ихэнх нь томуу юм. Томуу нь богино хугацаанд хурдан тархаж, нэг зэрэг олон хүүхдийг өвчлүүлээд зогсохгүй, ихэвчлэн хүнд явцтай байдгаараа эмч мэргэжилтнүүдийн анхаарлыг татаж байна. Томуугийн вирусн бүтэц, амьдрах чадвар, онцлогийг орчин үед нилээд тодорхой судалсан боловч өвчний эмгэг явц, оношлолын талаар бүрэн гүйцэд судлагдаагүй асуудал олон байгаа ба урьдчилан сэргийлэх найдвартай арга хараахан боловсрогдоогүй байна. Томуу өвчин богино хугацаанд тархаж олон хүн зэрэг өвчилж байгаагийн шалтгаан нь

1. Вирусн тархалт байгаль орчны онцлогоос хамаардаггүй.
2. Бүх насны хүмүүс томуугаар өвчлөх боломжтой байдаг.
3. Өвдсөний дараа тогтох дархлаа богино хугацаатай байдаг.
4. Томуугийн вирус хувирамтгай байдаг.
5. Нууц хугацаа богино (1—2 хоногоос хэтрэхгүй) тул халдвар хурдан тархах боломжтой.

6. Насанд хүрэгсэд хөнгөн хэлбэрээр өвчилдгөөс ажлаа хийж бусдад халдвар их тараадаг.

7. Халдвар агаар дуслын замаар тархдаг зэрэгтэй холбоотой юм. Гэвч А-хүрээний вирусээр үүссэн томуу 1—3 жил тутамд дахин гарч байхад В-хүрээний вирусээр үүссэн томуу 3—4 жил тутамд дахин гардгийг судлаачдын баримт нотлов. Томуугийн вирус амьсгалын замын салст бүрхэвчийн хучаас эсүүдэд хурдан үржиж, хороо (эсрэг төрөгч) ялгаруулна.

Олонхи судлаачдын ажиглалтаас үзэхэд томуугийн вирус мөгөөрсөн хоолой, бүдүүн, гуурсан хоолойн хучаас эсүүд дотор үрждэгээрээ томуутай төстэй бусад өвчнөөс ялгагддаг ажээ. (Т. Я. Лярский, Л. О. Вишневецкая). Хэдийгээр хамрын салст бүрхэвч дэх булчирхайт давхрага интерферон хэмээх өвөрмөц хамгаалах бодис ялгаруулж амьсгалын замаар орж ирсэн бүх төрлийн вирусн хорыг саармагжуулдаг боловч, хүүхдэд интерферон бага ялгардаг учраас томуугаар болон бусад амьсгалын замын вирусээр амархан өвчилнө.

Бид хүүхдийн томуу өвчний шалтгаан, тархалт, эмнэлзүйн зарим ажиглалтыг 1957 оноос эхлэн хийсэн боловч 1971 оноос ЗХУ, БНБАУ-ын мэргэжилтнүүдтэй хамтран орчин үеийн багаж аппаратууд ашиглан томуугийн вирус А. (Монгол 013) 71, вирус А (Улаанбаатар) 75 омгуудыг илрүүлэн өвчний эмнэлзүйг ажигласан нь нилээд нарийн судалгаа болсон юм. Томуугийн эмнэлзүй нь амьсгалын замын цочмог үрэвсэл болон хордлого гэсэн 2 хам шинжээр илэрдэг бөгөөд бүх өвчлөгсдийн 87,3%-д хурц, 2,7%-д хурцавтар байдалтай эхэлж байгаа юм. (В. Д. Соболева 1971).

Томуугийн үед хамгийн эрт илэрдэг шинжүүдийн нэг бол халуурах юм. 1974 оны эцэс 1975 оны эхээр гарсан вирус А (Улаанбаатар) 1975 омгоор үүссэн тахлын эмнэлзүйг ажиглахад өвчний эхний 2 хоногт өвчилсөн бүх хүүхдийн 71% нь 38—40 градус халуурч, эмчилгээний үр дүнд 2 дахь хоногоос аягуур, зарим хүүхдийн халуун огцомхон бууж байна. К. С. Ладада (1971) томуугаар өвчилсөн хүүхдийн 58%-нь 39—40 градус, 30%-нь 38—39 градус, 12%-нь 38 градус хүртэл тус тус халуурч байсныг ажигласан бол Б. Д. Соболева, М. Е. Сухерева нар бүх өвчлөгсдийн 22,4%-иас 25%-нь дахин халуурдгийг ажиглажээ.

Томуугийн үед олонтой тохиолддог нэг шинж бол толгой өвдөх юм. Өвдөлт голдуу духны хэсгээр эсвэл тодорхой байрлалгүйгээр илэрдэг ба хүүхэд заримдаа татаж хааяа бөөлжүүлнэ. Энэ нь гавлын доторхи даралт ихэдсэнтэй холбоотой. Ихэнх өвчтөнүүдэд толгой эргэх, нойр муурах буюу унтамхай болох зэрэг шинж илэрдгээс гадна өвчлөгсдийн 40%-д ухаан балартах түр зуур ухаан алдах шинж илэрдэг. Томуугийн эхний 2—3 хоногт арьс хуурайшиж арьсны бичлэг (арьсан дээр зурах) цагаан болох өтгөн хатах, цусанд цагаан эс олшрох, зүрх судасны цохилт хурдасч, цусны даралт ихсэх зэрэг шинж илэрдэг нь симпатик мэдрэлийн цочролтой холбоотой. Гэвч өвчний хурц үе өнгөрсний дараа парасимпатик мэдрэлийн хүчдэл давамгайлж нус цэр ихээр ялгаран, нүүр цэлхэрч, гар хөл хөрөх, арьсны бичлэг улаан болж цусны даралт буурах, цусанд цагаан эс цөөрч, зүрхний цохилт удааширна.

Томуу өвчний хордлого нь огиж бөөлжих, шингэнээр суулгах, хэвлийгээр өвдөх, хоолонд дургүй болох зэрэг хоол боловсруулах эрхтний хямралын хам шинжээр илрэхийн зэрэгцээ биеийн халуун гэнэт ихэсч, ухаан алдах буюу таталдах, бөөлжих зэрэг мэдрэл хордлогын шинжээр илэрнэ. Цусанд К ихэсч Са багасан, тархинд хүчилтөрөгч дутан, тархины болон тунгалгийн эргэлт хямарснаас тархи хавагнан гавлын дотор даралт ихэссэнээс татах шинж илэрдэг. Эдгээр хямрал өвчин эдгэрэх үед арилдаг боловч, зан ааш өөрчлөгдөх, анхаарал сулрах, ядрамтгай буюу цочромтгой болох зэрэг байдал хүүхдүүдэд нилээд удаан хугацаагаар үргэлжилдэг. Томуугийн вирусын хор зүрх судсанд нөлөөлж хялгасан судсуудын ханыг нэвчмтийг болгосноос хүүхдийн хамраас цус гоожих, салст бүрхэвч болон арьсаар цусархаг тууралт гарах, зүрхний үйл ажиллагаа өөрчлөгдөх шинжүүд цөөнгүй илэрнэ.

Дээр дурдсан хам шинжүүд болон вирус судлал, ийлдэс судлалын аргаар томууг оношлоно.

Гэвч томуу өвчнийг эрт оношлоход вирус болон ийлдэс судлалын хариуг хүлээлгүйгээр эмнэл зүйн шинжийг үндэслэн оношлох шаардлага ямагт гардаг.

Иж томуу, РС-вирус, аденовирусын халдварууд зэрэг амьсгалын дээд замын бусад хурц халдварт өвчнөөс томууг ялган оношлох нь чухал. Иж томуугийн үед төвөнхийн салст бүрхэвч зонхилон үрэвсэх тул хуурай ханиалгаж, хоолой сөөнгөтөн бачуурна. Хордлого нь томуугийнхаас бага, Халуун өндөр биш тэр болгон өвчин эхэлмэгц халуурдаггүй. Иж томуугийн үед хамрын салстын үрэвсэл тогтмол хамт илэрдэг боловч, ам залигуурын салст, зөөлөн тагнайн үрэвсэлт томуугийнхаас сул байна. Аденовирус амьсгалын замын салст бүрхэвч төдийгүй, булчирхайт эдүүд, нүдний зовхи болон гэдэсний салст бүрхэвчийг үрэвсүүлэх учраас томуу төст шинжүүдээс гадна, гүйлсэн булчирхайнууд үрэвссэн шинжүүд илэрч, хүүхдийн өтгөн шингэрэн олон дахин суулгах буюу хэвлийгээр өвдөх шинж давамгайлан илэрнэ. РС-вирусын халдварын үед гуурсан хоолой, гуурсанцаруудын үрэвслийн болон гуурсан хоолойн багтрааны хам шинжүүд ихэвчлэн илэрч, амьсгалын дээд замын хурц үрэвслийн шинж сул илэрдэг.

Томуу нь нэгэн зэрэг олон хүнийг өвчлүүлж үйлдвэр, албан газар, үйлчилгээний ажлыг саатуулдаг. Иймд түүнийг эрт таныж ялган оношлож эмчлэх, урьдчилан сэргийлэх ажлыг зохион байгуулахад эмч нар анхаарах хэрэгтэй.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. Пискарева Н. А.
Смешанные вирусные инфекции у детей «Медицина» 1975.
2. Солоухин В. З. Шадрин А. С.
Эпидемиологические и экологические проблемы гриппа. Минск. 1979.
3. Гэндэнжамц, Н. Гомбо, Б. Дорж С.
Хүүхдийн томуу. Улаанбаатар. 1978.
4. Чешик С. Г.
Актуальные вопросы острых респираторных вирусных заболеваний у детей.
«Вопросы охраны материнства и детства» 1979—8. стр. 7—12.
5. Агабазова. В. В.
Грипп у детей. М. 1960.
6. Ритова. В. В.
Острые респираторные вирусные инфекции у детей раннего возраста. М. 1969.

Аарцгаар түрүүлсэн үеийн жирэмсэн ба төрөлтийн явц

Б. Жав (Анагаах ухааны дэд эрдэмтэн)

Ураг аарцгаар түрүүлсэн үед жирэмсний болон төрлөгийн явцад эх, хүүхдийн талаас янз бүрийн хүндрэл цөөнгүй гардаг. Перинаталь эндэгдлийн шалтгаануудын дотор аарцгаар түрүүлэлт нилээд чухал байрыг эзэлж байна. Ургийн ус эрт гарах, төрлөг удаан явагдаж халдвар үүсэх, мэс ажилбар хийх зэрэг хүндрэл олонтой тохиолдоно.

Эрдэмтэд ба манай орны материалаас үзэхэд аарцгийн түрүүлэлт бүх төрлөгийн дотор 3—5% тохиолдож байна. Аарцгаар түрүүлэлт дотроос цэвэр өгзгөөр түрүүлэх нь олон, харин өгзөг холимог ба хөлөөр түрүүлэх хэлбэр цөөн тохиолдоно.

Олон төрсөн жирэмсэн эмэгтэйчүүдийн ураг ихэвчлэн аарцгаар түрүүлдэг.

Умайн янз бүрийн өөрчлөлт нь ураг аарцгаар түрүүлэх, буруу байрлахад нөлөөлнө. Умайн булчингийн сулрал, умайн гажиг хөгжил ба хэвдэр, ус ихсэх ихэс түрүүлэх зэрэг нь нөлөөлнө.

Ураг аарцгаар түрүүлснийг оношлоход жирэмсэн эмэгтэйн хэвлийн өмнөд ханын булчин чанга байх, эх тарган ихэр, анэнцефали зэрэг нь бэрхшээл учруулна.

Жирэмсний 30—32 долоо хоногтойд эх барихын гадна ба дотуур үзлэгээр аарцгаар түрүүлэлтийг оношлож болно. Гадна үзлэгээр ургийн түрүүлсэн хэсэг аарцаг бол зөөлөн, хөдөлгөөн багатай зүйл тэмтрэгдэнэ. Хэвлийн дээд хэсэгт хатуу, бөөрөнхий хэлбэртэй, хөдөлгөөн бүхий ургийн толгой баригдана. Ургийн зүрхний цохилт хүйсний түвшин эсвэл хүйснээс дээш тод сонсогддог. Төрлөгийн явцад умайн хүзүү зохих хэмжээгээр нээгдсэн ус гарсан байхад, аарцгаар түрүүлэлтийг тодорхойлоход хялбар байдаг.

