

1 • 1985

# АНГАГАХ УХААН

ЭРҮҮЛИЙГ  
ХАМГААЛАХЫН  
ЗОХИОН  
БАЙГУУЛААЛТ

---

СУДАЛГАА ШИНЖИЛГЭЭ

---

МЭРГЭЖЛИЙН  
ЗӨВЛӨЛГӨӨ  
ЛЕКЦ, ТОЙМ

---

ТУРШЛАГА СОЛИЛЦЬЕ

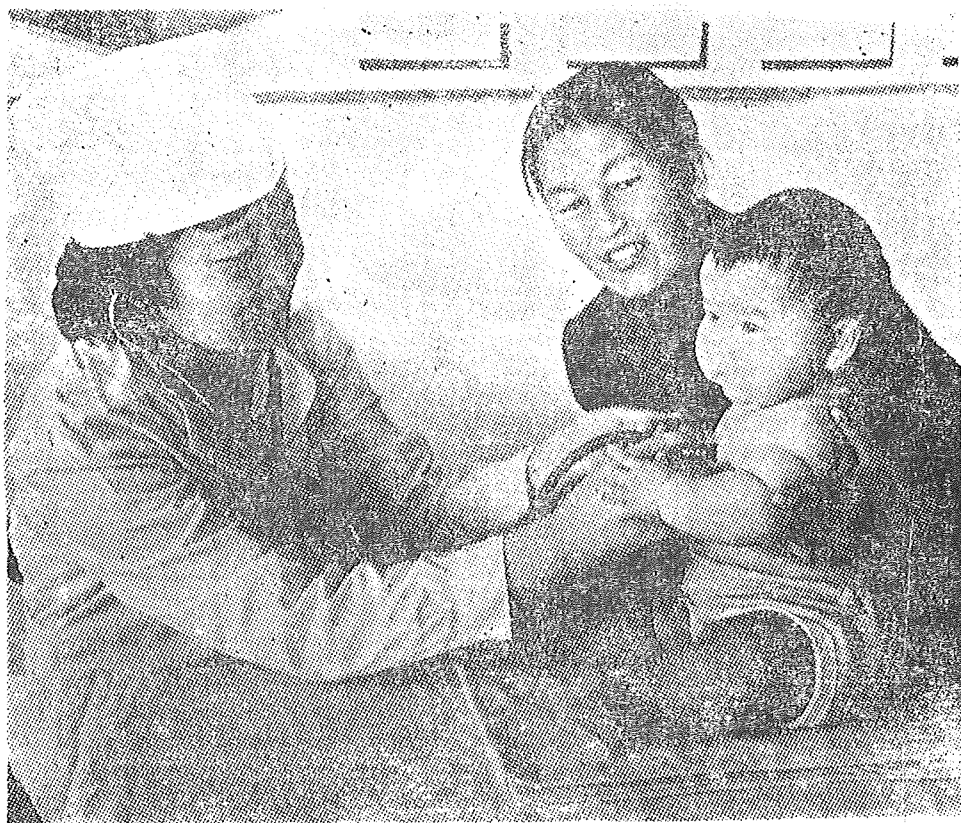
---

ХОВОР ТОХИОЛДОЛ

---

ГАДААД ОРНУУДАД

---



Хүүхдийн нэгдсэн II эмнэлгийн хэсгийн их эмч, БНМАУ-ын  
Ардын их хурлын депутат Х. Хаш-Иш үзлэг хийж байгаа нь

## АГУУЛГА

Зөвлөлгөөний шийдвэрийг хэрэгжүүлбэ! . . . . .	3
Эх, хүүхдийн эрүүл мэндийн төлөө . . . . .	6
Б. Лхагважав, С. Хандсүрэн — Ухамсартай сахилга хүнийг захирч удирдана (эчнээ бага хурлын үргэлжлэл) . . . . .	16

## ЭРҮҮЛИЙГ ХАМГААЛАХЫН ЗОХИОН БАЙГУУЛАЛТ

Э. Лувсандагва, Б. Басбиш, М. С. Игнатова, Э. М. Дягтярова, Н. А. Коровина, В. В. Фэжеева — Бөөр, шээсний замын үрэвсэлтэй хүүхдийг диспансерчлах зарчим . . . . .	22
Б. Доржготэв — Хавдар судлалын өвчний амбулатори поликлиникийн тусламжийг сайжруулъя. . . . .	24
П. Онхуудай — Анагаах ухааны дүрслэл оношилгоо ба цөмийн анагаах ухааны хөгжлийн төлөв . . . . .	27

## СУДАЛГАА ШИНЖИЛГЭЭ

Д. Эрдэнэчулуун, Ц. Бундан — Бага насны хүүхдийн зүрхний төрөлхийн гажгийн тохиолдлыг судлах асуудалд. . . . .	29
Д. Самбуунүрэг, Д. Азирмэд — Эмэгтэйчүүдийн урьдчилан сэргийлэх үзлэгт цитологийн шинжилгээ хэрэглэсэн нь. . . . .	33
Д. Баасанжав — Өзэрхангай аймгийн нэгдсэн эмнэлгийн мэдрэлийн тасгийн үйл ажиллагааны зарим үзүүлэлт. . . . .	38
Э. Мэндсайхан В. Р. Зиц — Залуу хүмүүсийн уушгины цочмог үрэвслийн эмнэл зүйн зарим онцлог. . . . .	42
Д. Дариймаа — Үр аяндаа зулбах үеийн иммуногенетикийн судалгаа . . . . .	46
Д. Баянбилэг, Ш. Чадраазал — Тамирчдын илч зарцуулалтын асуудалд . . . . .	49
Д. Хишгээ — Сибирийн удвалын судалгаанд . . . . .	54
Т. Эрхэмбаатар — Хэвлийн гялтангийн гадуурх кесар зүслэг . . . . .	56

## АГУУ ИХ ЯЛАЛТЫН 40 ЖИЛИЙН ОЙД

Ц. Цэдэнлхам — Эргэн санахад . . . . .	58
--	----

## МЭРГЭЖЛИЙН ЗӨВЛӨЛГӨӨ, ЛЕКЦ, ТОЙМ

Ц. Эрдэнэсамбуу — Сэтгэхүйн тусгалы диалектикийг судлах асуудалд . . . . .	60
Л. Шагдар, Г. Цэцэгдарь — Ринофима . . . . .	65
М. Шүрэнцэцэг — Стафилококкоор үүссэн өвчнэлд стафилококкын эсрэг дархалсан сийвэн ба иммуноглобулиныг хэрэглэх нь . . . . .	67
Ж. Цогнэмэх, С. Жамъяндагва — Гипертони өвчнийг эмчлэхэд симпатолирик адреноблокаторын үүрэг . . . . .	70
Ч. Санчир — Монгол орны зарим эмийн ургамлын аймгийн судалгааны түүх одоогийн байдал . . . . .	72
Ё. Чулуунхүү — Зүрхний цахилгаан бичлэгийн дүрслэл зүйн үндэс . . . . .	75
С. Бархас — Отгон тэнгэрийн рашаан сувилал . . . . .	77

## ТУРШЛАГА СОЛИЛЦБЭ

Э. Санжаа, П. Нямдаваа, Ж. Тумбааш, Ж. Баасанхүү — Эвэрлэг бүрхүүлийн герпес түүний онош зүй, эмчилгээний асуудалд . . . . .	80
Г. Пүрэвсүрэн — Жирэмсэн эмэгтэйн биений жинг тодорхойлж хяналт тавихын ач холбогдол . . . . .	82
Б. Даваажав — Насанд хүрэгчдийн вирус гепатитын ялгах оношийн асуудалд . . . . .	86

## ГАДААД ОРНУУДАД

БНКУ-ын Эрүүлийг хамгаалахын хөгжилт . . . . .	88
МЭДЭЭ . . . . .	90

СОДЕРЖАНИЕ

Реализуем решения совещания . . . . .	3
По охране здоровья матери и ребёнка . . . . .	6
<i>Б. Лхагважав, С. Хандсурен</i> — Сознательная дисциплина правит и руководит человеком (Заочная конференция читателей) . . . . .	16

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

<i>Э. Лувсандагва, Б. Басбиш, М. С. Игнатова, Э. М. Дягтярова, Н. А. Коровина, В. В. Фокеева</i> — Принципы диспансеризации детей с различными нефропатиями . . . . .	24
<i>Б. Доржгодов</i> — Улучшение амбулаторно-поликлинической помощи онкологическим больным . . . . .	24
<i>П. Онхуудай</i> — Медицинская изобразительная диагностика и его перспективы . . . . .	27

ИССЛЕДОВАНИЯ

<i>Д. Эрдэнэчулун, Ц. Бундан</i> — К вопросу изучения частоты врожденных пороков сердца среди детей младшего возраста . . . . .	33
<i>Д. Самбунурев, Д. Авирмэд</i> — Применение цитологического метода исследования при профилактических осмотрах . . . . .	37
<i>Д. Басанжав</i> — Оказание неврологической помощи в Увурхангайском аймаке . . . . .	41
<i>Э. Мэндсайхан, В. Р. Зиц</i> — Некоторые особенности течения острого пневмоний у молодых лиц . . . . .	46
<i>Д. Дарима</i> — Иммуногенетические исследования при спонтанном аборте . . . . .	49
<i>Д. Баянбилэг, Ш. Чадралал</i> — К вопросу энергетических затрат у спортсменов . . . . .	54
<i>Д. Хишигэ</i> — К фитохимическому изучению водосбора сибирского . . . . .	55
<i>Т. Эрхэмбатор</i> — К вопросу экстраперитонеального кесарева сечения . . . . .	57

К 40-ЛЕТИЮ ВЕЛИКОЙ ПОБЕДЫ

<i>Ц. Цэдэнлхам</i> — Воспоминание . . . . .	58
--	----

ОБЗОРЫ, ЛЕКЦИИ, КОНСУЛЬТАЦИИ

<i>Ц. Эрдэнэсамбу</i> — К вопросу изучения диалектики психического отражения . . . . .	60
<i>Л. Шагдар, Г. Цэцэдарь</i> — Ринофима . . . . .	65
<i>М. Шүрэнцэцэг</i> — Применение антистафилококковой плазмы и антистафилококкового иммуноглобулина для лечения заболеваний стафилококковой этиологии . . . . .	67
<i>Ж. Цогнэмэх, С. Жамъяндагви</i> — Роль симпатолитиков и адреноблокаторов при лечении артериальной гипертонии . . . . .	70
<i>Ч. Санчир</i> — Современное состояние и история исследований некоторых лекарственных растений монголии . . . . .	72
<i>Ё. Чулунху</i> — О зубцах и сегментах электрокардиограммы . . . . .	75
<i>С. Бархас</i> — Санаторий „Отгонтэнгэр“ . . . . .	77

ОБМЕН ОПЫТОМ

<i>Э. Санжа, П. Нимдава, Ж. Тумбаш, Ж. Басанху</i> — Вопросы лечения герпетического кератита . . . . .	82
<i>Г. Пуревсурен</i> — Значение наблюдения за весом беременных женщин . . . . .	82
<i>Б. Даважав</i> — К вопросу дифференциальной диагностики вирусных гепатитов у взрослых . . . . .	86

ЗА РУБЕЖОМ

Достижение развития здравоохранения Республики Куба . . . . .	88
---	----

ХРОНИКА . . . . .	90
-------------------	----

## ЗӨВЛӨЛГӨӨНИЙ ШИЙДВЭРИЙГ ХЭРЭГЖҮҮЛЬЕ!

Социалист нийгэмд эх, хүүхдийн эрүүл мэндийг хамгаалах нь улс нийгмийн дэвшил хөгжил, эдийн засаг, хүн амын зүйн бодлоготой нягт уялдсан асуудлын нэг байдаг.

Эх, хүүхдийн эрүүл мэндийг хамгаалах талаар нам, засгаас авч хэрэгжүүлсэн дэс дараатай арга хэмжээний үр дүнд эх, нялхаст үзүүлэх эмнэлгийн тусламжийн хүрэлцээ, чанар сайжирч өнгөрсөн 60 гаруй жилийн дотор эхийн эндэгдэл 80 дахин, нялхсын эндэгдэл 8,5 дахин буурч, хүн амын дундаж наслалт 2 дахин нэмэгдэж, тус орны хүн ам 3 дахин өсөв.

Өнөөдөр манай орны нийт хүн амын 46,7 хувийг 16 хүртэлх насны хүүхэд залуучууд эзлэх болов.

Сүүлийн жилүүдэд эх, хүүхдийн байгууллагын цэг салбар олширч, материаллаг бааз нь бэхжин, боловсон хүчний хангамж сайжирсаар байна.

Улсын хэмжээгээр эх нялхсын төрөлжсөн нарийн мэргэжлийн тусламж бий болж, эх барих, эмэгтэйчүүд, хүүхдийн хэсэг, поликлиникийн үйл ажиллагаа улам боловсронгуй болж үйлчилгээнд орчин үеийн багаж, аппарат оношлогоо, эмчилгээний олон шинэ арга, тэргүүн туршлага нэвтэрч байна.

Сүүлийн 10 жилд эх барих, эмэгтэйчүүд, хүүхдийн эмнэлгийн ор 1,3—1,9 дахин эмэгтэйчүүдэд зөвлөлгөө өгөх газар 1,9, хүүхдийн сүүний газар 1,6, хүүхдийн хэсгийн эмнэлэг 2,2, ясли 1,3 дахин тус тус нэмэгдэж жирэмсэн эхчүүдийн 99,6 хувь эмнэлэгт төрдөг болов.

Манай улсын 10,000 хүн ам тутамд эх барих, эмэгтэйчүүдийн 16 ор, хүүхдийн 27 ор, эх барих-эмэгтэйчүүдийн эмч 1,4, хүүхдийн эмч 4,7 тус тус ногдож байна.

МАХН-ын XVIII их хурлаас эрүүлийг хамгаалах талаар дэвшүүлсэн зорилт амжилттай биелэгдэж байна. Элдэв өвчнөөс урьдчилан сэргийлэх, халдварт өвчинтэй тэмцэх болон нийт эмчилгээ, үйлчилгээний ажлын чанар, үр нөлөө, нялхаст үзүүлэх тусламжийн хүрээ өргөжин сайжирсаар байна.

Одоо 3 хүртэлх насны бүх хүүхдийг диспансерийн аргаар үйлчлэн, жирэмсэн эмэгтэйчүүдийн 60 хувийг эхний гурван сарын дотор хяналтад бүрэн авч, нэг хүртэлх насны хүүхдийг амбулатори-поликлиникээр эмчлэхдээ эмийг үнэ төлбөргүй олгох болов.

Энэ бүхэн бол нам, засгаас эх, хүүхдийн эрүүлийг хамгаалах талаар тууштай хэрэгжүүлж байгаа арга хэмжээний тодорхой нэг жишээ юм.

МАХН-ын Төв Хороо, БНМАУ-ын Сайд нарын Зөвлөл 1974 онд „Эх хүүхдийн эрүүл мэндийг хамгаалах ажлыг цаашид сайжруулах арга хэмжээний тухай“ түүхэн ач холбогдол бүхий чухал тогтоол гаргаж, эх хүүхдийн эрүүл мэндийн талаар ойрын ирээдүйд хийх нийгэм, анагаах ухааны өргөн хүрээтэй арга хэмжээний программчилсан зорилтыг дэвшүүлсэн билээ. Уг тогтоолд эх нялхсыг хамгаалахын тэргүүний ажилтны улсын зөвлөлгөөнийг хийж эх нялхсын эрүүлийг хамгаалахын тулгамдсан гол асуудлыг шийдвэрлэн ойрын ирээдүйд хийж гүйцэтгэх ажлыг заасан юм. Уул тогтоолын

заалтын дагуу 1984 оны 11-р сард эх нялхсыг хамгаалахын улсын тэргүүний ажилтны зөвлөлгөөнийг хийж уул зөвлөлгөөнд эх, нялхсыг хамгаалах талаар ажил үйлсээрээ шалгарсан нам, улс хоршоол, олон нийт, эрүүлийг хамгаалах байгууллагын төлөөлөгч 500 гаруй хүн оролцлоо. Уг зөвлөлгөөнөөр эх хүүхдийн эрүүл мэндийг хамгаалах ажлыг чанарын шинэ шатанд гаргах асуудлыг авч хэлэлцлээ.

Эх хүүхдийн эрүүл мэндийг хамгаалах ажлын удирдлага зохион байгуулалт, арга барилыг эрс өөрчлөн ойрын жилүүдэд үндсэн өөрчлөлт гаргах явдал эрүүлийг хамгаалах байгууллагын үндсэн зорилтын нэг мөн.

Эх нялхсыг хамгаалахын тэргүүний ажилтны улсын зөвлөлгөөнөөс эрүүлийг хамгаалах салбарт тавьсан зорилтыг хэрэгжүүлэхийн тулд нийт эмнэлгийн байгууллага эмч ажилтан нар дор дурдсан гол гол асуудлыг чухалчлан анхаарах хэрэгтэй байна.

Хүүхдийн өвчлөл эндэгдлийг судлан үзэхэд амьсгалын замын эмгэгүүд тэргүүн байранд орж байна. Ялангуяа бага насны хүүхэд илүү их өртөгдөж байна. Одоо хот, суурин газрын хүүхдийн өвчлөлийн 59 хувийг амьсгалын замын өвчин эзэлж байгаа бөгөөд 1000 хүүхэд тутмаас 144 нь уушгины үрэвслээр өвчлөх удаа ч байна. 0—1 насны хүүхэд жилд дунджаар 3,9 удаа өвчилж байна. Хэвтэж эмчлүүлсэн амьсгалын замын өвчтэй хүүхдүүдийн 74—75 хувийг, бага насны хүүхдийн эндэгдлийн 71,3—78,7 хувийг тус тус уушгины үрэвсэл эзлэж байна.

Сүүлийн жилүүдэд бага насны хүүхдэд тохиолдож байгаа томуу, томууст өвчнүүд хүнд явцтай, үгдрэл ихтэй байсан нь эндэгдэл ихсэх гол шалтгааны нэг боллоо.

Нялхсын эндэгдэл тууштай буурахгүй байгаа нь юуны өмнө эх нялхсын эрүүл мэндийг сахин хамгаалах ажлын зохион байгуулалт, эмчилгээ үйлчилгээний чанар, орчин үеийн шаардлагын хэмжээнд хүрч чадаагүйтэй холбоотой юм.

Эмнэлгийн ажилтны хөдөлмөрийн социалист сахилгыг бэхжүүлэн эмчилгээ үйлчилгээнд тэргүүн туршлага, анагаах ухааны ололтыг тууштай нэвтрүүлэн, эх нялхсын эрүүлийг хамгаалах ажлыг бүх нийтийн үйл хэрэг болгон өрнүүлэх явдал тэргүүн зэргийн зорилт болон тавигдаж байна. Ийм учраас тус зөвлөлгөөнөөс дээрх асуудлуудад онцгой анхаарал тавьсан билээ. Уул зөвлөлгөөнөөс гаргасан уриалгад „Эх нялхсыг хамгаалахын тэргүүний ажилтны улсын зөвлөлгөөн эх, хүүхдийн эрүүл мэндийг хамгаалах талаар нам, улс, олон нийтийн байгууллагаас гаргасан хүчин чармайлт, олсон ололт амжилт, тэргүүн туршлагыг нэгтгэн дүгнэж түүнийг бүх нийтийн бодит үйл хэрэг болгон хөгжүүлж, чанарын шинэ шатанд гарган зохиох ажлын зорилтыг тодорхойлсон нь онол-практикийн чухал ач холбогдолтой боллоо гэж тэмдэглэсэн билээ.

Эх нялхсыг хамгаалах ажлыг бүх нийтийн үйл хэрэг болгон өрнүүлэх ажлыг эрүүлийг хамгаалах байгууллага, эмч мэргэжилтнүүд санаачлан зохион байгуулан гүйцэтгэх ёстой.

Эх хүүхдийн эрүүл мэндэд нөлөөлж байгаа биологи, анагаах ухааны хүчин зүйлийг сайтар судалж, орчин үеийн анагаах ухааны шинэхэн ололт амжилтыг эмнэлэг үйлчилгээний өдөр тутмын практик үйл ажиллагаанд тууштай нэвтрүүлж, урьдчилан сэргийлэх ажлын үр нөлөөг улам эрчимжүүлж ажиллавал эх хүүхдийн өвчлөл эндэгдлийг бууруулах бололцоотой байна.

Эх хүүхдийн эндэгдлийн зонхилох шалтгаан болж байгаа хүүхдийн амьсгалын замын эмгэгүүд, эхийн төрөхийн цус алдах зэрэг эмгэгийн шалтгааныг иж бүрнээр судалж эмчлэн сэргийлэх тууш-

тай аргыг боловсруулах нь эх нялхсын эрдэм шинжилгээний байгууллагуудын чухал зорилт болж байна.

МАХН-ын Төв Хорооны 1980, 1981 оны тогтоолд судалгааны ажлын онолын түвшинг өндөржүүлэн практикийн ач холбогдлыг сайжруулах талаар эрдэм шинжилгээний байгууллагууд тууштай ажил зохиохыг заасан билээ.

Эх нялхсын салбарын эрдэмтдийн хүчийг эх хүүхдийг диспансерчлах, эмэгтэйчүүд хүүхдийн өвчлөл, эндэгдлийн гол шалтгаан хүүхдийн амьсгалын эрхтэний цочмог ба архаг өвчин, төрөхийн цус алдалт, экстрарениталь эмгэгүүдийн оношлогоо, эмнэлзүй, эмчилгээ, бага насны хүүхдийн хоол тэжээлийн асуудлыг бүрэн шийдвэрлэхэд чиглүүлэх нь зүй ёсоор шаардагдаж байна. Үүний зэрэгцээгээр эх нялхсын байгууллагуудын бүтэц, зохион байгуулалт, төлөвлөлтийн асуудлыг шинжлэх ухааны үндэстэйгээр судлан тогтоож прогноз гарган ажиллах шаардлагатай байна.

Эрүүл эхээс эрүүл хүүхэд төрөх учраас эхийн эрүүл мэндийг хамгаалах нь тун чухал ач холбогдолтой юм. Ялангуяа төрөлтийн хоорондын зайг эхийн физиологийн байдалд бүрэн тохируулах, жирэмсэн эхчүүдийн диспансерийн хяналтыг сайн хийх нь эх барих-эмэгтэйчүүдийн эмч нарын гол үүрэг юм. Одоогоор жирэмсэн эхчүүдийн хяналтын ажлыг бүрэн хийдэггүйгээс эхийн эндэгдэл цөөнгүй гарч байна.

Жирэмсэн эхчүүдийн хөдөлмөр амралтыг зөв зохицуулах, төрлөгийг зохистой удирдах хангалтгүй байгаагаас сүүлийн жилүүдэд хүүхдийн төрөхийн гэмтлүүд буурахгүй байна. Перинаталь үеийн эндэгдлийг багасгах, эх, ургийг хамгаалах ажил эх барих эмэгтэйчүүдийн хэсгийн гол ажил байх ёстой. Энэ талаар зохиогдож байгаа ажил эхлэлийн төдий байна.

Хүүхдийн хэсгүүд хүүхдийг зөв өсөж бойжиход гол үүрэг хүлээсэн газар юм.

Хүүхдийн хэсгийн ажиллагааг боловсронгуй болгож ойрын ирээдүйд эмнэлэг үйлчилгээг хүүхдийн амбулатори-поликлиникийн тусламжийн хэлбэрээр зохион байгуулах шаардлагатай байна.

Гэхдээ хэсгийн үйл ажиллагаанд үйлчлэх хүрээний нутаг дэвсгэрийн байдлыг харгалзах ёстой.

Хүүхдийн хэсэг бүр ойрын хугацаанд 3 хүртэлх насны хүүхдийг гэрээр үйлчлэх ажилд шилжих нь зүйтэй. Ингэснээр бага насны хүүхдийг диспансерчлах ажилд чанарын оөрчлөлт гарна. Хүүхдийн хэсгийн эмчийн гол үүрэг бол эцэг эхчүүдэд зөвлөлтөө өгөх, өвчнөөс урьдчилан сэргийлэх ажил зохиох юм.

Хүүхдийн хэсэг нь бага насны хүүхдийг витаминжуулах, чийрэгжүүлэх, тэдгээрийн өсөлтөд байнга хяналт тавих рахит, тэжээлийн хямрал зэрэг суурь өвчнөөс сэргийлэх ажилд нэн анхаарвал зохино. Бага насны хүүхдийн хоолыг зөв зохицуулан хүүхэд бүрд тохирсон хоол өгч чадвал суурь өвчнөөс сэргийлж чадна.

Хэсгийн эмчийн нэн анхаарвал зохих зүйл нь урьдчилан сэргийлэх тарилгыг бүх хүүхдэд зөв хийх явдал мөн. Урьдчилан сэргийлэх тарилгыг хадгалах, тээвэрлэх, хугацаанд нь хийх журмыг зөрчсөнөөс улаан бурхан зэрэг өвчин гарсаар байна.

Хүүхдийн эмнэлгийн хэсгүүд өвчлөмтгий, суурь болон бусад өвчинтэй хүүхдийг эрт илрүүлэн эмчлэх, байнгын эрэлт хяналт хийхгүй байгаагаас эмнэлэгт хоног бололгүй эндэгдэх нь их байна. Хоног болоогүй эндэгдлийг бууруулах нь хүүхдийн эндэгдлийн түвшинг багасгах гол хүчин болж байна.

Ингэхийн тулд эмнэлгийн яаралтай болон сэхээн амьдруулах тусламжийн чанарыг эрс сайжруулан шинжлэх ухааны үндэстэй зохион байгуулах чухал. Гэтэл нэлээд аймгийн нэгдсэн эмнэлэг хүүх-

дийн больницын эмч нар сэхээн амьдруулах яаралтай тусламжийн арга үйлдлийг муу эзэмшсэн, сэхээп амьдруулах ашпарат багажийг зөв зохистой ажиллуулж чадахгүй байгаагаас шаардлагын хэмжээнд хүрч чадахгүй байна.

Хүүхдийн эмч нарын сэхээн амьдруулах тусламжийн мэдлэг дадлага ч сул байна.

Сургуулийн хүүхдийн эрүүл мэндийг хамгаалах, өвчнөөс урьдчилан сэргийлэх, ариун цэврийн болон эрүүлжүүлэх ажил хангалтгүй байгаад нийт эрүүлийг хамгаалах байгууллагын эмч нар зохих дүгнэлт хийвэл зохино. Ялангуяа сургуулийн насны хүүхдийн шүд, амны хөндийн өвчнийг эмчлэх, шүд хортойтохоос сэргийлэх явдал эмч нарын хойшлуулшгүй зорилт болоод байна.

Ер нь хүүхдийн нарийн мэргэжлийн тусламжийн хүртээмж, чанар, үр дүнг сайжруулахад төлөвлөгөөтэй нэгдсэн бодлого явуулж хөгжүүлэх чухал.

Хүүхийг зөв хооллох нь эрүүл чийрэг өсөж торнихын гол үндэс байдаг. Нэг хүртэлх насны хүүхдийг эхийн сүүгээр тэжээхэд эмч нар л хүчин чармайлт гаргах ёстой. Орон нутгийн хүнсний нөөц бололцоог ашиглан сүү, мах, ногоо, жимсний төрөл бүрийн хоолны нэр төрлийг олшруулах тэдгээрийн жор, технологийг орчин үеийн шинжлэх ухааны үндсэн дээр боловсруулахад эрдэм шинжилгээний байгууллагын ажилтан, эмч нар анхаарч ажиллах ёстой.

Эмч, эмнэлгийн ажилтан нараас эцэг, эхчүүдэд хүүхэд асарч сувиллах арга барилыг зааж сургах, эрүүл аж төрөх ёсыг эзэмшүүлэхэд туйлын их анхаарал тавих шаардлагатай байна.

Хүүхэд, эмэгтэйчүүдийн хэсэг, зөвлөлгөөн өгөх газруудад залуу эхчүүдийн сургуулийг тохирсон үр ашигтай арга хэлбэр олж системт сургалт явуулах ажлыг өргөн зохиох ёстой. Эрүүл ахуй, ариун цэврийн зөв дадал заншлыг хүүхэд ахуй наснаас нь сургах нь л үр дүнд хүрч чадна. Тус улсын хүн амын өвчлөл, нас хүйсний бүтцийн онцлогоос эх, хүүхдийн эрүүл мэндийг хамгаалах ажлыг нэг хэсэгтээ давамгайлан хөгжүүлэх явдал эрүүлийг хамгаалахын зохион байгуулалтын гол зарчим болох нь тодорхой байна. Эх нялхсыг хамгаалахын тэргүүний ажилтны улсын зөвлөлгөөнөөс гаргасан шийдвэрийг амьдралд бүтээлчээр хэрэгжүүлж МАХН-ын IX бүгд хурлын шийдвэр, дүгнэлтийг мөрдлөг болгон эх, хүүхдийн эрүүл мэндийн үзүүлэлтийг эрс сайжруулан өвчлөл, эндэгдлийг тууштай бууруулах явдал манай эрүүлийг хамгаалахын нийт байгууллага, эмч, эрдэмтэд, эмнэлгийн ажилтны хойшлуулшгүй нэн чухал зорилт болж байна.

## ЭХ, ХҮҮХДИЙН ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ТӨЛӨӨ

Эх нялхсыг хамгаалахын тэргүүний ажилтны улсын зөвлөлгөөн Улаанбаатар хотод 1984 оны 11-р сарын 1—2-ны өдрүүдэд боллоо.

Тус зөвлөлгөөнд МАХН-ын Төв Хорооны Улс төрийн Товчооны гишүүн, Намын Төв Хорооны дэргэдэх Намын хянан шалгах хорооны дарга Б. Дэжид, МАХН-ын Төв Хорооны Улс төрийн Товчооны гишүүн, Намын Төв Хорооны нарийн бичгийн дарга Ц. Намсрай, Намын Төв Хорооны зарим хэлтсийн эрхлэгчид, БНМАУ-ын Эрүүлийг хамгаалах Яамны сайд Д. Ням-Осор нар болон тус зөвлөлгөөнд уригдан ирсэн ЗХУ-ын Эрүүлийг хамгаалах байгууллагын төлөөлөгч зочид оролцов.



Зөвлөлгөөний хүндэт тэргүүлэгчдээр МАХН-ын Төв Хорооны ерөнхий нарийн бичгийн дарга Ж. Батмөнх тэргүүтэй МАХН-ын Төв Хорооны Улс төрийн Товчоог сонгох саналыг БНМАУ-ын хүний гавьяат эмч Н. Гэндэнжамц гаргахад зөвлөлгөөнд оролцогчид суудлаасаа босож алга ташин баяр хүргэж, халуун дотно хүлээн авав.

МАХН-ын Төв Хороо, БНМАУ-ын Сайд нарын Зөвлөлөөс тус зөвлөлгөөнд ирүүлсэн баярын бичгийг МАХН-ын Төв Хорооны Улс төрийн Товчооны гишүүн, Намын Төв Хорооны дэргэдэх Намын хянан шалгах Хорооны дарга Б. Дэжид уншиж гардууллаа.

Зөвлөлгөөнд "Эх, хүүхдийн эрүүл мэндийг хамгаалах ажлыг чанарын шинэ шатанд гаргая" гэсэн илтгэлийг БНМАУ-ын Сайд нарын Зөвлөлийн орлогч дарга Д. Цэвэгмид тавив.

Нөхөр Д. Цэвэгмид илтгэлийнхээ эхэнд: Манай орны хөдөлмөрчид МАХН-ын III их хурал хураадсаны болон БНМАУ-ыг тунхагласны түүхт 60 жилийн ойг улс төр, хөдөлмөрийн өндөр идэвх өрнүүлэн угтаж байгаа үед эх нялхсыг хамгаалахын тэргүүний ажилтны улсын зөвлөлгөөн болж байна гээд МАХН-ын Төв Хороо, Сайд нарын Зөвлөлөөс эх нялхсыг хамгаалахын тэргүүний ажилтны улсын зөвлөлгөөнд ирүүлсэн баярын бичгийг тус зөвлөлгөөнд оролцогчид нам, засгийн хүндэт даалгавар гэж маш их баяртай хүлээн авлаа.

Баярын бичигт дэвшүүлсэн зорилт итгэж найдсан хариуцлагатай хүндтэй үүргийг цаг алдалгүй ширхэгчлэн биелүүлнэ гэдгээ та нөхдийн болон эх нялхсыг хамгаалахын бүх ажилтан, ажилчдын өмнөөс МАХН-ын Төв Хороо, БНМАУ-ын Сайд нарын Зөвлөлд батлан илэрхийлж байна гэв.

Илтгэгч цааш нь хэлэхдээ: — Манай нам засаг ардын хувьсгалын анхны өдрөөс эхлэн хүн амын ялангуяа эх нялхсын эрүүл мэндэд онцгойлон анхаарч, нийгэм эдийн засаг, анагаах ухааны дэс дараатай, олон чухал арга хэмжээ авч хэрэгжүүлсэн бөгөөд тэдгээрийг БНМАУ-ын хууль тогтоомжоор бататгасан юм гээд ЗХУ-аас үзүүлсэн энэрэнгүй, өгөөмөр их тусламж, зөвлөлтийн эмч мэргэжилтний баатарлаг нөр хичээнгүй хөдөлмөр нь дэвшилт ардчилсан шинж чанартай, ардын эрүүлийг хамгаалах хэрэг, эх нялхсын анхны байгууллагыг үүсгэн хөгжүүлэх, хэдэн арван мянган эх хүүхдийн амь насыг аварч эрүүл саруул, энх тунх амьдруулахад онцгой үүрэг гүйцэтгэсэн билээ.

Зөвлөлтийн эмч, эмнэлгийн ажилтны түмэн ачит гавьяаг манай үеийнхэн машинд хүндэтгэн үнэлдэг бөгөөд бидний хойч үе ч мөнхөд дурсан санаж, ямагт талархаж явах болно гэж тэмдэглэв.

Сүүлийн жилүүдэд эх хүүхдийн байгууллагын цэг салбар олширч материаллаг бааз нь бэхжин, боловсон хүчний хангамж сайжирсаар байна. Одоо хүүхдэд эмнэлгийн 17 төрлийн нарийн мэргэжлээр тусламж үзүүлдэг болж, эх нялхсын эмнэлэг, үйлчилгээнд орчин үеийн багаж, аппарат, оношлогоо эмчилгээний олон арван шинэ арга, тэргүүн туршлага нэвтэрч байна гэж илтгэгч тэмдэглээд зөвлөлгөөний шийдвэрийг амжилттай хэрэгжүүлж нам, улс, олон нийт, хоршооллын байгууллагаас эх нялхсын эрүүл мэндийг хамгаалах ажлыг бүх нийтийн үйл хэрэг болгож, хуримтлуулсан баялаг туршлагыг нийтэд дэлгэрүүлж эмнэлгийн ажилтан, ажилчин нэг бүрийн мэдлэг, мэргэжлийг байнга дээшлүүлж тэдний ухамсар сахилга, хариуцлага зохион байгуулалтыг улам сайжруулахын чухлыг онцлон дурдав.

Тус зөвлөлгөөн дээр зөвлөлтийн төлөөлөгчдийн тэргүүн К. А. Сотникова хэлэхдээ, зөвлөлтийн хүмүүс бид танай энхийн төлөө тэмцлийг өндөр үнэлдэг юм. Бидний хамтын ажиллагаа өд-

рөөс өдөрт улам батжин бэхжиж байна. Эх үрсийн төлөө тавьж байгаа та бүхний анхаарал халамж нь бидний бахархлыг төрүүлж байдаг юм.

Манай хоёр орны эх нялхсын байгууллагын хамтын ажиллагаа сайн үр дүнд хүрч байна гэж онцлон тэмдэглэв.

Зөвлөлгөөнд тавьсан илтгэлтэй холбогдуулж БНМАУ-ын Ардын Их Хурлын депутат их эмч Х. Хаш-Иш, Улаанбаатар хотын эрүүлийг хамгаалах газрын дарга П. Бямбаа, МҮЭ-ийн Төв Зөвлөлийн дарга Б. Лувсанцэрэн, Монголын эмэгтэйчүүдийн хорооны дарга Л. Пагмадулам, Дорнод аймгийн худалдаа бэлтгэлийг удирдах газрын дарга Л. Мижиддорж нарын зэрэг олон хүн үг хэлж, эх үрсийн эрүүл мэндийг сахин хамгаалах үйлсэд албан байгууллага, үйлдвэр аж ахуй, соёл үйлчилгээний газрууд их туслалцаа үзүүлж байгаа тухай яриу.

Зөвлөлгөөнийг БНМАУ-ын Эрүүлийг хамгаалах Яамны сайд Д. Ням-Осор хаав.

Зөвлөлгөөнөөс манай орны бүх эмч, эмнэлгийн ажилтан, ажилчид, улс, олон нийт, хоршооллын байгууллагын ажилтан, хөдөлмөрчдөд хандаж уриалга гаргалаа.

Мөн тус зөвлөлгөөнд оролцогчдоос дэлхийн олон нийтэд хандаж мэдэгдэл гаргав.

Эх, нялхсыг хамгаалах тэргүүний ажилтны улсын зөвлөлгөөн нь МАХН-ын XVIII их хурлаас ард түмний эрүүлийг хамгаалах талаар дэвшүүлсэн зорилтыг хэрэгжүүлэх ажлыг улам эрчимжүүлж эх үрсийн эрүүл мэндийг хамгаалах үйлсийг чанарын шинэ шатанд гаргахад чухал ач холбогдолтой боллоо.

Зарим төлөөлөгчийн хэлсэн үгийг товчлон нийтлэв.

**Эрүүлийг хамгаалах Яамны сайд Д. Ням-Осор:**

— Аймгийн төвүүдэд хүүхдийн амбулатори байгуулж насанд хүрэгчдийн үйлчилгээтэй зарим үйлчилгээг хослуулан давын өмнө чих, хамар хоолой, шүд, рентген, лабораторитой ажиллуулах боломжийг манай эрүүлийг хамгаалах газрууд муу ашиглаж байна.

Улаанбаатар хотод ч хэсгийн амбулатори, нэгдсэн хэсгүүд байгуулах ажлыг дорвитой хийхгүй байна.

Оношийг үндэстэй тавьж, эмчилгээг тууштай явуулах боломж муутай, хүүхдийн эмнэлгийн олон жижиг хэсгийг нэгтгэн поликлиник, хэсгийн амбулатори, нэгдсэн хэсэгт төвлөрүүлж холбоо, тээврийн хэрэгслээр хүрэлцээтэй хангаж ажиллуулах нь зүйтэй юм. Тэгэхдээ эмнэлгийн тусламжийг хүн амд ойртуулах зарчмыг алдагдуулж болохгүй.

Эрүүлийг хамгаалахын материал, санхүү, боловсон хүчний бүх потенциалыг эх, хүүхдийн эрүүл мэндийг хамгаалахад зориулах ажилд, эргэлт хийх цаг нэгэнт болсон байна.

Аймаг, хотын Эрүүлийг хамгаалах газрууд нарийн мэргэжлийн эмч бэлтгэх бодлого явуулахгүй сав л хийвэл төвөөс эмч дуудаж суудаг болсон байна.

Аймаг, хотын хүүхдийн больницуудад нэг хоног болохгүй нас барах тохиолдол их байна. Түүний гаднын шалтгааныг судлан илрүүлж арилгах зохион байгуулалтын шийдвэртэй арга хэмжээ авахын зэрэгцээ, сэхээн амьдруулах тусламжийг хүүхдийн больниц, тасаг бүрт жинхэнэ ёсоор зохион байгуулж, мэргэжлийн боловсон хүчнээр хангах явдал онцгой асуудал болж байна.

Аймаг бүр жил тутам дунджаар хагас сая төгрөгийн машин, тоног төхөөрөмж авч байна. Гэтэл олгосон багаж төхөөрөмжийг үр ашиггүй энд тэнд цацах, ашиглахгүй байх, эвдэж гэмтээх явдал ч бүрэн арилаагүй байна.

Энэ дутагдлыг арилгаж, эрчимт эмчилгээ, сэхээн амьдруулах тасгийг юуны өмнө хүүхдийн эмнэлгүүдэд байгуулах асуудлыг 1985 онд үндсэнд нь шийдэх зорилт дэвшүүлж байна.

Одоо сурагчдын 60 гаруй хувь нь шүдний өвчтэй, архаг тонзилиттой байгаа явдал энэ төрлийн тусламжийг суурин ба явуулын хэлбэрээр өргөн хүрээтэй зохион байгуулахыг шаардаж байна. Энэ ажилд хуучин арга барилаар огт хандаж болохгүй.

Нөгөө нэг чухал асуудал нь зарим аймаг, сумын удирдах нөхдөөс эхлээд үйлдвэр, албан газар, байгууллагын дарга, эрхлэгч нар хүн ам, айл өрхийн аж амьдрал, хамт олны болон тэдний үр хүүхдийн эрүүл мэндийн байдлыг огт мэдэхгүй, сонирхдоггүй судалгаа тооцоо байхгүй байх явдал цөөнгүй байна. Жирэмсэн эмэгтэйчүүдийн хөдөлмөр зохицуулалтыг цаг тухайд нь хийхгүй, хүнс тэжээлийн хангамжийг анхаарахгүй хүүхдийг нь гаран гаргал малыг нь авахгүй байх тохиолдол ч мэр сэр үзэгдэж байна.

Хүүхдийг жилийн 4 улиралд сүүгээр хангах нам, засгийн тогтоол зөрчиж саалийн ферм байгуулаагүй аймаг, сум олон байна.

Үүний зэрэгцээ хүн ам, ялангуяа өсвөр үеийнхэнд ариун цэвэр, эрүүл ахуйн хүмүүжил олгох, эрүүл аж төрөх ёс хэвшүүлэх ажлыг бүх байгууллага хамтын хүчээр зохион байгуулж наад зах нь хүнийг хоол унд хэрэглэхийн өмнө гараа угаадаг заншилтай болговол гепатит мэтийн аюулт өвчнөөс нийт хүн ам, ялангуяа хүүхдийг сэргийлж өвчлөл, эндэгдлийг бууруулж чадна. Эрүүл аж төрөх ёсны хүмүүжил олгох явдал бол дайвар асуудал биш, шинэ хүн төлөвшүүлэх иж бүрэн арга хэмжээний бүрэлдэхүүн хэсэг учраас энэ ажилд оролцохгүй удирдах хүн, сэхээтэн байж болохгүй юм.

#### **Эрүүлийг хамгаалах Яамны орлогч сайд Ж. Раднаабазар:**

— Өнөөдөр манай орны нийт хүн амын 46,7 хувийг 16 хүртэлх насны хүүхэд эзлэх болов. Гэвч манай улсад эх, нялхсын өвчлөл эндэгдлийн түвшин ЭЗХТЗ-ийн гишүүн орнуудтай харьцуулахад их байна. Энэ бол юуны өмнө хүүхдийн эрүүл мэндийг удирдан зохион байгуулж байгаа Эрүүлийг хамгаалах Яам тулгамдсан гол асуудлыг шийдвэрлэхэд удирдлага зохион байгуулалт, хөрөнгө хүч нөөц бололцоогоо чиглүүлэн ажиллаж чадаагүйтэй холбоотой гэж үзэж байна. Эх нялхсын эрүүл мэндийг хамгаалах ажлыг бүх нийтийн үйл хэрэг болгон өрнүүлэхийг эрүүлийг хамгаалах байгууллага, эмч эмнэлгийн ажилтан нар гартаа авч санаачлан гүйцэтгэх нь нэл чухал байна. Судалгаанаас үзэхэд нялхсын эндэгдлийн шалтгааны 80 орчим хувийг амьсгалын замын эмгэг, эхчүүдийн эндэгдлийн нэгдүгээрт төрөлтийн цус алдалт байгаа юм. Эдгээр өвчнийг бууруулах, тууштай урьдчилан сэргийлэх арга замыг эх нялхсын эрдэм шинжилгээний байгууллага судалж, зааж өгөх ёстой.

Хүүхэд, нялхсын өвчлөл, эндэгдлийг бууруулахад нөлөөлж байгаа хэд хэдэн хүчин зүйл байна.

Юуны өмнө эцэг, эхчүүдийг хүүхдээ зөв асарч сувилах арга барилд сургах, хүүхдийг тохирсон хоол тэжээлээр хангах явдал юм. Өөрийн орны бололцоог ашиглан хүүхдийн хоолны нэр төрлийг олшруулах, гадаадаас авч байгаа бүтээгдэхүүнийг зөв зохистой хуваарилах, худалдах ажлыг улам боловсронгуй болгох ажил шаардагдаж байна.

Витаминжуулахад зөвхөн эмээр бус жимс, ногоо ашиглах нь чухал байна. Хүүхдийн хэсэг, өвчтэй хүүхдийг эмчлэх ажилд ихэнх цагаа зарцуулж урьдчилан сэргийлэх ажлыг хийхгүй байгаа дутагдал амь бөхтэй байна.

Эх, нялхсын байгууллагуудад багагүй туршлага гарч байна. Эдгээр туршлага хөдөө орон нутагт удаан нэвтэрч байгаад эрүүлийг хамгаалах газрууд тусгайлан анхаарч ажиллавал зохино. Хүүхдийн эмнэлэг, хэсгүүд өвчтэй хүүхдийг эрт илрүүлэх, байнгын эргэлт хийхгүй, диспансерийн хяналтыг тууштай зохион байгуулан гүйцэтгэхгүй байгаагаас эмнэлэгт ирээд хоног болоогүй эндэгдэх явдал буурахгүй байна. Эмнэлгийн хоног болоогүй эндэгдлийг бууруулах арга зам нь хүүхдийг сульдаа, тэжээлийн хямралаас сэргийлэх, витаминжуулах, чийрэгжүүлэх явдал юм. Бас хүүхдэд үзүүлэх яаралтай болон сэхээн амьдруулах тусламжийг сайтар зохион байгуулах нь чухал ач холбогдолтой.

Аймгийн нэгдсэн эмнэлгүүдийн сэхээн амьдруулах тасаг, палат шаардлагын хэмжээнд хүрч ажиллаж чадахгүй байгаа бөгөөд ялангуяа эмч нар өндөр хүчин чадалтай аппарат багажийг муу эзэмшиж байна.

Хүүхдийн цочмог халдварыг бууруулах, устгах гол арга бол урьдчилан сэргийлэх тарилгыг бүх хүүхдэд зөв зохистой хийх явдал юм.

— Бас ойрын жилүүдэд эмнэлгийн практикт гепатитаас сэргийлэх тарилгыг нэвтрүүлэх нь зүйтэй байна.

Амны хондийн өвчнүүд хүүхдэд олон төрлийн хүнд эмгэг үүсэх эжлэл болдог учраас сургуулийн хүүхдийн шүд, амны хондийг эрүүлжүүлэхэд онцгой анхаарч, сайн зохион байгуулж ажиллах хэрэгтэй байна.

**Дархан хотын АДХ-ын гүйцэтгэх захиргааны дарга Н. Төмөрхуяг:**

Манай хотод эмэгтэйчүүд, хүүхдийн эрүүл мэндийн байдалд судалгаа хийж, дүгнэлт гарган 1980 онд хотын намын хорооны бүгд хурлаар хэлэлцэж, тогтоол гарган эх, нялхсын эрүүл мэндийг хамгаалах ажлыг бүх нийтийн үйл хэрэг болгох зорилтыг дэвшүүлэн нам, улс, олон нийтийн байгууллага, хөдөлмөрчдийг энэ ажилд өргөн оролцуулах, эх нялхсын байгууллагын материаллаг баазыг бэхжүүлэх, хүүхдийн хүнсний хангамжийг сайжруулах, хүн амын дунд зохиох эмнэлэг, гэгээрлийн сургалт сурталчилгааны ажлыг өргөн хүрээтэй болгох таван жилийн төлөвлөгөөтэй ажиллаж байгаа юм.

Сүүлийн жилүүдэд хотынхоо нөөц бололцоог ашиглан 4 сая гаруй төгрөгийн 10 гаруй байшин барилгыг аж ахуйн аргаар барих, хот, үйлдвэр албан газрын хөрөнгөөр тоног төхөөрөмж, бусад зүйл авч өгөх зэрэг ажил хэвшиж байна.

Манай үйлдвэр аж ахуйн газрууд ажилчин, албан хаагчдынхаа нэг хүртэлх насны хүүхдэд хоногт 0,5 л сүү үнэгүй олгох, эх, хүүхдэд тэтгэмж олгох, байр сууц тохижуулах, туслах аж ахуй хөгжүүлэх, хүнс, ногоо, жимсээр хангах зэрэг ажил зохиож байна.

Хотын АДХ-ын 1981 оны 8 дахь удаагийн сонгуулийн 6 дахь чуулганаар тохижилт, соёлжилт, ариун цэврийн асуудал хэлэлцэж, үлгэр жишээ соёлч хот болох зорилт дэвшүүлэн дэс дараатай арга хэмжээ авч хэрэгжүүлж байна. Улсаас олон хүүхэдтэй эхэд олгож буй тэтгэвэр тэтгэмж, жирэмсэн эхэд олгож буй амралтын мөнгийг аль болохоор эмэгтэйчүүд, хүүхдэд нь тэдний эрүүл мэндийг хамгаалахад нь зарцуулж байх асуудлыг ч үйлдвэрчний болон эмэгтэйчүүдийн байгууллагууд гардан хариуцаж байх нь чухал байна.

Ойрын жилүүдэд бүх шугамаар зохиогдож буй удирдах ажилтан, сонгуультны семинар, курст хүн ам ялангуяа эх нялхсын эрүүл мэндийг хамгаалах талаар аргачилсан зөвлөлгөө, хичээл заадаг болгох нь зүйтэй юм.

Хүүхэд асарч сувилах арга барилд залуу эх, эцгийг сургаж ардын их сургуулийг төвлөрсөн газруудад эмэгтэйчүүд, улаан залгалмай нийгэмлэг, эрүүлийг хамгаалах байгууллагаас зохион байгуулдаг журамтай болгох нь зүйтэй байна.

**Архангай аймгийн АДХ-ын гүйцэтгэх захиргааны дарга Б. Раани:**

Тус аймгийн намын хороо, АДХ-ын гүйцэтгэх захиргаа, эх, хүүхдийн эрүүл мэндийг хамгаалах, эх нялхаст үзүүлэх тусламж, эмчлэн сэргийлэх ажлын чанар, үр нөлөөг дээшлүүлэх, эх хүүхдийн байгууллагын материаллаг баазыг бэхжүүлэхэд чиглэгдсэн нэлээд арга хэмжээ авч хэрэгжүүлж байна.

Аймгийн АДХ-ын гүйцэтгэх захиргаа сүүлийн 5 жилд Цэцэрлэг хотод хүүхдийн поликлиникийн биеэ даасан барилгатай болгож их засвар хийлгэн бүрэн төхөөрөмжлөн, зуны улиралд сульдаа тэжээлийн доройтолтой, архаг хатгаатай хүүхдийг нар, ус ашиглан эмчлэх яслийн барилга баруулан 30 ортойгоор ажиллуулах, хүүхдийн больницод сахиулгүй үйлчилгээг бий болгох, Цэцэрлэг хотод хүүхдийн хүнсний барааны дэлгүүр, хоолны газар, нэгдсэн эмнэлэгт 10 ортой сэхээн амьдруулах тасаг нээж ажиллуулах, мал аж ахуйн дөрвөн бригадад бага эмчийн салбар, төрөх тасгийн барилгыг шинээр баруулах зэрэгт улсын төсвөөс гадуур 600,0 гаруй мянган төгрөг зарцуулсан юм. Энэ ажлын үр дүнд Цэцэрлэг хотод нялхсын эндэгдэл өнгөрсөн оны мөн үеэс 8 промиллоор буурсан юм.

Хүн ардын ялангуяа эх нялхсын эрүүл мэндийг сахин хамгаалах талаар нам засгаас гаргасан хууль дүрэм, тогтоол шийдвэрийг биелүүлэх талаар зохиож байгаа ажил, авч хэрэгжүүлж байгаа зарим арга хэмжээ, ажлын аятай эхлэл байгаа боловч манай ажил нам засгаас тавьж байгаа өнөөгийн шаардлагаас хоцорч байгаа юм.

Тухайлбал эх нялхсын эндэгдэл тууштай буурахгүй, энэ үзүүлэлт улсын дунджаас өндөр байгаа дутагдал арилахгүй байгаа нь өвчлөл эндэгдлийг бууруулах нийгмийн болон эрүүлийг хамгаалахын нэгдсэн арга хэмжээг үр дүнтэй явуулж чадаагүйтэй холбоотой юм.

Тус аймагт бага насны хүүхдийн дунд сульдаа, тэжээлийн доройтол, шүүдэст эмгэгшил зэрэг өвчний эзлэх хувийн жин 40 шахам хувьтай байгаа нь урьдчилан сэргийлэх, эмчлэн эрүүлжүүлэх ажил шаардлагын хэмжээнд хүрээгүй, дээрх өвчнөөс урьдчилан сэргийлэх гол хүчин зүйлийн нэг болох хоол тэжээлийн асуудлыг хараахан шийдвэрлэж чадаагүйтэй холбоотой.

Эрүүлийг хамгаалах хуулийг биелүүлэх, эх нялхсын эрүүл мэндийг хамгаалах ажилд улс, олон нийт, хоршоолол, үйлдвэр аж ахуйн газруудын хүч анхаарлыг бүрэн чиглүүлж чадаагүй байгаадаа бид зарчмын дүгнэлт хийж байна.

Тус аймгийн хүн амын 42,6 хувийг 16—49 насны эмэгтэйчүүд, 46,3 хувийг 0—16 насны хүүхэд эзэлж байгаа нь орон нутгийн эмнэлэг урьдчилан сэргийлэх болон улс, олон нийт, аж ахуй соёлын байгууллага, АДХ-ын гүйцэтгэх захиргааны өмнө шинэ өндөр шаардлага тавьж, эх үрсийн эрүүл мэндийг хамгаалахад, энэ ажлын удирдлага зохион байгуулалтыг улам шуурхай боловсонгуй болгохыг зүй ёсоор шаардаж байна.

**БНМАУ-ын Хөдөө аж ахуйн Яамны сайд, Нэгдлийн холбооны дээд зөвлөлийн дарга С. Содномдорж:** — Хөдөө аж ахуйн байгууллага эх нялхсын эрүүл мэндийн талаар авч байгаа ажлын хэсгээс товч ярьж!

Манай хөдөө аж ахуйн нэгдлүүдэд 1976 онд төрөхийн өмнөх байр 290 ажиллан, 837 ортой байсан бол одоо бүх сум нэгдлүүдэд 958 ортойгоор ажиллаж зөвхөн 1983 онд 9427 эхчүүдийг төрөхийн өмнөх байраар үйлчилж 9,4 сая төгрөгийг хоршооллын хөрөнгөнөөс зарцууллаа.

Төрөхийн өмнөх байрыг аль болох өөрийн гэр орны нөхцөлд ойртуулж тоноглох, материаллаг баазыг нь дээшлүүлж байгаа Говь-Алтай аймгийн нэгдлийн зөвлөлийн туршлагыг бусад аймаг сумдад нэвтрүүлэх нь зүйтэй юм.

1981—1983 онд хөдөө аж ахуйн хоршооллын нэгдэл дундын үйлдвэрүүд улсын төсөв төлөвлөгөөтэй их эмчийн салбар 6, эмийн сан 4, сургуулийн хичээлийн болон дотуур байр 37-г барьж ашигдалтад өгсөн нь хүүхэд, эхчүүдийн төлөө хоршоолсон барилгачдын хийж байгаа бүтээл юм. 1981—1984 онд 5 суманд цэцэрлэг яслийн комбинатыг барив.

МАХН-ын Төв Хороо, БНМАУ-ын Сайд нарын Зөвлөлийн 1962 оны 84/85-р тогтоолыг хэрэгжүүлж сум нэгдлүүдийг төрөхийн өмнөх байртай болгосноос гадна Баянхонгор, Хөвсгөл, Архангай, Говь-Алтай аймгийн нэгдэл дундын үйлдвэрүүд аймгийн төвдөө эхчүүдийн амрах байрыг байгуулан аймгийн хэмжээний эхийн эндэгдлийг бууруулах талаар эдгээр аймгийн нэгдлийн зөвлөлүүд ихээхэн санаачилга гарган ажиллаж байна.

Эх нялхсын эндэгдлийг тууштай бууруулахад юуны өмнө хот суурин газрын I хүртэлх насны хүүхдийн хоол тэжээлийн асуудлыг бүрэн шийдвэрлэх явдал чухал юм.

Дорноговь аймгийн Хатаабулаг, Улаанбадрах суманд 0—1 насны тэжээвэр хүүхдийг сүүгээр бүрэн хангаж байхад хангайн бүсийн аймагт хүүхдийн сүүгээр хангах асуудал шийдвэрлэгдэхгүй байгаа нь тэр сум нэгдлийн удирдлагын арга барилтай шууд холбоотой юм.

Санаачлан ажиллавал тухайн нутаг дэвсгэрийн 0—1 насны хүүхдийг сүү цагаан идээгээр хангах бодит бололцоо манайд байгаа юм.

#### **Цаашид:**

— Эрүүлийг хамгаалах байгууллага, хөдөө аж ахуйн байгууллагын аймаг орон нутаг дахь цэг салбарын ажил төрлийн уялдааг сайжруулах.

— Мал аж ахуйн кампанит ажил эхлэхийн өмнө эхчүүд эмэгтэйчүүдэд урьдчилан сэргийлэх үзлэг хийж өвчин гарсан хүмүүсийг эрүүлжүүлэх арга хэмжээ авах.

— Нэгдэлчдийн амралт, төрөхийн өмнөх байрын эмнэлэг үйлчилгээний ажилчдыг эмчлэн сэргийлэх ажлаас нь хөндийрүүлэнгүйгээр зохион байгуулах хэрэгтэй байна.

Эрүүлийг хамгаалах ажил бол зөвхөн хүмүүсийн эрүүл мэндийг хамгаалах, амьдрал ахуйн асуудал төдий бус социалист нийгмийн үйлдвэрлэх хүчнийг зузаатган хөдөлмөрийн чадварыг дээшлүүлэх улс төр нийгэм эдийн засгийн чухал асуудал учраас манай хөдөө аж ахуйн байгууллага төлөвлөгөөт зорилтыг биелүүлэх асуудлыг хүмүүсийн эрүүл мэнд, хөдөлмөр хамгаалалтай нягт холбон тавьж нэгдэлч малчид тэдний үр хүүхдийн эрүүл мэндийг хамгаалах талаар их зүйлс санаачлан хийх шаардлагатай байна.

#### **БНМАУ-ын Худалдаа бэлтгэлийн Яамны сайд Б. Шаравсамбуу:**

Манай орны хүн ам жилээс жилд түргэн хурдацтай өсөж, улам залуужин хөдөлмөрчдийн материаллаг аж байдал, соёлын түвшин дээшлэхийн хэрээр өргөн хэрэгцээний барааны эргэлт хэрэгцээ улам нэмэгдэж, хүүхдийн хүнс, хувцасны хангамжийг сайжруулах шаардлага өсч байна.

Бараа хангамжийн байдал өнөөгийн худалдан авагч, өсвөр үеийнхний эрэлт шаардлагыг тэр бүр бүрэн хангаж чадахгүй байгаа нь бидний анхаарлын төвд байнга байх асуудал болж байна.

Энэ асуудлыг шийдвэрлэхэд барааны хангамж, хуваарилалт, худалдаалалтыг сайжруулах, салбар хоорондын үйл ажиллагааг на-

рийн уялдуулан зохицуулах талаар анхаарлаа төвлөрүүлэх зарим асуудал байгааг тодруулж ярьв.

Хүүхдийн хүнс тэжээлийн хангамж жил бүр өсч байгаа боловч нэр төрөл, бүтцийн хувьд тэдний хэрэгцээг бүрэн хангаж чадахгүй байна. Ялангуяа 0—3 сартай хүүхдийн хоол тэжээл дутагдалтай байна.

Эхийн сүү орлох хоол тэжээлийн зүйлийг аймаг, хот төв суурин газарт үйлдвэрлэлийн аргаар бэлтгэх, худалдаалах ажлыг өргөжүүлэх шаардлагатай байна. Энэ зорилгоор эх, нялхсын байгууллагыг өөрийн туслах аж ахуйтай болгож байнгын хангамжийн системд шилжүүлж болох юм.

Гурваас дээш сартай хүүхдийн хоол, тэжээлийн нэр төрлийг олшруулан хэмжээг нэмэгдүүлж хот хөдөөд жигд худалдах шаардлагатай байна.

Жирэмсэн эмэгтэйчүүд, хөхүүл эхчүүдийн хоол тэжээлийн зүйлийн хангамжийг сайжруулах тэдний хэрэглээний онцлог үед зохицсон хувцас, хэрэглэлийг элбэгжүүлэх нь эх нялхсын эрүүл мэнд, өсөлт торшилтод чухал ач холбогдолтой юм. Ялангуяа өвөл, хаврын улиралд эхчүүдийг сүү, сүүн бүтээгдэхүүн, ургамал амьтны гаралтай тос, жимсний төрлийн бүтээгдэхүүнээр хангаж байх шаардлагатай байна. Энэ асуудал ялангуяа говь хээргийн бүсийн аймгуудад хүндрэлтэй байдгийг зориуд анхаарч арга хэмжээ авах болно.

**БНМАУ-ын Ардын боловсролын Яамны нэгдүгээр орлогч сайд Б. Даваасүрэн:**

Сүүлийн жилүүдэд хүүхдийн байгууллагын материаллаг бааз бэхжиж олон нийтийн зүгээс тавих анхаарал сайжран хүүхэд багачуудыг эрүүл чийрэг өсгөн бойжуулах, боловсон зөв хүмүүжүүлэх боломж улам өргөжиж байна.

Хүүхэд багачуудын эрүүл мэндийг хамгаалан бэхжүүлэхэд ясли, цэцэрлэг ихээхэн анхаарал тавьж ясли цэцэрлэгийн хүүхдийн өдрийн дэглэм, хүүхдэд эрүүл ахуйн дадал хэвшил эзэмшүүлэх ажил Ардын боловсролын Яамнаас батлагдсан „Хүүхдийн цэцэрлэгийн хүмүүжил сургалтын программ“, „яслийн хүмүүжил сургалтын программ“-ын дагуу явагдаж байна.

Гэвч ясли цэцэрлэгийн хүүхдийн эрүүл мэндийг бэхжүүлэх, арцун цэврийг сайжруулах, сургуулийн өмнөх насны хүүхдийн байгууллагад ажиллах боловсон хүчнийг бэлтгэх ажилд нилээд дутагдал оршиж ясли цэцэрлэгийн хүмүүжил сургалтын ажлыг хэвийн явуулахад зарим бэрхшээл тохиолдож байна.

Хүүхдийн цэцэрлэгийн бүлэг бүрийг асрагчтай болгох явдал хүүхдийн эрүүл мэндийг сахин хамгаалах, хүмүүжил сургалтын ажлыг хэвийн явуулахад чухал ач холбогдолтой юм.

Ясли цэцэрлэгийн хүүхдийг эрүүлжүүлэх ажил зохиохын хамт тэдний бие бялдрын хөгжилд өмнөлөг-сургаг хүмүүжүүлэх хяналтыг тогтмол тавьж байх шаардлагатай байдаг. Иймд ясли, цэцэрлэг бүрд бага эмч юм уу сувиллагч ажиллаж байх шаардлагатай байна. Эдгээр хүмүүс нь хүүхдийн эрүүл мэндийн байдал, бие бялдрын өсөлтөнд судалгаа хийж түүний дагуу хүүхэд нэг бүртэй тодорхой ажиллан эрүүл мэндий нь бэхжүүлж бие бялдрын зөв өсөлтийг нь хангаж байх ёстой.