Туслах шинжилгээний аргаас ургийн электрокардиограф, ультразвукын сканирэваныг эх барихын практикт өргөн хэрэглэж байна. Ураг аарцгаар түрүүлсэн үед электрокардиографын шинжилгээгээр ургийн ховдлын комплекс (QRS) тэнхлэгийн гол шугамаас доош гарсан байна. Электрофонокардиографын аргаар мөн ургийн байдал, хүйс ороосныг мэдэж болно. Ультрозвук шинжилгээгээр ураг аарцгаар түрүүлснийг оношлоод зогсохгүй, мөн ургийн хэмжээ, хөгжлийн гажиг (анэнцефали гидроцефали), ихсийн байршлыг тодорхойлж болно.

Ураг аарцгаар түрүүлсэн үед эмч ямар тактик баримтлах вэ? Жирэмсний 29—34 долоо хоногтойд хориг заалт байхгүй бол толгойн түрүүлэлтэд шилжүүлэх тусгай дасгал (И. Ф. Дикань, И. И. Грищенко ба А. Е. Шулешова) хийлгэж болно. Засах үйлчилгээтэй дасгал 5—8 удаа заахад ураг толгойн түрүүлэлтэд шилжихгүй бол Б. А. Архангельскийн аргаар (хориг заалтгүй нөхцөлд) ургийг эргүүлж толгой түрүүлсэн байрлалд оруулна. Дор дурдсан хориг заалтуудын үед урьдчилан сэргийлэх гадна эргүүлгийг хийж болохгүй. Үүнд: ургийн гаж хөгжлүүд, умайн хананд үүссэн сорви (Кесарево огтлол ба умайн хөндийг нээсэн мэс ажилбарууд), дутуу төрөлтийн шинжүүд, 30-аас дээш настай тулгар жирэмсэн, жирэмсний хожуу хордлого, цусны даралт ихсэх өвчтэй, ихэс умайн өмнөд ханад бэхлэгдсэн, умайн дутуу хөгжил, умайн хавдар, ус бага эсвэл ихтэй, ихэр бусад эрхтэн системийн хүнд хэлбэрийн явцтай өвчин гэх мэт.

Урьдчилан сэргийлэх гадна эргүүлэг хийх явцад хэвийн байрласан ихэс цагаас урьтаж ховхрох, ургийн ус гарах зэрэг хүндрэл цөөн биш гардаг учраас сүүлийн үед энэхүү аргыг бараг хэрэглэхгүй болжээ.

Жирэмснийг 38—39 долоо хоногтойд амаржих газар, тасгийн эмгэгийн тасагт хэвтүүлж холбогдох шинжилгээ хийн төрлөгийг удирдан явуулах ашигтай аргыг боловсруулна.

Шаардлагатай гэж үзвэл гэрлийн шинжилгээгээр эмэгтэйн аарцгийн ба ургийн толгойн хэмжээ болон түрүүлсэн хэсгийн янз байдлыг нарийвчлан тодорхойлно. Юуны түрүүнд бага аарцгийн орох амсар, жинхэнэ коньюгат, аарцгийн хөндийн хөндлөн хэмжээ, гарах хэсгийн шулуун хэмжээг нягтлан хэмжинэ.

Электро ба фонокардиографийн аргаар ургийн түрүүлсэн хэсгийн хэлбэр, биеийн байдал, хүйн эмгэг буй эсэхийг тодруулж болно.

Ураг аарцгаар түрүүлсэн үед амниоскопын аргаар түрүүлж байгаа хэсэг, ураг хавийн усны өнгө, хэмжээ, усны хальсны ховхрох чанар, хүйн голцоо үнжиж болох эсэх зэргийг нарийвчлан мэднэ.

Ураг аарцгаар түрүүлсэн үеийн төрлөгийг удирдан явуулах тактик нь жирэмсэн эмэгтэйн нас, эх барихын анамнез, төрөгчийн бие махбод төрөлтөд бэлтгэгдсэн эсэх, аарцгийн хэмжээ, ургийн усны хальсны байдал, ургийн хэмжээ ба амьдрах чадвараас хамаарна.

Ураг аарцгаар түрүүлсэн үед дор дурдсан тактикаар төрлөгийг удирдаж болох юм. Үүнд:

1. Төрлөгийг төрөх замын дагуу удирдан явуулж төрүүлэх;
2. Төрлөг болсон хугацаанд нь эсвэл төрөхөөс нь өмнө төрөх үйл ажиллагааг сэдээн төрүүлэх;
3. Төрлөгийг кесарево огтлол хийн төрүүлэх.

Ургийн жин хэвийн, том биш, эхийн аарцгийн хэмжээ хэвийн, ураг ба төрөгчийн биеийн байдал сайн байгаа нөхцөлд төрлөгийг төрөх замын дагуу, хяналтад явуулна.

Төрлөгийн 1-р үед ураг хавийн ус цагаас урьтаж гарах, ургийн хүйн голцоо ба жижиг хэсэг унах, ураг бүтэх, төрлөг удаан үрбэлжлэх төрөх замаар халдвар орох хүндрэл цөөн биш гарах талтай.

Ургийн ус эрт гарахаас сэргийлж эхийг хэвтрийн дэглэмд (төрөгчийг ургийн нуруу талаар нь хэвтүүлнэ) байлгана. Умайн хүзүү 3—4 см нээгдсэн үед өвдөлт намдаах (2%-ийн промедол 1 мл),

агшилт сулруулах (Но-шпа-2 мл 1%-ийн атрофен 1 мл, 2,5%-ийн спазмоверин 1 мл гэх мэт) эм тарина.

Төрлөгийн явцад ураг бүтэж, хүчилтөрөгчийн дутагдалд орохоос сэргийлэх зорилгоор Николаевын аргаар эмчилгээ хийх, 1%-ийн сикетин 2 мл, 5%-ийн натри гидрокарбонат 150—200 мл, галаскорбин 0,5 г, кокарбоксилаз 0,05 г хийнэ.

Ураг хавийн ус гармагц үтрээн шинжилгээ хийн оношийг тодотгон, ургийн хүйн тогцоо, жижиг хэсэг унжсан эсэхийг тодруулна. Төрөх үйл ажиллагааны эмгэг байгаа эсэхийг нягтлан төрөх үйл ажиллагаа суларсан үед цаг алдалгүй эмчлэх нь эмчийн гол зорилт юм. Төрөх хүчний үйл ажиллагаа суларсан нөхцөлд цаашид төрлөгийг яаж явуулах аргыг зөв тогтоон төрлөгийг удирдах нь гарч байгаа болон хүлээгдэж буй хүндрэлээс сэргийлэх чухал сэжиг юм.

Төрлөгийн 2-р үед төрөх хүчний үйл ажиллагааг идэвхжүүлж, эмгэг үүсэхээс урьдчилан сэргийлэх үүднээс хөхлөгийн судсанд дуслаар окситоцин тарьж болох юм. Төрлөгийн 2-р үеийн төгсгөлд умайн хүзүүний булчин агшсанаас үүсч болох хүндрэлээс сэргийлж (Но-шпа-2 мл, 1%-ийн папаверин 1 мл) эм тарих ашигтай. Ургийн өгзөг цухуймагц пудендалны мэдээгүйжүүлэг хийж, дараа нь хязанг сэтэлж болно.

Эх барихын практикт цэвэр өгзгөөр болон хөлөөр түрүүлсэн үед Н.А. Цовьяновын аргаар гардах тусламж ба Мориссо-Левре-Лашапелийн сонгомол аргаар төрүүлэх ажилбарыг өргөн хэрэглэж байна.

Төрлөгийн 3-р үед цус алдалтаас урьдчилан сэргийлэх үүднээс метилэргометрин эсвэл окситоцин (судсанд дуслаар) тарьж болно. Ураг аарцгаар түрүүлсэн үед төрөх хүчний үйл ажиллагааг сэдээн идэвхжүүлэхийн тулд гормоны эмчилгээ хийдэг.

Усны хальс бүтэн байхад гормоны бэлтгэл эмчилгээг 3 өдрийн турш, харин умайн хүзүү огт бэлтгэгдээгүй юмуу дутмаг бэлтгэгдсэн нөхцөлд 5-аас доошгүй өдрийн хугацаанд хийвэл ашигтай. Гормоны бэлтгэл эмчилгээг дор дурдсан байдлаар хийнэ. Үүнд: булчинд 0,1%-ийн фолликулины тосон уусмал эсвэл дипропионат эстрадиол (20,000ЕД), 2%-ийн эстрадиолын тосон уусмал (1 мл-т 20МГ), хөхлөгийн судсанд 40%-ийн глюкозын уусмал +5%-ийн аскорбины хүчил 5 мл, 10%-ийн кальци хлорид 10 мл ба 3%-ийн тиамин бромид (В₁-витамин) тарих дараа нь төрөх хүчийг сэдээх эмчилгээ хийнэ.

Ураг хавийн ус цагаас урьтаж гарсан тохиолдлын үед бие махбод төрөлтөд бэлтгэгдсэн эсэхийг харгалзахгүйгээр гормоны бэлтгэл эмчилгээг богино хугацаанд хийж тодорхой үр дүнд хүргэх үүднээс булчинд фолликулин, дипропионат эстрадиолын уусмал эсвэл синэстролийн аль нэгийг тодорхой тунгаар эфиртэй (0,5—1 мл) хольж 2—3 цагийн зайтай 3—4 удаа тарьж болно.

Умайн хүзүү бэлтгэгдмэгц төрөх хүчийг сэдээх эмчилгээ хийнэ. Ургийн усны хальс бүтэн байх нөхцөлд төрөх хүчийг сэдээх үр нөлөөтэй эмчилгээ бол 0,85%-ийн физиологийн эсвэл 5%-ийн глюкозын 500 мл уусмалд 5 ЕД окситоциныг хийн хөхлөгийн судсанд дуслаар тарих арга юм. Ийнхүү окситоциныг дуслаар судсанд тарих үйлдлийг төрлөгийн бүх явцад ба төрсний дараахь эрт үед (10—15 минут) үргэлжлүүлэн хийхэд ашигтай. Төрөлтөл умайн хүзүү бэлтгэгдээгүй байхад F₂х простагландин 5 мг-ыг 0,85%-ийн физиологийн эсвэл 5%-ийн глюкозын уусмалд хольж хөхлөгийн судсанд дуслаар тарихад умайн хүзүү амархан бэлтгэгдэн нээгдэх талтай.

Урлийн усны хальс бүтэн байхад төрөх хүчийг сэдээх эмчилгээг токситонин ба простагландин) хийснээс хойш 5—6 цагийн дотор зохих үр дүн гарахгүй бол дараагийн өдөр нь давтан хийх эсвэл төрлөгийг кесарево огтлолын аргаар төгсгөх тактикийг төлөвлөн хэрэгжүүлж болно.

Ураг аарцгаар түрүүлсэн жирэмсэн эмэгтэйн ургийн ус цагаас урьтаж гарсан, умайн хүзүү төрөлтөд бэлтгэгдсэн нөхцөлд ус гарснаас хойш 2—3 цагийн дараа төрөх хүчийг сэдээн төрүүлэх эмчилгээг окситоцин эсвэл простагландинаар (судсанд дуслаар тарих буюу уулгах) хийнэ. Харин эмчилгээний үр нөлөөлөл багатай аргаар (Штени-Курдиновын бусад) төрөх хүчийг сэдээх нь ашиг муутай байдаг. Окситоцин эсвэл простагландинаар төрөх хүчийг сэдээн төрүүлэх эмчилгээний явцад төрөх хүчний үйл ажиллагааны шинж, ургийн зүрхний цохилтын байдалд нарийн хяналт тавих хэрэгтэй.

Ураг аарцгаар түрүүлэн төрж буй төрлөгийн үед төрлөгт бэлтгэгдээгүй байхад ургийн ус цагаас урьтаж гарсан эсвэл төрөх хүчний үйл ажиллагааны эмгэг үүсч эмэн эмчилгээнд үр дүн гарахгүй, ургийн хүйн гогцоо унах, ураг бүтэх зэрэг хүндрэл үүсч, улмаар төрөх замын дагуу төрлөгийг богино хугацаанд явуулах боломжгүй нөхцөлд кесарево хагалгаа хийнэ.