**Эрүүлийг хамгаалах Яамны эх нялхсын газрын дарга О. Норов**

— Эрүүл эхээс л эрүүл хүүхэд төрнө. Тийм учраас эрүүл ахуйн дадал заншилд хөдөлмөрчдийг сургах, жирэмснийг эрт илрүүлж түүнийг тээх эсэхийг тухай бүрд нь шийдэх, жирэмсний хугацаанд нэмүү өртөмгийг эхчүүдийг онцгой хяналтанд авах, хүндрэлээс урьдчилан сэргийлэх талаар манай өмнөлөг, урьдчилан сэргийлэх байгууллагуудаас зохиож байгаа ажил шаардлагын хэмжээнд хүрч чадах-

гүй байна. Манай улсын хүн ам залуужихын хэрээр залуу эхчүүдийн тоо олширч байна. Залуу эцэг, эхчүүд хүүхдээ асарч сувилгах арга барилыг мэдэхгүйгээс хүүхэд нь өвчинд нэрвэгдэх явдал цөөнгүй байна.

Энэ талаар ашиглах ном хэвлэл, гарын авлага хүрэлцээгүй, сургалт муу зохиогдож байна.

Залуу эхчүүд, ялангуяа жирэмсэн, нялх хүүхэдтэй оюутан эмэгтэйчүүдэд тавих анхаарал халамж тутаг байгаагаас хөхний сүү багадаа, эх, хүүхдийн бие сульдах, хүүхэд нь тэжээвэр болж өвчинд нэрвэгдэх явдал ч байна. Үүний тулд гэрлэх ёслолын орды дэргэд залуу гэр бүлд зөвлөлгөө өгөх кабинетыг байгуулах, үйлдвэрчин, залуучуудын улс төрийн сургуульд эрүүл аж төрөх ёсыг хэвшүүлэх, эрүүл ахуйн сэдвээр мэргэжлийн хүмүүсээр хичээл заалгаж байх нь зүйтэй юм.

**Хүүхдийн нэгдсэн II эмнэлгийн хэсгийн их эмч, БНМАУ-ын АИХ-ын депутат Х. Хаш-Иш:**

Социалист эрүүлийг хамгаалахын гол чиглэл болох урьдчилан сэргийлэх ажлыг далайцтай болгож хүн амыг диспансерийн аргаар үйлчлэн эмнэлгийн тусламжийг хөдөлмөрчдөд ойртуулах эмнэлэг үйлчилгээний шилдэг хэлбэр бол хэсгийн үйлчилгээ юм. Хэсгийн эмнэлэг бол эх хүүхдийн эрүүл мэндийг хамгаалах үндсэн нэгж билээ.

МАХН-ын XVIII их хурлаас жирэмсэн эхчүүд, 3 хүртэлх насны хүүхдийг диспансерийн хяналтанд бүрэн авахыг заасан заалт амжилттай хэрэгжиж одоо улсын хэмжээгээр хүүхдийн 300 гаруй, эх барих эмэгтэйчүүдийн 50 шахам, эмэгтэйчүүдэд зөвлөлгөө өгөх газар 130 орчим ажиллах боллоо. Өнөөдөр Улаанбаатар хотын хүүхдийн нэг хэсэгт 900 хүүхэд ногдон 3—4 хэсгийн эмчийн дунд 1 автомашин үйлчлэх боллоо. Энэ бол хүүхдийн хэсэг боловсон хүчнээр хангагдан материаллаг бааз бэхжиж байгаагийн тодорхой баримт мөн.

Эх, хүүхдийн эрүүл мэндийг хамгаалах талаар нам засгаас удаа дараа тогтоол шийдвэр гаргаж энэ чухал арга хэмжээг ханган биелүүлэхэд эх нялхсын байгууллагад ажиллаж байгаа эмч сувилагч, эмнэлгийн ажилтан бид нарт өндөр хариуцлагатай үүрэг ногдож байна.

Хүүхдийн хэсгүүд юуны өмнө хүүхдийг элдэв өвчнөөс сэргийлэх ажлыг хангалтгүй явуулж, өвчилсөн хойно нь эмчлэх ажилд цаг хүч зориулж байгаа буруу практикийг арилгах ёстой. Хүүхдийн хэсгийн үйл ажиллагааны үндсэн үзүүлэлт сайжрахын гол нь хэсгийн эмч, эцэг эхчүүдтэй хэрхэн холбоотой ажиллаж байгаа, гэрийн эргэлтийг хэрхэн хийж байгаа, харьяа нутаг дэвсгэрийн байгууллага, хамт олны тусалцааг хэрхэн авч байгаагаас ихээхэн шалтгаална.

Хүүхдийн хэсгийн үйл ажиллагаанд тэргүүн туршлагыг тууштай нэвтрүүлэх нь чухал байна. Гэтэл тэргүүн туршлагыг өөрийн ажилд нэвтрүүлэх гэж оролдон хэлбэрдэх, тэр туршлагын мөн чанар нь юунд орших, өөрийн ажилд түүнээс санаа аваад тохируулан нэвтрүүлэхгүй байх дутагдал байна. Мөн эмэгтэйчүүд, хүүхдийн хэсгийн эмч нарын ажлын уялдаа холбоог сайжруулах шаардлагатай байна.

**Төв аймгийн нэгдсэн эмнэлгийн хүүхдийн тасгийн эрхлэгч Д. Сэмхээ:**

Эх хүүхдийн эрүүл мэндийг хамгаалах, эмнэлэг, хүүхдийн байгууллагын материаллаг баазыг бэхжүүлэх талаар нам засгаас авч хэрэгжүүлсэн дэс дараатай арга хэмжээний үр дүнд тус аймгийн эх нялхсын тусламжийн чанар хүртээмж сайжирсаар байна. 1976



оныг 1984 онтой харьцуулахад аймгийн хүүхдийн эмчийн тоо 33,3 хувь, хүүхдийн эмнэлгийн ор 80 хувь, төрөх эмэгтэйчүүдийн ор 9,2 хувь өслөө.

Эх хүүхдийн эрүүл мэндийг хамгаалах ажлын нэг гол хэсэг бол тэдэнд стационараар үзүүлэх эмнэлгийн тусламжийн чанарыг сайжруулах явдал мөн. Стационарын тусламжийн чанар нь тэнд ажиллаж байгаа бүх хүмүүсийн ажлын хариуцлага сахилгаас ихээхэн шалтгаалдаг билээ. Стационарт ажиллаж байгаа эмч, сувилагч, асрагч нарын үүрэг хариуцлагыг сайжруулах, түүнд тавих хяналтыг өндөржүүлэх зорилгоор манай нэгдсэн эмнэлгийн хүүхдийн тасаг, эмнэлгийн үйлчилгээний ажлыг гар дамжин шалгадаг чанарын бригад байгуулан гурав дахь жилдээ ажиллаж байна.

Энэ нь: — Эмчилгээ, үйлчилгээний чанарыг шат бүрт гар дамжин шалгаж, зөрчил доголдлыг цаг тухайд нь бүрэн илрүүлэн арилгаснаар нэг ч үйлчлүүлэгчийг гомдоохгүй чирэгдүүлэхгүй байх.

— Үйлчилгээний чанарын бригадын хамт олон санаа нийлж хамтран ажиллаж, амьдрах, сурч боловсрох, бодит бололцоог өөрсдөө бий болгож байна.

— Бригадын гишүүд бие биедээ зарчимчөндөр шаардлага тавин, түүний биелэлтийг шалгаж хүлээн авдаг юм.

— Эмчилгээ үйлчилгээний чанарыг үйлчлүүлэгчдээр дүгнүүлж, үнэлгээ өгүүлдэг тул эмчилгээний тасалдал гарахгүй овчтонийг цаг алдалгүй эмчлэх нөхцөлийг бүрдүүлдэг.

Ингэснээр чанарын бригадын эцсийн зорилго нь эмнэлэг үйлчилгээний үр дүнг дээшлүүлж, өвчний хүндрэлээс сэргийлж, хүүхдийн өвчлөл эндэгдлийг бууруулах нэг хүчин зүйл болж байна.

Эмнэлэг үйлчилгээний ажлыг гар дамжин шалгадаг чанарын бригадын туршлагыг эмнэлгийн аль ч байгууллагын ажилд нэвтрүүлж болох юм.

#### **Булган аймгийн Эрүүлийг хамгаалах Газрын дарга Б. Батжаргал:**

Эх нялхсын тэргүүний ажилтны улсын зөвлөлгөөнийг угтаж аймгийн төвд эхчүүдийн амрах нэгдэл дундын төрөхийн амрах байр, хүүхдийн сүүний газрыг шинээр барьж, эх нялхсын холбогдолтой 8 төрлийн ном товхимол хэвлүүлж, эмчилгээ үйлчилгээний чанарыг дээшлүүлж, эх хүүхдийн өвчлөл эндэгдлийг бууруулах 6 сарын аян явуулж аяны хугацаанд „Эх үрс—84“ дэвтэр аялуулж болзолт уралдаан, өдөрлөгүүдийг зохион байгуулав. Аймгийн төвд хүүхдийн нэгдсэн хэсгийг байгуулж эрүүл хүүхдэд зөвлөлгөө өгөх урьдчилан сэргийлэх тарилгын кабинет, хүүхдийн шүдний, сургуулийн эмч нарыг шинээр ажиллуулав.

3 хүртэлх насны бүх хүүхэд, жирэмсэн эхчүүдийг 100 хувь диспансерийн хяналтанд хамарч үүнээс жирэмсний эхний 3 сартайд 77,2 болж, одоо 1000 хүнд төрөлт 41,2 боллоо.

ЗХУ-ын болон өөрийн орны 50 гаруй тэргүүн туршлагыг ажилдаа нэвтрүүлж Улаанбаатар хот, Өвөрхангай аймагт хүүхдийн эмч, сувилагч, эх барих бага эмч, яслийн эрхлэгч 30 хүнийг тэргүүний ясли, эмнэлгүүдийн туршлагыг судлууллаа.

Хүний гавьяат эмч Ц. Цэрэндорж өөрөө санаачилж нярайн гудасгүй ор, хүүхдийн халуун өлгий, бүтэлтэй нярайн сэхээн амьдруулах ширээ, эх барих эмэгтэйчүүдийн эмч Л. Нарантуяа хүүхдийн толгойд хүйтэн жин тавих гипотермийн систем, эмэгтэйчүүдийн урьдчилан сэргийлэх үзлэг хийх эвхмэл ор, чамархайн даралтын аппарат зэргийг санаачлан хийж ашиглан үр дүнгий нь тооцож байна.

Аймгийн нэгдсэн эмнэлгийн дэргэд наран шарлагын талбай, 10—12 хүнд нэгэн зэрэг үйлчлэх реабилитацийн нэгдсэн тасаг байгуулж хүүхдийг нар, ус, агаар, цахилгаанаар эмчлэх иллэг массаж

төрөл бүрийн дасгал хийх зэрэг чийрэгжүүлэх болон нөхөн сэргээх эмчилгээ хийж байна.

Ийнхүү эх хүүхдийн эрүүл мэндийг хамгаалах талаар нилээд ажил хэрэгжиж байгаа боловч ялангуяа хөдөө орон нутагт улсын төлөвлөгөө, хуваарийн дагуу хүүхдийг чанарлаг хоол тэжээл, хувцас хэрэглэлээр хүрэлцээтэй хангах үүрэгтэй материал хангамж, худалдаа нийтийн хоол, хөдөө аж ахуй, нэгдэл сангийн аж ахуй зэрэг байгууллагууд энэхүү эрхэм үүргээ бүрэн биелүүлэхгүй байна. Ингэж эх хүүхдийн эрүүл мэндийг хамгаалах ажил бүх нийтийн үйл хэрэг болж чадахгүй байгааг нийт хөдөө аж ахуй, үйлдвэр, албан байгууллага, иргэн бүр анхааран, нам засгийнхаа тогтоол шийдвэрийг хэрэгжүүлэх шаардлагатай байна.

## УХАМСАРТАЙ САХИЛГА ХҮНИЙГ ЗАХИРЧ УДИРДАНА (эчнээ бага хурлын үргэлжлэл)

### УХАМСАРТАЙ САХИЛГЫГ БЭХЖҮҮЛБЕ

МАХН-ын Төв Хорооны „Эрүүлийг хамгаалах байгууллагад хөдөлмөрийн социалист сахилгыг бэхжүүлэх тухай“ тогтоолыг хэрэгжүүлэхийн тулд эмчлэн сэргийлэх байгууллага, эмч, ажилчид өөрсдийн эрхэлж байгаа ажилдаа шүүмжлэлтэй хандаж оршиж байгаа дутагдлыг арилгах, хариуцлага, хөдөлмөрийн сахилгыг бэхжүүлж эмнэлэг үйлчилгээний ажилд амжилт гаргахаар чармайн ажиллаж байхад, хамт олны оргилсон энэхүү хөдөлгөөнөөс хоцорч, харуцлага алдаж байгаа эмч, ажилчид төв, хөдөөний эмнэлгүүдэд байсаар байна.

Сэлэнгэ аймгийн Эрүүлийг хамгаалах газрын ажлыг шалгахад их эмч Э. Ганболд, Төв хорооны тогтоолыг уншаагүйгээр барахгүй „Урьдын хуучин дутагдалтайгаа зууралдсаар явна“ гэж өөрөө харуулж бичсэн төдийгүй харуцсан ажлыг нь шалгахад дутагдал нь хэвээр байсан тул Эрүүлийг хамгаалах Яамны коллеги Э. Ганболдод хатуу арга хэмжээ авсан юм. Ховд аймгийн Алтай сумын их эмч н. Батхуяг хөнгөн шуурхай үйлчлэхгүй хөдөлмөрчдийг чирэгдүүлж зан суртахууны доголдол удаа дараа гарган хамт олны сургамж, зааврыг хүлээн авахаа больж улмаар гэмт хэрэг үйлдэн хуулийн байгууллагад шилжлээ.

Ажлын хариуцлага, мэдлэг мэргэжлээр дулихан зарим эмч, мэргэжилтэн элдэв арга хэрэглэн эмч нарын аттестатчилалд орохгүй, үзлэг шалгалтаас үлдэж хоцрох явдал ч байна. Шүүх эмнэлгийн магадлах товчооны их эмч н. Төмөртоогоо 1978, 1983 онд явагдсан эмч нарын аттестатчилалд элдвээр аргалан оролгүй хоцорч зан харьцаа, мэргэжил мэдлэгээр ажлын шаардлага хангаж чадахгүй байна.

Эдгээр эмч нарын ажлын дутагдал, хариуцлагагүй явдлыг тухайн аймгийн эрүүлийг хамгаалах газар, эмнэлгийн захиргаа мэдсээр байсан хирнээ тодорхой арга хэмжээ авахгүй байснаас дутагдал газар авч Эрүүлийг хамгаалах Яамнаас арга хэмжээ авлаа. Түүгээр ч барахгүй архи уун эмчийн ёс суртахууныг удаа дараа зөрчсөн учир Эрүүлийг хамгаалах Яамны шийдвэрээр ажлаас халагдсан их эмч Мөнхчулууныг Сэлэнгэ аймгийн үйлдвэрчний эвлэлийн зөвлөлд итгэмжлэгдсэн эмчээр ажилд авч эмч Жамцыг ал-

бан томилолтоор орон нутагт ажиллуулж байсан зарчимгүй явдал ч гарч байна.

Энэ бол зарим аймаг, хотын Эрүүлийг хамгаалах газар, эмнэлгийн захиргаа ажилдаа зохих дүгнэлт хийхийн оронд хариуцлагагүй, сахилгагүй хүмүүст ая тал засаж байгааг харуулж байна.

Хөдөлмөрчдийн эрүүл мэнд, амь насыг шууд хариуцан ажилладаг онцлог үүрэг хариуцлагыг ухамсарлан архинд автагдсан эмч, мэргэжилтнийг хүч эмчлэх нэн хариуцлагатай ажлаас нь чөлөөлж байх ёстой.

1979—1984 оны эхний хагас жил хүртэлх хугацаанд эмч, эмнэлгийн ажилчдын гаргасан гэмт хэрэг зөрчлийн 10,8 хувийг гэмт хэрэг, 89,2 хувийг нийгмийн хэв журмын зөрчил эзэлж байна. Нийгмийн хэв журмын зөрчлийн дотор архи хэтрүүлэн хэрэглэж эрүүлжигдсэн зөрчил давамгайлж байна. Эмч эмнэлгийн ажилчдын ажлын хариуцлага, хөдөлмөрийн сахилга бат, ёс суртахууны хүмүүжлийг дээшлүүлэхийн чухлыг эдгээр тоо баримт нотолж байна. Зарим эмч согтуугаар хүн үзэж эмчилснээс хүний амь нас, эрүүл мэндийг хохироосон явдал ч бий. Эмнэлгийн захиргаанаас эмч, ажилтны мэргэжил мэдлэг, ёс суртахууны хүмүүжил, ажлын хариуцлага, ажил хэрэгч байдал зэрэгт дүгнэлт хийдэггүй, хүн нэг бүртэй тулж ажиллаж сураагүй, ерөнхий чиглүүлэх төдий үлбэгэр ажилладгаас хэрэг, зөрчил гарч байна.

Нарийн мэргэжлийн зарим эмч, мэдсэн сурснаа мэргэжил нэгт нөхөдтэйгээ хуваалцан хамтарч ажиллахын оронд зөвхөн өөрөө мэддэг, чаддаг хүн болж, мэргэжлээ ашиглан нэр төр олж авах гэсэн арчаагүй зам руу хальгарч орж болзошгүй зохисгүй үзэгдэл ч илэрч байна. Ийм хүмүүс нэр төр олж авахын тулд удирдах байгууллагуудад өөрийнхээ тухай магтаалын мэдээлэл бичүүлэх, бусдад яриулах зэрэг ажлыг өөрөө зохион байгуулж, бүр эмчитж байгаа өвчтөнөө хүртэл ашиглах ёс суртахууны ноцтой доройголд ордыгйг нуух хэрэггүй юм.

Тодорхой ажил хариуцсан нарийн мэргэжлийн зарим эмч, тухайн байр сууриа ашиглан танил талынхаа хүмүүсийг татахыг хичээх, сургууль дөнгөж төгссөн хүүхдээ хүртэл үе залгамжлуулан сургаж, мэргэжүүлэх нэрийдлээр авч ажиллуулах, бас „энэ мэргэжлийг эмч бүр мэдэж байх албагүй“ гэх байдлаар ард түмэн, хамт олныхоо хүч хөрөнгөөр мэдэж сурснаа, бусдадаа хэлж өгөхийн оронд тгаг үзэл санаа гаргадаг арчаагүй явдал ч байгаа. Эрүүлийг амгаалах Яам анхаарахгүй байж болохгүй. Эрүүлийг хамгаалах лам, эмнэлгийн нарийн мэргэжлийн боловсон хүчнийг бэлтгэхдээ нутгархах, ах дүүсэг байдал бий болгохгүй байхыг анхаарч тодорхой бодлого баримтлан хэрэгжүүлэх хэрэгтэй нь мэдээж юм.

Эмч ажилчдын улс төр, ёс суртахууны хүмүүжлийг дээшлүүлэх талаар эмчлэн сэргийлэх байгууллагуудаас зохиож байгаа ажилд чанарын өөрчлөлт гаргаж эмч, ажилчдыг намч зарчимч байр сууринаас ямарваа асуудалд ханддаг болгон хүмүүжүүлэхэд тодорхой дэс дараатай ажил зохиох хэрэгтэй.

Томоохон эмнэлэг, эмчлэн сэргийлэх байгууллагуудаас албан томилолтоор орон нутагт ажиллуулах эмч мэргэжилтнийг зөв сонгохгүй байгаагаас эмнэлэг үйлчилгээнд өөрчлөлт гаргах ёстой очсон зарим эмч, ажилтан нар гэмт хэрэг үйлдэх, хэв журмын зөрчил гаргах зэргээр эрүүлийг хамгаалах байгууллагын нэр хүндийг ноцтойгоор хохироох явдал ч байна.

Нам, засгийн тогтоол, шийдвэр, Эрүүлийг хамгаалах Яамны сайдын тушаал, албан даалгавар, өгсөн үүрэг эмнэлгийн нийт байгууллага, эмч ажилчдад бүрэн хүрч хэрэгжихгүй, хариуцлага, сахилга жигд дээшлэхгүй эмчилгээ үйлчилгээний ажлын амжилт хоцронгуй байгаа явдал байгууллага, хамт олныг удирдан зохион байгуулж байгаа удирдах ажилтнуудын ажлын хариуцлага, ажил төрлийг зохион байгуулах чадвараас шууд шалтгаалж байна. Төв, Булган аймгийн Эрүүлийг хамгаалах газар өгсөн үүрэг даалгаврыг хугацаанд нь биелүүлж, эргэн хариу мэдэгдэхийн оронд нэхэл дагал болгон шаардуулж байж бичиг цаасаар хариу өгөх төдий байна.

МАХН-ын Төв Хорооны тогтоолд, эрхэлсэн ажилдаа цалгар назгай, оромдох, хялбарчлах байдлаар ханддаг дутагдал эмнэлэг урьдчилан сэргийлэх байгууллагуудын зарим удирдах ажилтны дунд амь бөхтэй хэвээр байна гэж тэмдэглэсэн юм.

Аймаг, хотын Эрүүлийг хамгаалах газар, эмчлэн сэргийлэх байгууллагуудын удирдах ажилтан бүр эрхлэн хариуцсан ажлаа нам, засгаа тавьж байгаа өндөр шаардлагад нийцэж байгаа эсэхдээ цаг ямагт дүгнэлт хийж байх хэрэгтэй. Ер нь мэдлэг мэргэжил, санаачилга идэвх сул, ялангуяа зохион байгуулах арга чадвар нь ахицгүй, байгаа хир нь удирдах ажил хийх гэж эрмэлзэх хандлага байж болохгүй нь ойлгомжтой. Хариуцлагагүй, сахилгагүй явдалтай тэмцэх, ажлын туршлагыг нийтийн хүртээл болгоход хэвлэл, мэдээлэл ихээхэн үүрэг гүйцэтгэж байна. Гэтэл хэвлэлийн шүүмжлэлийн мөрөөр ажиллаж дутагдал, доголдлыг тухай бүр шуурхай арилгаж байх талаар зарим эмнэлгийн байгууллага хангалтгүй ажиллаж байна.

Эрүүлийг хамгаалах газар, эмнэлгийн байгууллагын удирдах ажилтнууд хариуцлага, шаардлагыг сулруулснаас дутагдал доголдол даамжирч бие биенээ хаацайлах, нэг, нэгэндээ «бөөрөнхийлөх» явдал газар авч ноцтой дутагдал үүдэн гардгийг ямагт санаж өндөр шаардлагатай, хувийн зохион байгуулалттай үлгэр жишээ ажиллах нь нэн чухал.

Удирдах ажилтны зан харьцаа үлгэр жишээ, ажил хэрэгч чанар мэргэжил мэдлэгийн түвшин нь эмч, эмнэлгийн ажилчдын хариуцлага, сахилга батыг дээшлүүлэхэд чухал нөлөөтэйг анхаарах хэрэгтэй.

Ажлын хариуцлага, хөдөлмөрийн социалист сахилгыг бэхжүүлэхийн тулд нам, захиргааны байгууллага, эмч, ажилчдынхаа үйл ажиллагааг тогтмол хянаж, ажлын амжилт, доголдол дутагдлыг нь тооцож, сайн муугийн заагийг тогтоож байх хэрэгтэй.

Үр ашиг багатай, үзлэг шалгалт олширвол хамт олонд дохио санамж өгөх, ажилд туслах ач холбогдол буурч ажлаа зохих ёсоор үзүүлж дүгнүүлэхийн оронд шалгалтыг яаж ийгээд өнгөрөөх зуршилд хүргэж болзошгүй бөгөөд яваандаа шалгалтын нэр хүнд, үр дүнд муугаар нөлөөлж мэдэшгүй байна. Иймээс Эрүүлийг хамгаалах яам үзлэг шалгалтуудыг нэгтгэн зангидаж уялдуулан зохицуулсан нэгдсэн төлөвлөгөөгөөр нүдийг нь олж хийдэг журмыг хэрэгжүүлнэ.

Ард түмнийхээ эрүүл мэндийг хамгаалах үйл хэрэгт бүтээлч хувь нэмэр оруулж зүтгэл, чармайлт гарган ажиллаж байгаа эмч, ажилчдын туршлага, үлгэр жишээг нийтийн хөдөлгөөн болгон орнуулах талаар аймаг, хотын эрүүлийг хамгаалах газар, эмнэлгийн байгууллагууд онцгой анхаарч ажиллах шаардлагатай.

Сүхбаатарын районы хүүхдийн хэсгийн эмч БНМАУ-ын Ардын их хурлын депутат Х. Хаш-Иш, Октябрийн районы Хүүхдийн хэсгийн эмч Д. Цэцэгдэмбэрэл нарын зэрэг эмч, мэргэжилтнүүд өөрс-

дийн хариуцсан хэсгийн ажлыг сайжруулж зохих үр дүнд хүрсэндээ санаа амралгүй, ажлаар доголдож байгаа хэсгийн ажлыг сайжруулах үүрэг аван ихээхэн чармайлт гарган ажиллаж байна.

Өвөрхангай аймгийн Бүрд сумын их эмч н. Даажамба эмнэлгийнхээ ажилд дүгнэлт хийж дутагдлыг арилган хамт олноо зохион байгуулж, санаачилга гарган ажилласнаар түүний удирдсан эмнэлэг тэргүүний ажиллагаатай салбар болсон байна.

Улаанбаатар хотын III амаржих газрын ажиллагаа хэдэн жилийн өмнө хангалтгүй байснаас хөдөлмөрчдөөс гомдол санал удаа дараа гарч байлаа.

Тус амаржих газрын ерөнхий эмчээр н. Мижиддорж томилогдон ажилласнаас хойш байгууллагын ажил сайжирч байгааг хөдөлмөрчид зүй ёсоор үнэлж байна. Ийм тэргүүний хүмүүсийн туршлагыг судалж нэвтрүүлэх ажлыг зохион байгуулах хэрэгтэй.

МАХН-ын Төв Хорооны тогтоолыг хэрэгжүүлж үр дүнд хүрсэн эсэх нь эмчилгээ үйлчилгээний ажлын чанарын үзүүлэлтүүд сайжран эмч, ажилчдын ажлын хариуцлага, сахилга, ёс суртахууны хүмүүжил дээшилж улсын төлөвлөгөөт зорилтууд нэр төрлөөрөө бүрэн биелэгдсэнээр хэмжигдэх болно.

Эмнэлгийн тодорхой хамт олон, хувь хүний ажлын байдлаас л ийм амжилтад хүрэх учиртай.

Нэг байгууллага буюу нэг хүний урагшгүй ажиллагаа, тэдний хариуцлага, сахилгагүй байдал, ажлын технологийн зөрчил нь тухайн хамт олны төдийгүй нийт системийн ажлын ололт, амжилтад хохирол учруулна гэдгийг эмч, ажилчин бүр гүнээ ухамсарлаж ажиллавал зохино. Намын Төв Хорооны тогтоолд, эмч нар нам ард тутамд эргэсэн тангаргаа хэр зэрэг биелүүлж байгааг хоёр жил тутам шалган дүгнэж байхаар заасан заалтыг хэрэгжүүлэх ажлыг туунтай зохион байгуулж, хийдэг журам тогтох ёстой.

Энэ ажлыг зохион байгуулж хэрэгжүүлэх удирдамжийг Эрүүлийг хамгаалах яам боловсруулан гаргана.

Эмч, мэргэжилтний хариуцлага, мэдлэг, мэргэжил, ёс суртахууны хүмүүжлийг дээшлүүлэхийн үндэс бол анагаах ухааны дээд, дунд сургуулиудын сургалт хүмүүжлийн ажлыг нам, засгаас тавьж байгаа шаардлагын түвшинд хүртэл сайжруулах явдал юм.

Анагаах ухааны дээд, дунд сургууль төгсөж диплом өвөрлөсөн боловч онол практикийн зохих мэдлэг, дадлага эзэмшээгүй, эмнэлгийн ажилтны ёс суртахууны хүмүүжилтэй болж чадаагүй зарим эмч, мэргэжилтэн нар ажил дээр гарсан хойноо хариуцлагагүй сахилгагүй байдал гаргах, мэргэжил мэдлэгээр гологдох, хэрэг зөрчилд өртөгдөх нь цөөнгүй байна.

МАХН-ын Төв Хорооны тогтоолд: Анагаах ухааны дээд, дунд сургуульд ард түмний эрүүл мэндийг хамгаалах үйлсэд чин сэтгэлээс дуртай хүмүүсийг сонгон элсүүлэх, оюутан, сурагчдад эмч, эмнэлгийн ажилтны ёс зүйн хүмүүжил олгох ажил шаардлага хангахгүй, эдгээр сургуулийн сургалт-хүмүүжлийн ажил нэн хангалтгүй байна гэж заасны дагуу тодорхой ажил зохиох хэрэгтэй.

Зөвлөлт Холбоот Улсын анагаах ухааны дээд, дунд сургуульд, төгсөгчдөө ажил дээр гарсан хойно нь ч сургаж хүмүүжүүлэх, мэдлэг, чадварыг нь дээшлүүлэх ажлыг хариуцан ажилладаг туршлагыг судлан хэрэгжүүлэх нь зүйтэй.

Эрүүлийг хамгаалах газар, эмчлэн сэргийлэх байгууллагууд эмч, ажилчдын алдаа дутагдлыг цаг тухайд нь мэдэж шуурхай арга хэмжээ авдаг байх нь чухал бөгөөд хөдөлмөрчдийн эрэлт хүсэлтэд анхааралтай хандаж, зарчмын дүгнэлт хийж дутагдлыг газар авахуулахгүй арилгаж хамт олонд мэдээлдэг байх хэрэгтэй.

Эрүүлийг хамгаалах газар, эмнэлгийн байгууллагын удирдлагын өдөр тутмын үйл ажиллагаа нь эмчилгээ үйлчилгээний ажлыг гардан хийж байгаа хүнээ судалж, тэдэнтэй уйгагүй ажиллахад л бүрэн чиглэгдсэн байх ёстой.

Эмч, ажилчин бүрийн ажил хэрэгч, бүтээлч чанар ялангуяа үзэл суртал, ёс суртахууны байдалд байнга хяналт тавьж ажлын ололт амжилтыг бататгах, бага ч гэсэн дутагдлыг нүүр тулан ил хэлж хүмүүсийг хүмүүжүүлж байх нь удирдах ажилтан бүрийн үүрэг юм. Бас хамт олон хөдөлмөрчдийн өмнө ажлын тайлангаа тавьж олон түмнээр ажлаа дүгнүүлж цаашид ажиллах чиг зорилтоо тодорхойлон ажилладаг ЗХУ-ын эмнэлгийн байгууллагуудын туршлагыг эмнэлэг, эрүүлийг хамгаалах байгууллагын ажилд бүтээлчээр хэрэгжүүлэх явдал хариуцлага, сахилгыг бэхжүүлэх чухал хүчин зүйл болно.

ЭХЯ--ны боловсон хүчин-захиргааны газрын дарга Б. ЛХАГВАЖАВ

## ЭМ ЗҮЙЧИЙН ЁС СУРТАХУУН, ХАРИУЦЛАГА

Эм зүйн мэргэжилтний мэргэжлийн үүрэг, хөдөлмөрчидтэй харьцах харьцаа, хариуцлагаа ухамсарлах чадвар, нинжин сэтгэл, хүнлэг чанар энэрэнгүй ариун шударга ёс, өндөр соёл нь бидний ёс суртахуунд хамаарна.

БНМАУ-ын Эрүүлийг хамгаалах хуулинд „Эмнэлэг, эм зүйн ажилтан нь социалист нийгмийн эмнэлгийн ажилтны ёс суртахууныг үнэнч шударга, хэлбэрэлтгүй сахин, нам, эх орон, ард түмнийхээ өмнө хүлээсэн үүргээ нэр төртэй биелүүлж, хүн ардынхаа эрүүл энхийг соргоогоор хамгаална“ гэж эмнэлгийн ажилтан хүний ёс суртахуун, үүргийг хуульчлан заасан байдаг.

Хүн амын эрүүл мэндийг хамгаалах, тэдэнд эмнэлгийн бүх төрлийн үнэ төлбөргүй тусламж үзүүлэхэд эм хангамжийн системийн байгууллага, эмийн мэргэжлийн ажилчид онцгой үүрэгтэй.

Эм зүйчийн ажлын хариуцлага, хөдөлмөрийн сахилга бат, тэдний ёс суртахууны хэм хэмжээ, ухамсрын төвшинөөс хамаарна.

Эмийн мэргэжилтэн эмч, эмнэлгийн бусад ажилтны нэгэн адил хөдөлмөрчдөд байнга үйлчилдэг онцлогтой. Эмийн сангийн ажилчдын дотроос хүнтэй ямагт нүүр учран тулж ажилладаг жор хүлээн авагч, эм олгогч нарын үйлчилгээний соёлоос тэр эмийн сангийн бүх ажиллагаа (ажлын дэг журам, зохион байгуулалт, хүмүүсийн ажлын хариуцлага, сахилга, ухамсар, хүмүүжлийн төвшин) тод харагдана.

Өвчтөн бол зөвхөн эм хэрэглэгч төдийгүй өвдөж шаналсны улмаас амархаг гомдож болдгийг үргэлж санаж, өөрийгөө тэр өвчтөний байранд тавьж, тэдний сэтгэл санааны зовлонг ойлгож, хуваалцаж чадахаар харьцаж, үйлчилж сурах нь эм зүйч хүний нэн чухал чанар юм. Эм зүйч хүн элэгсэг, ухаалаг, соёлч боловсон харьцаагаараа өвчин эмгэгээсээ салахад нь хүний санаа сэтгэлийг засаж, эмийн үйлчилгээнд бүрэн итгэж эдгэрэх нөхцөл бүрдүүлэх учиртай.

Өвчтөнийг халамжлан ялангуяа сандарч, уурлаж, цухалдаж байгаа хүнийг тайвшруулахыг үнэн голоосоо хичээн, ямар ч нөхцөлд үйлчилгээний соёлыг эрхэмлэн сахиж захиалсан эмийг хугацаанд нь бэлэн болгож чирэгдүүлж, хүлээлгэхгүй үйлчилбэл үйлчлүүлэгчийн сэтгэл ханамжтай байх болно. Эдгээр шаардлагыг хангах нь үйлчлэгч хүний өөрийнх нь ерөнхий соёлын төвшингөөс ихээхэн хамаарна.

Үг ярианы эвгүй өнгө, санамсаргүй хэлсэн зохисгүй үг бүхэн өвчтөний санаа сэтгэлд нолеолно гэдгийг эм зүйч нар ямагт анхааран, өвчтөний асуултанд соёлтой, зөв хариулж байх хэрэгтэй. Ялангуяа өвчтөнд хэрэгтэй эм байхгүй нөхцөлд гэмшсэн, сэтгэл зовсон байдалтайгаар ярианы өнгийг тохируулах, тэр эмийг лавлахаас асуух өөр эмээр солих, уул эм байхгүйн учрыг ойлгуулах зэргээр эвийг олж ярих хэрэгтэй. Байхгүй эмийг би яахав, би буруугүй гэсэн маягтай эвгүй хариулбал өвчтөнд тусгүй сэтгэгдэл төрүүлнэ. Ер нь үйлчлэгч хүн өөрөө сэтгэл санааны ихээхэн тэвчээртэй байж хүнийг баярлуулдаг. Иргэн хүн дэлгүүрт ороод хэрэгтэй зүйлээ асуухад хариулахгүй байх, эсвэл байхгүй гэж хариулахад эвгүй санагдах боловч эрүүл хүн учир тэдний санаа сэтгэлд гүнзгий гомдол төрөхгүй байж болох юм. Өвчтөнд үйлчилж байгаа эмийн сангийн үйлчилгээний өвөрмөц эмзэг тал чухамхүү үүнд оршино.

Жор хүлээн авагч, эм олгогч нар өвчтөнтэй харьцаж байх үедээ өөр хүнтэй ярих, ажлын байраа орхих зэргээр хөдөлмөрчдийг хүлээлгэвэл цаг алдахаас гадна, өвчтөнд анхаарал тавиагүй, тоомсоргүй хандаж байгаа сэтгэгдэл төрүүлнэ. Бид эмнэлгийн ажилтан учир өвчтөнд бичсэн эмийн жорыг дөнгөж хараад өвчтөний биеийн байдал ямар байгааг мэднэ. Хүнд өвчтэй хүмүүст болгоомжгүй хэлсэн үг, соёлгүй харьцаа нь тэр хүнийг улам хүнд байдал оруулж юунд ч хүргэж болно гэдгийг анхаарах хэрэгтэй.

Ажлын хариуцлага, социалист сахилгыг дээшлүүлэх, дутагдлаа арилгах талаар хүн бүр өөрсдийн ажилд дүгнэлт хийж ажлаа сайжруулахын тулд чармайн ажиллах хэрэгтэй юм. Эмийн санд байдаг санал, гомдлын хайрцаг, дэвтрийг иргэдэд ил хүртээмжтэй байлгаж тэдний саналыг авч ажилдаа тусгаж, хөдөлмөрчдөд ажлаа тогтмол тайлагнаж байх хэрэгтэй. Санал гомдлын хайрцаг, дэвтэр бол эмийн сангийн ажилчдыг хүмүүжүүлэх, тэдний хариуцлага, сахилгыг дээшлүүлэхэд чухал үүрэгтэй бөгөөд ажилчдын талаар гарсан талархал буюу гомдлыг социалист уралдаан дүгнэх нэг үзүүлэлт болгон тооцож байвал үр дүн өгөх боломжтой.

Өвчтөнд эмийн тусламжийг цаг алдалгүй, хурдан шуурхай үйлчилбэл тэр өвчтөн хурдан эдгэрч ажилдаа орж, нийгмийн үйлдвэрлэлд хувь нэмрээ оруулах нь улс орны эдийн засагт ашигтай. Үүний тул эмийн мэргэжилтэн нар өөрийн мэдлэг мэргэжлийг цаг үргэлж дээшлүүлж, орчин үеийн шинжлэх ухааны ололт, нийгмийн хөгжлөөс хоцрохгүй байх, ахмадуудын хөдөлмөрч уламжлалаас байнга суралцаж байх нь чухал юм.

Анагаах ухааны дээд сургуулийн эм зүйн тэнхимийн эрхлэгч  
С. ХАНДСҮРЭН

Э. ЛУВСАНДАГВА, Б. БАСБИШ  
М. С. ИГНАТОВА, Э. М. ДЯГТЯРОВА, Н. А. КОРОВИНА, В. В. ФОКЕЕВА

## БӨӨР, ШЭЭСНИЙ ЗАМЫН ҮРЭВСЭЛТЭЙ ХҮҮХДИЙГ ДИСПАНСЕРЧЛАХ ЗАРЧИМ

ЭХ НЯЛХСЫГ ХАМГААЛАХ ЭРДЭМ ШИНЖИЛГЭЭНИЙ ХҮР ЭЭЛЭН  
РСФСР-ИЙН ЭХЯ-НЫ ХҮҮХДИЙН МЭС ЗАСАЛ, ХҮҮХЭД СУ ДЛАЛЫН ЭР-  
ДЭМ ШИНЖИЛГЭЭНИЙ ИНСТИТУТ

Орчин үеийн анагаах ухаанд тухайлбал хүүхдийн өвчин судлалд урьдчилан сэргийлэх чиглэл зонхилж, энэ нь янз бүрийн насны хүүхдэд төлөвлөгөөт диспансерчлалыг хийх үндэс болж байна.

Юуны өмнө хүүхдийн бөөр, шээсний замын өвчин элбэг байгаа өнөө үед хүүхдийн диспансерчлалыг зайлшгүй хийх шаардлагатай болж байна.

Хүүхдийн бөөр, шээсний замын өвчний эпидемиологийн судалгааг нэг программаар РСФСР-ийн дэвсгэр нутгийн 13 районд хурдавчилсан аргыг хэрэглэж шээсний хам шинжийг илрүүлэн, оношийг тогтоох судалгааг хийхэд хүүхдийн бөөр, шээсний замын өвчин 1000 хүүхдэд дунджаар 29 байна.

Хялбарчилсан аргаар шинжлэх нь шээсний шинжилгээнд өөрчлөлттэй хүүхдийг эрт илрүүлэн, өвчнийг эрт оношилж байна. Бөөр, шээсний замын өвчнийг хамгийн эрт илрүүлэх зорилгоор бид хурдавчилж, хялбарчилсан аргыг боловсруулж хэрэглэсэн юм. Энэ арга нь бөөр шээсний замын өвчин эрт илэрч болох бүлгийн хүүхдийг сонгон авч, бөөр, шээсний замын эмгэгийг бүрэн оношлон, шинжлэхэд зориулагдсан болно. Энэ бүлэгт бөөрний эмгэгтэй гэр бүлээс төрсөн хүүхэд, хэвлий гэдсээр олон дахин өвдөх хам шинж илрэх, артерийн даралт ихсэх ба багасах, мөн торөлхийн олон жижиг гаж, гажигтай хүүхэд хамрагдана.

Бөөр шээсний замын өвчнийг эрт илрүүлэх хурдавчилсан аргыг хэрэглэж, хам шинжилгээг хийснээр бөөр, шээсний замын өвчний илрэх нь 20 дахин ихсэж, нэлээд тохиолдолд бөөр шээсний замын үрэвсэлд өртөж болох хүүхдийг урьдчилан илрүүлж байгаа юм.

Улаанбаатар хотын Сүхбаатарын районы 1776 хүүхдэд бөөр, шээсний замын үрэвслийг илрүүлэх шинжилгээг хурдавчилсан аргаар хийхэд 34,6%-д шээсний хам шинж илэрсэн болно. Эдгээр хүүхдээс 267 хүүхдэд дахин шээсний тундсын шинжилгээг хийхэд 43,5% өөрчлөлттэй байсан бөгөөд тэдгээрийн зонхилох нь сургуулийн өмнөх насны хүүхэд байлаа. Энэ нь сургуулийн өмнөх насны хүүхдэд диспансерийн ажиглалт хийх шаардлагатайг харуулж байна.

Бөөр, шээсний замын өвчтэй буюу бөөр, шээсний замын үрэвсэлд өртөж болох боломж бүхий хүүхдийг диспансерчилж байгаагаас хамаарч диспансерчлах арга өвөрмөц байна.

Бөөр, шээсний замын үрэвсэлтэй хүүхдийг диспансерчлах үндсэн зорилго нь өвчин дахих, бөөрний үйл ажиллагааны хямрал даамжрахаас урьдчилан сэргийлэх болно. Бөөр, шээсний замын өвчинд өртөж болох хүүхдийг диспансерчлах, бөөрний олдмол болон бөөрний удамшлын эмгэгийн үед бөөрний үйл ажиллагаа даамжран муудахаас урьдчилан сэргийлэх болно.



Бөөрний өвчтэй хүүхдийг диспансерчлах зарчим нь РСФСР-ийн ЭХЯ-ны хүүхдийн мэс засал, хүүхэд судлалын институтийн бөөрний тасгийн үйл ажиллагаанд нэвтэрсэн юм.

1971—1982 онд бөөрний янз бүрийн эмгэгтэй 2126 хүүхдэд диспансерийн хяналт хийжээ. Диспансерчлахдаа хүүхдийг дуудаж эмнэлэгт хэвтүүлэх, өдрийн эмнэлэгт бөөрний шинжилгээ хийх, институтын зөвлөлгөө өгөх төвд ажиглах, хүүхдийг орон нутгийн поликлиникээр шинжлэх зэргээр зохион байгуулжээ. Ажиглалтаас үзэхэд орчин үеийн эмчилгээний аргыг хэрэглэн өвчтөнийг үечлэн эмчлэх зарчмыг баримталж, диспансерчлах нь үр дүн сайтай байна.

Гломерулонефритын ондооших хэлбэртэй 175 хүүхдээс 94% нь клиник-лабораторийн шинжилгээгээр бүрэн засарсан нь мэдэгдэж, харин 12 хүүхдэд өвчин нь 10-аас дээш жил үргэлжилсэн байв.

Бөөр-тэвшний үрэвсэлтэй 300 хүүхдийг диспансерийн хяналтанд авч системтэй үечилсэн эмчилгээг хийж, системтэй эмчилгээ хийгээгүй бүлгийн хүүхэдтэй жишиж үзэхэд системтэй эмчилгээ, диспансерийн ажиглалт хийсэн хүүхдэд өвчин дахих нь 4 дахин багасчээ.

Бөөрний удамшлын өвчтэй 130 хүүхдийг диспансерийн хяналтанд авч бодисын солилцоог идэвхжүүлэх, бөөрний үйл ажиллагааг сэргээн зохицуулах өвөрмөц биш эмчилгээг (витамин В<sub>6</sub>, АТФ, кокарбокситаз) хийсэн юм.

Бөөрний төрөлхийн гаж, гажигтай хүүхдийг диспансерийн хяналтанд авч бөөр, шээсний замын халдвар хавсрахаас урьдчилан сэргийлэх, бие махбодын иммуни-урвал үүсэх шалтгааныг арилгах (урьдчилан сэргийлэх тарилгаас чөлөөлөх, даавар, цитостатик эмчилгээг хийхээс болгоомжлох) хэрэгтэй.

Бөөр, шээсний замын төрөлхийн гаж, гажигтай бөөрний удамшлын өвчтэй хүүхдийг диспансерчлах онцлог нь өвчтөний гэр бүлийн хүмүүсийн бөөрний эмгэгийг эрт илрүүлэх, уг эмгэгийг удамшин дамжуулсан төрөл, төрөгсдийг цаг тухайд нь илрүүлэн эмнэлэг-удамшил зүйн зөвлөлгөө өгөх болно.

Бөөр, шээсний замын үрэвсэлтэй хүүхдийг диспансерчлах явцад бөөрний архаг дутагдал үүсэхэд өртөж болох хүүхдүүдэд онцгой анхаарах ёстой. Бөөрний архаг дутагдалд өртөж болох хүүхэд бөөрний эс эдийн ба үр хөврөлийн төрөлхийн хөгжлийн өөрчлөлттэй, бөөр, шээсний замын төрөлхийн гаж, гажиг, бөөрний удамшлын өвчтэй, гломерулонефритын төрөл бүрийн хүнд хэлбэрүүд, бөөрний тэвш завсрын эдийн дахилтат үрэвсэлтэй хүүхдүүд хамрагдана.

Хурдавчилсан аргаар шинжилгээ хийхэд шээсэнд өөрчлөлт бүхий хүүхдийг онцлон анхаарч, бөөрний өвчинд өртөж болох хүүхдийг диспансерийн хяналтанд авч, эмнэлэгт хэвтүүлэн шинжилгээг хийж онош тодруулах шаардлагатай болно.

Бөөр, шээсний замын төрөл бүрийн эмгэгтэй хүүхдийг диспансерчлах нь бөөр, шээсний замын өвчин дахих, бөөрний архаг дутагдал үүсэхээс урьдчилан сэргийлэх үндэс болно.

#### АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. Б. Басбиш — О частоте и структура нефропатии у детей. Материалы докладов научно-практической конференции по некоторым актуальным вопросам педиатрии, посвященной 30 летию РДКБ и Республиканского совещания по охране материнства и детства. Улан-Батор, 1982, 23—25.
2. Э. Лувсандагва, Б. Басбиш, Ч. Ишханд, О. Дотноо. — Новые формы медицинской помощи детям с патологией почек. Там же., 19—21.

3. М. С. Игнатова, Ю. Е. Бельтищев., А. А. Калинина и др.. Вопросы эпидемиологии заболеваний органов мочевой системы у детей. Вopr. охр. мат. и детства, 1979, 12, 28—33.
4. М. С. Игнатова, М. П. Боровикова., А. А. Калинина и др.. Массовой селективный скрининг для диагностики патологии органов мочевой системы. Тер. архив. 1983, 6, 23—26.
5. М. С. Игнатова, Н. А. Коровина., В. В. Фокеева., и др.. Этапное лечение детей с заболеваниями почек. Совет. мед. 1978, 6, 11—18.
6. М. С. Игнатова, Л. Б. Ильин., Э. М. Дегтярева., и др.. Структура и этиология заболеваний почек, приводящих к ХПН у детей. Урол и нефрол., 1983, 4,

#### ПРИНЦИПЫ ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ДЕТЕЙ С РАЗЛИЧНЫМИ НЕФРОПАТИЯМИ

Э. Лувсагдагва, Е. Гасбш. (НИИ СМД МЭ МРР), Игнатова М. С., Дегтярева Э. М., Корсвиква Н. А., Фокеева В. В. (Московский НИИ педиатрии и детской хирургии Минздрава РСФСР, СССР).

Для более раннего выявления патологии органов мочевой системы, была предложена программа селективного скрининга.

Наблюдения показали, что эффективность диспансеризации с использованием современных методов терапии и принципов этапного введения больного достаточно высока. В процессе диспансеризации нефрологических больных особое место должны уделяться группами детей, у которых с большой вероятностью возможно формирование ХПН.

Особую диспансерную группу представляют дети, у которых обнаружены изменения в анализах мочи на II этапе обследования по скрининг-программе.

Часть из этих детей относится к группе риска и нуждается в наблюдении, а другой требуется полное нефрологическое исследование в условиях стационара.

Таким образом правильно организованная диспансеризация детей с различными нефропатиями-основа профилактики рецидивов в заболевания и формирования ХПН.

**Б. ДОРЖГОТОВ**

### ХАВДАР СУДЛАЛЫН ӨВЧНИЙ АМБУЛАТОРИ ПОЛИКЛИНИКИЙН ТУСЛАМЖИЙГ САЙЖРУУЛЪЯ

АНАГААХ УХААНЫ ХҮРЭЭЛЭН

МАХН-ын XVIII их хурал ард түмний эрүүл мэндийг хамгаалах чухал арга болсон урьдчилан сэргийлэх ажлыг хүчтэй болгох, эмнэлгийн нарийн мэргэжлийн тусламжийг цаашид өргөжүүлэх үүнд хөдөө нутгийг ергэн хамрах явдал эрүүлийг хамгаалах салбарын гол зорилт мөн гэж эрүүлийг хамгаалахын үндсэн зорилтыг тодорхойлсон билээ. Энэ зорилтыг хэрэгжүүлэхэд ЗХУ-ын тусламжаар байгдсан хавдар судлалын төвийн шинэ барилга ашиглалтад орсон нь хорт хавдар өвчинтэй тэмцэх ажлыг зохион байгуулах арга зүйн удирдлагаар хангахад чухал арга хэмжээ боллоо.

Ингэснээр хавдар судлалын нарийн мэргэжлийн тусламжийн чанар, үйлчилгээний цар хүрээ ихээхэн өргөжлөө. Гэвч хавдар судлалын амбулатори, поликлиникийн тусламжийн байдал хүн амын есөн нэмэгдэж байгаа өнөөгийн шаардлагаас хоцорч байна. Энэ нь хавдар судлалын төв ба хот хөдөөгийн эмнэлэг урьдчилан сэргийлэх нийт байгууллагуудын хүн амд үзүүлэх хавдар судлалын тусламжийн уялдаа холбоо хангалтгүй байна. Хавдар судлалын өвчнийг цаг элдэлгүй эрт онсиглж эмчлэх, өвчнийг хөдөлмөрийн чадварыг сэргээх нь амбулатор поликлиникийн түвшинд хавдар судлалын элба ба бусад нарийн мэргэжлийн эмч нарын хамтын нягт уялдаа холбоотой ажлын үр дүнд биелэгдэнэ.

Амбулатори поликлиникийн түвшинд хавдар судлалын өвчтөнийг диспансерчлах 4 групп байдаг. Үүнд: 1. Хорт хавдрын сэжиг бүхий өвчтөн. 2. Хавдрын эсрэг тусгай эмчилгээ хийх шаардлагатай өвчтөн, 3. Хорт хавдар өвчний төгс эмчилгээ хийлгэсэн, тухайн эрүүлжсэн хүмүүс. 4. Шинж тэмдгийн эмчилгээ хийлгэх шаардлагатай хүмүүс.

Хавдар судлалын амбулатор, поликлиникийн ба бусад мэргэжлийн эмч нараас дээрх 4 группийн өвчтөнийг эмчлэх тактик нь тус тусдаа өвөрмөц онцлогтой байна.

I группийн өвчтөний шинжилгээг 10 хоногийн дотор дуусгаж, онош батлагдвал хавдрын эсрэг эмчилгээнд оруулна. Оношийг батлахын тулд рентген гэрэл, дурандах, эд эсийн ба бусад холбогдох шинжилгээг хийх бөгөөд шинжилгээг хөдөө орон нутгийн нөхцөлд хийх боломжгүй бол нарийн мэргэжлийн эмнэлэгт явуулна. Хэрэв хорт хавдрын онош батлагдахгүй бол хавдар судлалын диспансерийн хяналтаас хасах буюу шаардлагатай бол холбогдох мэргэжлийн эмчийн хяналтад шилжүүлнэ. Энэ группийн өвчтөнийг диспансерийн хяналтаас хасахдаа клиникийн өмнөх үедээ байгаа хорт хавдар өвчнийг оношлоогүй бол цаашдаа өвчтөний амь насанд аюултай байж болохыг анхаарах нь чухал.

II группийн өвчтөний эмчилгээг хавдар судлалын мэргэжлийн эмч шийдэх бөгөөд хөдөө орон нутагт хавдар судлалын кабинетын эмчийн орон тоотой эмч нарын зөвлөлгөөнөөр шийдвэрлэнэ.

Орчин үед хавдрын эсрэг эмийн эмчилгээг амбулаторийн нөхцөлд хэрэглэх нь ихсэж байгаа учир нийт эмч нар ялангуяа дотрын эмч нар хавдрын эмийн эмчилгээний зарчмыг мэдэх хэрэгтэй юм. Ер нь өвчтөн харъяа хэсгийн эмчийн хяналтын хараанаас гадуур байж болохгүй.

III группийн хүмүүсийг хавдар судлалын ба бусад холбогдох мэргэжлийн эмч нар уг өвчний үсэрхийлэх, дахих эсэхийг диспансерийн идэвхтэй хяналтаар хянана. Хэрэв үсэрхийлэх, дахих шинж тэмдэг илэрвэл даруй хавдрын эсрэг эмчилгээ хийнэ. Энэ группийн хүмүүс урьдах эмчилгээний улмаас эрхтэн системийн нэлээд хямралтай байдаг учир хэсэг, амбулатор, поликлиникийн эмч нар, гарсан өөрчлөлтөнд идэвхтэй эмчилгээ хийхээс гадна биеийн эсэргүүцэл нь ямар нэг хэмжээгээр доройтож, элдэв өвчинд өртөмтгий болсон байдгийг анхаарч аливаа өвчнөөс урьдчилан сэргийлэх арга хэмжээ авч байх нь зүйтэй юм. Иймээс III группийн хүмүүс нь хэсгийн ба хавдар судлалын эмчийн хамтарсан ажиглалтад байх ёстой.

IV группийн өвчтөн нь ихэнхдээ хэсгийн эмчийн хяналтад байх бөгөөд гэхдээ хавдар судлалын эмчийн зөвлөлгөөнийг авч байна. Энэ группийн хүмүүс хавдар томрох, үсэрхийлснээс үүссэн шаналгаа зовуурыг багасгах бүх талын арга хэмжээг амбулатор, поликлиникийн эмч нар авна.

Амбулатори поликлиникийн үйл ажиллагаанд, социалист эрүүлийг хамгаалахын үндсэн зарчим болсон урьдчилан сэргийлэх үзлэгийг тогтмол хийх явдал чухал байр эзэлдэг билээ. Иймээс хавдар судлалын амбулатори, поликлиникийн тусламжийг сайжруулахад хавдар судлалын урьдчилан сэргийлэх үзлэг тэргүүн зэргийн ач холбогдолтой байдаг.

Эрүүдийг хамгаалах Яамны сайдын 1984 оны 1 дүгээр сарын 31-ний 19 дүгээр тушаалаар 1984 оноос эхлэн жил бүрийн 5 дугаар сарыг улсын хэмжээгээр хавдар өвчнөөс урьдчилан сэргийлэх сар болгон уул өвчнөөс сэргийлэх үзлэг, ариун цэвэр, гэгээрэл, суртал нэвтрүүлгийн ажил зохиож байхаар заасан билээ. Энэ заалтыг хэрэгжүүлэхийн тул улсын хавдар судлалын төвөөс эхлээд сумын их эмчийн салбар, хэсгийн эмнэлэг хүртэл, эмнэлгийн бүх

шатны байгууллагууд үйлчлэх хүрээнийхээ хүн амд жил бүрийн 5-р сард хавдраас урьдчилан сэргийлэх үзлэг хийж, урьдал өвчтэй хүмүүсийг эрүүлжүүлэх ажил зохиож байвал зохино. Энэ сарын ажлын үеэр хавдар өвчнөөс урьдчилан сэргийлэх, эрт илрүүлэхийн ашиг тус хавдар судлалын орчин үеийн ололтыг сурталчилж, хавдар судлалын урьдчилан сэргийлэх үзлэгт орохын ач холбогдлыг радио нэвтрүүлэг, сонин хэвлэл, лекц яриа зэрэг суртал ухуулгын бүх арга хэлбэрийг ашиглан өргөн тайлбарлан таниулах хэрэгтэй. Хавдар ба түүний урьдал өвчнөөр ихэвчлэн 40-өөс дээш насны хүмүүс өвчилдөг учир уг үзлэгт энэ насны бүх хүнийг хамруулах шаардлагатай. Хавдар судлалын урьдчилан сэргийлэх үзлэгийг зохион байгуулахдаа эмнэлэгт хэвтэж байгаа ба үзүүлэхээр ирж байгаа хүмүүст давхар үзлэг хийх, үйлдвэр, албан байгууллагад нарийн мэргэжлийн эмч нарын бүрэлдэхүүнтэй бригадын үзлэг, мөн 2-3 шаттай үзлэг гэх мэт олон хэлбэрээр зохион явуулж болно. Гэвч энэ үзлэгт гэрээрээ байгаа ондөр настай хүмүүс бүрэн хамрагдахгүй үлдэх нь цөөнгүй байдаг. Хүн бүрийг хамарсан үзлэг хийхэд ихээхэн цаг хугацаа хөдөлмөр гаргадаг боловч үзлэгийн чанар тодий л сайнгүй байна.

Ийм учраас ЭЗХТЗ-ийн гишүүн орнууд „Хорт хавдар“ иж бүрэн шийдвэрлэх асуудлын хүрээнд урьдчилан сэргийлэх үзлэгийг асууханкетын аргаар зохион явуулах аргыг судалж байна.

Асуух анкетын аргаар зохион явуулах урьдчилан сэргийлэх үзлэгийг хот, аймгийн төв ба хүн ам олонтой төвлөрсөн суурин газруудад 40-өөс дээш насны хүмүүсийг хамруулан хийх нь илүү ашигтай. Ийм үзлэгийг Анагаах ухааны хүрээлэнгээс боловсруулсан аргачлалын дагуу лхагва гаригт зохион явуулдаг ариун цэвэр гэгээрлийн ажилтай хамт хийх нь илүү зохимжтой юм.

Энэ аргачлалын дагуу Өвөрхангай аймгийн Арвайхээр хотод үзлэг хийхэд бүгд 662 хүн хамрагдсаны 105 (15,8%) нь нарийн мэргэжлийн эмч нарын үзлэгт орсон ба бүх үзлэгт хамрагдагсдын 85 (12,8%) хүнд янз бүрийн архаг өвчин илэрчээ. Анкет бөглөсөн нийт хүмүүсийн 17 (2,6%-д ходоод, гэдэсний өвчин, 16 (2,4%-д зүрх судасны өвчин, 13(2,0%-д мэдрэлийн өвчин, 10 (1,5%-д элэг цесний өвчин, 9 (1,3%-д бөөр, шээсний замын өвчний, 9 (1,3%-д уушги, гуурсан хоолойн архаг өвчин, 3 (0,45%-д хоргүй хавдар, 3 (0,45%-д хортой хавдар, 6 (0,9%-д бусад өвчин илэрчээ. Анкет бөглөсөн хүмүүсийн 26 (3,9%-д рентген гэрлийн шинжилгээ, 7 (1,0%-д дотуур дурандах шинжилгээ хийсэн болно. Дээрх үзлэг ЗХУ-ын Ленинград хотын Н. Н. Петровын нэрэмжит хавдар судлалын хүрээлэнгээс асуух анкетын аргаар зохион явуулсан урьдчилан сэргийлэх үзлэгийнхээс нарийн мэргэжлийн эмч нарын үзлэгт орогчид 4,5% рентген гэрэл, дотуур дуран шинжилгээ хийлгэх шаардлагатай 1,1%, янз бүрийн архаг өвчний илрэлт 6,2%, хавдрын урьдал өвчин, 1,6%, хорт хавдрын илрэлт 0,39% тус тус илүү байна. Үүнээс үзэхэд хавдар судлалын урьдчилан сэргийлэх үзлэгийг асуух анкетын аргаар хүн ам олонтой төв суурин газруудад ялангуяа өндөр настай гэрээр байгаа хүмүүсийг хамран зохион явуулахад илүү үр дүнтэй болох нь харагдаж байна.

Хавдар судлалын амбулатори-поликлиникийн тусламжийг сайжруулах нь өвчнийг эрт оношлон илрүүлэх, эмчилгээний үр дүн, диспансерийн хяналт сайжрахын зэрэгцээ хавдрын урьдал болон төрөл бүрийн архаг өвчнийг илрүүлж уул өвчтэй хүмүүсийг эрүүлжүүлснээр хорт хавдрын хоёрдогч урьдчилан сэргийлэлтэд шийдвэрлэх ач холбогдолтой болно.

## АНАГААХ УХААНЫ ДҮРСЛЭХ ОНОШИЛГОО БА ЦӨМИЙН АНАГААХ УХААНЫ ХӨГЖЛИЙН ТӨЛӨВ

Хүний бие махбодын эд эрхтэн системийн байрлал, хэлбэр, хэмжээ болон тэдгээрт хамаарагдах эмгэг өөрчлөлтийг тэр бодит, байдлаар нь үзүүлэхийн тулд ямар нэгэн гадны тусламт "дүрслэх" бодисыг хэрэглэн онош зүйн багажит аргаар шинжлэн оношлохыг дүрслэх оношилгоо гэж нэрлэдэг. Дүрслэх оношилгоонд рентген, изотоп, лазер, хэт авианы ба термографийн оношилгоо орж байна. Дүрслэх оношилгооны арга нь хүний эд эс эрхтэн, системийн тухайн үйл ажиллагааг өөрчлөхгүй байх зарчим дээр үндэслэгдсэн юм.

1895 онд рентген туяа нээгдэж түүнийг үүсгэгч багажийн тусламжтайгаар хүний бие махбодын тодорхой хэсгийг гэрэлтүүлэн харж, мөн рентген хальсан дээр зураг авч чадсан нь анагаах ухааны дүрслэх оношилгооны эхлэл болсон юм.

Анх 1904 онд Германы эрдэмтэн Херман Рийдер бари сульфатыг улаан хоолой, ходоодыг шинжлэхэд хэрэглэжээ. Дараа нь 1950 онд рентген тодосгогч бодисын тусламжтайгаар ангиографийг хийснээр нэгэн шинэ дэвшил гарлаа. Ингэж ангиографийн шинжилгээгээр нилээд олон эрхтэн, ялангуяа зүрх судасны системийг голчлон судалж, түүнийг төрх байдлыг дүрслэн үзүүлэх болов.

Цөмийн физик, радиохимийн хөгжлийн ололт дээр үндэслэн 1960-аад оноос анагаах ухааны дүрслэх оношилгоог тэмдэгт атом-изотопоор хийх болж, "Цөмийн анагаах ухаан" гэсэн шинэ салбар үүслээ.