Төрөх замын дагуу төрлөгийг явуулж ургийг төрүүлэх үйлдэл (гардан туслаж авах) хийх явцад урагт гэмтэл гарах тохиолдол цөөнгүй тохиолдогоос үндэслэн ихэнх эрдэмтэд аарцгаар түрүүлсэн үед төрлөгийг кесарево огтлолоор төгсгөх нь илүү үр дүнтэй хэмээн үзэж байна.

Ураг аарцгаар түрүүлэн төрж буй төрлөгийн явцад дээр дурдсан хүндрэлээс гадна бага аарцагт өгзөг шаантаглан зоогдох, арын янзанд шилжин, гар дээш толгойн араар орж тээглэх, умайн хүзүүний булчин агших, толгойг гаргахад саад учрах, төрөх замын зөөлөн эд урагдах, аарцгийн яс гэмтэх зэргээс гадна эх ба ураг, нярай эндэх хүртэл хүндрэл цөөнгүй тохиолддог.

Энэ хүндрэлүүд нь перинаталь өвчлөл, эндэгдлийн шалтгаан болдгийг эрдэмтэд нотолжээ.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. Александрова И. И. и Савина Е. К.
Мертворождаемость и смертность новорожденных при родах в тазовом предлежании. Акуш. и гин., 1961, 4. 22—24.
2. Архангельский Б. А.
Наружный профилактический поворот на головку при тазовом предлежании как метод борьбы с мертворождаемостью. Медгиз, 1944, 104—115.
3. Василькова А. А. К. вопросу родов в тазовых предлежаниях. Акуш. и гин., 1941, 9—10, 38—39.
4. Грищенко И. И. и Шулешова А. Е.
Дородовые исправления неправильных положений и тазовых предлежаний плода. Изд. «Здоровья» 1968 г.
5. Дикань И. Ф.
Метод предупреждения и исправления тазового предлежания плода. Акуш. и Гин., 1961. 5. 71—72.
6. Цовьянов Н. А.
Новый метод ведения родов при ножных предлежаниях. Акуш. Гин. 1949, 2, 24, 26.
7. Персваницов Л. С.
О некоторых вопросах тактики ведения родов в современных условиях. Акуш. Гин. 1964, 6, 9, 12.
8. Чернуха Е. А.
Беременность и роды при тазовых предлежаниях. Акуш. Гин. 1980, 4, 52—55.

ЭПИЛЕПСИЙН ҮРГЭЛЖИЛСЭН ТАТАЛТЫН ҮЕД ХҮЗҮҮНИЙ ВАГО—СИМПАТИК ХОРИГ ХИЙЖ ЭМЧИЛСЭН НЬ

Ж. Хайрулла (Анагаах ухааны дэд эрдэмтэн)
Л. Баяраа (Их эмч)

Төв мэдрэлийн системийн органик өвчнүүдийн дотроос эпилепсийн нэгэн адил эпилепсийн үргэлжилсэн таталт нь анагаах ухаанд бүрэн гүйцэд судлагдаагүй юм.

Эпилепсийн үргэлжилсэн таталтын үед уналтын хоорондох зай нь багассаар улмаар уналт нь үргэлжлэн давтагддаг. Эпилепсийн үргэлжилсэн таталтын үед эмийн эмчилгээ хийх бөгөөд энэ эмчилгээг эрчимтэйгээр хийсээр байхад ч зарим үед таталт зогсохгүйгээр үргэлжлэн өвчтөн комын байдалд орж улмаар нас барах тохиолдол байдаг.

Эрдэмтдийн судалгаагаар үзэхэд сүүлийн 100 жилд эпилепсийн уналт бүхий эпилепсийн үргэлжилсэн таталтаас болж нас барах хувь буураагүй байгааг хэвлэлд тэмдэглэжээ.

Одоо үед эпилепсийн үргэлжилсэн таталтын үхлийн хувь 30—35% байгааг В. А. Никольский ба Ц. Е. Кларнет нар бичжээ. Эпилепсийн үргэлжилсэн таталт гэнэт эхлэнэ.

Таталт нь цагт 2—3-аас 20 буюу түүнээс дээш давтагдана. Таталтын үргэлжлэх хугацаа 1,5—2 мин-аас 15—20 минут хүртэл үргэлжлэнэ. Таталтын хоорондын хугацаа нь 20—30 сек-ээс 30 минут хүртэл үргэлжлэнэ.

Эпилепсийн үргэлжилсэн уналтын үед зүрх судас, амьсгалын системийн өөрчлөлт гарна. Мөн цусны найрлаганд өөрчлөлт илрэнэ. Эпилепсийн үргэлжилсэн таталтын үед эмчилгээний гол зорилго нь үргэлжилсэн таталтаас өвчтөнг гаргах явдал юм. Эпилепсийн үргэлжилсэн таталтын үед хийгдэх хавсарсан эмчилгээнээс гадна амьсгалыг хэвийн байдалд байлгахын тулд норкоз өгөх тодорхой тунгаар булчин сулруулах релаксант тарьж хэрэглэх, амьсгалын үйл ажиллагааг сэргээхийн тулд трахеостоми тавих, цусны хүчил шүлтийн тэнцвэрийг хэвийн байдалд оруулах эмчилгээг хийж байна. Зарим эрдэмтэд үргэлжилсэн таталтын байдалд байгаа өвчтөнд гүрээний артерийн судсаар новокайны 0,5—1,0% уусмал 10,0—20,0 хийх нь үр дүнтэй болж байгааг хэвлэлд бичжээ.

Гэвч энэ арга зарим өвчтөнд үр дүнгүй байгааг тэмдэглэсэн юм. Ер нь эпилепсийн үргэлжилсэн таталтын байдалд байгаа өвчтөнг таталтаас гаргах найдвартай эмчилгээний арга одоохондоо анагаах ухааны практикт байхгүй байна.

3-р эмнэлгийн мэдрэлийн мэс заслын тасагт 1973—1976 онуудад эпилепсийн үргэлжилсэн таталтын байдалд байсан 8 өвчтөнд хүзүүний Ваго-симпатик хориг хийж эмчиллээ. Хоригийг хүзүүний хоёр талд новокайны 0,5% 60—80,0 уусмалыг нэвчүүлэн тарьж хэрэглэв. Дээрх өвчтөнүүдэд тарьсны дараа 5—6 минут болоход нүүр нь улайх, хөлс гарах, хүүхэн хараа нарийсах, судасны цохилт хэвийн байдалд орох зэрэг шинж тэмдэг гарсан ба 10 минут өнгөрөхөд таталт тавигдаж байв. Харин хийсний дараа 2 цаг болоход өвчтөний биеийн байдал сайжирч өвчтөн ярих, хоол унд идэж уухыг хүсч байв. Хийснээс хойш 2 хоноход өвчтөнд таталт давтагдаагүй. Зарим өвчтөнд 3 дахь өдрөөс эпилепсийн үргэлжилсэн таталтын байдал дахин гарсан боловч хүзүүний Ваго-симпатик хориг хийж таталтыг эмчилж болж байлаа. Бид хэвлэлийн материалаас эпилепсийн үргэлжилсэн татал-

тын байдалд байгаа өвчтөнд хүзүүний Ваго-симпатик хориг хийх тухай олж үзсэнгүй. Бидний ажиглалт судалгааны тоо цөөн боловч эпилепсийн үргэлжилсэн таталтын үед хүзүүний Ваго-симпатик хориг хийснээр таталтын байдлаас гаргасан эмчилгээний энэ арга маань үр дүнтэй болж болохыг баталж байна. Энэ эмчилгээний арга бол хэрэглэхэд хялбар өвчтөний амь насанд ямар нэгэн аюулгүй бөгөөд цаашид хот хөдөөний эмнэлгийн байгууллагад хэрэглэж болохыг зөвлөж байна.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. Боголепов Н. К., Бурд Г. С., Федин А. И.
Эпилептический статус и его лечение в условиях стационара. Журнал Невропатолог и психиатр. 1970.
2. Карлов В. А.
Эпилептический статус «Медицина» 1974 г I издание.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ШЕЙНОЙ ВАГОСИМПАТИЧЕСКОЙ НОВОКАИНОВОЙ БЛОКАДЫ ПРИ ЭПИЛЕПТИЧЕСКОМ СТАТУСЕ

Ж. Хайрулла, Л. Баяра

РЕЗЮМЕ

Восьми больным с эпилептическим статусом была применена вагосимпатическая новокаиновая блокада. Во всех случаях удалось купировать статус конвульсий. Простота и безопасность метода позволяет рекомендовать его для более широкого применения в лечебной практике.

БӨӨРНИЙ ЭМГЭГИЙН ГАРАЛТАЙ АРТЕРИЙН ДАРАЛТ ИХСЭЛТ

Т. Сүхбат,
Ц. Цэцэгмаа

Сүүлийн 20 жилд, янз бүрийн шалтгаантай артерийн даралт ихсэлт (артериальная гипертензия) ихэнх тохиолдолд идэр залуу насны хүмүүсийг өвчлүүлж, түүний хүндрэлийн улмаас хөдөлмөрийн чадвар алдалт өсөж байна. Тухайлбал: АНУ-д 30—70 насны хүмүүсийн дөрөвний нэг нь артерийн даралт ихсэлттэй байна. (Хадгес 1962 он)

Л. Я. Мясниковын нэрэмжит ЗХУ-ын Анагаах ухааны Академийн кардиологийн институтийн мэдээгээр бүх эрэгтэйчүүдийн 5,5%, эмэгтэйчүүдийн 5% нь артерийн даралт ихэссэн байна. (И. А. Рывкин 1967 он) Артерийн даралт ихсэлтэд бөөрний эмгэгийн гаралтай даралт ихсэлт 20—30%-ийг эзэлдэг (А. Я. Пытель 1965, Б. В. Петровский, В. С. Крылов 1968, Коуфман 1969) Үүнээс зөвхөн бөөрний судасны эмгэгийн гаралтай артерийн даралт ихсэлт 2,2—5%-ийг эзэлдэг. (Г. Г. Арабидзеде 1967, Н. А. Ратнер 1971) Орчин үед бөөрний судасны 23 төрлийн эмгэг артерийн гипертензи үүсгэж байгаа нь мэ-

дэгдээд байна. Уул эмгэгүүдийг олонтой тохиолдох байдлаар нь дорхи 4 бүлэгт хуваадаг. Үүнд:

1. Атеросклерозын гаралтай бөөрний артерийн нарийсалт. Энэ эмгэгийн үед атеросклерозын бляшки нь ихэвчлэн бөөрний артерийн аортоос салаалсан хэсэгт бөгж хэлбэртэй үүсэн судасны сүвийг нарийсгаж, артерийн гипертензи үүсгэнэ (63—83%-ийн тохиолдолд). Ихэнх тохиолдолд уг эмгэг хоёр талын бөөрний артерийг гэмтээдэг учраас клиникийн хувьд хорт явцтай байдгийн гадна, коронакардиосклероз, зүрхний бах, зүрхний булчингийн шигдээс, тархинд цус харвалттай хамтран тохиолдох нь олонтой байдгийг судлаачид тогтоожээ. 30—70 насны хүмүүсийг өвчлүүлж, эрэгтэйчүүдэд эмэгтэйчүүдээс 2—3 дахин их тохиолдоно.

2. Бөөрний артерийн фибромускулярная дисплазия (ФМД). Энэ үед бөөрний артерийн хана, ялангуяа булчин давхрага нь фиброз эдээр солигдон, уян хатан чанараа алдаж нарийссаны улмаас артерийн гипертензи үүсгэнэ (18, 2). Идэр залуу болон дунд эргэм насны хүмүүсийг өвчлүүлдэг, эмэгтэйчүүдэд эрэгтэйчүүдээс 5 дахин их тохиолдоно. Үүний учир нь уг эмгэг олон удаа жирэмсэлсэн төрсөн эмэгтэйчүүд, бөөр доошилсон хүмүүст элбэг тохиолддогтой холбоотой. Бөөр доошлох нь эмэгтэйчүүдэд олонтой тохиолддогийн шалтгаан нь эрэгтэйчүүдтэй харьцуулахад хэвлийн булчингийн хөгжил сул байдагтай холбоотой. Үүний шалтгааныг ихэнх судлаачид, жирэмсэлтийн үеийн гормоны нөлөө (судасны хананд ялангуяа бөөрний артерийн хананд) бөөр доошлох үед, бөөрний артерийн татагдсантай, (эхний үед функционал, хожуу үед органик нарийсалт) холбон үзэж байна.