1958 онд Хол Ангер Гамма камерийг зохиож 1960 онд АНУ-ын Охиагийн Их сургуулийн клиникт доктор Ч. Доан, В. Майерс нар анх туршжээ. Доктор В. Майерс Гамма камераар шинжилгээ хийсэн зургийг олон улсын атомын энергийн холбооноос зохион байгуулсан "Анагаах ухаанд радио-изотопыг хэрэглэж байна" гэсэн эрдэм шинжилгээний хуралд анх үзүүлсэн юм.

1980-аад онд Компьютер томографийн аппарат зохиогдож, 1979 онд инженер Г. Н. Хоунсфилд, физикч А. М. Кормак нар Нобелийн шагнал хүртлээ.

1960-аад оныг "Цөмийн анагаах ухааны" 1970-аад оныг Гамма камер ба хэт авиан оношилгооны, 1980-аад оныг компьютер томографийн, 1990-аад оныг эмиссийн Компьютер томографийн, 2000-оныг Цөмийн соронзон цуурайн оношилгооны гэж нэрлэж болох юм.

Цөмийн анагаах ухаан энэ зууны 1960-аад оноос үсрэнгүй хөгжиж, одоо хөгжлийнхөө 3. дахь шатанд орсон бөгөөд 4 дэх шат руугаа хөгжиж байна.

Дэлхий дээр одоогоор хэрэглэгдэж буй бүх изотопын 36,5 %-ийг оношилгоонд, 41 %-ийг эмчилгээнд, 0,5 %-ийг эрдэм шинжилгээний ажилд зориулж байна. Харин 22 % нь шинжилгээний явцад цөмийн өөрийн зардлаар устгагддаг юм.

Зөвхөн нэг жишээ дурдахад ХБНГУ-д 5000 кюри идэвхтэй изотопыг зөвхөн анагаах ухааны оношилгоонд зарцуулдаг ба мөн жилд 30000 кюри изотопыг гадаадаас авдаг байна. Цөмийн анагаах ухааны дүрслэх оношилгооны гол аргууд болох Гамма Камер, хэт авиан оношилгоо, Компьютер томографи, эмиссийн Компьютер томографи, цөмийн соронзон цуурайн оношилгооны талаар товч дурдъя.

1. Гамма камерыг Сцинтилляцийн Камер гэж бас нэрлэдэг. Гамма Камер нь хүний бие махбодын тодорхой хэсэгт (эрхтэнд) очиж авагдаж буй цацраг идэвхт изотоп-тэмдэгт атомын гамма цацрагийн тухайн эрхтэн дэх шимэгдэлтийн тархан хуралдахыг, асар том голчтой хөдөлгөөнгүй, электрон тоолуураар тасралтгүй бүртгэн

авах бөгөөд шинжлэгдэж буй тэрхүү эрхтэнээ телевизийн дэлгэц дээр байнга дүрслэн харуулж байх ба өнгөтэй, өнгөгүй фото зураг дээр буулгах боломжтой юм. Гамма камер нь электрон тооцон бодох машинтай хамтран ажиллана.

Гамма камерын тусламжтайгаар хүний бие махбодын аль нэг эрхтэн системийн өвчнийг танихын тулд үйл ажиллагааны ба байршлын оношилгоог нэгэн зэрэг хийж болдгоороо бусад оношилгооны аргаас онцлог юм.

2. Хэт авиан оношилгоо нь цахилгаанжсан металлын талстлаг (Бари метатитанат— $BaTiO_3$ )-ийн нөлөөгөөр цахилгаан энерги, хэт авиан үүсгэх (Долгион), мөн эргэж цахилгаан энерги болон хувирах зарчим дээр үндэслэгдэнэ.

Хэт авиан шинжилгээ нь А, В гэсэн хоёр аргатай, А,В гэсэн зургаар илэрхийлэгдэх бөгөөд уг шинжилгээний аппарат нь хэт авиан үүсгэгч ба А, В зураг дүрслэгч гэсэн хэсгүүдээс бүрддэг. А—арга нь хүний бие махбодын шинжлэгдэж буй эрхтэний эд эс дээр ойсон хэт авиан цууриаг тусгай хэв шинжит „муруй“-аар үзүүлдэг бол В—арга нь тэр хэсгийг харах дэлгэц дээр зураглан дүрсэлж харуулах буюу тэр дор нь фото хальсан дээр буулгаж болдог байна. Хэт авиан „дүрслэх“ оношилгооны арга нь ямар нэгэн туяаны ачаалалгүй, онц гойд бэлтгэлгүй, өвчтөнд шаналгаа зовиургүй, хэд дахин давтан хийж болдог зэргээрээ бусад шинжилгээнээс давуу талтай юм.

3. Компьютер томографи гэдэг нэршил нь электрон тооцон бодохтой бөгөөд хүний эд, эрхтэнийг давхаргаар нь зураг авах арга гэсэн үг юм.

Практик дээр тооцон бодох томографи гэж яригдах бөгөөд тооцон бодох томографийн үндсэн зарчим нь рентген туяаны маш өчүүхэн багцаар тухайн биетийн сонирхсон давхаргыг зураглан оношлох (сканирование) явдал юм. Урьдчилан нарийн төлөвлөсөн программын дагуу туяаны багцыг хэсэг хэсгээр сонгон авч, хүний бие махбодын тодорхой сонирхож буй хэсгийг шинжлэх бөгөөд тусгай өндөр мэдэрэмтгий тоолуурууд багц туяаны идэвхийг хүлээн авч бүртгэн тэрхүү үзүүлэлтээ дор нь тооцон бодох машинд дамжуулдаг. Дамжуулагдсан үзүүлэлтүүдийг тооцон бодох машины математикийн программд оруулж тэрхүү мэдээллээр хүний бие махбодын шинжлэгдэж буй тухайн давхаргыг сонгон авч телевизийн дэлгэц дээр өнгөтөөр зураглан дүрсэлж өгөх буюу тэр дор нь өнгөтэй, өнгөгүй фото зураг авч болно.

Хүний бие махбодын аль ч эрхтэн системийн өвчний оношилгоонд өргөн хэрэглэж болно.

4. Гамма камерын дараагийн үе нь буюу техникийн хөгжлийн шатаа дахь гарамгай амжилтын илрэл нь эмиссийн компьютер томографийн төхөөрөмж юм. Энэ нь өвөрмөц фотон ба позитроноор компьютер томографийн адил хүний бие махбодын эд эрхтэн, системийн зургийг хөндлөн огтлолоор зүслэг (давхаргаар) маягаар харуулж авч чадах юм. Үүнийг дагаж цөмийн анагаах ухааны оношилгооны радио-бэлтгэмлүүд эд эрхтэн нэг бүрд тусгайлан тохирох болж улам нарийсна гэсэн үг.

Атомын цөмийн соронзон агшин (магнитный момент) дээр үндэслэн бие махбодод байдаг устөрөгчийн атомын цөмийн протоныг анагаах ухааны оношилгоонд ашиглах нь цөмийн физикч, инженер, эмч нарын ирэх зууны зорилт болж байна. Тэд энэ шинэ нээлтээ „Цөмийн соронзон цуурай“ (Ядерный магнитный резонанс) оношилгоо гэж нэрлэх юм.

Анагаах ухааны дэд эрдэмтэн П. ОНХУУДАЙ

Д. ЭРДЭНЭЧУЛУУН, Ц. БУНДАН

**БАГА НАСНЫ ХҮҮХДИЙН ЗҮРХНИЙ ТӨРӨЛХИЙН  
ГАЖГИЙН ТОХИОЛДЛЫГ СУДЛАХ АСУУДАЛД  
АНАГААХ УХААНЫ ХҮРЭЭЛЭН**

Бага насны хүүхдийн зүрх судасны органик өвчний дотор зүрхний төрөлхийн гажиг гол суурийг эзэлдэг.

ЭЗХТЗ-ийн гишүүн орнуудын 1982 оны мэдээгээр нэг жилд 70000 хүүхэд зүрхний төрөлхийн гажигтай төрж байгаа ба тэдгээрийн 56000 нь нэг нас хүрэлгүй эндэж байна. Зүрх судасны мэс засал амжилттай хөгжиж буй өнөө үед эдгээр хүүхдийн 50000-д нь мэс заслын ямар нэгэн тусламжийг үзүүлэх боломжтой гэж үзэх боллоо. (В.С. Чеканов. 1982).

Иймд зүрхний төрөлхийн гажгийг аль болох эрт илрүүлэн оношлож, эмчилж байх нь чухал ач холбогдолтой юм.

Манай оронд 1969 онд академич Т.Шагдарсүрэнгийн удирдлагаар зүрх судасны өвчнийг оношлох, мэс заслаар эмчлэх, тусгай тасаг байгуулагдан ажилласнаас хойш зүрх судасны төрөл бүрийн гажигтай 1000 гаруй өвчтөнд мэс засал хийгээд байна.

Бид бага насны хүүхдийн зүрхний төрөлхийн гажгийг илрүүлэх зорилгоор 1976—1982 онд Улаанбаатар хотын 35 ясли, 10 ясли-цэцэрлэг комбинатын 4764 (эрэгтэй 2339, эмэгтэй 2425) хүүхдэд үзлэг хийв.

**ҮЗЛЭГ ХИЙСЭН АРГАЧЛАЛ.** Зүрхний төрөлхийн гажиг илрүүлэх үзлэгийг кардиолог, рентгенолог, зүрх судасны мэс засалч эмч нарын бүрэлдэхүүнтэй гурван үе патаар зохион явуулав. Үүнд:

I үе. Гадна ерөнхий үзлэгээс эхлэн тэмтрэх, тогших, чагнах зэрэг энгийн аргыг хэрэглэн үзлэг хийв. Үзлэгээр зүрхний төрөлхийн гажигтай байж болох ямар нэгэн шинж тэмдэг илэрвэл хүүхдийн эх эцэг, төрөл төрөгсдөөс хүүхдийн торох үеийн байдал, өсөлт хөгжилт, зовиур шаналгаа өвчилсөн өвчин зэрэг өвчний онош тогтооход нөлөөлөх зарим шинж тэмдгийн талаар нарийвчлан асууж танилцав.

II үе. I шатны үзлэгээр зүрхний төрөлхийн гажигтай гэж онош тогтоосон хүүхдэд зүрхний цахилгаан бичлэг, авиа дууны бичлэг, цээж гэрэлд харах, зураг авах зэрэг шинжилгээг хийж оношийг тодруулан шаардлагатай өвчтөнийг эмнэлэгт хэвтүүлэв.

III үе. Өвчтөнг эмнэлэгт хэвтүүлсний дараа оношийг ахин батгах, гемодинамикийн өөрчлөлтийг тогтоох, мэс заслын арга барилыг сонгон авахын тулд зүрх сэтгүүрдэх шинжилгээг зарим өвчтөнд хийлээ.

Насны бүлэг	45 хоногоос 1 нас хүртэл	1—2 нас хүртэл	2—3 нас хүртэл	Бүгд
Эр	519	801	1019	2339
Эм	531	839	1055	2425
БҮГД	1050	1640	2074	4764

Урьдчилан сэргийлэх үзлэгт хамрагдсан 4764 хүүхдээс 43 (0,9%) нь зүрхний төрөлхийн гажигтай байлаа. Үүнээс үзэхэд 1000 хүүхэд тутмаас  $9,0 \pm 1,44$ -нь зүрхний төрөлхийн гажигтай байв.

Новосибирск хотын хүн амын дунд уг судалгааг зийхэд зүрхний төрөлхийн гажиг 0,21—0,8% байсан нь бидний судалгаатай ойролцоо байна [4,5].

Зүрхний төрөлхийн гажиг дотроос хамгийн элбэг нь тосгуурын таславчийн цоорхой 30,3%, ховдлын таславчийн цоорхой 25,7%, артерийн битүүрээгүй цорго 11,7% байна. Мөн судлаачдын ажиглалтаар зүрхний төрөлхийн гажгуудаас тосгуурын ба ховдлын цоорхой, артерийн битүүрээгүй цорго олонтоо тохиолдож байсан байна. [2]

Зүрхний төрөлхийн гажигтай хүүхдийн нас, хүйс, онош

Өвчтөний нас хүйс	1 нас хүртэл			1—2 нас			2—3 нас			Бүгд			Хувь
	эр	эм	Бүгд	эр	эм	Бүгд	эр	эм	Бүгд	эр	эм	Бүгд	
Ховдлын таславчийн цоорхой	1	4	5	—	1	1	3	2	5	4	7	11	25,7%
Тосгуурын таславчийн цоорхой	2	—	2	1	4	5	4	2	6	7	6	13	30,3%
Артерийн битүүрээгүй цорго	1	—	1	—	1	1	2	1	3	3	2	5	11,7%
Ховдол тосгуурын коммуникаци	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	1	1	2,3%
Фаллогийн дөрвөлсөн гажиг	1	—	1	1	—	1	—	—	—	—	—	2	4,6%
Уушгины артерийн нарийсал	—	—	—	—	—	—	2	—	2	2	—	2	4,6%
Эбштейний гажиг	—	—	—	—	2	2	—	—	—	—	2	2	4,6%
Гол судасны эхлэх хэсгийн нарийсал	—	—	—	—	—	—	1	—	1	1	—	1	2,3%
Зүрхний төрөлхийн гажиг	1	—	1	1	—	1	2	2	4	4	2	6	13,9%
Бүгд	6	5	11	3	8	11	14	7	21	23	20	43	100%



Бид хүүхдийн клиникийн төв ба II эмнэлэг, I, II, III төрөх газрын задлан шинжилгээний сүүлийн 3—4 жилийн материалд ажиглалт хийсэн юм. Хүүхдийн клиникийн төв ба II эмнэлэгт 1978—1981 онд бүгд 3829 задлан шинжилгээ хийснээс зүрхний төрөлхийн гажигтай 69(1,2%) байлаа. Задлан шинжилгээний материалд ажиглалт хийсэн судлаачдын мэдээгээр зүрхний төрөлхийн гажиг 1,48—0,09% байгаа нь бидний судалгаатай ойролцоо байна [6].

Хүснэгт 3

Зүрхний төрөлхийн гажигтай нас барсан хүүхдийн нас, хүйс

Насны бүлэг	Өвчтөн		
	эрэгтэй	эмэгтэй	Бүгд
2 хоногос 1 сар	8	8	16
1—6 сар	16	13	29
6—12 сар	3	7	10
1—2 нас	2	8	10
2—3 нас	1	3	4
БҮГД	30	39	69

Бидний ажиглалтаар хүүхдийн больницод зүрхний төрөлхийн гажигтай нас барсан хүүхдүүдийн 79,7% нь төрснөөсөө хойш эхний нэг жилд, үүний 29% нь эхний нэг сарын дотор нас барсан байлаа.

Судлаачдын ажиглалтаар зүрхний төрөлхийн гажигтай хүүхдийн 70% нь эхний нэг жилд, үүнээс 2/3 нь эхний 6 сарын дотор нас барсан байв (3,2). Мөн зүрхний төрөлхийн гажигтай хүүхдийн 19—27% нь төрсний дараах эхний сардаа нас барж

байгаа нь илэрчээ. (6,2) Орчин үед бага насандаа нас барж буй эдгээр хүүхдийн 50—60%-д нь мэс заслын ямар нэгэн тусламж үзүүлэх боломжтой юм. (4).

Хүүхдийн больницод нас барсан хүүхдийн 26% нь тосгуурын таславчийн 14,5% нь ховдлын таславчийн цоорхойтой, 14,5% нь артерийн битүүрээгүй цорготой, 16%-д нь тосгуурын зууван цонх нээлттэй байв. Өвчтөний 18,2%-д нь хэд хэдэн гажиг хавсарсан байлаа.

Зүрхний төрөлхийн гажигтай 69 хүүхдийн 26(37,7%) нь клиникээр оношлогдож 43(62,3%) нь оношлогдоогүй байна.

Зүрхний гажигтай болох нь оношлогдсон өвчтөний 30,8%-д нь клиникийн онош задлан шинжилгээгээр батлагджээ.

Үүнээс үзэхэд бага насны хүүхдийн зүрхний төрөлхийн гажгийн оношлогоо хангалтгүй байна. Бага насны хүүхдэд зүрхний ямар гажиг байгааг тусгай шинжилгээгүйгээр оношлоход хялбар бич боловч зүрхний төрөлхийн гажигтай гэдгийг тогтоох бүрэн боломжтой юм.

Зүрхний төрөлхийн гажигтай 69 өвчтөнөөс 2 нь зүрхний дутагдлаас, 67 нь хавсарсан өвчний улмаас нас баржээ.

Зүрхний төрөлхийн гажигтай хүүхдийг үхэлд хүргэж буй гол өвчин нь уушгины хатгалгаа (85%) байлаа.

Судлаачдын цусны бага эргэлтийн цус ихэссэн гажиг бага насны хүүхдэд хүнд явцтай амьсгалын замын өвчнөөр амархан үгдэрдэг тухай олонтоо өгүүсэн байдаг (1).

## Зүрхний төрөлхийн гажигтай нас барсан хүүхдийн онош

Онош	Нас					Бүгд	Хувь
	2х—1 сар	1—6 сар	6—12 сар	1—2 нас	2—3 нас		
Тосгуурын таславчийн цоорхойтой	3	8	4	3	—	18	26%
Тосгуурын зууван цонх нээлттэй	3	4	1	2	1	11	16%
Ховдлын таславчийн цоорхойтой	2	3	1	2	2	10	14,5%
Артерийн битүүрээгүй цорготой	5	3	1	1	—	10	14,5%
Тосгуурын таславчийн цоорхойтой-ховдлын таславчийн цоорхойтой	—	3	—	—	—	3	4,4%
Фаллогийн дөрвөлсөн гажиг	—	—	1	1	1	3	4,4%
Артерийн битүүрээгүй цорготой+ тосгуурын таславчийн цоорхойтой	2	—	—	—	—	2	2,9%
Зүрхний төрөлхийн гажиг	—	1	1	—	—	2	2,9%
Артерийн битүүрээгүй цорготой ховдлын таславчийн цоорхойтой	—	1	—	—	—	1	1,4%
Артерийн битүүрээгүй цорготой-ховдлын таславчийн цоорхойтой тосгуурын таславчийн цоорхойтой	—	—	—	1	—	1	1,4%
Артерийн битүүрээгүй цорготой-ховдлын таславчийн цоорхойтой гол судасны аплазия	—	1	—	—	—	1	1,4%
ХТЦ гол судас уушгины артерийн хавхлагын гажиг	—	1	—	—	—	1	1,4%
Артерийн битүүрээгүй цорготой-тосгуурын зууван цонх	—	1	—	—	—	1	1,4%
Артерийн битүүрээгүй цорготой-тосгуурын зууван цонх-фиброэластоз	—	1	—	—	—	1	1,4%
Артерийн битүүрээгүй цорготой-тосгуурын зууван цонх-уушгины артери битүү	—	1	—	—	—	1	1,4%
Гурван тасалгаатай зүрх	1	—	—	—	—	1	1,4%
Үнхэлцэгийн гажиг хөгжил	—	—	1	—	—	1	1,4%
Фиброэластоз	—	1	—	—	—	1	1,4%
<b>БҮГД</b>	<b>16</b>	<b>29</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>4</b>	<b>69</b>	<b>100%</b>

1977—1981 онд хийсэн төрөх дундын нярайн задлан шинжилгээний 1773 материалд дүгнэлт хийхэд гажиг хөгжилтэй 77(4,3%) үүнээс зүрхний төрөлхийн гажигтай 12(15,6%) байлаа. Бүх задлан шинжилгээний 0,67% нь зүрхний төрөлхийн гажигтай байв. 12 нярайн 9(75)-нь зүрхний

дагнасан гажигтай, 3(25%) нь бусад эрхтэний гажигтай хавсарсан байлаа. Судлаачдын ажиглалтаар зүрхний төрөлхийн гажиг бусад эрхтэний гажигтай (26,2—27,5%) хавсран тохиолдож байгаа нь бидний судалгаагаар ойролцоо байна. (2,3)

ДҮГНЭЛТ. 1. Яс лийн хүүхдийн дунд хийсэн үзлэгээр зүрхний төрөлхийн гажиг 0,9% тохиолдож байна.

2. Хүүхдийн клиникийн төв ба II эмнэлгийн сүүлийн 3—4 жилийн задлан шинжилгээний материалаар зүрхний төрөлхийн гажиг 1,2%, төрөх тасгийн материалаас үзэхэд 0,67% тохиолдож байна.

3. Төрөлхийн гажиг өөрчлөлтийн 15,6%-ийг зүрхний төрөлхийн гажиг эзэлж байна.

4. Зүрхний төрөлхийн гажгуудаас тосгуур ба ховдлын таславчийн цоорхой, артерийн битүүрээгүй цорго элбэг тохиолдож байна.

5. Зүрхний төрөлхийн гажигтай хүүхдүүд ихэвчлэн төрснийхөө дараахь эхний сард уушгины хатгалгаагаар нас барж байна.

6. Зүрхний төрөлхийн гажгийн онош эмчилгээг эрчимжүүлэхэд хүүхдийн эмч нарын оролцоог сайжруулах нь бага насны хүүхдийн эндэгдлийг бууруулахад нөлөө үзүүлэх юм.

### АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. В.В.Алекси-Месхишвили, А.С.Шарыкин, Е.И.Блинова. Первый опыт хирургического лечения врожденных пороков сердца у детей в возрасте до 3 месяцев. Вестник АМН СССР. 1982 № 8. 72—76
2. В.И.Бураковский Б.А. Константинэв. Болезни сердца у детей раннего возраста. 1970.
3. В.В.Медвенская. Клинико анатомические параллели при врожденных пороках сердца в периоде новорожденности. Охр. матер. и детс. 1970. 11.
4. Н.И. Медведева. Выявление частоты врожденных пороков сердца в городе Новосибирске. Автореф 1970
5. А.Т.Росляков. В.А.Филонов и др. Опыт активного выявления больных с врожденными пороками сердца в ряде районов Дальнего Востока. Хабаровск, 1976.
6. П.М.Сидоров, Д.О. Алкэ, И.А. Гэцэбэлс. Частота врожденных пороков сердца в Новосибирске по секционным данным (1934—1973 г.) В кн: Раннее выявление, диагностика, лечение заболеваний сердечно-сосудистой системы. Часть I. Новосибирск. 1980 г.
7. Ц.Бундан, Д.Эрдэнэчулуун. Бага насны хүүхдийн зүрхний гажгийн тархалтыг судлах асуудал. Мянголын анагаах ухаан. 1970 № 1.

### К ВОПРОСУ ИЗУЧЕНИЯ ЧАСТОТЫ ВРОЖДЕННЫХ ПОРОКОВ СЕРДЦА СРЕДИ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ВОЗРАСТА

Д. Эрдэнэчулуун, Ц. Бундан

Авторами проведены профилактические осмотры среди 4764 детей до 3 лет в г. Улан-Баторе. Среди них обнаружены врожденные пороки сердца у 43 (0,9 %) детей. Из врожденных пороков сердца наиболее часто встречались ДМПП 30,3%, ДМЖП 25,7%, НАП 11,7%. По секционным данным 3 городских роддомов (1978—1981) г. Улан-Батора врожденный порок сердца обнаружен в 0,67%, в то время по секционным данным детских больниц в 1,2% случаев, из врожденных аномалий органов среди умерших детей, врожденный порок сердца выявлен в 15,6%. Большинство детей с врожденными пороками сердца умерли на первом месяце жизни и причиной смерти в 85% случаев являлась пневмония.

Д. САМБУУПҮРЭВ. Д. АВИРМЭД

### ЭМЭГТЭЙЧҮҮДИЙН УРЬДЧИЛАН СЭРГИЙЛЭХ ҮЗЛЭГТ ЦИТОЛОГИЙН ШИНЖИЛГЭЭ ХЭРЭГЛЭСЭН НЬ

АНАГААХ УХААНЫ ХҮРЭЭЛЭН

Судалгааны зорилго: Эмэгтэйчүүдийн урьдчилан сэргийлэх үзлэгийн үед цитологийн шинжилгээг өргөн хэрэглэх нь умайн хүзүүний өмөнг эрт илрүүлэн төгс эмчлэх шилдэг арга мөн. (1, 3, 9)  
Манай орны хорт хавдрын өвчлөлийн бүтцэнд умайн хүзүүний өмөн 10,32%, эм бэлиг эрхтний бүх хавдрын дотор 78,33%-ыг эзэлж байна. (10). Умайн хүзүүний өмөнгийн эмнэл зүйн шинж тэмдэг ихэнхдээ хожуу тодордгоос гадна хавдрын анхны шинжүүд илэрсэн эрт үеийн зарим тохиолдолд өмөнгийн эсүүд орчны тунгалагт зөөгдөн очсон байхыг эрдэмтэд нотолжээ. (6,8)

Ийнхүү хорт хавдрын үүслийн нууц бүрэн тайлагдаагүй өнөө үед умайн хүзүүний өмөнг эрт илрүүлэн, өрсөж эмчлэхэд цитологийн шинжилгээ нэн чухал болохыг эрдэмтдийн судалгаа харуулж байна. (7) Цитологийн шинжилгээгээр явуулсан урьдчилан сэргийлэх үзлэг нь хэвээ ч гэсэн умайн хүзүүний өмөнг эмнэл зүйн шинж илрэхийн өмнө буюу бүрхүүл эпителийн хүрээнээс орчихоо эд рүү нэвтрэн орохын урьдал үед нь илрүүлэх боломжгүй хэмээн эрдэмтэд үзэж байна. (5,7) Иймээс эмэгтэйчүүдийн урьдчилан сэргийлэх үзлэгийг цитологийн шинжилгээтэй ямагт хамт хийж байх нь чухал байна.

Гэтэл манай улсад эмэгтэйчүүдийн урьдчилан сэргийлэх үзлэгт цитологийн шинжилгээг хэрэглэж байгаагүй бөгөөд энэ талаар тусгайлан хийсэн судалгааны ажил байхгүй билээ.

Бид урьдчилан сэргийлэх үзлэгийг цитологийн шинжилгээтэй хамт хийж, умайн хүзүүний бүрхүүл эпителийн дотор байрласан өмөнгийн эсүүдийг илрүүлэн таньж, түүнийг эрт оношлохын ач холбогдлыг тодорхойлох зорилт тавьсан юм.

**Судалгааны материал, арга:** 1981—1983 оны урьдчилан сэргийлэх үзлэгээр 2130 эмэгтэйд хийсэн цитологийн шинжилгээний дүнг хавдар судлалын төвийн 1971—1980 онд 11 аймагт цитологийн шинжилгээгүйгээр хийсэн эмэгтэйчүүдийн урьдчилан сэргийлэх үзлэгийн судалгаатай харьцуулан судлав. (11)

Урьдчилан сэргийлэх үзлэгийн үед арын хүнхрээ, умайн хүзүү, хүзүүний суваг зэргээс авсан материалыг нэг тавиур шилэн дээр хөндлөн, дагуу, ташуу чиглэлээр жигд нимгэн түрхэж, наалдац бэлтгээд агаарт хатаасны дараа илгээмж бичгийн хамт цитологийн лабораторид явуулан, наалдцыг гематокселин-эозины энгийн аргаар болон лейшманы будгийн холимгоор будаж шинжлэв. Үзлэгийн үед умайн хүзүүний нүдэнд харагдах өөрчлөлттэй хэсгээс нь конхтомоор биопси авч, цитологийн шинжилгээтэй зэрэгцүүлэн судалж оношийг бататгалаа.

**Судалгааны үр дүн:** Эмэгтэйчүүдийн урьдчилан сэргийлэх үзлэгээр тогтоосон эмнэл зүйн оношийг цитологийн шинжилгээгээр илрүүлсэн умайн хүзүүний өмөн, түүний эмнэл зүйн шинж илрэлийн өмнө үе, урьдал өвчин, гистологийн шинжилгээний дүгнэлттэй харьцуулан судалсан дүнгийн үзүүлэлтийг хүснэгт 1-т харуулав.

Урьдчилан сэргийлэх үзлэгийн цитологи шинжилгээний 2130 эмэгтэйн 6,5%-д умайн хүзүүний өмөн, урьдал өвчин илэрсний 5,4%-д умайн хүзүүний бүрхүүл эпителийн дисплазийн өөрчлөлт, 0,56%-д эпителийн доторх өмөн, 0,51%-д цөмрөн түрэх ургалттай өмөн байсныг илрүүлсэн байна. Урьдал өвчин, өмөн илэрсэн 140 эмэгтэйн 115 нь гистологийн шинжилгээгээр давхар батлагдсан байна.

Ийнхүү цитологийн шинжилгээгээр урьдчилан сэргийлэх үзлэгт хамрагдсан эмэгтэйчүүдийн дотор умайн хүзүүний эпителийн доторх өмөнгийн илрэлтийн хувь 0,51 байгаа нь ажиглагдлаа. Үүнээс гадна урьдчилан сэргийлэх үзлэгийн үед эмч толь тавин нүдээрээ харж илрүүлсэн өмөнгийн хувь 0,18 байгаа нь цитологийн шинжилгээгээр илрүүлснээс 3 дахин бага байна. Урьдчилан сэргийлэх үзлэгийн үед „эрүүл“ оноштой бүгд 1177 эмэгтэйн 0,16%-д мөн умайн хүзүүний шархлаа, урвалт, үтрээний үрэвсэлтэй гэж оношилсон 968 эмэгтэйн 0,62%-д өмөн байсныг цитологийн шинжилгээгээр тус тус илрүүлэв.

Хавдар судлалын төвөөс 1971—1980 онд хөдөөгийн 11 аймагт цитологийн шинжилгээгүйгээр хийсэн эмэгтэйчүүдийн урьдчилан сэргийлэх үзлэгийг 1981—1983 онд цитологийн шинжилгээтэйгээр хийсэн урьдчилан сэргийлэх үзлэгтэй харьцуулсан үзүүлэлтийг хүснэгт 2-т харуулав.

## Цитологийн шинжилгээтэйгээр хийсэн эмэгтэйчүүдийн урьдчилан сэргийлэх үзлэгийн үр дүн

Урьдчилан сэргийлэх үзлэгийн үед тогтоосон клиникийн онош	Цитологийн шинжилгээтэй үзлэгийн тоо	Цитологийн шинжилгээний илрүүлсэн өмөн, урьдал өвчин				Гистологийн шинжилгээгээр батлагдсан нь				Өмөн илрүүлсэн хувь
		Бүгд үүнээс	Дисплазийн өөрчлөлт	Бүрхүүл эпителийн доторх өмөн	Цөмрөн түрэх ургалттай өмөн	Бүгд үүнээс	Дисплазийн өөрчлөлт	Бүрхүүл эпителийн доторх өмөн	Цөмрөн түрэх ургалттай өмөн	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Умайн хүзүүний өмөн	5	5	=	2	3	5	=	2	3	0,18%
Өмөний сэжиг бүхий	12	8	6	1	1	9	7	1	1	
Умайн хүзүүний ур	23	4	4	=	=	2	2	=	=	0,62%
Умайн хүзүүний шархлаа	239	49	42	4	3	44	37	4	3	
Хүзүүний урвалт	37	3	3	=	=	=	=	=	=	
Үтрээний үрэвсэл	530	16	13	2	1	11	8	1	1	
Урьдал бусад өвчин	139	19	17	1	1	8	6	1	1	
Эрүүл	1177	36	32	2	2	36	32	2	2	0,16%
Бүгд (хувь)	2130 100%	140 6,5	117 5,4	12 0,56	11 0,51	115 5,3	92 4,4	11 0,5	12 0,56	

Цитологийн шинжилгээ хийгээгүй ба хийсэн эмэгтэйчүүдийн урьдчилан сэргийлэх үзлэгийг өөр хооронд нь харьцуулан судалсан нь

	Үзлэгийн тоо Үүнээс		Өмөнгийн Урьдах Үе		Өмөнгийн Үе
	Цитологийн шинжилгээ хийгээгүй	Цитологийн шинжилгээ хийсэн	Умайн хүзүү- ний эпителийн дислази	Умайн хүзүү- ний эпители доторх өмөн	Умайн хүзүүний бүрхүүл эпителийн хүрээнээс хальсан өмөн
1971—1980	19438	=	=	=	64 (0,32%)
1981—1983	=	2130	92 (4,4)	11 (0,51%)	12 (0,56%)

Хүснэгтээс үзэхэд цитологийн шинжилгээтэйгээр хийсэн урьдчилан сэргийлэх үзлэгийн бүгд 19438 эмэгтэйн 64-т буюу бүх үзүүлэгчдийн 0,32%-д умайн хүзүүний өмөн байсныг илрүүлсэн байна.

Гэтэл эмэгтэйчүүдийн урьдчилан сэргийлэх үзлэгийг цитологийн шинжилгээтэй хамт хийхэд эмнэл зүйн шинж илрэхийн өмнө буюу умайн хүзүүний бүрхүүл эпителийн хүрээн дотор байрласан өмөн 11/0,51% байсныг оношилсноороо умайн хүзүүний өмөнг эмнэл зүйн шинж илрэхийн өмнө үед илрүүлэн, бүрэн төгс эмчлэх боломж байгааг харууллаа. Үүнээс гадна цитологийн шинжилгээтэйгээр хийсэн эмэгтэйчүүдийн урьдчилан сэргийлэх үзлэгт умайн хүзүүний өмөнг илрүүлэх хувь цитологийн шинжилгээгүйгээр хийсэн үзлэгийн өмөн илрүүлэх хувиас 1,5 дахин өндөр байгаа нь харагдлаа.

Бидний энэ судалгааны дүн И.А. Фридман (0,3%), И.Ф. Жордания (0,3%), И.А. Фридман, Н.П. Кустаров (0,32%) нарын (4) судалгааны үзүүлэлтээс 0,2%-иар өндөр, харин эмэгтэйчүүдийн эмчийн хяналтын хүмүүст урьдчилан сэргийлэх үзлэг хийсэн Е.А. Свиндлер, Р.П. Угрюмова нарын (5,6) судалгааны умайн хүзүүний өмөн илрүүлсэн дүнгээс (1,6—1,8%) 3 дахин доогуур байна.

Мөн цитологийн шинжилгээгүйгээр хийсэн урьдчилан сэргийлэх үзлэгийн умайн хүзүүний өмөн илрүүлэх манай судлаачдын хувь (0,32%) Р.П. Угрюмова, А.Б. Тиллерсон, А.С.Пшеничникова (2) нарын зэрэг судлаачдынхаас (0,025%) нилээд өндөр байна. Бидний болон манай судлаачдын өмөн илрүүлсэн дүнгийн үзүүлэлт гадаад орны судлаачдынхаас өндөр байгааг урьдчилан сэргийлэх цитологи шинжилгээнд эмчийн хяналтын эмэгтэйчүүд нилээд олонтоо хамрагдаж байгаагийн гадна манай улсад умайн хүзүүний өмөнгийн өвчлөл бага биш байгаатай холбон үзэж байна.

**Дүгнэлт:** 1. Эмэгтэйчүүдийн урьдчилан сэргийлэх үзлэгийн цитологи шинжилгээ нь эмчийн „эрүүл“ гэж онош тогтоосны 0,16%-д, эмгэгтэй, үрэвсэлтэй гэж оношилсны 0,62%-д умайн хүзүүний өмөн байхыг илрүүлэхийн хамт урьдчилан сэргийлэх үзлэгт үзүүлсэн эмэгтэйчүүдийн 5,4%-д умайн хүзүүний бүрхүүл эпителийн дислази, 0,56%-д эпителийн дотор байрласан өмөн байгааг тус тус илрүүлэн оношилжээ. Гэтэл цитологийн шинжилгээгүйгээр хийсэн урьдчилан сэргийлэх үзлэг клиникийн шинж илрэхийн өмнө болон урьдал үедээ байгаа өмөнг нэг ч тохиолдолд оношлоогүй болох нь судалгаанаас харагдлаа.

2. Умайн хүзүүний бүрхүүл эпителийн дотор байрласан өмөн ба дисплазийн өөрчлөлтийг эрт илрүүлснээр цөмрөн түрэх ургалт бүхий умайн хүзүүний өмөнг эмнэл зүйн шинж илрэхийн өмнөх үед нь бүрэн оношилж болохыг урьдчилан сэргийлэх үзлэгийн цитологи шинжилгээний дүн батлан харууллаа. Иймд эмэгтэйчүүдийн урьдчилан сэргийлэх үзлэгт цитологи шинжилгээний аргыг өргөн хэрэглэх нь чухал байна.

#### АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. А. М. Айсарова и А. И. Шибанова О цитологической диагностике предраковых заболеваний и ранних форм рака шейки матки. *Вопр. онкол.*, 1971, 4, 45—49.
2. А. Б. Гиллерсон, А. С. Пшеничникова 20 летний опыт работы онкологического кабинета женской консультации — *Акуш. и гин.*, 1967, 4, 33—36.
3. А. Б. Деражне Ранняя диагностика рака шейки матки при массовых осмотрах женщин — *Вопр. онкол.*, 1970, 2, 113.
4. И. Ф. Жордания Методика массовых профилактических осмотров женщин в целях выявления гинекологической заболеваемости. *Акуш. и гин.*, 1949, 4, 4—9.
5. Е. А. Свиндлер Организация массовых цитологических онкологических профилактических исследований в Невском районе Ленинграда. — *Акуш. и гин.*, 1963, 2, 96—99.
6. Р. П. Угрюмова. Цитологические исследования в диагностике рака шейки матки при массовых профилактических осмотрах. — *Акуш. и гин.*, 1965, 2, 99—101.
7. И. А. Фридман. Итоги профилактического осмотра женщин в условиях сельского района с использованием цитологических исследований — *Вопр. онкол.*, 1964, 9, 98—101.
8. И. А. Фридман, Н. П. Кустаров. Люминесцентные цитологические исследования в акушерско—гинекологической практике. л., 1974 г.
9. Л. И. Чарквиани. Всесоюзный симпозиум по профилактике и ранней диагностике рака шейки матки. — *Вопр. онкол.*, 1971, 11, 118—120.
10. Б. Доржготов. К вопросу эпидемиологии основных 5 локализаций рака в МНР (материалы научно-практической конф. врачей—онкологов). Улан-Батор, 1981, 7—9
11. С. Дорж. Результаты профилактического осмотра населения онкогинекологами профилактической бригады онкологического диспансера за 1962—1980 г. г. (матер. научно-практ. конф. врачей-онкологов) Улан-Батор, 1981, 14—15.

#### ПРИМЕНЕНИЕ ЦИТОЛОГИЧЕСКОГО МЕТОДА ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ОСМОТРАХ

Д. Самбупурэв, Д. Авирмэд

Проведено цитологическое исследование 2130 женщин, охваченных онкологическим профилактическим осмотром за 1981—1983 гг. Общая выявляемость рака шейки матки составила 0,56%, выявляемость внутриэпителиального рака — 0,51% и диспластических изменений 4,4%. В то же время ни в одном случае визуально не был диагностирован внутриэпителиальный рак.

Выявляемость рака у 1177 здоровых женщин визуально составила 0,16%, среди 968 женщин с патологией выявляемость рака шейки матки равнялась 0,62%.

Таким образом, проведенные исследования свидетельствуют о необходимости большой эффективности использования цитологического метода исследования при профилактических осмотрах женщин.

## ӨВӨРХАНГАЙ АЙМГИЙН НЭГДСЭН ЭМНЭЛГИЙН МЭДРЭЛИЙН ТАСГИЙН ҮЙЛ АЖИЛЛАГААНЫ ЗАРИМ ҮЗҮҮЛЭЛТ

### А НАГААХ УХААНЫ ХҮРЭЭЛЭН

Зарим аймаг, хотын нэгдсэн эмнэлгийн мэдрэлийн тасгийн үйл ажиллагааны зарим үзүүлэлтийг тухайлбал, хэвтсэн өвчтөний өвчний бүтцийг өвчний үндсэн нэршлээр гаргах, тэдгээрийн хөдлөл зүй, хэвтэгчдийн харьяаллыг хот хөдөөгөөр ялган авч үзэх, нас хүйсний байдал, хэвтэж эмчлүүлсэн нийт болон дундаж ор хоног зэргийг тодорхой хугацааны хүрээнд судлан дүгнэж байх нь аймгийн нэгдсэн эмнэлгийн мэдрэлийн тасгийн үйл ажиллагааг боловсронгуй болгоход чухал ач холбогдолтой юм. Гэвч ийм судалгаа ховор байна.

**СУДАЛГААНЫ МАТЕРИАЛ, АРГА ЗҮЙ.** Өвөрхангай аймгийн нэгдсэн эмнэлгийн мэдрэлийн тасагт 1977—1979 онд хэвтэж эмчлүүлсэн бүх өвчтөнд хөтөдсөн эмнэлгийн маягт № 95-ыг ашиглан тус тасагт хэвтэж эмчлүүлэгчдийн өвчний бүтцийг судлан гаргаж, тус аймагт хүн амд үзүүлэх мэдрэлийн стационарын тусламжийн зарим байдлыг үнэлж хэрэгцээг тодорхойлов.

**СУДАЛГААНЫ ҮР ДҮН, ДҮГНЭЛТ:** 1977—1979 онд Өвөрхангай аймгийн нэгдсэн эмнэлгийн мэдрэлийн тасагт нийтдээ 843 өвчтөн (эр—393, эм—450), 18863 ор хоног хэвтэж эмчлүүлсэн байна. Дээрх 3 жилийн дунджаар жилд мэдрэлийн тасагт 281 өвчтөн 6287 ор хоног хэвтэж эмчлүүлсэн ба жилд 15—16 орчим ор ажиллуулж байжээ.

Тус аймгийн хүн амд үзүүлэх мэдрэлийн стационарын тусламжийн байдлыг тус тасгийн үзүүлэлтээр тооцож үзвэл 1000 хүн ам тутмаас мэдрэлийн тасагт хэвтэгчдийн тоо дурдсан 3 жилийн дунджаар жилд 3,5 хүн хэвтэж байгаа нь ЗХУ-ын эрүүлийг хамгаалахын хөдөөгийн хүн амд үзүүлэх мэдрэлийн стационарын тусламжийн дундаж нормативээс даруй 2 дахин бага байна. (Энэ нормативээр хөдөөгийн 1000 хүн ам тутмаас жилд 7,5 хүн хэвтэх шаардлагатай гэж тооцоолдог).

Дурдсан 3 жилийн дунджаар мэдрэлийн өвчний үндсэн нэршлээр эмчлүүлэгчдийг хүйсний болон хот хөдөөгийн харьяаллын ялгаагаар ялган, өвчний бүтэц, тэдгээрийн эзлэх хувийн жин, өвчний нэршил бүрээр дундаж болон нийт ор хоногийг судлан гаргасан үзүүлэлтүүдийг хүснэгт 1-д харуулав.

Хүснэгтээс үзэхэд тархины судасны өвчнөөр жилд 86,0 өвчтөн хэвтэн эмчлүүлсэн нь мэдрэлийн нийт өвчний 30,6%, захын мэдрэлийн өвчнөөр жилд 65,5 өвчтөн хэвтэж эмчлүүлсэн нь мэдрэлийн нийт өвчний 23,3%-ийг тус тус эзэлж байна.

Мэдрэлийн системийн үйл ажиллагааны өвчнөөр жилд 52,6 өвчтөн хэвтэж эмчлүүлснээс нийт өвчтөний дотор 18,7%-ийг эзэлж байгаагийн зэрэгцээгээр мэдрэлийн халдварын шалтгаант өвчнөөр жилд 24 өвчтөн (8,5%), эпилепси өвчнөөр 21,6 өвчтөн (7,7%), тархи-мэдрэлийн гэмтлийн шалтгаант өвчнөөр 16 өвчтөн, сэтгэл мэдрэлийн өвчнөөр 10 өвчтөн (3,5%), мэдрэлийн бусад өвчнөөр 5 өвчтөн (1,8%) тус тус хэвтэж эмчлүүлсэн байна.

Дээрх үзүүлэлтүүдийг ЗХУ-ын зарим муж, хотын (Калининград, Тула, Белгород, Воронеж, Ленинград) больницуудын мэдрэлийн тасгуудад 1977—1978 онд хэвтэж эмчлүүлэгчдийн өвчний бүтцийн нэршлүүдээр гаргасан үзүүлэлтийн дундажтай харьцуулахад



Хүснэгт I

1977—1979 онд Өвөрхангай аймгийн нэгдсэн эмнэлгийн  
мэдрэлийн тасагт хэвтэж эмчлүүлэгчдийн өвчний бүтцийн  
байдал, үйл ажиллагааны зарим үзүүлэлт

Өвчний ангиллаар	Өвчтөний тоо				Мэдрэлийн бүх өвчний дотор эзлэх хувь (%)	Бүх ор хоног (жилд)	Дундаж ор хо- ног (1 өвчтөний)
	Өвчтөний тоо		Бүгд				
	эр	эм	нийт дүн- гээр	үүнээс: хөдөөнөөс			
1. Мэдрэлийн систе- мийн үйл ажиллагаа- ны өвчин (неврасте- ни, астени г.м)	15,3	37,3	52,6	20,3 (38,6%)	18,7	1137,0	21,4
2. Захын мэдрэлийн өвчин	37,3	28,3	65,6	19,0 (29,2%)	23,3	1469,0	22,4
3. Тархины судасны өвчин	40,3	45,6	86,0	35,0 (40,7%)	30,6	1960,3	22,8
Үүнээс: Инсульт (хурц хэлбэр)	7,3	7,6	15,0	6,6	5,3	510,0	34,2
4. Мэдрэлийн халдва- рын шалтгаант өвчин	9,6	14,3	24,0	11,3 (47,1%)	8,5	584,3	24,4
5. Мэдрэлийн гэмтлийн шалтгаант өвчин	10,6	5,3	16,0	9 (56,2%)	5,7	368,0	23,0
6. Эпилепси	12,0	9,6	21,6	12,0 (57,1%)	7,7	481,3	22,7
7. Сэтгэл-мэдрэлийн өвчин	3,3	6,6	10,0	7,6 (76,0%)	3,5	175,6	17,4
8. Мэдрэлийн бусад өвчин	2,3	2,6	5,0	3 (60,0%)	1,8	111,3	22,2
ДҮН	131	150	281	117,6 (41,9%)	100,0%	6287,5	22,4

нилээд ялгаатай байна (1). Үүнд, тархины судасны өвчний оношоор хэвтэгчдийн эзлэх хувь дээрх мужуудын дунджаас Өвөрхангайд 2 дахин их, мэдрэлийн гэмтлийн шалтгаант өвчнөөр хэвтэгчдийн эзлэх хувь олон дахин бага, бусад нэршлүүдээр ойролцоо үзүүлэлттэй байна. Харин зөвлөлтийн зарим районы төв эмнэлгүүдийн мэдрэлийн тасгийн (Волгоградск мужийн районы төв больниц, 1978) мөн тийм үзүүлэлттэй тус мэдрэлийн тасгийн өвчний бүтцийн үзүүлэлтийг харьцуулахад захын мэдрэлийн өвчнөөр хэвтэгчдийн эзлэх хувиар Өвөрхангайнх 2 дахин бага, харин мэдрэлийн халдвар, тархины судасны өвчин, мэдрэлийн сульдал өвчнөөр хэвтэгчдийн эзлэх хувийн жин тус тасагт харьцангуй их өндөр байна.

Тус тасагт хэвтсэн мэдрэлийн нийт өвчтөний тоогоор он дараалан авч үзэхэд хэвтэж эмчлүүлэгчдийн тоо цөөрсөн байна.

Хэвтэж эмчлүүлэгчдийн тоогоор 3 жилийн хөдлөмзүйг, өвчний дээрх нэршлүүдээр судалж үзэхэд мэдрэлийн халдвараас бусад өвчнөөр хэвтэгчдийн тоо зарим өвчний хувьд он дараалан буурах, зарим онд ихсэж дараа нь буурах байдлаар цөөрсөн байна.

Энэхүү үзүүлэлт нь дурдсан онуудад хүн амд мэдрэлийн нарийн мэргэжлээр үзүүлэх стационарын тусламжийн үзүүлэлт тус аймагт буурах хандлагатай байсныг харуулж байна.

Тус тасагт хөдөөнөөс (сумнаас) хэвтсэн өвчтөний эзлэх хувийг 3 жилийн дунджаар, өвчний нэршил бүрээр болон нийт дүнгээр судалж үзлээ.

Хөдөөнөөс аймагт ирж эмчлүүлэгчдийн дотор мэдрэлийн системийн үйл ажиллагааны өвчнөөр 38,6%, захын мэдрэлийн өвчнөөр 29,2%, тархины судасны өвчнөөр 40,7%, үүнээс хурц инсультээр 44,0%, мэдрэлийн халдварын шалтгаант өвчнөөр 47,1%, мэдрэлийн гэмтлийн шалтгаант өвчнөөр 56,2%, эпилепсийн өвчнөөр 57,1%, сэтгэл мэдрэлийн өвчнөөр эмчлүүлэгчид 76%-ийг тус тус эзэлж байв. Ерөнхийд нь авч үзвэл мэдрэлийн нийт өвчнөөр эмчлүүлэгчдийн 41,9%-ийг хөдөөнөөс буюу сумдаас ирсэн өвчтөн байгаагаас үзэхэд хөдөө сумдаас хэвтэгчдийн тоо харьцангуй бага хувийг эзэлж байна.

Хэвтэгчдийн хүйсний байдлыг өвчний нэршлээр судлахад мэдрэл сульдал, сэтгэл мэдрэлийн өвчнөөр эмэгтэйчүүд эрэгтэйчүүдээс 2 дахин их, захын мэдрэлийн өвчин, мэдрэлийн гэмтлийн шалтгаант өвчнөөр эрэгтэйчүүд эмэгтэйчүүдээсээ нилээд давуу үзүүлэлттэй, бусад нэршлүүдээр үзүүлэлтүүд харьцангуй ойролцоо байна. Нийт дүнгээр эрэгтэй эмэгтэйчүүдийн өвчлөл ойролцоо үзүүлэлттэй байна.

Дундаж ор хоногийг өвчний дээрх нэршлүүдээр судалж үзэхэд 17,4—34,2 дотор хэлбэлзэж, дундаж ор хоног 22,4 байгаа нь хэвчин хэмжээнд байна гэж үзэж болох байна. Гэвч инсульт, сэтгэл мэдрэлийн эмгэг зэрэг зарим өвчнөөр хэвтсэн өвчтөнүүдийн дундаж ор хоног байвал зохих хэмжээнээс харьцангуй бага байхад мэдрэлийн сульдал өвчнөөр хэвтэгчдийн дундаж ор хоног харьцангуй олон байна гэж үзэж болох юм.

Хүснэгт 2

Эмчлүүлэгчдийн насны ерөнхий байдлыг өвчний гол нэршлээр харуулбал (хэвтсэн өвчтөнүүдийн 3 жилийн дундаж тооны үзүүлэлтээр)

		30 нас хүртэл	30—59	60 дээш	Бүгд
1. Мэдрэлийн үйл ажиллагааны өвчин	өвчтөний тоо	22,6	29,3	0,6	52,5
	%	44,2%	55,8%	1,9%	100,0%
2. Захын мэдрэлийн өвчин	өвч. тоо	14,0	46,3	5,3	65,6
	%	21,2%	70,7%	7,7%	100,0%
3. Тархины судасны өвчин	өвч. тоо	12,6	59,2	14,0	85,8
	%	14,0%	69,8%	16,4%	100,0%
4. Мэдрэлийн халдвар	өвч. тоо	7,0	16,3	0,6	24,0
	%	29,1%	66,0%	2,5%	100,0%
5. Эпилепси	өвч. тоо	13,3	6,6	1,3	21,6
	%	61,9%	33,3	5,7%	100,0%

Өвчний үндсэн нэршил бүрээр эмчилгээ хийсэн нийт ор хоногийг судалж үзэхэд тархины судасны өвчнөөр дурдсан 3 жилийн дунджаар жилд 1960, 3 ор хоног, захын мэдрэлийн өвчнөөр 1469,0 ор хоног, мэдрэлийн сульдал зэрэг мэдрэлийн үйл ажиллагааны өөрчлөлт өвчнөөр 1137,0, мэдрэлийн халдварын шалтгаант өвчнөөр 584,3 ор хоногийн эмчилгээг тус тус хийсэн байна.

Дээрх хүснэгтээс үзэхэд эпилепси өвчнөөс бусад бүх өвчнөөр эмчлүүлэгчдийн 55%—70% нь 30—59 насны, мэдрэлийн үйл ажиллагааны өвчний өвчлөгчдийн 44,2%, эпилепсийн өвчнөөр өвчлөгчдийн 61,9% нь 30 нас хүртэлх насны хүмүүс эзэлж байна.

Харин 60-аас дээш насны хүмүүс харьцангуй цөөн хувь эзэлж байна.

Дүгнэлт: 1. Хөдөөгийн хүн амд үзүүлэх мэдрэлийн стационарын тусламжийг эрс сайжруулан, аймгийн мэдрэлийн эмчийн болон мэдрэлийн орны хэрэгцээний нормативыг боловсронгуй болгох шаардлагатай байна.

2. Мэдрэлийн тасгийн үйл ажиллагааг сайжруулах зорилгоор хүн амын дунд илрүүлэх үзлэгийг, ялангуяа сумдад төлөвлөгөөтэйгөөр зохион явуулж, эмчлүүлэх шаардлагатай өвчтөнүүдийг төлөвлөгөөтэйгөөр хэвтүүлэх, үүний зэрэгцээгээр яаралтай журмаар хэвтэх өвчтөнүүдэд үзүүлэх тусламжийн бэлэн байдлыг хангах зохион байгуулалтын арга хэмжээ авах хэрэгтэй байна.

3. 1000 хүн ам тутмаас жилд 7,5 хүн мэдрэлийн стационарт хэвтэж эмчлүүлэхээр бодож, 1000 хүн ам тугамд мэдрэлийн 0,4 орыг тооцоолж, хөдөөгийн хүн амд үзүүлэх мэдрэлийн стационарын тусламжийн орны хэрэгцээг хангаж байгаа Зөвлөлт Холбоот Улсын нормативыг баримтлах нь зүйтэй байна.

## АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. Л. Г. Ерохина, Б. С. Виланский, П. С. Кузнецов. „Органы организации неврологической помощи населению“, 1981 г.
2. Руководство по социальной гигиене и организации здравоохранения т. 1. „медицина“, 1974, 269.

## ОКАЗАНИЕ НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В УВУРХАНГАЙСКОМ АЙМАКЕ

Д. Басанжав

Установлено, что в неврологическом отделении аймачной больницы госпитализировалось 3,5 человек на 1000 населения ежегодно. Это в 2 раза меньше при сравнении с данными Советского Союза, где потребность госпитализации сельских жителей на 1000 населения в год считается 7,5 человек. Таким образом, ныне функционирующих неврологических коек явно недостаточно для удовлетворения потребности неврологической стационарной помощи населению аймака.

Структура и удельный вес основных нервных болезней по данным отделения: сосудистые заболевания 30,6% (I место) заболевания периферической нервной системы 23,3% (II место), функциональные заболевания—13,7% (III место), нейроинфекция—3,5%, эпилепсия—7,7%, нейротравма и психические заболевания,—34%.

Частота госпитализации сельских жителей значительно меньше, чем жителей центра аймака.

Средняя продолжительность стационарного лечения колеблется от 17,4 до 34,2 койко-дней что также неполностью соответствует принятым средним срокам стационарного лечения некоторых нервных болезней.

Автор считает необходимым коренным образом улучшить уровень удовлетворения потребности в неврологической стационарной помощи сельского населения страны.

## ЗАЛУУ ХҮМҮҮСИЙН УУШГИНЫ ЦОЧМОГ ҮРЭВСЛИЙН ЭМНЭЛ ЗҮЙН ЗАРИМ ОНЦЛОГ

Уушгины цочмог үрэвсэл насанд хүрсэн 1000 хүн тутамд 3,4—4,1 орчим тохиолдож байна (1,4).

Уг өвчнөөр нас барах нь эмнэлгийн практикт антибиотик эмчилгээг нэвтрүүлснээр багассан боловч сүүлийн 10—15 жилд дахин өсөх хандлагатай боллоо (1,2—4).

Байгаль цаг уурын эрс тэс уур амьсгалтай манай оронд идэр насны эрчүүдэд уг өвчний явц нилээд өвөрмөц байна. Янз бүрийн нас, хүйс, мэргэжлийн хүмүүс ялангуяа хүүхдийн уушгины цочмог үрэвслийн талаар хийсэн судалгааны ажлууд цөөнгүй байгаа боловч чухам идэр насны эрчүүдийн дунд хийсэн иймэрхүү судалгаа хараахан алга байна (7,8).

Бидний судалгааны зорилго харьцангуй ижил нөхцөлд ажиллаж амьдарч байгаа залуу насны эрчүүдийн доторхи уушгины цочмог үрэвслийн эмнэл зүйн зарим онцлог болон өвчний эдгэрэлтийг ажиглах явдал байв. Энэ зорилгоор бодит үзлэг, гэрэл, лаборатори болон микробиолог бронхологийн шинжилгээгээр онош батлагдсан 18—24 насны уушгины цочмог үрэвсэл бүхий эрэгтэй хүмүүсийг судалгаанд авав.

Эдгээрийн 27-д уг өвчин урьд өмнө нь сүрьеэгийн болон сүрьеэгийн бус уушгины үрэвсэлт өвчнөөр өвдөж байсан сэвтэй хүмүүст (тухайлбал, уушгины рентген зурагтаа пневмосклероз, голомтот шохойжилт, бронх судасны зураглал тодорч хэв алдагдсан) 23-т нь урьд өмнө уушги өвдөж байгаагүй цоо эрүүл хүмүүст туссан байлаа. Лабораторийн шинжилгээнд цус шээсний ерөнхий шинжилгээнээс гадна „С“-уураг, синалын хүчил, уургийн фракц тодорхойлох шинжилгээнүүдийг хийв. 22 өвчтөний цэрэнд нян болон нянгийн антибиотик мэдрэг чанарыг тодорхойлов. Мөн 22 хүнд бронхологийн (бронхоскопи ба бронхограмм) шинжилгээг „Олимпас“ фирмийн 2TR маркийн фибробронхоскопоор хийв. Өвчин эхлэснээс хойш эхний 2 өдөрт 11 хүн, 3—5 хоногт—17, зургаа болон түүнээс дээш хоногтоо 22 хүн клиникт ирсэн байна.

Өвчин 35<sup>1</sup> хүнд даарсны дараа, 15 хүнд ханиад болон амьсгалын дээд замын хурц үрэвслийн дараа үүсчээ. Бүх өвчтөний 80 %-д өвчин хурцаар, 20 %-д аажим эхэлсэн байна. Хурцаар эхлэхдээ гэнэт чичрүүдэс хүрэн улмаар 38—39°C хүртэл халуурч, толгой өвдөн, цээжээр хатгах, салслаг болон заримдаа ягаан, цустай цэрээр ханиалгаж байв.

Бүх өвчтөн халуурч байсан боловч уушгины үрэвслийн байдлаас шалтгаалан янз бүр, тухайлбал голомтот үрэвслийн үед 37,5—38°C, өнгөрт үрэвслийн үед 38—40°C хүрч байв. Гэхдээ халуун нь зохих эмчилгээний дараа 1—3 хоногт буурч байна. Өвчин аажим эхлэхдээ хий ханиалган, үе үе бага зэрэг халуурах цээжээр хөндүүрлэн бие сулрах, зарим хүмүүст гэдэс өвдөх, суулгах, байдлаар илэрч байна.

17 хүн эмнэлэгт хүнд байдалтай (өнгөрт үрэвсэлтэй), 22 хүн дунд зэргийн байдалтай (голомтот үрэвсэлтэй), 11 хүн хөнгөн байдалтай ирж хэвтсэн. Уушгины тогшилтын чимээ бүдэгших шинж өнгөрт үрэвсэл бүхий бүх хүмүүст (18), голомтот хатгалгаа бүхий өвчтөнүүдийн тал хувьд тохиолдов. Чагнахад бронхийн амьсгал-өнгөрт үрэвсэлтэй „цусан хатгалгаа“ 12 хүнд, голомтот—8 хүнд тодорхойлогдож хуурай хэржигнүүр нийт 28 хүнд, нойтон—35 хүнд, шарчигнуур 10 хүнд, гялтан шүргэлцэх чимээ 17 хүнд тус тус дуулдаж байв. Хуурай хэржигнүүр голчлон мөгөөрсөн ба гуурсан хоолойн үрэвсэл хавсарсан голомтот үрэвслийн үед сонсогдож байв.

Бодит үзлэгээр уушгины цочмог үрэвслийг (ялангуяа голомтот) зөв оношлох явдал төдийлэн хангалттай бус тул гэрлийн шинжилгээ шийдвэрлэх үүрэгтэй. Хүснэгт 1-д уушгины цочмог үрэвслийн гэрлийн шинжийг үзүүлэв.

Хүснэгт 1

Уушгины цочмог үрэвсэл бүхий залуу хүмүүсийн рентген-шинж байдал

Гэрлийн зураглал	Үрэвслийн хэлбэрүүд			
	Голомтот	Өнгөрт	Дунд дэлбээ хамарсан	Бүгд
Дэлбээ буюу бүхэл уушги хамарсан нэвдэст сүүдэр	—	9	1	10
1—2 сегмент хамарсан бөөн голомтот сүүдэр	15	1	5	21
Бронх судасны зураглал тодорх	10	—	1	11
Жижиг голомтот сүүдэр	7	—	1	8
Дүн	32	10	8	50

Хүснэгт 1-ээс үзэхэд залуу хүмүүсийн уушгины цочмог үрэвслийн үед голдуу дэлбээ буюу дэлбэн хамарсан сүүдэр гардаг байна. 42 өвчтөний цусны ерөнхий шинжилгээнд зүүний хазайлт бүхий лейкоцитоз үзэгдэж, 8 өвчтөнд цагаан эсийн тоо хэвийн байв. Цусны биохимийн шинжилгээнд гол өөрчлөлт уургийн фракцийн бүтцэд гарсан бөгөөд энэ нь альфа—2 ба гамма глобулины хэмжээ ихсэх, альбумин—глобулины коэффициент багасах явдал бүх өвчтөнд ажиглагдаж, бүх өвчтөний тэн хагаст С—уураг болон бусад хурц үеийн шинжүүд ихэссэн байлаа.

Судлаачдын үзэж байгаагаар антибиотик эмүүдийг эмх замбараагүй хэрэглэх нь уушгины өвчний эдгэрэхэд муугаар нөлөөлж эмэнд дасах явдлыг нөхцөлдүүлдэг байна (1,5).

Хүснэгт 2-т өвчтөний цэрний нян болон антибиотик мэдрэг чанарыг үзүүлэв.

Цэрний нян болон антибиотик мэдрэг чанарын үзүүлэлт  
(урьдчилсан байдлаар)

	мэдрэг чанар	Пневмококк	Стафилококк цагаан	Стафилококк ногоон	В <sup>с</sup> стрептококк	Энтерококк мөөгөнцөр	Гэдэсний сав-ханцар	Бүгд
Пенициллин	1	2	3	2	2	1	1	11
	2		1	1	2			4
	3	1						1
Стрептомицин	1	2	3	3	3	—	—	12
	2				2		1	3
	3	1					1	1
Тетрациклин	1	1	3	1		1		6
	2			1	2			3
	3	2		1	1		1	5
Эритромицин	1	1						1
	2	1	2	1				4
	3	1	1	2	3	3	1	10
Оксациллин	1		1	2	2			5
	2		1		1			3
	3	1		1				2
Олеандомицин	1	1						1
	2	1	1		2	1	1	6
	3	1		1				2
Мономицин	1	1						1
	2	1		1	3			5
	3	2	2	1				5
Гентамицин	1	1		1				2
	2		1					1
	3	1	1	1			1	4

Тайлбар: 1—мэдрэг биш, 2—бага мэдрэг, 3—сайн мэдрэг.