3. Бөөрний артерийн окклюзи, тромбоз, эмболи. Эдгээр нь архаг голомтот идээт өвчнүүд, үжил, цусны даралт ихсэх болон бусад олон төрлийн өвчнүүдийн хүндрэл болон тохиолддог бөгөөд бөөрний судасны эмгэгийн гаралтай гипертензийн 10% нь тус шалтгаанаар үүсч байна.

4. Бусад шалтгаанууд:

Аорт ба түүний салаа судаснуудын панартерит, системийн өвчнүүд, бөөрний артерийн төрөлхийн гажиг хөгжил, хэвлийн зортын өргөсөлт бөөрний артери хавдраар дарагдах зэрэг олон шалтгааныг дурдаж болно. Дээрх шалтгааны улмаас артерийн гипертензи үүсэж, хөгжих эмгэг жамыг авч үзье.

Янз бүрийн гаралтай артерийн гипертензийг (түүний дотор бөөрний судасны эмгэгийн гаралтай) зөв оношлож эмчлэхэд артерийн даралтыг тохиромжтой түвшинд барьж байх физиологийн механизмыг мэдэх явдал зайлшгүй шаардлагатай.

Зөвлөлтийн нэрт физиологич академич П. К. Анохины тодорхойлсноор энэ механизм нь үүрэг ажиллагааны системийн зарчмаар хэрэгждэг. Энэ зарчим ёсоор үүрэг ажиллагааны систем нь артерийн даралтыг бие махбодын бодисын солилцооны хэвийн явцыг хангахуйц тохиромжтой түвшинд барьж байхад оршино. Хэрвээ артерийн даралт нь энэ тохиромжтой түвшнээс хазайвал судасны хананы барорецептор хүлээн авч, мэдрэл шингэний замаар судас хөдөлгөх төв, улмаар дээд төвд мэдээлдэг. Эдгээр төв нь цусны судас, зүрхний үйл ажиллагаа, урсах цусны хэмжээг тохируулах бүх механизмыг дайчлан артерийн даралтыг тохиромжтой түвшинд нь эргэж оруулдаг. Артерийн даралтын энэхүү зохицуулалтанд ренин-ангиотензин-альдостероны систем, простагландин (ПГ) чухал үүрэгтэй болохыг судалгаагаар нотолжээ.

Үүнд: Ренин нь бөөрний юктагломерулярный аппаратаас (ЮГА) ялгаран гарч цусанд орон a_2 -глобулинтай нэгдэж судас нарийсгах үйлчлэлгүй ангиотензин I-ийг үүсгэнэ. Энэ нь диспептидилкарбоксипептидаз ферментийн нөлөөгөөр судас нарийсгах үйлчлэл бүхий ан-

гиотензин-11 болон хувирахаас гадна үүний нөлөөгөөр бөөрний дээд булчирхайн холтослог давхрын даавар (гормон) альдостероны ялгаралт ихсэж бие махбодоос ялгаран гарах ус болон натрийн хэмжээг багасган, простогландин нь бөөрний судсыг өргөсгөж цусан хангамжийг сайжруулан биеэс ялгаран гарах натри, хоногийн шээсний хэмжээг нэмэгдүүлж артерийн даралтыг ихэсгэхгүй барьж байдаг байна.

Ийнхүү артерийн даралтыг ихэсгэх үйлчлэл бүхий ренин-ангиотензин альдостероны систем, үүнийг бууруулах үйлчлэл бүхий простагландин хоёр нь нэгдмэл нэг байдлаар зохицон ажиллаж, артерийн даралтыг бодисын солилцооны хэвийн явцыг хангахуйц тохиромжтой түвшинд барьж байхад чухал үүрэг гүйцэтгэдэг байна. Тэгвэл бөөрний судасны эмгэгийн гаралтай артерийн гипертензийн үед ренин-ангиотензин-альдостероны систем, простагландин хоёрын нэгдмэл тэнцвэрт үйл ажиллагааны зохицолдоо алдагддаг болохыг эрдэмтэд тогтоожээ. Тухайлбал бөөрний судасны эмгэгийн гаралтай артерийн гипертензийн үед простагландины идэвх буурч, рениний идэвх ихэсдэг (А. Некрасова 1970 он) Артерийн гипертензи бол простагландины идэвхгүй болсон үеийн рениний ялгаралтын хэмжээний алгебрийн нийлбэрийн үр дүн (Х. М. Марков 1970 он) Артерийн даралтыг бууруулах хүчин зүйлийн үйлчлэл хямарснаас (ПГ-ны идэвх буурсан) ренин-ангиотензин-альдостероны системийн идэвхждэг механизмаар артерийн гипертензи үүснэ. (Е. Б. Мазо 1970. Перрис 1970, М. А. Власенко 1971) Энэхүү механизмын ёсоор дээр дурдсан бөөрний судасны эмгэгүүдийн улмаас бөөрөнд ишеми үүсч ЮГА-гаас уураг хайлуулагч фермент ренин хэвийн хэмжээнээс ихээр ялгаран цусанд орж α_2 -глобулинтай нэгдэн ангиотензин-1-г үүсгэнэ. Энэ нь диспептидил-карбоксипептидаз ферментийн үйлчлэлээр судас нарийсгах хүчтэй үйлчлэл бүхий ангиотензин-II болж хувирдаг. Мөн түүнчилэн энэ ангиотензины нөлөөгөөр бөөрний дээд булчирхайн холтослог давхаргаас гормон альдостерон ердийнхөөс ихээр ялгарсны улмаас организмд (судасны хананд) натри, ус ихээр хуримтлагдан судас нарийсан даралт ихэсдэг. Үүнээс гадна ийм өөрчлөлтийн үед судасны хана нь симпатик адреналины системийн үндсэн шүүрэл катехоламинд мэдрэг болсноор артерийн даралтын ихсэлт улам нэмэгдэнэ. Ийнхүү бөөрний судасны эмгэгийн гаралтай артерийн гипертензи үүсдэг байна. Одоо бөөрний судасны эмгэгийн гаралтай артерийн гипертензийн эмнэл зүйг авч үзье. Үүнд:

1. Өвчтөний анамнезид даралт ихсэх удамшил байхгүй байна.
2. Идэр залуу болон дунд эргэм насны хүмүүст өөрт нь мэдэгдэхгүйгээр (ямар нэг зовиур шаналгаагүйгээр) артерийн даралт гэнэт ихэсдэг. Энэ нь өөр бусад өвчний улмаас эмчид үзүүлэхэд илэрдэг.
3. Артерийн даралтын ихсэлт нь хэлбэлзэл багатай байх бөгөөд эмийн эмчилгээнд төдий л буурдаггүй.
4. Диастолын гипертензи илэрдэг. 120/100 мм. рт. ст, 140/110 мм. рт. ст байхад бөөрний судасны эмгэгийн гаралтай даралт ихсэлт байж болох талтай.
5. Артерийн даралт хоёр гар дээр эрс ялгаатай байж болно. Үүнд: 180/140 мм. рт. ст ба 140/110 мм. рт. ст
6. Бөөрний артерийн аортоос салаалсан проекцод систолын шуугиан сонсогдоно.
7. Хожуу үедээ артерийн даралт ихсэлтийн хорт хам шинж илэрнэ.
 - а) эмийн хавсарсан эмчилгээнд буурахгүй тогтвортой өндөр байна.
 - б) нүдний угийн гүнзгий өөрчлөлт
 - в) энцефалопатийн шинж
 - г) бөөрний үйл ажиллагааны архаг дутагдлын шинж

8) Пульсгүйн хам шинж. (Синдром отсутствия пульса). Такая-сыйн хам шинж Леришийн хам шинж илэрч болно.

9. Ямар нэг архаг өвчин ба системийн өвчин байх нь уг өвчнийг оношлоход түлхэц болно. Дээр дурдсан шинжээс 4—5 шинж тэмдэг ажиглагдахад бөөрний судасны эмгэгийн гаралтай даралт ихсэлт гэж үзэж болно. Оношийг тогтоохын тулд дорхи 4 шинжилгээг дараалан хийнэ.

а) шээсний ерөнхий шинжилгээ

б) өндөгний цусны дэлгэрэнгүй шинжилгээ

в) Амбюржи, Ничепоренко, Зимницкийн сорил

г) шээсэнд нян үзэх

Бөөрний судасны эмгэгийн гаралтай даралт ихсэлтийн үед дээрх шинжилгээнд онцын өөрчлөлт илрэхгүй. Иймд

2. а) Реберг-Тареевийн сорил

б) цусанд мочецин, креатинин, үлдэгдэл азот, натри, кали, магни, кальци, фосфор, хлор тодорхойлох.

в) цусанд уураг, уургийн фракци, липид, холестерин үзэх

3. а) Экскреторный урографи, инфузионный урографи

б) радио-изотоп ренографи ба скеннграмм

4. а) селектив ангиографи

в) хэвлийн аортографи

г) Бөөрний эдээс биопси авах шинжилгээ хийж оношлож болно.

Дээрх 3, 4-р шинжилгээгээр төгсгөлийн оношийг бүрэн тавих боломжтой.

Үндсэн эмчилгээ нь мэс заслын эмчилгээ. 1952 он хүртэл зөвхөн нефроэктоми хийж байсан бол орчин үед десимпатизаци, реваскуляризации, аутопластик, аллопластик зэрэг мэс заслын эмчилгээнүүдийг амжилттай хийж байна. Мөн түүнчилэн нефроэктоми хийж байна. Мэс заслын эмчилгээ хийхэд артерийн даралтын ихсэлт, өөр эрхтэн системийн талаас хүндрэл гарсан эсэх, бөөрний үйл ажиллагаа, бөөр артерийн эмгэгийн хэлбэр, байрлал, өвчтөний нас, хүйс зэрэг нь шийдвэрлэх ач холбогдолтой. Эмчилгээний үр дүнг сайн, дунд, үр дүнгүй гэж 3 хуваадаг. Сайн үр дүнтэй үед артерийн даралт хэвдээ орж, бөөрний үйл ажиллагаа сайжран, экскретори урографи дээр бөөрний ассиметри арилсан байна (атрофи болсон бөөр эргэж хэвдээ орсноор) Дунд үр дүнтэй үед артерийн даралтын ихсэлт 20—30 мм. рт. ст буурч зовиур шаналгаа арилна. Үр дүнгүй үед онцын өөрчлөлт илрэхгүй.

ЭЛЭГНИЙ ЭМГЭГИЙГ ОНОШЛОХОД

Ш. Жигжидсүрэн (Анагаах ухааны дэд эрдэмтэн)

П. Онхуудай (Анагаах ухааны дэд эрдэмтэн)

Онош зүйд лабораторийн сорил, техникийн хэрэгслийн эзлэх байр суурь өссөөр байна.

Саяхан болтол эрдэмтэд «Оношлогооны төгс багаж» «Иж бүрэн үнэмлэхүй сорилын цуглуулгатай» болохыг мөрөөдөж эмч нар оно-

шийн үр дүн тааруутай цөөн аргын хүрээнд эргэлдэж байсан бол одоо сорил шинжилгээний арга «Хэт» олширч энэ нь бас бэрхшээл учруулж байна.

Одоогийн байдлаар элэгний үйл ажиллагааг тодорхойлох 150 гаруй сорил байгаа нь лабораторийн оношлогооны программыг зөв шилэн сонгож, боловсронгуй болгон бүтэц-үйл ажиллагааны байдлыг аль болох бүрэн төгс тодорхойлох оношийн өндөр үр ашигтай оновчтой аргыг шилэн авахыг шаардаж байна. Энэ нь лабораторийн оношлогооны аргуудыг унификацид оруулж шинжилгээний оновчтой үр дүнтэй нэгдсэн арга барилыг бий болгох санаа билээ.