Дээрх хүснэгтээс уушгины цочмог үрэвсэл бүхий өвчтөнүүдийн цэрэнд янз бүрийн нян тодорхойлогдож, эдгээр нь өдөр тутам „байнга“ хэрэглэгдэж байдаг антибиотик эмүүдэд (пенициллин, стрептомицин) муу мэдрэг, харин „ховор“ хэрэглэдэг антибиотикүүдэд сайн мэдрэг байгаа нь харагдаж байна.

Эмчлүүлэх хугацаанд бүх өвчтөнд антибиотик, сульфаниламид, мөгөөрсөн ба гуурсан хоолойгоор бронхоскопоор хийх эмчилгээ, физик болон бусад шинж тэмдгийн хавсарсан эмчилгээг хийсэн юм. Цочмог үрэвслийн хүдрэл болж уушги идээлэх шинж 1 хүнд, уушги устах 10 хүнд, тураал 6 хүнд ажиглагдав.

Хүснэгт 3-т эмнэл зүй гэрэл, мөн лабораторийн үзүүлэлтүүдийн хэвийн хэмжээнд орсон хугацааг харьцуулан үзүүлэв.

Хүснэгт 3

Уушгины цочмог үрэвсэл бүхий өвчтөнүүдийн эмнэл зүй-гэрэл лабораторийн үзүүлэлтүүд хэвийн хэмжээнд орсон хугацаа (%-иар)

Шинж тэмдэг арилсан хугацаа	Гэрэл	бодит үзлэг	Зовиур арилсан	Лабораторийн үз-үүд
7 хоног	16,0	10,0	16,0	12,0
14 хоног	32,0	32,0	32,0	26,0
21 хоног	16,0	14,0	16,0	18,0
28 ба түүнээс дээш	32,0	44,0	16,0	44,0

Хүснэгт 3-аас харахад 28 хоногийн дотор бүх өвчтөний дөнгөж 50—60 % эрүүлжиж бусад нь ужиг байдалд орж байна. Ужиг явц бүхий „хатгалгаатай“ өвчтөнүүдийн нилээд хэсэгт (23 хүний 18-д) өвчин эхлээд 6—12 хоногтоо эмнэлэгт хэвтсэн хүмүүс бас тэдгээрийн тал илүү хувьд урьд амсгалын замын ямар нэгэн үрэвсэл өвчнөөр өвдсөн эсвэл хурц архаг голомтот халдвар хавсарсан хүмүүс байлаа.

Судалгаанд хамрагдсан бүх өвчтөний дундаж ор хоног 25 байв. 50 өвчтөний 23 нь бүрэн эрүүлжиж, 17 өвчтөнд үрэвслийн дараах пневмосклероз үүсч, 10 хүнд гялтангийн наалдац үүссэнээр эмнэлгээс гарсан болно.

ДҮГНЭЛТ: 1. Идэр насны эрэгтэй хүмүүсийн уушгины цочмог үрэвслийн 2/3 нь голомтот, 1/3 нь өнгөрт үрэвсэл тохиолдож байна.

2. Голомтот үрэвслийн тэн хагасаас илүү хувьд бүхэл сегмент хамарсан үрэвсэлтэй болсон харьцангуйгаар хүнд явцтай, шинж тэмдгүүд нь тод илэрч байв.

3. Өнгөрт үрэвсэл болон дунд дэлбээ хамарсан үрэвсэл нь эмнэл зүй-гэрлийн шинжийн хувьд тод илэрч, голцуу ужиг байдалд шилжиж байна.

4. Хожуу оношилсон гол шалтгаан нь анх үзсэн эмч бодит үзлэгийг бүрэн хийхгүй өвчтөний биеийн байдлыг дутуу дулимаг үнэлэх, туслах шинжилгээг хангалтгүй ашигласнаас болсон байна.

5. Эдгэрэх гол хэмжүүр нь гэрэл, эмнэл зүй, лабораторийн шинжилгээний динамик үзүүлэлт байсаар байна.

6. Ор хоног нь цочмог үрэвслийн хэлбэр, оройтож хэвтсэн эсэх, хэр зэрэг тохирсон эмчилгээ хийснээс шалтгаалж байна.

7. Залуу хүмүүсийн уушгины цочмог үрэвслийн гол хүндрэл нь уушги устах явдал болох нь ажиглагдлаа.

#### АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. П. Я. Бобылов, Ч. Цэрэннадмид Клинические лекции по внутренним болезням. УБ. 1983.

2. Ф. А. Гейза—Некоторые вопросы этиологии особенности клиники, лечения острых пневмоний. Автореф. дисс. канд. Ивано—Франковск 1972

3. Н. С. Молчанов, В. В. Ставская—Клиника лечение острых пневмоний М. 1968.

4. В. Н. Путов, Г. Б. Федосеев—Руководство по пульмонологии М. 1978.

5. В. П. Сильвесгроу: — Затяжные пневмонии М. 1981.

6. Н. Гэндэнкамц — О пневмониях у детей раннего возраста в МНР. Автореф. дисс. канд. Краснодар, 1967.

7. Б. Рагчаа — Особенности течения пневмонии у больных сифилисом. Автореф. дисс. канд. Москва 1953.

8. Д. Цэрэнлхам — Уушгины цочмог үрэвслийн эмнэл зүй ба явц. АУ. сэтгүүл 1972 № 2 (10) 21—25.

## НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ ПНЕВМОНИЙ У МОЛОДЫХ ЛИЦ.

З. Мэндсайхан, В. Р. Зиц

Изучены некоторые особенности клинического течения и исходов острых пневмоний у молодых лиц проживающих в Улан-Баторе. Отмечено что большую роль в возникновении острых пневмоний играют перенесенные ранее различные бронхолегочные заболеваний. Также отмечены типичность клинической картины, относительно высокий процент перехода их в затяжную и хроническую формы в будущем неблагоприятно оказывающие на дальнейшую судьбу больных.

Д. ДАРИЙМАА

### ҮР АЯНДАА ЗУЛБАХ ҮЕИЙН ИММУНОГЕНЕТИКИЙН СУДАЛГАА

#### ЭХ НЯЛХСЫГ ХАМГААЛАХ ЭРДЭМ ШИНЖИЛГЭЭНИЙ ХҮРЭЭЛЭН

Орчин үед хүн амын өсөлт, үржлийн (репродукций) дархлал судлалын дотор эх үрийн иммуны холбооны асуудал чухал байр эзэлж байна. Төрөл ондоо (аутобред) гэр бүлийн хүмүүсийн хувьд ураг ба ихэс нь нэг хүнээс удам төрлийн холбоогүй өөр хүнд шилжүүлэн суулгасан эрхтэн (аллотрансплантат) гэсэн үг билээ. [1,4].

Ийм учраас жирэмсэн эмэгтэйн хэвлийд байгаа ураг аллотрансплантатын адил 16—21 хоног дээрээ ховхорч унах ёстой атал ховхорч унадаггүй явдал эрдэмтдийн анхаарлыг татсаар байна. Энэхүү байгалийн нууцыг тайлбарласан онол таамаглал олон гарав. Сүүлийн жилүүдэд явуулсан судалгаанаас үзэхэд биологийн нэг бус хэд хэдэн механизм ажиллаж эхийн иммуны урвалаас ургийн биеийг хамгаалдаг болох нь нотлогдов [3,6—8].

Эдгээр механизмын дутагдлаас болж жирэмсний хэвийн явцад гардаг янз бүрийн хүндрэлийг судлах нь онол практикийн ихээхэн ач холбогдолтой юм [2].

Үүнд шийдвэрлэгдээгүй асуудал олон байна. Тухайлбал эх ураг хоёр цусны бүлэг ба HLA тогтолцооны бодгалын алло эсрэг-төрөгчөөр үл нийцэх нь ураг аяндаа зулбахын шалтгаан болдог ч маргаантай хэвээр байна.

Бид үр аяндаа зулбах ба зуршмал зулбахад эх ургийн хооронд цусны бүлгийн ABO тогтолцоогоор үл нийцэх явдал нөлөөлөх эсэхийг судлах зорилго тавив.

#### Судалгааны арга:

— Цусны бүлгийг Эрүүлийг хамгаалах яамны харьяа Био бэлдмэл цусны үйлдвэр шинжилгээний институтын үйлдвэрлэсэн  $O_{\alpha\beta}(1)$ ,  $A_{\beta}(II)$ ,  $B_{\alpha}(III)$  бүлгийн стандарт сийвэнг ашиглаж тодорхойлов.

— Анти—A ( $\alpha$ ) ба анти B—( $\beta$ ) эсрэг биеийн таньцыг Шиффийн аргаар тодорхойлов. Үүнд:

1. Эгнээ хуруу шилэнд шинжлэх ийлдсээс 0,1 мл-ийг авч 1:2-оос 1:2048 хүртэл физиологийн уусмалаар шингэлэв.

2. AII, B(III) бүлгийн цустай хүний захын венийн судаснаас бүлэгнүүлэлгүй (10—15 нэгж гепарин бүхий хуруу шилэнд) 8—10 мл цус авч физиологийн уусмалаар 3 дахин угааж эцэст нь улаан эсийн 3 %-ийн хөвмөг бэлтгэв.

3. Шингэлсэн ийлдэс тус бүр дээр тохирох хөвмөгөөс 0,5 мл-ийг хийж сайтар холиод тасалгааны орчинд 20 минут тавив.

4. Дараа нь 3—4 удаа сэгсэрч дуран авайн бага өсгөлтөөр харж наалдцыг тодорхойлов.

#### Судалгааны үр дүн:

Энэ судалгаанд үр аяндаа зулбасан 100, зуршсан зулбалттай 50 гэр бүлийг авч харин харьцуулж үзэхийн тулд ерийн жирэмсэн 50 эмэгтэйд нөхрийн хамт хяналтын судалгаанд авав.



Судалгаанд авсан эхчүүдийн жирэмсний хугацаа 4—28 долоо хоногтой байв. Цусны бүлгийн АВО тогтолцооны эсрэгтөрөгчийн тархалтыг хүснэгт 1-д үзүүлэв.

Хүснэгт 1

АВО тогтолцооны алло эсрэгтөрөгчийн тархалт

Цусны бүлэг Судалгааны бүлэг	O <sub>I</sub>		A <sub>II</sub>		B <sub>III</sub>		AB <sub>IV</sub>		Бүгд		
	тоо	%	тоо	%	тоо	%	тоо	%	тоо	%	
I бүлэг-хэвийн жирэмсэн	эр	18	36,0	12	24,0	17	34,0	3	6,0	50	100
	эм	19	38,0	13	26,0	16	32,0	2	4,0	50	100
II бүлэг-үр аяндаа зулбасан	эр	35	35,0	28	28,0	30	30,0	7	7,0	100	100
	эм	44	44,0	22	22,0	27	27,0	7	7,0	100	100
III бүлэг-зуршсан зулбалттай гэр бүл	эр	18	36,0	13	26,0	15	30,0	4	8,0	50	100
	эм	23	46,0	12	24,0	13	26,0	2	4,0	50	100
Бүгд		156	39,0	100	25,0	117	29,25	27	6,75	400	100
Хэвийн цусны бүлгийн тархалт		785		458		618		139			
Улаанбаатар (Ч.Шарав) 1970		39,25± 0,93		22,90± 1,08		30,90± 0,93		6,95± 0,56			

Судалгааны үр дүнгээс үзэхэд II, III бүлгийн эмэгтэйчүүдэд O<sub>ар</sub> (I) бүлэг илүүтэй тохиолдож байгаа боловч хяналтын бүлэгтэй болон Улаанбаатар хотын хүн амын доторх цусны бүлгийн тархалттай харьцуулахад статистикийн үнэн магадтай зөрүүгүй байна. АВО тогтолцооны эсрэгтөрөгчийн генийн давтамжийн судалгаанаас үзэхэд ч гэсэн энэ нь батлагдаж байв.

Хүснэгт 2

АВО тогтолцооны алло эсрэгтөрөгчийн генийн давтамж

Судалгааны бүлэг	Генийн давтамж			
	r (O)	P (A)	q (B)	
I бүлэг	эр	0,6000	0,1634	0,2850
	эм	0,6164	0,1634	0,2000
II бүлэг	эр	0,5916	0,1938	0,2063
	эм	0,6633	0,1574	0,1876
III бүлэг	эр	0,5830	0,1876	0,2255
	эм	0,6782	0,1515	0,1634
Улаанбаатар хотын тархалт (Ч. Шарав, 1970)		0,6265 P <sub>I-II</sub> >0,05 P <sub>I-III</sub> >0,05	0,1624 P <sub>I-II</sub> >0,05 P <sub>I-III</sub> >0,05	0,21116 P <sub>I-II</sub> >0,05 P <sub>I-III</sub> >0,05

Судалгаанд хамрагдсан гурван бүлгийн эмэгтэйчүүд ба тэдний гэр бүлийн хүмүүсийн дотор γ (O), P (A), q (B) генүүдийн давтамжийг харьцуулж үзэхэд өөр хоорондоо болоод Улаанбаатар хотын популяц доторх генийн давтамжаас ялгагдахгүй байв.

Харин янз бүрийн бүлгийн дотор АВО тогтоцоор үл нийцэх байдлаар нь ангилж судлахад нэлээд сонирхолтой зүйлс ажиглагдсан юм.

Хүснэгт 3-т үр аяндаа зулбасан ба хэвийн жирэмсэн гэр бүлийн дотор АВО тогтолцоогоор нийцэх ба үл нийцэх гэр бүлийн давтамжийг харуулав.

Хүснэгт 3

Хэвийн жирэмсэн үр аяндаа зулбасан гэр бүлийн дотор АВО тогтолцоогоор үл нийцэх байдал

Судалгааны бүлэг	эрэгтэй		эмэгтэй		
	АВО-оор нийцэх		АВО-оор үл нийцэх ГФР		
	тоо	%	тоо	%	
I бүлэг хяналтын	29	58	21	42	
II бүлэг-үр аяндаа зулбасан	42	42	58	58	4,89 < 0,05
III бүлэг-зуршсан зулбалт	23	46	27	54	1,67 > 0,05
Үр зулбалт бүгд	65	43,3	85	56,6	< 0,05

Судалгааны үр дүнгээс үзэхэд үр аяндаа зулбах ба АВО тогтоцоор үл нийцэхийн хооронд статистикийн үнэн магадтай хамаарал байдаг нь харагдаж байна. Тухайлбал үр аяндаа зулбасан бүлэг дотор АВО тогтоцоор үл нийцэх гэр бүл 58%-д тохиолдож байхад хэвийн жирэмсэн бүлэг дотор АВО тогтоцоор үл нийцэх гэр бүл 38% байна. Эдгээр тохиолдлын давтамжийн зөрүү фишерийн шалгуурын аргаар үнэн магадтай ( $P < 0,05$ ) байв. Харин III бүлгийн доторх АВО тогтоцоор үл нийцэх гэр бүлийн давтамжийг I-р бүлэгтэй харьцуулахад корреляцийн холбоосгүй байсан юм. III бүлгийн дотор АВО тогтоцоор үл нийцэх давтамж II бүлгийнхтэй бараг адил байгаа учраас дээрх корреляцийн холбоо батлагдаагүйн шалтгаан нь судалгаанд авсан гэр бүлийн тоо цөөдсөнийх бололтой.

Үр аяндаа зулбасан ба хэвийн жирэмсэн эмэгтэйчүүдийн цусны ийлдсийг судалж үзэхэд: үр аяндаа зулбасан АВО тогтоцоор нөхөртэйгөө үл нийцэх эмэгтэйд ийлдсийн  $\alpha$  ба  $\beta$  эсрэг биеийн таньц хяналтын бүлгийн мөн адил үл нийцэх эмэгтэйнхээс өндөр байна. Энэ зөрүү статистикийн үнэн магадтай байлаа. Харин АВО тогтоцоор нийцэх гэр бүлд амьдардаг эмэгтэйчүүдийн цусны ийлдсийн эсрэг биеийн таньц тухайн бүлгийн АВО тогтоцоор үл нийцэх гэр бүлд амьдардаг эмэгтэйчүүдийнхээс бага байв.

Тухайлбал,  $0 \alpha \beta$  (1) бүлэгтэй хэвийн жирэмсэн эмэгтэйчүүдийн цусны  $\alpha$  эсрэг биеийн  $\log_2$  сууриар илэрхийлсэн таньцын дундаж АВО тогтоцоор нийцэх ба үл нийцэх гэр бүлд  $5,88 \pm 0,611$  ба  $6,30 \pm 0,514$ ,  $\beta$  эсрэг биеийнх  $5,35 \pm 0,521$  ба  $6,374 \pm 0,425$  байсан. Энэ зөрүү статистикийн ач холбогдолгүй байв.

( $P > 0,05$ ). Үр аяндаа зулбах, зуршмал зулбах үед  $\alpha$ ,  $\beta$  эсрэг биеийн таньцын ялгаа АВО тогтоцоор нийцэх ба үл нийцэх гэр бүлд илүү тодорч ирсэн юм. Үүнд, үр аяндаа зулбасан  $O \alpha \beta$  (1) бүлэгтэй эмэгтэйчүүдийн цусны  $\alpha$ -эсрэг биеийн  $\log 2$  сууриар илэрхийлсэн таньц АВО тогтоцоор нийцэх ба үл нийцэх гэр бүлд  $6,0 \pm 0,509$  ба  $8,29 \pm 0,411$  ( $P < 0,05$ ); В-эсрэг биеийнх  $5,21 \pm 0,364$  ба  $7,45 \pm 0,426$  ( $P < 0,05$ ) байв.

Цусны ийлдсийн эсрэг биеийн таньц ихсэх хандлага А  $\beta$  (II), В  $\alpha$  (III) бүлэгтэй эмэгтэйчүүдэд мөн ажиглагдсан юм. Үр аяндаа зулбасан эмэгтэйчүүдэд цусны ийлдсийн  $\alpha$ - $\beta$  эсрэг биеийн таньц ихэсч байгаа энэ үзэгдэл бол А, В аллоэсрэг төрөгч нь АВО үл нийцэх тохиолдолд эмэгтэйн биед эсрэгтөрөгчийн нэмэлт цочруулын үүрэг гүйцэтгэж улмаар жирэмсний хэвийн явцад муу нөлөө үзүүлдэг бололтой гэсэн таамаглал төрүүлж байна.

Судалгааны үр дүнг нэгтгэж үзэхэд АВО тогтоцын аллоэсрэг-төрөгчөөр эх ураг хоёр үл нийцэх нь үр аяндаа зулбахад нэмэлт хүчин зүйл болж оролцдог бололтой гэж үзэж байна. Үүнээс үндэслэн үр аяндаа зулбалтыг оношлох АВО тогтолцоогоор үл нийцэх байдлыг эмчлэх, урьдчилан сэргийлэхэд харгалзан үзэх шаардлага урган гарч байна.

#### АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. М. Ш. Вербицкий Иммунология репродукции Иммунология 1983. № 3. 5
2. М. Ш. Вербицкий. Изоантгенная несовместимость организмов матери и плода. Минск, 1979.
3. И. Н. Головистиков В кн: Итоги науки и техники Сер (Иммунология) М. 1979. 8. 199—232
4. Н. Мөнхтувшин Антиспермальный иммунитет при бесплодии Автореф дис. канд М. 1981.
5. Ч. Шарав Групповые свойства крови у монголов. Канд. дисс. М. 1970.
6. G. P. Talwar Immunology of contraception London. 1980.
7. G. A. Voisin Ln: Recent Advances in Reproduction and Regulation of Fertility Ed. G. P. Talwar Amsterdam 1979. 515—525
8. Immunology of Human Reproduction Ed. L. S. Scott, W. R. Lones. London. 1976.

#### ИММУНОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ СПОНТАННОМ АБОРТЕ

Д. Дарима

Развитие иммунологического конфликта при несовместимости матери и плода по аллоантгенной системе АВО может выступать как один из факторов, участвующих в наступлении самопроизвольного выкидыша.

Д. БАЯНБИЛЭГ, Ш. ЧАДРААВАЛ

#### ТАМИРЧДЫН ИЛЧ ЗАРЦУУЛАЛТЫН АСУУДАЛД

АНАГААХ УХААНЫ ХҮРЭЭЛЭН

Хүн амын эрүүл мэнд улам бэхжиж биеийн тамир спорт хүн бүрийн хэрэгцээ болж буй өнөө үед тамирчдын илч зарцуулалтыг шинжлэх ухааны үндэстэй судлан тогтоож, тэдний хоол тэжээлийг тохируулах асуудал юу юунаас чухал болж байна.

Тамирчдын хоол нь үндсэн шимт бодисыг оновчтой зохицуулсан, эрдэс витаминаар баялаг, алдсан илч хүчийг бүрэн нөхөж чадах иж бүрдмэл байх шаардлагатай юм.

Нам засгаас авч байгаа арга хэмжээний үр дүнд манай улсад үндэсний бөхөөс гадна бокс, чөлөөт бөх, самбо, жүдо, хүндийг өргөгч, дугуй, мотоспорт зэрэг спортын төрөл анги олширч амжилттай хөгжиж байна.

Биеийн тамир-спорт эрчимтэй хөгжиж байгаа нь тэдний хоол тэжээлийг спортын төрөл анги, тамирчдын биеийн жин зэргийг харгалзан шинжлэх ухааны үндэстэйгээр зөв тохируулахыг зүй ёсоор шаардаж байна.

Төрөл бүрийн ажил мэргэжлийн хүмүүсийн хоол тэжээлийг зөв тохируулах үндэс нь хоногийн хоолны найрлага дахь үндсэн шимт бодисын харьцаа, илчлэгийн хэмжээг тухайн ажил мэргэжлийн хүмүүсийн хөдөлмөрийн үйл ажиллагааны онцлогийг харгалзан зөвөөр тогтоох юм (3—4).

Ийм учраас БНМАУ-ын Биеийн тамирын спортын улсын хороо, Анагаах ухааны хүрээлэнтэй хамтран, эмнэлэг биеийн тамирын диспансерд баазлан тамирчдын илч зарцуулалтыг судлав. Тамирчдын хоногт зарцуулж буй илчлэгийг шууд биш калориметрын аргаар, цагийн зарцуулалтыг хронометражаар судлан, ажил төрлийн болон ойролцоо дасгал үйлдлийг нэгтгэн тооцоолж гаргав.

Бокс, чөлөөт бөх, хүндийг өргөгч, дугуйчдын хоногийн илч зарцуулалт нь спортын төрөл бүрийн онцлогоос хамаарч харицан адилгүй өвөрмөц ялгаатай байдгийг олон судлаачид судлан тогтоосон байна (1—2, 5—6).

Энэ нь тамирчдын уран чадвар, ажилласан хугацаа, дасгалжсан сэргэлт ачааллын үе шаттай нягт холбоотой юм. Тамирчдын уралдаан, тэмцээний үе дэх байр харилцан адилгүй байдаг энэ нөхцөлд алдагдсан илч хүчийг богино хугацаанд нөхөж чадах хурдан шингэцтэй иж бүрдмэл хоолоор хангах нь чухал юм.

Тамирчдын илч зарцуулалтыг судлахдаа тайван байдал, суугаа, зогсоо, яваа, гүйлт, дасгал, барилдаан, өргөлт, цохилт, уралдаан зэрэг өвөрмөц бусад үйлдлийг оролцуулан, биеийн нэг килограмм жинд, нэг минутанд зарцуулсан илчлэгийг судалж хоногт зарцуулсан илчийн хэмжээг тамирчдын жин тус бүрээр нэгтгэн гаргаж, тамирчдын хоногийн цагийн зарцуулалтыг тэдний мэргэжлийн өвөрмөц үйлдлээр тус тус тооцоолон гаргав.

Бидний судалгаагаар тамирчдын цагийн зарцуулалтыг хүснэгт 1-д, биеийн нэг килограмм жинд нэг минутанд зарцуулсан илчийн хэмжээг спортын төрлөөр нь хүснэгт 2-т харуулав. Энэ нь хоногийн туршид тамирчдын гүйцэтгэсэн тодорхой үйл ажиллагаанд зарцуулсан цагийн хэмжээгээр нийт илч зарцуулалтыг тодорхойлоход чухал ач холбогдолтой юм.

Спортын өвөрмөц үйл ажиллагааны үе дэх илч зарцуулалтын хэмжээний үзүүлэлтийг хүснэгт 2, 3, 4, 5-д тамирчдын хоногийн илч зарцуулалтын хэмжээг хүснэгт 6-д тус тус харуулав. Спортын өвөрмөц үйлдлийн үе дэх илч зарцуулалтын хэмжээг харьцуулан үзэхэд хүндийг өргөгчид тэмцээний явцад биеийн 1 кг жин тутамд ( $0,135 \pm 0,025$  ккал) бусад тамирчдаас статистикийн магадал бүхий ( $t > 2$ ) их илч зарцуулж байгаа нь харагдлаа.

Тамирчдын хоногийн цагийн хуваарилалтын  
ерөнхий үзүүлэлт

Цагийн хуваарилалт / Мэргэжлийн ялгаа	Унтаж амарсан цаг		Ажилласан цаг		Байр буюу гэртээ өнгөрүүлсэн цаг	
	минут	%-иар	минут	%-иар	минут	%-иар
Чөлөөт бөх	568,0	39,0	474,0	33,0	398,0	28,0
Боксчид	547,0	38,0	487,0	34,0	406,0	28,0
Хүндийг өргөгч	518,0	36,0	537,0	37,0	385,0	27,0
Дугуйчид	554,0	38,5	519,0	36,0	367,0	25,5

Хүснэгт 1-ээс үзэхэд тамирчдын хоногийн нийт цагийн буюу чөлөөт бөхчүүд 33,0 хувь, боксчид 34,0 хувь, хүндийг өргөгч 37,0 хувь, дугуйчид 36,0 хувь нь тус тус ажлын цагт ногдож байна. Энэ нь тухайн тамирчдын дасгалжилтын үргэлжлэх хугацаа өвөрмөц үйл ажиллагаатай шууд холбоотой юм.

Чөлөөт бөхийн нэг килограмм биенийн жинд  
нэг минутад зарцуулсан илч

Ажлын хэлбэр	Илч зарцуулалт $M \pm m$
Тайван байдал	$0,016 \pm 0,0006$
Суугаа байдал	$0,015 \pm 0,009$
Зогсоо байдал	$0,019 \pm 0,0006$
Яваа байдал	$0,025 \pm 0,003$
Гүйлт	$0,033 \pm 0,012$
Барилдаан	$0,075 \pm 0,014$

Боксчдын нэг килограмм биеийн жинд нэг минутанд зарцуулсан илч

Ажлын хэлбэр	Илч зарцуулалт $M \pm m$
Тайван байдал	$0,017 \pm 0,009$
Суугаа	$0,022 \pm 0,007$
Зогсоо	$0,019 \pm 0,008$
Яваа	$0,020 \pm 0,0017$
Гүйлт	$0,045 \pm 0,0028$
Тэмцээний үе	$0,061 \pm 0,019$

Хүндийг өргөгчдийн нэг килограмм биеийн жинд нэг минутанд зарцуулсан илч

Ажлын хэлбэр	Илч зарцуулалт $M \pm m$
Тайван байдал	$0,016 \pm 0,0001$
Суугаа	$0,019 \pm 0,0008$
Зогсоо	$0,020 \pm 0,0012$
Яваа	$0,024 \pm 0,0103$
Гүйлт	$0,038 \pm 0,009$
Өргөлтийн үе	$0,135 \pm 0,025$

## Дугуйчдын нэг килограмм биеийн жинд нэг минутанд зарцуулсан илч

Ажлын хэлбэр	Илч зарцуулалт $M \pm m$
Тайван байдал	$0,024 \pm 0,0020$
Суугаа	$0,031 \pm 0,0029$
Зогсоо	$0,033 \pm 0,0043$
Гүйлт	$0,046 \pm 0,0045$
Дугуйгаар уралдахад	$0,068 \pm 0,0014$

## Тамирчдын хоногийн илч зарцуулалтын үзүүлэлт

Илчийн хэмжээ		Хоногийн илч зарцуулалт	Бүрэн бус шингэцийн нэмэгдэл	Хоногийн нийт илчлэг
Мэргэжил				
Чөлөөт бөх	Хөнгөн жин	$3624,8 \pm 221,6$	543,7	$4168,5 \pm 221,6$
	Хүнд жин	$4132,97 \pm 142,9$	622,9	$4775,87 \pm 142,9$
Боксчид	Хөнгөн жин	$3576,3 \pm 94,5$	536,4	$4112,70 \pm 94,6$
	Хүнд жин	$5231,84 \pm 208,8$	784,8	$6016,64 \pm 208,7$
Хүндийг өргөгчид	Хөнгөн жин	$3776,00 \pm 274,0$	566,4	$4342,30 \pm 274,00$
	Хүнд жин	$4508,9 \pm 133,9$	676,3	$5185,20 \pm 133,90$
Дугуйчид		$4925,17 \pm 114,6$	738,8	$5663,97 \pm 114,6$

Дүгнэлт. 1. Тамирчдын хоногийн цагийн хуваарилалтыг дундаж үзүүлэлтээр авч үзэхэд 36—39% нь унтаж амрахад, 33—37% нь спортын үйл ажиллагаанд, 27—28% нь байр буюу гэртээ байж бэлтгэл хийх эд тус тус зориулагдаж байна.

2. Тамирчдын хоногийн илч зарцуулалтыг спортын төрөл анги, тамирчдын жингийн ангиллаар авч үзэхэд хоногт чөлөөт бөхийн тамирчид  $4168,5 \pm 221,6$ — $4775,8 \pm 142,9$ , боксчид  $4112,7 \pm 94,5$ — $6016,6 \pm 208,7$ , хүндийг өргөгчид  $4342,3 \pm 274,0$ — $5185,2 \pm 133,9$ , дугуйчид  $5663,9 \pm 114,6$  ккал-ийг тус тус зарцуулж байна.

3. Спортын өвөрмөц үйл ажиллагааны үеийн илч зарцуулалтыг судалсан дүнгээс үзэхэд чөлөөт бөхийн тамирчид барилдааны явцад биеийн 1 кг жин тутамд нэг минутанд  $0,075 \pm 0,014$ , боксчид тэмцээний үед  $0,061 \pm 0,019$ , хүндийг өргөгчид өргөлтийн үед  $0,135 \pm 0,025$ , дугуйчид уралдааны явцад  $0,068 \pm 0,001$  ккал илч зарцуулж байна.

4. Тамирчдын хоногийн илч зарцуулалтыг спортын төрөл ангиар тогтоосон энэ хэмжээг тэдний хоногийн хоолны илчлэгийг тогтоох үндэслэл болгон ашиглаж практикт хэрэглэх нь чухал юм.

#### АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. В. В. Максимов—Энергетический обмен в норме и патологии, 1964, 227.
2. А. Д. Слюним—Энергетический обмен в норме и патологии, 1962, 225.
3. А. А. Покровский—Вест. ОМН СССР, 1964, № 5, 3—10.
4. К. С. Петровский—Гигиена питания, 1971, 268—269.
5. О. А. Шовкопляев—Энергетический обмен в норме и патологии, 1964, 226.
6. Н. Н. Яковлев—Вопросы питания, 1961, № 2, 3.

#### К ВОПРОСУ ЭНЕРГЕТИЧЕСКИХ ЗАТРАТ У СПОРТСМЕНОВ

Д. Баянбилэг, Ш. Чадравал  
Установлено, что суточные энергетические затраты зависят от вида спорта и массы тела спортсменов и составляют у борцов  $4168,5 \pm 221,6$ — $4775,8 \pm 142,9$ , у боксеров  $4112,7 \pm 94,5$ — $6016,6 \pm 208,7$  у тяжелоатлетов  $4342,3 \pm 274,0$ — $5185,2 \pm 133,9$ , у велосипедистов  $5663,9 \pm 114,6$  ккал.

Изучены и установлены энергетические затраты у спортсменов при различных видах спортивной деятельности в расчете на 1 кг массы тела в 1 минуту.