Хоол боловсруулах эрхтэн бие махбод дахь өөрийн байршлын хувьд шууд гардан шинжлэхэд тохиромж муутай тул эмгэгийг баттай оношлох хүртэл цаг алдах тал бий.

Лабораторийн шинжилгээг ер нь оношлогоог шаталсан байдлаар явуулбал ашигтай бөгөөд бид энэ өгүүлэлдээ уг санааг тусгалаа.

Лабораторийн оношийн үнэ цэнэ, түүний эдийн засгийн ач холбогдол нь а) мэдрэг ба өвөрмөц байх баттай чанар, б) энгийн хялбар, хүртэмжтэй, хурдан гүйцэтгэж болох, в) хямд төсөр байхаар тодорхойлогдоно.

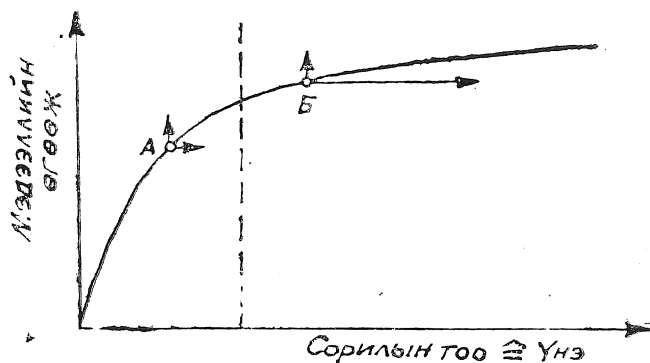
Элэгний архаг үрэвслийн 7—10% нь лаборатори-химийн сорилд илэрдэггүй байна.

Энэ үед эмчийн баримжаалан таних чадвар өндөр ач холбогдолтой бөгөөд сайн эмчийн ингэж таних чадвар 85% орчим байдаг (Р. Нилиус, 1979). Энэ нь эмчийн мэдээллийг цуглуулах, түүнийг зөв дүгнэх чадвараас хамаарна.

Ерөөс оношлох гэдэг нь мэдээлэл олж авах, түүнийг зөв задлан шинжилж дүгнэхийг хэлдэг билээ. Элэгний эмгэгийн үед наад зах нь гурван сорил эерэг байж, клиник шинжтэй (гепатомегали+шар+элэгний гаралтай арьсны өөрчлөлт) нийлж байж оношийг батлах үндэстэй.

Сорилтын тоог тодорхой хэмжээгээр хязгаарлан түүний үнэ цэнийг сайжруулснаар мэдээллийн баримжааг дээшлүүлж болох ба сорилын тоо олшрох тутам тэдгээрийн үнэ өндөржин, мэдээллийн баримжаа буурдаг нь дараахь зургаас ойлгомжтой байна.

1-р зураг



Анагаах ухааны хөгжлийн өнөөгийн түвшинд клиникийн шинжлэх ухааны эдийн засгийн ач холбогдол эрс өсч буй нь оношийг аль хир эрт тогтоож тухайн эмгэгийг хэдий хир бүрэн төгс эмчлэн өвчлөгсдийн хөдөлмөрийн чадварыг ямар хэмжээнд сэргээн засаж чадсанаар тодорхойлогдож байгаа юм.

А
Биологийн
старт

Б
Эсийн
гэмтэл

Эрт оношлох
В
Шинж
тэмдэг

Хожуу
Г
Онош

1-р загвар
Д
Үхэл

Аливаа эмгэг эсийн ультра-бүтцийн өөрчлөлтөөс хамаарах биологийн үйл ажиллагааны үл мэдэг хямралаар эхэлж эсийн бүтцийн өөрчлөлтөд шилжих бөгөөд энэ үед клиникийн ямарваа шинж тэмдэг үгүй, орчин үеийн сорил шинжилгээнд ч үл өртөх түвшинд байх тул одоохондоо оношлох боломж үгүй юм. Эсийн гэмтэл цаашид даамжрах үе шатанд клиникийн анхны шинжүүд илрэх бөгөөд тухайн шатанд ихэнх эмгэгийг бүрэн дүүрэн эмчлэх боломжтой тул энэ үе шатны оношлогоог «эрт оношлогоо» гэж үзэх нь зүйтэй юм. Үүнээс хожуу үед оношлох нь эмчилгээний үр дүнг бууруулж, эдийн засгийн үр дүнгүй болох ба өвчлөгчийн хувьд амь нас аюулд өртөгдөх тул хожуу үр дүнгүй оношлогоо гэж үзэх нь зүйтэй юм.

Элэгний эмгэгийн үед энзимийн идэвхжил, уургийн (концентраци) хэмжээ, нийт липид цусны сийвэн дэх метаболит үлдэгдлүүд, гадны бодисыг цэвэршүүлэх (клиренс) чадвар хэвийн байдлаас өөрчлөгдөн «сийвэнгийн шинж тэмдгийг» харуулдаг юм. Биохимийн шинж нь өвчтэй элэгний бүтэц, үйл ажиллагааны өөрчлөлттэй уялдан гарах хэдий ч эцсийн эцэст гисто-морфологиор батлагдах өвчний үнэн байдлыг хараахан гүйцэд харуулж чадахгүй байгаа юм гэсэн хэдий ч дээр дурдсанчлан элэгний янз бүрийн эмгэгийн 90% орчимд нь оношийн үнэтэй мэдээллийг өгөх бөгөөд гагцхүү тухайн сорилын мэдрэг, магадтай байдлаас шууд хамаарна. Сорил бүрийн нь элэгний эсийн олон талт үйл ажиллагааны зөвхөн нэг талыг л харуулах тус сорилыг оновчтойгоор сонгон авах, зөв дүгнэх нь чухал ач холбогдолтой.

Аливаа нэг сорилын оношлогооны магадтай байдал нь түүний эерэг ба эсрэг гарснаас үл шалтгаалах бөгөөд учир нь эерэг ба эсрэг сорилын аль аль нь зөв, буруу байж болоход оршино.

Тийм болохоор эерэг сорилд итгэж онош тавих, эсрэг сорилд тулгуурлан өвчингүйг батлахын аль аль нь оношийн алдаанд хүргэдгийг дараахь загвараас үзэж болно.

2-р загвар

Эрүүл ба эмгэг байдлын үзүүлэлт

	Ө	$\bar{\Theta}$
$\frac{C}{\bar{C}}$	$\frac{C\Theta}{C\bar{\Theta}}$	$\frac{\bar{C}\Theta}{\bar{C}\bar{\Theta}}$
$\frac{C}{\bar{C}}$: Эерэг сорил		
$\frac{C}{\bar{C}}$: Эсрэг сорил		
$\frac{\Theta}{\bar{\Theta}}$: Өвчтэй		
$\frac{\Theta}{\bar{\Theta}}$: Өвчин үгүй		
$\frac{C\Theta}{C\bar{\Theta}}$: Эерэг сорил зөв		
$\frac{C\Theta}{C\bar{\Theta}}$: Эерэг сорил буруу		
$\frac{\bar{C}\Theta}{\bar{C}\bar{\Theta}}$: Эсрэг сорил буруу		
$\frac{\bar{C}\Theta}{\bar{C}\bar{\Theta}}$: Эсрэг сорил зөв		

Сорилын оновчтой чанарыг түүний өвчтэй байдлыг үнэнээр баталсан, эсвэл өвчингүй болохыг үнэнээр үгүйсгэсэн чанараар нь дүгнэх хэрэгтэй бөгөөд үлдсэн хувь нь түүний алдаа болно.

3-р загвар

$C\Theta$, $C\bar{\Theta}$, $\bar{C}\bar{\Theta}$, $\bar{C}\Theta$ сорилын оновчтой чанар.

1. Оношлогооны мэдрэг чанар (МЧ)

$$МЧ (C/\Theta) = \frac{\frac{МЧ (C/\Theta)}{C\Theta}}{C\Theta + C\bar{\Theta}}$$

2. Оношлогооны өвөрмөц чанар

$$МЧ (\bar{C}/\bar{\Theta}) = \frac{\frac{МЧ (\bar{C}/\bar{\Theta})}{C\bar{\Theta}}}{C\bar{\Theta} + C\Theta}$$

3. Эсрэг сорилын буруугаас оношийн алдаа гарах тохиолдол

$$МЧ(\bar{C}/\Theta) = \frac{\frac{МЧ (\bar{C}/\Theta)}{C\bar{\Theta}}}{C\bar{\Theta} + C\Theta} = 1 - МЧ (\bar{C}/\bar{\Theta})$$

4. Эсрэг сорилын буруугаас оношийн алдаа гарах тохиолдол

$$МЧ (C/\bar{\Theta}) = \frac{\frac{МЧ (C/\bar{\Theta})}{C\bar{\Theta}}}{C\bar{\Theta} + C\Theta} = 1 - МЧ (C/\Theta)$$

Дээрх санаанаас үндэслэн анагаах ухааны хөгжлийн өнөөгийн түвшинд элэгний эмгэгийг зөвхөн лабораторийн сорилоор оношлохыг хэт төвийлгөх нь оношийн томоохон алдаанд хүргэж болох юм гэдгийг бид тайлбарлахыг оролдов. Энэ нь эмчийн практик үйл ажиллагаанд нэн тодорхой байдаг билээ. Иймд эмчийн мэдлэг дадлага клиникийн туршлага нь чухал байна. Эмчийн туршлага рентген, изотоп эндоскопи, морфологийн аргыг хослуулснаар оношийг баттай тогтоож чадах юм гэдэг санааг дэвшүүлж байна.

5-р загвар

Элэгний эмгэгийн клиник оношийг нарийвчлан тогтоох загвар

1. Субъектив шинжүүд:

а) Гепатит байж болох анамнез

б) Амьдралын анамнез

в) Эмчилгээний анамнез (антибиотик, таталтын эсрэг өмүүд аминазин)

тугалга хэрэглэсэн, тариа хийлгэж байсан, гемотрансфузи уургийн бүтээгдэхүүнээр эмчлүүлсэн эсэх г. м)

г) Контакт (гепатит бүхийн өвчтөнтэй ойр байсан, мэргэжлийн улмаас халдвар авсан байж болох г. м)

д) Хорт бодисын нөлөө (архи, элгэнд нөлөөлөгч хортой бодисууд)

II. Бодит үзлэгээр илрэх шинжүүд:

а) Гепатомегали

- б) Спленомега́ли (гепатоспленомега́ли)
- в) Эла́г арьсны хам шинж
- д) Геникома́сти
- е) Хумс «цагны шил» мэт хэлбэрийг олох
- ж) Хуруу «бөмбөрийн дохиур» адил болох
- з) Суга, умдагны үс унах
- и) Үе мөчөөр өвдөх
- к) «Элэг» үнэртэх
- л) Булчин хатах
- м) Асцит хаван үүсэх
- н) Гар чичрэх, алганы өөрчлөлт
- о) Маажсан сорви

III. Оношийг нарийвчлан тогтоохын тулд:

- а) Халдвар ба хордлогын эх үүсвэрийг батлан тогтоох
- б) Элэгний архаг өвчин буйг тогтоох
- в) Уургийг (иммуноглобулин) квантатив чанараар тодорхойлох
- г) Лапароскопи хийх, элэгнээс биопси авах (морфологиор батлах)
- д) Сцинтиграфи, зонографи, компьютер зонографи хийх
- е) Элэгний дотор ба гаднах холестазыг ялгах зорилгоор эндоскопийн ретроград холангиографи хийх
- ж) Изотопын холангиографи
- з) Элэг ба арьсыг нэвт хатган холангиографи хийх.

IV. Элэгний хязгаарлагдмал өөрчлөлт (хавдар, цист, эхинококк)

бүхий үед:

- а) Зонографи
- б) Сцинтиграфи
- в) Компьютер томографи
- г) Лапароскопи ба биопси
- д) Ангиографийг хийнэ.

V. Элэгний анхдагч хавдар сэжиг бүхий бол:

- а) α -фетопротеины сорил
- б) Сцинтиграфийг заавал хийнэ.

VI. Элэгний бус гаралтай эмгэг (саркаидоз, сепсис, амилоидоз)

сэжиг бүхий бол:

- а) Лапароскопи
- б) Биопсийн шинжилгээ оношийн илүү үр дүнтэй.

Клиник-лаборатори-морфологийн оношлогоо нь өвчний оношийг тогтооход тохирсон, илүү оновчтойг зөв сонгон авах шинжилгээний үзүүлэлтүүдийг цэгнэн дүгнэхэд туслах ёстой.

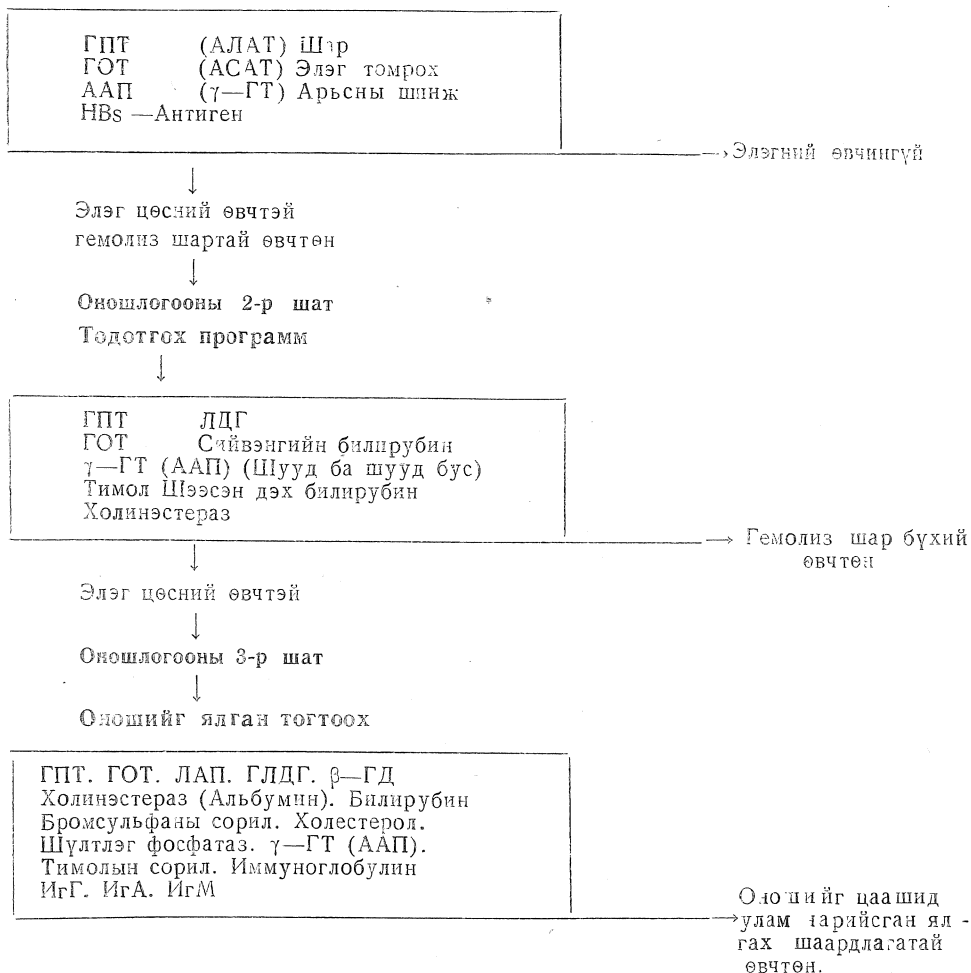
Бид энэ зарчмыг үндэс болгон элэгний эмгэг буйг батлан тогтоох программыг «эрлийн», «тодотгох», «оношийг ялган тогтоох» гэсэн I, II, III шатаар авч үзэж байна.

6-р затвар

Элэгний өвчний клиник-химийн оношлогооны шаталсан программ:

Оношлогооны 1-р шат

Эрлийн программ



ТАЙЛБАР: ЛАП — Леуцинаминопептидаз
 ААП — Аланинаминопептидаз
 ГЛДГ — Глютаматдегидрогеназ
 β -ГД — β -Глюкоронидаз
 γ -ГТ — γ -Глютамилтрансфераз

«Эрэх» программ нь эмчээс уул хүнийг элэгний өвчтэй байж магадгүй гэсэн сэжиг төрөх дүгнэлт болон цаашид элэгний аль нэг эмгэг буй эсэхийг клиникийн ба лабораторийн шинжилгээгээр батлах эсвэл үгүйсгэхийг шаардана. Элэгний эмгэг байгааг баталбал цаашид бататган шинжлэх бөгөөд үүнийг II шатны буюу «Тодотгох» программ хэмээн нэрлэв.

«Тодотгох» программ нь элэгний эмгэг буйг батлах, эс бөгөөс үгүйсгэхэд орших ба элэгний чухам ямар эмгэгийг тогтоох анхны алхам болно.

«Оношийг ялган тогтоох» программыг гүйцэтгэснээр элэгний эмгэг түүний хэлбэр, бүтэц, үйл ажиллагааны өөрчлөлтийг нарийвчлан тогтоох бололцоог олно. Гэхдээ энэ программыг гүйцэтгэснээр оношийг яг таг тогтоож тэр бүрий чадахгүй бөгөөд цаашид эндоскопи, контраст, изотонийн аргыг загварт заасны дагуу шалган хэрэглэвэл зохино.

Оношлогооны шат (программ) бүрийд хийгдэх шинжилгээ ялгаатай, улам нарийсах тийш явж буйг загвараас ажиглаж болно.

ЭХ НЯЛХСЫН БАЙГУУЛЛАГЫН ХӨГЖИЛТ, ХЭТИЙН ТӨЛӨВИЙН АСУУДАЛ

Мо. Шагдарсүрэн (Анагаах ухааны дэд эрдэмтэн)

Монголын социалист эрүүлийг хамгаалахын хөгжилтийг судлахад түүний үндсэн салбаруудын хөгжлийн үе шатыг зөв тогтоож, хэтийн төлөвийг тодорхойлох явдал чухал юм.

Эх нялхсыг хамгаалах байгууллага нь үрс улсын эрүүлийг хамгаалахын хамгийн чухал салбар болно.

Монголын эрүүлийг хамгаалахын хөгжлийн ерөнхий үе шатанд тулгуурлан эх нялхсын байгууллагын хөгжлийг дараахь гурван үе шатаар тодорхойлж байна. Д. Цагаанхүү, 1962, Б. Дэмбэрэл, 1971, Мо. Шагдарсүрэн, 1980)

Нэгдүгээр үе шат (1921—1940)-ЭХ НЯЛХСЫН БАЙГУУЛЛАГЫГ ШИНЭЭР ҮҮСГЭН, ҮНДЭСНИЙ БОЛОВСОН ХҮЧИН БЭЛТГЭЖ, ЭХ НЯЛХСЫГ ХАМГААЛАХ АЖЛЫГ ХӨГЖҮҮЛЭХ СУУРИЙГ ТАВЬСАН ҮЕ.

Хоёрдугаар үе шат (1940—1960)-ЭХ НЯЛХСЫН БАЙГУУЛЛАГА ӨРГӨЖИН ХӨГЖИЖ, МАНАЙ СОЦИАЛИСТ ЭРҮҮЛИЙГ ХАМГААЛАХ СИСТЕМИЙН ХАМГИЙН ЧУХАЛ САЛБАР БОЛЖ ЭХ ХҮҮХДЭД ИХ ЭМЧИЙН БА НАРИЙН МЭРГЭЖЛИЙН ТУСЛАМЖИЙГ ОЙРТУУЛЖ УЛАМ ХҮРТЭЭМЖТЭЙ БОЛГОХ ҮЕ.

Гуравдугаар үе шат (1960 оноос хойш)-ЭХ НЯЛХСЫН БАЙГУУЛЛАГА ЭРЧИМТЭЙ ХӨГЖИЖ, ЭХ НЯЛХСЫГ ХАМГААЛАХ АЖЛЫГ БҮХ НИЙТИЙН ҮЙЛ ХЭРЭГ БОЛГОН ӨРНҮҮЛЖ, ЭМНЭЛГИЙН ТУСЛАМЖИЙН ХҮРТЭЭМЖИЙГ САЙЖРУУЛЖ ЧАНАРЖУУЛАХ, ТӨРӨЛЖСӨН НАРИЙН МЭРГЭЖЛИЙН ТУСЛАМЖИЙГ ӨРГӨЖҮҮЛЭН, МАТЕРИАЛЛАГ БААЗЫГ БЭХЖҮҮЛЭХ, ЭХ ХҮҮХДИЙГ ДИСПАНСЕРИЙН ХЯНАЛТАД БҮРЭН ХАМРУУЛЖ, ТЭДНИЙ ӨВЧЛӨЛ, НАС БАРАЛТЫГ ТУУШТАЙ БУУРУУЛАХ ҮЕ.

Хувьсгалын өмнөх монгол оронд шинжлэх ухааны эмнэлгийн газар, үндэсний эмч, мэргэжилтэн байсангүй, тэр үед төрсөн бүх хүүхдийн тэн хагас нь нэг нас хүрэлгүй эндэж, амаржсан эхийн 13,2 хувь нь нас барж байв.

Нас баралт өндөр, төрөлт бага байснаас хүн амын нөхөн өсөлт зогсонги байдалд орсон бөгөөд (1862—1911) Манжийн дарлалын үе дэх гадаад монголын хүн ам (4,5%-иар) хорогдож, зарим судлаачид тэр үеийн монголыг «Мөхөж байгаа» орон гэж тэмдэглэж байв. (Д. Цагаанхүү, 1962, Д. Ням-Осор, 1976, Мо. Шагдарсүрэн 1979).

Эх, хүүхдийн эрүүл мэндийг хамгаалах асуудал МАХН-ын удаа дараагийн программ, БНМАУ-ын үндсэн хууль, бусад хууль тогтоомжинд социалист байгуулалтын үе шат бүхэнд тодорхой тусгагдаж түүнийг амьдралд хэрэгжүүлэх олон талт, өргөн хүрээтэй, системтэй арга хэмжээ авч ирсэн нь тус улсын хүн ам эрүүлжин, төрөлт, цэвэр өсөлт нэмэгдэж, эх үрс эрүүл энх аж төрж, жаргалтай сайхан амьдрахын эх сурвалж болж байна.

Манай оронд шинжлэх ухааны эмнэлэг, эрүүлийг хамгаалах ажлыг үүсгэн хөгжүүлэх, хүн амыг эрүүлжүүлэх их үйлсэд Зөвлөлөг Холбоот Улсаас үзүүлсэн ах дүүгийн өгөөмөр их тусламж шийдвэрлэх үүрэг гүйцэтгэсэн, гүйцэтгэсээр ч байлаа.

Ялангуяа эх нялхсын эрүүл мэндийг хамгаалах ажлыг үүсгэн хөгжүүлэхэд ЗСБНХОУ-ын эрүүлийг хамгаалах ардын зөвлөлөөс 1927—1928 онд тус улсад илгээсэн эмнэлэг, ариун цэвэр, эрдэм шинжилгээний экспедицийн үйл ажиллагаа чухал үүрэг гүйцэтгэсэн билээ.

1926 онд улсын төв эмнэлгийн дэргэд манай орны эх нялхсын байгууллагын анхны салбар-эх нялхсыг хамгаалах газар байгуулагдаж дараа нь 1929 онд Улаанбаатар хотод улсын төв эмнэлгээс салж эх нялхаст зөвлөлгөө өгөх анхны газар үүсч 1931 он гэхэд Ховд, Алтанбулаг, Баянтүмэнд (Одоогийн Чойбалсан хот) зөвлөлгөө өгөх газар байгуулагджээ. (Мо. Шагдарсүрэн, 1976).

Эмнэлгийн боловсон хүчин бэлтгэх ууган сургууль-хүн эмнэлгийн техникум 1929 оноос эхлэн сувилагч, эх баригч, 1931 оноос бага эмч нарыг бэлтгэдэг болов.

Монголын хүүхдийн анхны эмч Д. Сэржмядаг Эрхүү хотын анагаах ухааны дээд сургуулийг 1927 онд төгсч ирээд, 1932 он хүртэл Улаанбаатар хотод эх нялхсыг хамгаалах байгууллагад хүүхдийн эмчээр ажиллаж байжээ.

МАХН-ын Төв Хороо, БНМАУ-ын Сайд нарын Зөвлөлийн 1938 оны «Ардын эрүүл мэндийг хамгаалах ажлыг сайжруулах тухай» тогтоол гарч, БНМАУ-ын эмнэлгийн ажилчдын анхдугаар зөвлөлгөөн 1939 онд болж «Ардын эрүүлийг хамгаалах ажлын байдал цаашдын зорилтын тухай» асуудал хэлэлцсэн зэрэг арга хэмжээний үр дүнд эх нялхсын байгууллага цаашид шинжлэх ухааны үндэслэлтэй хөгжих бат суурь тавигдсан юм.

1940 онд хуралдсан улсын VIII их хурал «Эх нялхсыг хамгаалах ажлын талаар» хэлэлцэж эх нялхаст зөвлөлгөө өгөх ба сүүний газар, сургуулийн өмнөх насны хүүхдийн байгууллагыг олшруулах, хүүхэд багачуудын дунд эрүүлжүүлэх, халдварт өвчинтэй тэмцэх арга хэмжээг хүчтэй болгох талаар чухал шийдвэр гаргаж, түүний дараа Цэцэрлэг, Улаангом, Улиастай, Арвайхээр хотод эх нялхаст зөвлөлгөө өгөх газар, Хатгалд хүүхдийн сүүний газар, ясли нээгдэж, улсын хэмжээгээр эх нялхаст зөвлөлгөө өгөх газар 35 ажиллах болжээ.

1942 онд Монгол улсын Их сургуульд анагаах ухааны факультет нээгдсэн нь эмнэлгийн үндэсний дээд боловсролтой мэргэжилтэн нарыг бэлтгэхэд шийдвэрлэх хүчин зүйл боллоо.

Анхдугаар таван жилийн төлөвлөгөөний (1948—1952) жилүүдэд эх барих салбарын тоо 36 хувиар өсөж, эх барих тусламжийн хангамж сайжирсны улмаас энэ хугацаанд жирэмсэн эхчүүдийн 41,6 хувь нь эмнэлэгт амаржиж, яслийн тоо 51 хувиар, түүний ор 45 хувиар өсөв. (Д. Цагаанхүү, 1962, Л. Буджав, 1971).

МАХН-ын Төв Хороо, БНМАУ-ын Сайд нарын Зөвлөлөөс 1950 онд «Тус улсын дотор эрүүлийг хамгаалах ажлыг үндсээр нь сайжруулах арга хэмжээний тухай» гаргасан тогтоол нь эмнэлгийн байгууллагын салбар цэгийг олшруулах, хөдөөний хүн амд нарийн мэргэжлийн тусламжийг ойртуулах (Ховд, Архангай, Дорнод аймгийн нэгдсэн эмнэлгүүдийг аймаг дундын болгон өргөтгөх), боловсон хүчнээр хангах, эрүүлийг хамгаалах ажлын зохион байгуулалтыг сайжруулахад ихээхэн ач холбогдолтой болов.

1951—1956 онд Улсын төв амаржих газар. Хүүхдийн төв эмнэлэг нь өргөжиж эх нялхаст үзүүлэх эмчлэн сэргийлэх тусламжийн зохион байгуулалт, арга барил, мэргэжлийн зөвлөлтөө өгөх, сургалт, эрдэм шинжилгээний ажлын төв байгууллага болсон юм.

1930 онд Зөвлөлт Холбоот Улсаас уригдан ирж, эх нялхсын зөвлөхөөр ажиллаж байсан А. Б. Гольдман эмч, монголын эх нялхсыг хамгаалах ажлыг зохион байгуулж хөгжүүлэхэд үлэмжийн их үүрэг гүйцэтгэсэн билээ.

Эх барих-эмэгтэйчүүдийн өвчин судлалын тинхэм 1947 онд, хүүхдийн өвчний тинхэм 1954 онд Монгол улсын их сургуулийн анагаах ухааны факультетийн харъяанд байгуулагджээ.

Хүүхдийн өвчний тинхэмийн анхны эрхлэгчээр анагаах ухааны дэд эрдэмтэн Д. Намсрайжав томилогдон ажиллаж байв.

Д. Намсрайжав эх нялхсын байгууллагаас эрдмийн зэрэг хамгаалсан анхны эмэгтэй эрдэмтэн тул түүний амьдралын түүх, үйл ажиллагаа нь тус улсын эх нялхсын байгууллагын хөгжлийн түүхтэй салшгүй холбоотой билээ.

Монголын эмч нарын II их хурал 1955 онд болж «Эрүүлийг хамгаалах ба эмчлэн сэргийлэх байгууллагуудын ажиллагаа, тэдний цаашдын зорилтуудын тухай» үндсэн илтгэл болон бусад зохион байгуулалт, эрдэм шинжилгээний илтгэлийг хэлэлцсэн байна.

Улс ардын аж ахуйг хөгжүүлэх II таван жилд (1953—1957) эх барихын ор 2,5 дахин өсөж, 1957 онд эх барихын ор тус улсын эмнэлгийн орны фондын 13 хувийг эзэлж байв. Энэ хугацаанд жирэмсэн эхчүүдийн эмнэлэгт амаржих хувийн жин 67 хувь болж өсчээ. (Д. Цагаанхүү, 1962, Л. Буджав, 1971).

1957 онд БНМАУ-ын Ардын Их Хурлын хоёрдахь удаагийн сонгуулийн IV чуулганаар батлагдсан «Олон хүүхэд төрүүлж өсгөсөн эхчүүдийг одонгоор шагнах ба улсын тэтгэврийг өргөтгөн нэмэгдүүлэх тухай» хуулиар «Эхийн алдар» I, II зэргийн одон бий болгов.

Гурван жилийн төлөвлөгөөний (1958—1960) жилүүдэд эх барих салбарын тоо 11 хувиар, түүний ор 12,1 хувиар тус тус өслөө.

Эх барих тусламжийн байгууллагын материаллаг бааз ингэж өсөж бэхжсэний үр дүнд эмнэлэгт амаржсан эхчүүдийн хувийн жин 69 хувь болжээ. (Л. Буджав, 1971).

1962 онд гаргасан МАХН-ын Төв Хороо, БНМАУ-ын Сайд нарын Зөвлөлөөс «Хүүхэд, эхчүүдийн эрүүл энхийг хамгаалах арга хэмжээний тухай» тогтоол нь эх нялхаст үзүүлэх эмнэлгийн тусламжийн хүртээмж, боловсон хүчний хангамж, материаллаг баазыг бэхжүүлэхэд түүхэн чухал үүрэг гүйцэтгэв.

1950-иад оны эцсээс эхэлж зарим сум нэгдлийн санаачлагаар байгуулагдсан жирэмсэн ба нялх биетэй эхчүүдийн амрах байр нь газар нутаг уудам, эмнэлэг үйлчилгээний зай хэмжээ их, хүн ам сийрэг оршдог тус улсын хөдөөгийн эрүүлийг хамгаалах ажилд тохиромжтой эмнэлэг үйлчилгээний дэвшилт хэлбэр болсон юм.

1961 онд анагаах ухааны дээд сургууль үндсэн факультетүүдтэйгээр биеэ дааж байгуулагдсан бөгөөд түүний бүрэлдэхүүнд хүүхдийн эмчийн факультет нээгдэв.

Монгол Ардын Хувьсгалт Намын Төв Хорооноос 1964 онд нам, улс, олон нийт, аж ахуй, соёлын байгууллагын ажилтан, ажилчинд, эцэг, эх, багш нарт илгээсэн захидал нь эх нялхсыг хамгаалах ажлыг бүх нийтийн үйл хэрэг болгон өрнүүлэхэд чухал арга хэмжээ болжээ.

БНМАУ-ын Ардын Их Хурлын чуулган 1965 онд «Эрүүлийг хамгаалах ажлын байдал, цаашид тавих зорилтын тухай» хэлэлцсэн нь эрүүлийг хамгаалах ажлыг төрийн байгууллагаас удирдах удирдлагыг сайжруулж, бүх нийтийг түүнд улам өргөн оролцуулах, эмнэлэг үйлчилгээний ажилд чанарын өөрчлөлт гаргахад том алхам боллоо.

III таван жилд (1961—1965) хөдөөний хүн амд эмнэлгийн нарийн мэргэжлийн тусламжийг ойртуулах зохион байгуулалтын шинэ хэлбэр сум дундын эмнэлэг 10 дахин, их эмчийн салбар 29,1 хувиар нэмэг-

дэж эх нялхаст үзүүлэх эмнэлгийн тусламжийн хүрээ үлэмж өргөжив. (Л. Буджав, 1971).

IV таван жилд 1966—1970) нэгдсэн ба нарийн мэргэжлийн болон сум дундын эмнэлгийн тоо ихээхэн нэмэгдэж, их эмчийн салбар 59 хувь, эх барих бага эмчийн салбар 59 хувь, хүүхдийн ясли 22 хувь нэмэгдэв. (Мо. Шагдарсүрэн, 1979).

БНМАУ-ын Ардын Их Хурлын Тэргүүлэгчдээс 1971 онд «Олон хүүхэдтэй эхчүүдэд олгох улсын тэтгэмжинд өөрчлөлт оруулах тухай» зарлигаар өрхийн жилийн орлогыг харгалзахгүйгээр хүүхдийн тоогоор өсгөн нэмэгдүүлсэн улсын тэтгэмжийг олон хүүхэдтэй гэр бүлд олгож байхаар заасан юм.

V таван жилд (1971—1975) эх нялхсын байгууллагын материаллаг бааз бэхжиж хүүхдийн больниц 3, яслийн 28 барилга ашиглалтанд орж, хүүхдийн орны тоо 4,9 хувь, яслийн тоо 7,5 хувь өссөний дотор 760 ортой ясли-цэцэрлэгийн комбинат 10 нэмэгджээ. Хүүхдийн хэсгийн тоо 86,6 хувиар өсч, түүнд ажиллах эмч, сувилагч нарын тоо олширлоо. (Мо. Шагдарсүрэн, 1979).

Эх, хүүхдэд үзүүлэх эмнэлгийн тусламжийн хүртэмж, чанар, соёлын түвшинг сайжруулах, эх нялхсын материал-техникийн баазыг бэхжүүлэхэд БНМАУ-ын Сайд нарын Зөвлөлийн «Хүүхдийн хоол тэжээлийн хангамжийг сайжруулах арга хэмжээний тухай» 1969 оны 140, 1978 оны 358 дугаар тогтоол, «Хүүхдийн эрүүл мэндийн байдал цаашид авах арга хэмжээний тухай» 1971 оны 418 дугаар тогтоол, «Эрүүлийг хамгаалах байгууллагын материаллаг баазыг бэхжүүлэх арга хэмжээний тухай» 1974 оны 562 дугаар тогтоол, «Эх нялхсын талаар авах арга хэмжээний тухай» 1976 оны 173 дугаар тогтоолуудын заалт чухал арга хэмжээ болж, амьдралд хэрэгжин биелж байна.

Түүнчилэн эх нялхсыг хамгаалахад чухал хүчин зүйл болох БНМАУ-ын иргэний хууль, тэтгэвэр, тэтгэмжийн хууль, гэр бүлийн хууль, хөдөлмөрийн хууль, эрүүлийг хамгаалах хууль манай нийгэм, улс, олон нийт, хоршооллын болон үйлдвэр аж ахуй, соёл тэгээрэл, үйлчилгээний байгууллага, социалист гэр бүл, иргэдийн харьцаа, эрх үүргийг тодорхойлсон баримт бичгүүд их үүрэг гүйцэтгэж байна.

Нийгмийн эрүүл ахуй, эрүүлийг хамгаалахын зохион байгуулалт, анагаах ухааны эрдэм шинжилгээ, судалгааны ажлын нэг үндсэн чиглэл, гол агуулга болох эх нялхсын эрүүл мэнд, түүнд нөлөөлж байгаа биологи, нийгэм, анагаах ухааны хүчин зүйлийг судалж тулгамдсан асуудлыг шийдвэрлэхэд 1976 онд эх нялхсыг хамгаалах эрдэм шинжилгээний хүрээлэн байгуулсан явдал чухал арга хэмжээ боллоо.

1977 оны байдлаар өнгөрсөн жилүүдэд эх нялхсын тусламжийн зохион байгуулалт, клиникийн сэдвээр 21 эмч, мэргэжилтэн анагаах ухааны дэд эрдэмтний зэрэг хамгаалж, 35 эмч ординатур төгсгөж, 29 эмч, эмчийн мэргэжлийн зэрэг хамгаалж, 697 эмч гадаад дотоод мэргэжил олгох ба дээшлүүлэх курс хийж, эх нялхсын системийн мэргэжлийн боловсон хүчний хангамж, хүрэлцээ, чанар жилээс жилд улам дээшилж байна. (Мо. Шагдарсүрэн, 1979).

1976 онд Монголын эмч нарын III их хурал «МАХН-ын XVII их хурлын шийдвэрийг биелүүлэхэд эрүүлийг хамгаалах байгууллагын зорилтын тухай» үндсэн илтгэл болон эрдэм шинжилгээний олон тооны илтгэлүүдийг хэлэлцэж социализм бүрэн байгуулах үеийн эрүүлийг хамгаалах ажлын чиг төлөвийг тодорхойлов.

1976 онд хуралдсан НҮБ-ын Ерөнхий Ассамблейн XXXI чуулган 1979 оныг олон улсын хүүхдийн жил болгон тунхагласныг манай нам, засаг, хөдөлмөрчид халуунаар хүлээн авч МАХН-ын Төв Хорооны шийдвэрээр олон улсын хүүхдийн жилд зохиох ажлыг эрхлэх үндэсний хороо, аймаг хотын комисс байгуулагдан хүүхдийн төлөө нам.

засгийн анхаарал халамжийг тусгасан өргөн программ, төлөвлөгөөг боловсруулан хэрэгжүүлж дүгнэв.

МАХН-ын Төв Хорооны нэгдүгээр нарийн бичгийн дарга, БНМАУ-ын Ардын Их Хурлын Тэргүүлэгчдийн дарга Ю. Цэдэнбал Намын Төв Хорооны IV (1978) бүгд хурал дээр хэлсэн үгэндээ «Хүүхдийг хүмүүжүүлэх, тэдний эрүүл мэндийг хамгаалах ариун үйл хэргээс нэг ч байгууллага, нэг ч хүн хол хөндий байх ёсгүй» гэж заасныг манай орны нам, улс, олон нийт, хоршооллын нийт байгууллага халуунаар хүлээн авч бүхнийг хүүхдийн төлөө гэсэн уриан дор орон даяар олон нийтийн хөдөлгөөн эрчимтэй өрнөж байна.

МАХН-ын Төв Хороо, БНМАУ-ын Сайд нарын Зөвлөл олон улсын хүүхдийн жил-1979 онд «Эх, хүүхдийн эрүүл мэндийг хамгаалах ажлыг цаашид сайжруулах арга хэмжээний тухай» түүхэн чухал тогтоол гаргаж, түүндээ эх, хүүхдийн эрүүл мэндийг хамгаалах талаар ойрын ирээдүйд хийж түйцэтгэх нийгэм-анагаах ухааны нөр их арга хэмжээний программчилсан зорилтыг тодорхойлов.

Манай нам, засгаас тус улсын хүн амын эрүүл мэндийг хамгаалах талаар социалист байгуулалтын үе шат бүхэнд авч явуулсан системтэй арга хэмжээний үр дүнд тус оронд цагаан цэцэг, сахуу, саа өвчнийг устгаж, урьд нь нийгмийн гэгдэж байсан халдварт өвчнүүд ихээхэн хэмжээтэй буурч, БНМАУ-ын хүн амын тоо хувьсгалын өмнөхөөс 3 дахин өсч хүн амын ерөнхий нас баралт 3 дахин, түүний дотор эхийн (жирэмсэн ба төрөлттэй холбогдол бүхий) нас баралт 80 гаруй дахин, хүүхдийн нас баралт 8 дахин буурч, жил тутам 1000 хүн тутмаас 30 орчим хүн цэвэр өсч, хүний дундаж наслалт 2 дахин нэмэгдлээ. Одоо манай орны хүн амын 46,7 хувь 16 хүртэлх насны хүүхэд багачууд эзэлж байгаа нь тус улсын хүн ам ихээхэн залуужиж, цаашид өсөх тавилантайг харуулж байна. (Д. Ням-Осор, 1976, Мо. Шагдарсүрэн, 1979).

Эх нялхаст үзүүлэх эмнэлгийн нарийн мэргэжлийн тусламжийг сайжруулж хот, хөдөөний эх, хүүхдийн эмнэлгийн тусламжийн түвшинг дээшлүүлэх замаар эх нялхаст үзүүлэх эмнэлгийн тусламжийн хүртээмж, чанар, тэдгээрийн эрүүл мэндийн үндсэн үзүүлэлтийг эрс сайжруулах асуудал хөгжлийн ойрын ирээдүйн төлөвийн гол чиг шугам болж байна. Үүнтэй холбогдуулан дараахь үндсэн чиглэлийг хэрэгжүүлэх шаардлагатай. Үүнд:

— Эх, хүүхдийн эрүүл мэндийг хамгаалах байгууллагын зохион байгуулалт, арга барилыг төгөлдөржүүлэхийн тулд тэдгээрийн зохион байгуулалт, ангилал, нэршил, зэрэглэл, норматив, оношлогоо, эмчилгээний арга хэлбэрийг боловсронгуй болгох, хөгжлийн хэтийн төлөвийг боловсруулж хэрэгжүүлэх;

— Эх, хүүхдийн эрүүл мэнд, түүнд нөлөөлж байгаа биологи, нийгэм анагаах ухааны хүчин зүйлийг судлах тулгамдсан асуудалд анагаах ухааны эрдэм шинжилгээний байгууллага, эрдэмтдийн хүчийг чиглүүлж ойрын ба хэтийн төлөвийг боловсруулан тогтоох;

— Эмэгтэйчүүд, хүүхдийн өвчлөлийн түвшин, бүтэц, эмнэлэг үйлчилгээний бодит хэрэгцээг судалсны үндсэн дээр эх барих-эмэгтэйчүүд, хүүхдийн эмч, эмчилгээний орны хэрэгцээ шаардлагыг улс, аймаг, хот, район, сум, хороодоор нарийвчлан тогтоож, түүний хангамжийг сайжруулах арга замыг боловсруулж хэрэгжүүлэх,

— Улс, аймаг хотын хэмжээгээр эх нялхсын нас баралтыг тууштай бууруулах аргачилсан төлөвлөгөөг хэрэгжүүлэн биелүүлж, нялхсын нас баралтыг 1981—1990 онд бууруулах таамаглалыг (прогноз) боловсруулж түүнийг улс ардын аж ахуй, соёлыг хөгжүүлэх төлөвлөгөөний нэг үндсэн даалгавар, үзүүлэлт болгож явуулах;

— Эх нялхсын байгууллагын ажиллагаанд шинжлэх ухаан-техникийн дэвшил, орчин үеийн анагаах ухааны сүүлийн үеийн ололт амжилт, Зөвлөлт Холбоот Улс, социалист хамтын нөхөрлөлийн бусад

орнууд болон өөрийн орны эх нялхсын байгууллагын эмч, ажилтан нарын тэргүүн туршлага, ажлын дэвшилт арга хэлбэрийг судалж нэвтрүүлэх;

— Манай орны хөдөөгийн нөхцөлд тохиромжтой эмнэлэг үйлчилгээний шинэ хэлбэр жирэмсэн ба нялх биетэй эхчүүдийн амрах байрын материаллаг баазыг бэхжүүлэх, ашиглалтыг сайжруулан эхчүүдийн амрах байрыг хоршооллын байгууллагын хөрөнгөөр байгуулах олон нийтийн хөдөлгөөн өрнүүлэх;

— Хот, район, аймгийн төв, төвлөрсөн суурин газруудын үйлчлэх хүрээний хүн амын тоо, насны бүрэлдэхүүнд эзлэх хүүхдийн хувийн жинг харгалзан үндсэн ба төрөлжсөн нарийн мэргэжлийн тусламж бүхий хүүхдийн поликлиник, үндсэн нарийн мэргэжлийн үзлэг, шинжилгээний кабинет, лаборатори бүхий амбулатори байгуулж боловсон хүчин, тоног төхөөрөмжөөр хангах;

— Улаанбаатар хотод жирэмсний төрөл бүрийн хүндрэл, эмгэгтэй эхчүүдийн сувилал, зүрх судас, элэг, бөөр, амьсгалын зам, хоодоод гэдэс болон арьсны архаг өвчтэй хүүхдийн сувиллыг байгуулж, цаашид өвчин даамжирч архагшихаас урьдчилан сэргийлж, төгс эмчилж эдгэрүүлэх зорилгоор сувиллын эмчилгээг өргөжүүлэх;

— Ясли, цэцэрлэгийн хүүхэд, ерөнхий боловсролын сургуулийн сурагчид, шилжих насны хүүхэд (техник мэргэжил, тусгай дунд боловсролын сургуулийн сурагчид, насанд хүрээгүй ажилчид)-ийг эмнэлэг үйлчилгээний тохиромжтой системийг боловсруулж хэрэгжүүлэх;

— Хөдөөний эх нялхаст үзүүлэх эмнэлгийн нарийн мэргэжлийн тусламжийг ойртуулахын тулд аймгийн төв, төвлөрсөн суурин газруудад эх нялхаст зөвлөлгөө өгөх явуулын бригад ажиллуулж, юуны өмнө сум дундын эмнэлэггүй 3000-аас дээш хүн амтай сумдыг хүүхдийн эмчтэй, 5000-аас дээш хүн амтай сумдыг эх барих-эмэгтэйчүүд, хүүхдийн эмчтэй, цаашид нийт сумдыг хүүхдийн эмчтэй болгох;

— Эх, хүүхдийн эмнэлэг үйлчилгээнд эмийн биш эмчилгээ, чийрэгжүүлэх, борогшуулах, биений тамир-физик эмчилгээг өргөн хэрэглэх;

— Хүүхдийн хоол тэжээлийг шинэчлэх ухааны үндэслэлтэйгээр зохион байгуулж, материал-техникийн баазыг бэхжүүлж, хүнс тэжээлийн зүйлийн нэр төрлийг олшруулан, хангамжийг сайжруулах;

— Эх нялхсын байгууллагын үйл ажиллагааны гол чиглэл агуулгыг урьдчилан сэргийлэх ажил болгож, диспансерийн хяналтын цар хүрээг өргөтгөх замаар эрүүл, өвчтэй эмэгтэйчүүд, хүүхдийг бүх нийтээр диспансерчлах бэлтгэл ажлыг тодорхой шаттайгаар хэрэгжүүлэх;

— Хот, хөдөөд ясли, түүний орны тоог нэмэгдүүлж, яслийн зохион байгуулалтыг боловсронгуй болгож, үйлчилгээний чанар, соёлын түвшинг дээшлүүлэх;

— Эх нялхсын байгууллага, эмч ажилтан нарын үйл ажиллагааны шинэчлэх ухааны үндэслэлтэй хөдөлмөр зохион байгуулалтын дэвшилт арга барилыг нэвтрүүлэх, үйлчилгээг аль болохоор механикжуулах, автоматжуулах замаар тэдний хөдөлмөр зохион байгуулалтыг боловсронгуй болгох.

— Улс ардын аж ахуй соёлыг хөгжүүлэх ойрын ба хэтийн төлөвлөгөөгөөр, хот, хөдөөний эх нялхсын байгууллагыг зэрэглэлийн дагуу нэг загварын зураг төслөөр барилгажуулж, хатуу, зөөлөн эдлэлийг холбогдох стандартаар нэгдсэн журмаар үйлдвэрлүүлэх, эмнэлгийн болон техникийн тоног төхөөрөмж, эмнэлэг үйлчилгээний, автомашинаар хүрэлцээтэй хангаж, эх нялхсын байгууллагын материал-техникийн баазыг бэхжүүлэх, эдийн засгийн үр ашгийг дээшлүүлэх зэрэг олон талт, өргөн хүрээтэй томоохон зорилтыг шийдвэрлэх нь чухал.