#### Д. ХИШГЭЭ

### СИБИРИЙН УДВАЛЫН СУДАЛГААНД

#### АРДЫН ЭМНЭЛГИЙН ХҮРЭЭЛЭН

Сибирийн удвал цэцэг нь холтсон цэцгийн язгуурт хамаарах бөгөөд манай оронд хоёр зүйл байна. (Сибирийн, ногоон) (4).

Манай оронд ургадаг удвал цэцгийн химийн бүрэлдэхүүний талаар бидний олж үзсэн материал хомс бөгөөд ЗХУ-д энэ төрлийн ургамлаас алкалоид (магнофлорин) ялган авч түүний тооны агуулга, бүтцийг тодорхойлсон байна (1, 3, 7).

Монгол ардын эмнэлэгт сибирийн удвал цэцгийг ходоодны эмгэг, бөөлжих, суулгах, гэдэс дотор эвгүйтэх үед болон элэг ходоодны өвчнийг анагаах эмийн жоронд өргөн хэрэглэдэг (6) байжээ.

#### Судалгааны зорилго:

Бид харьцангуй бага судлагдсан энэ дүрсийн биологийн зарим идэвхтэй нэгдлүүдийг илрүүлэх зорилготой байлаа.

#### Туршлагын арга:

Судалгааны дээжийг 1981—1982 оны VI сард ургамлын гүйцэд цэцэглэсэн үед түүж авав.

Бид дээжинд алкалоидыг таних чаварын урвал, тооны тодорхойлолтыг ихэд дэлгэрсэн ердийн аргаар (1, 2), флавоноидыг өнгөт урвалууд, Левенталын аргаар, сапонины төрлийн бодисыг хөөс үүсгэх аргаар хийсэн болно.



Ургамлын хандлагад бодисын хэмжээг ЗХУ-ын Х фармакопейн дагуу гүйцэтгэв. Сахарын бодисыг цаасан хроматографийн аргаар хэд хэдэн системд тавьж явууллаа. Сахарын тооны тодорхойлолтыг колориметрийн аргаар 660—700 нм долгионы уртад ФЭК аппарат дээр тодорхойлов.

#### Шинжилгээний дүн:

Сибирийн удвал цэцэг нь бидний судалгаагаар 0,1% алкалоид байгаа ба нимгэн үет хроматографийн аргаар 4—5 алкалоидын төст нэгдлийг агуулж байна. Флавоноидыг тодорхойлохын тул хэд хэдэн задраг гарган авч этилацетатын ханднаас шар ногоон өнгөтэй, хроматографийн шинжээр болон хайлах температурын байдлаар (234—237°) изокверцитин байж болох бодис ялгалаа.

Хандлагдах бодисын хэмжээ

Хүснэгт I

Ургамлын дээж	ус	96°-ийн этилийн спирт	70°-ын этилийн спирт	40°-ийн этилийн спирт	Хлоро-форм	Этилийн эфир
Сибирийн удвал	46,16	23,74	44,32	39,75	9,73	9,68

Бидний судалгаагаар сибирийн удвал цэцэг нь ихээхэн хэмжээний сахар (3, 14%) агуулж байна. Үүнд: галактоз—1,04, глюкоз—0,83, арабиноз—0,66, рафиноз—0,08, сахароз—0,32, фруктоз—0,18% тус тус байна.

#### Дүгнэлт:

1. Сибирийн удвал цэцэг биологийн идэвхт зарим нэгдлийг агуулсан байна.

2. Бас алкалоид (0,1%), флавоноид (0,09%) стероидын болон сахарын төрлийн бодисыг илрүүлэв.

3. Сибирийн удвалд сахараас галактоз—1,04, глюкоз—0,86, арабиноз—0,66, рафиноз—0,08, сахароз—0,32, фруктоз—0,18% агуулагдаж байгааг цаасан хроматографийн болон колориметрийн аргаар тодорхойлов.

#### АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. С. Абдижаббарова, З. Ф. Исмаилов, С. Ю. Юнусов—Алкалоиды водосбор Карелина.

2. В. П. Георгиевский, Н. А. Казаринов—Физико-химическое методы анализа биологически активных веществ растительного происхождения. М. 1976.

3. Дикорастущие лекарственные растения. Узбекистана и их ресурсы. Ташкент. 1977.

4. Ц. Жамеран, Н. Өлзийхутаг, Н. Санчир—Улаанбаатар орчмын ургамлын таних бичиг УБ. 1972. 114 т.

5. В. Н. Степаненко—Химия и биохимия углеводов (полисахариды) Москва. 1978.

6. Ц. Хайдав. Монголын анагаах ухаанд хэрэглэгддэг эмийн зарим ургамлын нэр томъёо. Улсын нэр томъёоны комиссын мэдээ № 61, УБ. 1965

7. С. Ю. Юнусов—Алкалоиды фан. Ташкент, 1981.

#### К ФИТОХИМИЧЕСКОМУ ИЗУЧЕНИЮ ВОДОСБОРА СИБИРСКОГО

Д. Хишгээ.

В первые проведено фитохимическое исследование водосбора сибирского. В наземной части растения установлено содержание алкалоидов (0,1%), флавоноидов (0,08%), сапонинов и свободных сахаров (3, 14%).

Определено количество экстрактивных веществ, извлекаемых различными растворителями и установлено, что вода-наиболее лучший растворитель.

В сахарах идентифицированы методом бумажной хроматографии галактоза, глюкоза, арабиноза, рафиноза, сахароза, фруктоза.

# ХЭВЛИЙН ГЯЛТАНГИЙН ГАДУУРХ КЕСАР ЗҮСЛЭГ

## АНАГААХ УХААНЫ ДЭЭД СУРГУУЛЬ

Сүүлийн жилүүдэд ураг нярайн эндэгдлийг бууруулахын тулд кесар зүслэг хийж хүүхэд төрүүлэх тохиолдол олширч байна.

Кесар зүслэгийн улмаас эхийн эндэгдэл 0,21—3,9 %, нярайн эндэгдэл 1,9—11,8 %, хүндрэл 5—42 % гарч байна (3).

Эх нярайн эндэгдэл, хүндрэл төдийлөн буурахгүй байгааг харгалзан сүүлийн жилүүдэд хэвлийн гялтанг нээлгүйгээр гялтангийн гадуурх кесар зүслэг хийх боллоо.

Хэвлийн гялтангийн гадуурх кесар зүслэгийг 1972 оноос БНБАУ, 1977 оноос ЗХУ-д хийж, манай улсад 1980 онд Улаанбаатар хотын III амаржих газар амжилттай хийж эхэлсэн юм.

Бид 1980—1983 онд нийг 31 эхэд уг хагалгааг хийсний 13 нь тулгар эх, 18 нь давтан төрөгч байлаа.

Хагалгааг ерөнхий мэдээ алдуулж Е. Н. Морозовын аргаар хийв. Хагалгаа хийлгэсэн жирэмснийг насаар нь ангилбал 20 орчим настай 3,21—25 настай 12, 26—30 настай 8,31—35 настай 6, 36—40 настай 2 тус тус байлаа. Хэвлийн гялтангийн гадуурх кесар зүслэг хийх болсон шалтгаан нь клиник ба анатомын уйтан аарцаг, ургийн толгойн буруу тавилт, том ураг, тулгар төрөлт (13), төрөхийн хэт сулрал (5), умайн хүзүүвчийн сорвижсон нарийсалт (1), умай урагдахаар завдсан (3) тус тус байна.

Мөч ургийн хавийн ус цагаас өмнө гарч 12 цагаас дээш болсон 2 (6,4 %), ургийн хавийн ус гараад 24 цагаас дээш болсон 1 (3,2 %), 5-аас дээш удаа үтрээний үзлэг хийсэн 8 (26,4 %), төрөлтийн үеийн хориоамниониттай 2 (6,4 %) байлаа.

Хэвлийн гялтангийн гадуурх кесар зүслэг хийх үед 18 жирэмсний ургийн толгой аарцгийн орох хэсэгт хөдөлгөөнтэй, 12 жирэмсний ургийн толгой бага сегментээрээ аарцгийн орох хэсэгт тавигдсан байлаа.

Бүх хагалгааг ерөнхий мэдээ алдуулалтаар хэвлийн хананы зүслэгийг Пфанненштелын аргаар хөндлөн зүсэж хийв. Ураг авах хүртэл 8—20 минут (дундаж хугацаа 10,2 минут) хагалгааны үргэлжлэх хугацаа 42 минутаас 1 цаг 30 минут (дундаж хугацаа 52,3±0,5 минут) байв.

Нийт 31 нярайг хагалж авсны 25 нь 8—10 баллтай, 3 нь 6—7 баллтай, 4 нь 4—5 баллтай төрлөө. Хүүхдийн жин 2400,0—5600,0 жинтэй байв.

Эрдэмтдийн судалгаагаар хагалгааны явцад давсаг гэмтэх 1 %, гялтан хальс гэмтэх 16,1 %, зарим тохиолдолд шээс дамжуулах суваг гэмтдэг гэж бичиж байна. Бидний ажиглалтад байсан 31 жирэмснээс давсаг, шээс дамжуулах суваг гэмтсэн тохиолдол гарсангүй, харин хагалгааны үед 5 эхийн гялтан хальс 4—6 см цоорсон байсныг битүүлэн оёв.

Хагалгааны хүндрэл нь уг эмэгтэйн бие махбодын анатомын онцлог байдал, хагалгааны техник дутмаг (ялангуяа эхний үед), наркозын үед булчин сулруулах эмийг дутуу хэрэглэсэн зэрэг шалтгаанаас болж байгаа нь ажиглагдана. Нийт эхчүүдэд хагалгааны дараах хүндрэл гараагүй, шарх 29 хүнд анхдагчаар, 2 хүнд хоёрдогчоор эдгэрч дундаж ор хоног 12,5 байв.

Хэвлийн гялтангийн гадуурх кесар зүслэг хийлгэсэн 31 эхийг диспансерийн хяналтанд авч ажиглахад 2,5 жилийн дараа 3 эх да-

хин жирэмслэсний хоёрт нь эмнэлгийн заалтаар үр хөндөж нэг эхэд 2 дахь удаагаа хэвлийн гадуурх кесар зүслэг хийсэн нь амжилттай болов.

Бид ямар нэг идээт голомтгүй, ураг хавийн ус нь гараагүй эрүүл 8 эхэд хагалгааны дараа антибиотик эмчилгээ хийлгүй, зөвхөн хэвлийн шарханд хүйтэн жин тавих, өвчин намдаах, умай агшаах эмчилгээ хийхэд хүндрэл гарсангүй. Хэвлийн гялтангийн гадуурх кесар зүслэг нь хэвлийн хөндийд халдвар орохгүй, хагалгааны үед гэдэс болон бусад эрхтэнд гэмтэл учирдаггүй, хагалгааны дараа өвчтөн харьцангуй тайван байдаг, үргэлжлэх хугацаа богино зэрэг сайн талтай байдаг.

**Дүгнэлт:** 1. Хэвлийн гялтангийн гадуурх кесар зүслэг нь хүндрэл багатай, сайн арга юм.

2. Халдваргүй, эрүүл эмэгтэйчүүдэд хагалгааны үед антибиотик эмчилгээ заавал хийх шаардлагагүй.

3. Хэвлийн гялтангийн гадуурх кесар зүслэгийг хоёр дахин хийж болно.

#### АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. А. А. Верховский, Т. А. Миронова и др. Опыт использования экстраперитонеального кесарева сечения в практике родовспомогательных учреждений Перми. Акуш. и гинек. 1982 № 1. 53.

2. Л. В. Рыбалко, В. В. Ганчаренко Опыт применения операции кесарева сечения в нижнем сегменте матки с изоляцией брюшной полости. Акуш. и гинек. 1979 № 2. 20.

3. Е. А. Чернуха, А. М. Комиссарова. 300 операций экстраперитонеального кесарева сечения. Акуш. и гинек. 1982 № 5. 47.

4. Е. А. Чернуха, Л. М. Комиссарова. Внебрюшинное кесарева сечение в модификации Е. Н. Морозова Акуш. и гинек. 1979 № 11. 59.

#### К ВОПРОСУ ЭКСТРАПЕРИТОНЕАЛЬНОГО КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

Т. Эрхэмбатор

Показаниям к кесареву сечению являлись клинически и анатомически узкий таз, обусловленный высоким прямым стоянием головки, лобным, вставлением, аномалием костного таза, старая первородящая и упорная слабость родовой деятельности.

Экстраперитонеальное кесарево сечение имеет следующие преимущества перед интраперитонеальным: околоплодные воды не попадают в брюшную полость, что предотвращает развитие спаечной болезни, частота развития перитонита в послеоперационном периоде, даже при наличии клинически выраженной инфекции, значительно ниже, кишечник при этом варианте выполнения операции не травмируется, больную не беспокоят перитонеальные боли в послеоперационном периоде, что способствует нормальной функции кишечника, уменьшается длительность операции, а значит, и кровопотеря.

Зөвлөлт-Германы фронт бол дэлхийн хоёрдугаар дайны шийдвэрлэх, гол фронт байсан юм. Гитлерийн вермахтын бүх хохирлын 80 хувь тэнд болсон билээ. 1941 оны зургадугаар сарын 22-ноос 1945 оны тавдугаар сарын 9 хүртэл тэнд дайсны 607 дивиз устгагдан, бут цохигдож, олзлогдсон нь умард африк, итали, өрнөд европын фронтууд дээр амссан хохирлыг нийлүүлснээс гурав хагас дахин их болж байв.

Зөвлөлтийн зэвсэгт хүчний 9 компанийн 7 нь 210 фронтын байлдааны ажиллагааны 160 нь идэвхтэй, давшигч ажиллагаа байснаар тийм үр дүнд хүрсэн юм.

Гэвч Берлин хүртэл урт замыг туулсан билээ. 3000—6200 км үргэлжилсэн урт фронт дээр, түрэмгийлэгчдэд түр эзлэгдсэн байсан нутаг дэвсгэр дээр 1418 өдөр, шөнө ширүүн тулалдаан зогсоо зайгүй болж байв. Зөвлөлтийн ард түмэн маш их гарз хохирол амсан байж ялалтанд хүрсэн юм. Минутанд 9—10, цагт 587—588, хоногт 14000 хүний амь үрэгдэж байлаа. Нийтдээ 20 000 000 гаруй хүн амь үрэгдэв.

Дэлхийн хоёрдугаар дайнд амь үрэгдсэн таван хүн тутмын хоёр нь ЗХУ-ын иргэн байлаа. ЗСБНХУ материалын талаар ч асар их хохирол амссан юм. Тэр нь 1941 оны америк долларт оруулан тооцсоноор 485 000 000 000 болж байв.

Зөвлөлт Социалист Бүгд Найрамдах Холбоот Улс хэдийгээр тийм хохирол амссан ч гэсэн фашизмтай үхэх сэхэхээ үзэлсэн тулалдаанд ялаад зогсоогүй европын 113 сая хүнийг чөлөөлсөн юм.

### ЭРГЭН САНАХАД...

Би 1940 онд Улаанбаатар хотын хүн эмнэлгийн дунд сургууль төгсөөд Эрүүлийг хамгаалах яамнаас Дорноговь аймагт хүний бага эмчээр ажиллах томилолт авлаа. Миний нөхөр хил дээр алба хааж байсан учир цэргийн эмчээр ажиллах боллоо. Тэгэхэд хязгаарт агаар цэвэр тунгалаг, элдэв халдварт өвчин бага байсан юм. Харин ус нь хужиртай учраас цэргүүдийн гэдэс эвгүйтэх явдал тохиолддог байсан.



Тэр үеийн хүмүүс маш сахилга баттай, цаг минут бүрийг зүгээр өнгөрөөдөггүй шаргуу тэвчээртэй ажилладаг байсан юм. Миний хувьд халх голын дайны үед фронтын сувилагч хийж, шархтан сувилж байсан болоод ч тэр юм уу дайчдын амьдрал ахуйг нэлээд мэддэг байсан. Тэгэхэд дарга нарын гэр бүлийн хүмүүс цэргүүдийн хувцас хунарыг сэлбэх, гарын бээлий оёх, аргал түүж цэргийн байр, гал зуухны түлшинд нэмэрлэх, ингэ, үнээ саалцахад цэргүүдэд туслан, хилчдийг цагаан идээгээр хангах ажил хийж байсан.

Тэр үед манай улсын өмнөд хил түгшүүртэй байсан учир бид сонор сэрэмжтэй байсан төдийгүй цэргийн сургууль их хийдэг байлаа. Тийм ч учраас бид цэргүүдтэй хамт сургууль хийж, шөнө 1—2 удаа түгшүүрийн дохиогоор „түргэн авдаг“ байв. Эмнэлгийн бид нар эмнэлгийнхээ цүнх, буу, сум зэрэг 10—20 кг зүйлээ барин нуувчинд орно. Би тэр үед өлгийтэй хүүхэдтэй байсан учир хүүхдээ хүртэл авч нуувчинд ордог байлаа. Тэгж сургууль хийж байхад дуу чимээ, гэрэл гэгээ гаргахыг хориглодог учраас нялх хүүхэдтэй надад үнэнхүү хэцүү байдаг байж билээ. Эх орны дайн ид болж, манай улсын өмнөд хил ч түгшүүртэй байсан болохоор хил хязгаарын амьдрал ахуй маш хүнд, эд бараа, идэж уух юм ч ховор байсан юм.

Гэвч суман, застав нь өөрийн малтай байсан болохоор мах, цагаан идээгээр элбэг, дэлбэг байлаа.

Эх орны дайны үед манай суманд маршал Чойбалсан лав л хоёр удаа ирсэн санагдана. 1942 оны хавар маршал Чойбалсан, генерал Доржийн хамт, зөвлөлтийн цэргийн хэсэг дарга нартай ирэхдээ цэргийн хоол унд, амьдрал ахуйг их л сонирхон асууж байж билээ. Тэгэхэд зөвлөлтийн нэг тасаг цэрэг бидэнтэй хамт манай улсын хилийг хамгаалж байв. Харуулд нэг орос, хоёр монгол цэрэг гарч байсан шиг санагдана. Харуулаас ядарч зүдэрсэн тэднийг ирэхдээ бид халуун хоол, ундыг нь бэлэн байлгаж угтдагсан. Дарга, цэрэг, гэр бүлийн хүмүүс орос, монголгүй нэг гэрийн улс шиг маш эвтэй найртай, элэгсэг дотно, ний нуугүй байцгааж билээ.

Одоо бодоход миний залуу цагийн тэр амьдрал үнэхээр амаргүй хэцүү мөртөө сонин байжээ. Бид орос цэргийг монгол цай, хоол, өрөм тараг зэргээрээ дайлахад тэд давсалсан ногоо, загасаараа харамгүй хариу барьдаг.

Тэг тэгсээр бид бие биеийнхээ сэтгэл санааг ойлгодог болсон шигээ хэн хэнийхээ хоол ундыг давгүй идэж сурсан. Орос хэл мэддэггүй байсан би хүртэл ойр зуурын хэдэн үгээ эвлүүлж, дохио зангаа хэрэглэн орос цэргүүдтэй хэл нэвтрэлцдэг байсан. Эх орны дайны хүнд бэрх жилүүдийг би эх орныхоо өмнөд хилд ийнхүү өнгөрөөсөн юм.

Зуны аагим халуун, өвлийн тэсгэм хүйтэнд ч хилийн дайчид цооо сэргэлэн хийморьтай байгааг харахад зориг зүрх аяндаа ордог байсан. Энэ бол нэг ёсны эх орон, нам засгийн минь даалгавар байжээ.

Анхны бага эмч ЦЭДЭВИЙН ЦЭДЭНЛХАМ

## СЭТГЭХҮЙН ТУСГАЛЫН ДИАЛЕКТИКИЙГ СУДЛАХ АСУУДАЛД

Философийн ухааны дэд эрдэмтэн Ц. ЭРДЭНЭСАМБУУ

ЗХУКН-ын Программд зааснаар „Шинжлэх ухаан хурдан хөгжиж байгаа үед шинжлэх ухааны ертөнцийг үзэх танин мэдэх арга болсон диалектик материализмын үндэс дээр орчин үеийн байгалын шинжлэлийн философийн асуудлыг боловсруулах явдал улам ч их чухал болж байна“ (4). Диалектик материализмын үүднээс нэгтгэн дүгнэхийг шаардаж байгаа тийм асуудлын тоонд субъектив дүр хүний уураг тархинаа бүрэлдэх диалектик явц зүй ёсоор хамаарагдаж байгаа билээ. Энэ нь нейрофизиологи, сэтгэл судлал, нейрозалуур-зүй зэрэг байгалын шинжлэх ухааны эрчимтэй хөгжлийн явцад, философи, байгалын шинжлэлийн уулзвар заагт бий болж байгаа асуудал юм. Ийм асуудлыг судлах нь байгалын шинжлэлийн салбарын цаашдын хөгжилд ч арга зүй, практикийн ач холбогдолтой.

Тусгал гэдэг бол гадаад орчны нөлөөллийн онцлогийг өөрийн дотоод байдалд нийцүүлэн хариулах амьтай, амьгүй бүх материйн түгээмэл шинж мөн. В. И. Лениний хэлснээр „Бүх матери чухамдаа сэрэлтэй төрөл тийм чанартай, тусган авах чанартай байдаг“ (2). Энэ бүхнээс үндэслэн материаллаг биеийн харилцан үйлчлэлийн өвөрмөц илрэл, нэг биеэс нөгөө бусдын үйлчлэлийг тогтоон барьж буулгах чадвар, нэг объектын онцлогийг нөгөө объектод бий болгох үзэгдлийг тусгал гэж тодорхойлж болох юм.

Хүний сэтгэхүйн тусгалыг гносеологи, нейрофизиологи, нийгэм-түүх гэсэн гурван талын онол-аргазүйн үүднээс товч авч үзье.

### I

Сэтгэхүйн тусгалыг танин мэдэхүйн онол (гносеология)-ын үүднээс авч үзэх аргазүйн үндэс нь материаллаг ба үзэл санааны зүйл (идеальное), хүрээлэн байгаа гадаад ертөнц, хүний уураг тархины харилцаа мөн.

Энэ харилцааг авч үзэх тууштай материалист ойлголтыг анх К. Маркс, Ф. Энгельс нар боловсруулжээ. К. Марксын тодорхойлсноор „Үзэл санааны зүйл нь хүний ухаанд бууж өөрчлөгдсөн материаллаг зүйл байгаа юм“ (1).

„Өөрчлөгдсөн материаллаг зүйл“ гэж үзэл санааны зүйлийг тодорхойлж байгаа нь материаллаг зүйлийн тусгал болох субъектив дүрийн оршин тогтнох арга, хэлбэр бол үзэл санааны зүйл мөн болохыг харуулж байна.

Гэхдээ үзэл санааны зүйл бол субъектив дүр (сэрэл, хүртэхүй г. м)-ийн нэгэн шинж мөн. Энэ нь сэтгэхүйн тусгалын доод хэлбэр сэрлээс эхлэн дээд хэлбэр болох ухамсар хүртэлх субъектив дүр бүр үзэл санааны шинж чанартай гэсэн үг.

Иймд мод, чулуу зэрэг тодорхой бодит юмсыг „матери“ гэдэг категоритэй адилтгаж болохгүйн нэгэн адил сэтгэхүйн тусгалын аль нэг тусгай хэлбэрийг түүний шинж болох үзэл санааны зүйлтэй адилтгаж болохгүй.

Матери, ухамсрын гносеологийн эсрэг тэсрэг байдалд үндэслэгдэн материаллаг зүйл үзэл санааны зүйлийн хэлбэрээр тусгагдаж байдаг. Үзэл санааны зүйл бол юмсын хэлбэр, гэхдээ тухайн юмсаас ангид байгаа хүний идэвхтэй үйл ажиллагааны хэлбэр,

үйл ажиллагааны нийгэм-хүний хэлбэр мөн бөгөөд үүнд түүний нийгэм-түүхийн мөн чанар оршино. Иймд хүний уураг тархины анатом, физиологийн онцлог шинжээр үзэл санааны зүйлийн нийгэм-түүх ба гносеологийн мөн чанарыг тайлбарлахыг оролдох нь алтны физик, химийн өвөрмөц онцлогоор хөдөлмөрийн бүтээгдэхүүний мөнгөн хэлбэрийг илэрхийлэхийг оролдохтой адил утгагүй зүйл болохсон билээ. Сэтгэхүйн тусгалын диалектикийг материаллаг ба үзэл санааны зүйлсийн харилцаагаар авч үзэх нь танин мэдэхүйн онолын нэн чухал тал мөн.

В. И. Ленин нэгдүгээрт: „Юмс бидний ухамсраас шалтгаалахгүй, бидний сэрлээс шалтгаалахгүй, бидний гадна байдаг“, хоёрдугаарт: үзэгдэл, хүртээлгүй юм хоёрын хооронд ямар ч зарчмын ялгаа байхгүй ... „ба харин“ танин мэдэгдсэн юм хараахан танин мэдэгдээгүй байгаа юм хоёрын хооронд ялгаа байдаг“, гуравдугаарт: бидний танин мэдэхүйг бэлэн өөрчлөгдөшгүй зүйл гэж бодох биш, ... харин ямар байдлаар дутуу, нарийн биш мэдлэг нилээд гүйцэд нарийн мэдлэг болдгийн учрыг ойлгох хэрэгтэй юм“ (2) гэж танин мэдэхүйн гурван чухал дүгнэлт хийсэн нь гадаад ертөнц, уураг тархины харилцааны асуудлыг шийдвэрлэхэд онол, арга зүйн үндэс болж байна.

Үзэл санааны зүйл нь мэдрэгдэн хүртэгдэх бодис, юмсын байдалаар оршдоггүй, гагцхүү хүний үйл ажиллагааны хэлбэрээр плэрдэг тухайн бодис юмсын субъектив „ахуй“ мөн. Ийм ч учраас зөвлөлтийн эрдэмтэн Э. Ильенков үзэл санааны зүйл гэдэг бол „байхгүй байгаа атлаа байж байгаа юм“ (7) гэж тодорхойлсон нь зөв юм. „Байхгүй байгаа юм“ гэдэг нь үзэл санааны зүйл бодис, юмсын материаллаг хэлбэрээр оршдоггүйг, «байж байгаа юм» гэдэг нь тэр нь бол материаллаг юмсын тусгал, субъектив дүр мөн болохыг зааж байна. Өөрөөр хэлбэл үзэл санааны зүйлийг гносеологийн үүднээс авч үзвэл тэр нь юмсын объектив холбооны өвөрмөц хэлбэр ажээ.

Үзэл санааны зүйлийг биеэ даасан анхдагч субстанци гэж үзэх, түүнийг уураг тархинаа явагдах физиологийн материаллаг процесстай адилтгах, эсвэл материаллаг ба үзэл санааны зүйл гэсэн биеэ даасан анхдагч хоёр субстанц байдаг гэж үзэхийн аль аль нь буруу, идеалист урсгал болно гэсэн дүгнэлтэд сэтгэхүйн тусгалын гносеологийн талыг судалсны үр дүнд бид хүрч байна. Сэтгэхүйн тусгалын энэхүү гносеологийн тал нь философийн үндсэн асуудалтай нягт холбоотой байдгаараа хүний сэтгэхүйг байгалын шинжлэл, түүхийн материализмын үүднээс авч үзэх онол-аргазүйн үндэс болдог юм.

## II

Сэтгэхүйн тусгалыг байгалын шинжлэлийн үүднээс авч үзэх диалектикийн ерөнхий онолын үндэс нь танин мэдэхүйн онол, нейрофизиологийн үүднээс авч үзэх тусгай аргагүйн үндэс нь физиологи, сэтгэлзүйн зүйлсийн нэгдлийн диалектик, хүний уураг тархи, сэтгэхүйн тусгалын харилцаа мөн.

Сэтгэхүйн тусгалын бүх хэлбэрийн нейрофизиологийн механизм нь дохионы нэг ба хоёрдугаар систем, уураг тархины их гадарга ба тархины доод төвүүдийн үйл ажиллагааг хамарсан диалектик явц мөн бөгөөд үүний баталгаа болгож баруун, зүүн тал тархины нэгдлийн диалектикийн зарим талыг тусгайлан авч үзье.

Байгалын шинжлэлч Германы судлаач Э. Дюбуа-Реймон өнгөрсөн зууны сүүлчээр хүний танин мэдэх боломжийг бүрмөсөн үгүйсгэх үзлийг баримтлан „Байгалыг танин мэдэх хязгаарын тухай“ хэмээх номдоо „ертөнцийн долоон нууц“ гэгч таамнал дэвшүүлж үүний нэгдэх нь „уураг тархи ба ухамсрын холбоо“ гэж бичиж байсан юм.

XX зууны эхэн үед дээрх „долоон нууц“ гэгчийг Берлиний академийн еронхийлөгч „гурав“ болгон таамаглахдаа үүнийхээ нэгдүгээрт „уураг тархи-сэрэл“-ийн асуудлыг хамааруулж түүнийг „сэтгэл судлалын үндсэн ба мөнхийн нууц“ (8) гэж нэрлэн түүнийг байгал шинжлэлээр үл барам, философи ба онолын сэтгэлгээгээр хэзээ ч шийдвэрлэж чадахгүй гэж үзэж байсан нь үндсээрээ буруу болохыг гносеологи, орчин үеийн байгалын шинжлэл, тухайлбал уураг тархины үйл ажиллагааг судлах ухаан-нейрофизиологийн ололт амжилт хөдөлшгүй баталж байна.

Энэ нь дээрх агностик эрдэмтдийн үзэл бодлоор үл барам орчин үеийн хөрөнгөтний агностицизмд тууштай цохилт өгч байна. Учир нь тусгалын агуулгыг түүний эх сурвалжтай харьцуулан үзэж тэдгээрийн тохиролцоогоор танин мэдэхүйн онолын үндэс болох тусгалын онолын үүднээс судлахын зэрэгцээ хүний уураг тархины чухам ямар материаллаг хэсгээр гадаад объектив ертөнцийг хэрхэн үнэн зөв тусгах нейрофизиологийн механизм, сэтгэхүйн тусгалын диалектикийг нарийвчлан судлах нь агностик урсгалын аливаа чиглэлд шийдвэртэй цохилт өгөхөд тус дөхөм үзүүлдэг юм.

Уураг тархи-ухамсрын харилцааны „нууц“-ын нэг нь тархины харьцангуй жин, их тархины гадаргын харьцангуй талбай зэрэг биологийн үзүүлэлт биш, харин хүний тархины тэгшхэмт биш үйл ажиллагаа юм.

Сэтгэхүйн тусгалын дээд хэлбэр болох ухамсар бол материйн түүхэн хөгжлийн бүтээгдхүүн мөнхийн нэгэн адил хүний уураг тархины тэгшхэмт биш үйл ажиллагаа нь хувьслын нийгэм-түүхийн хөгжлийн бүтээгдэхүүн бас мөн. Нийгмийн субъект болох хүний уураг тархи л энэхүү тэгшхэмт биш үйл ажиллагааг хамгийн төгс боловсронгуй явуулж чаддаг нь ухамсарт үйл ажиллагаа бол материйн түүхийн хөгжлийн бүтээгдэхүүн, хүний уураг тархины онцгой шинжийн нэгдэл байдагтай шууд холбоотой.

Баруун, зүүн хоёр тал бөмбөлөг (тал тархи)-ийн бүтцийн хувьд ижил зангилаа хэсгүүд их төлөв өөр өөр үүрэг гүйцэтгэх боловч олон сая мэдрэлийн ширхгээр дамжин бие биедээ зохих нөлөө, дэмжлэг үзүүлснээр мэдрэл сэтгэхүйн нэгэн зорилго чиглэсэн, тодорхой үйл ажиллагаа явуулах ба үүнийг уураг тархины тэгшхэмт биш үйл ажиллагаа гэдэг. Хүний уураг тархины гайхамшигт онцлог, тусгалын нейрофизиологийн механизм ба уураг тархи-ухамсрын харилцааны „нууц“-ын нэг тал болох энэхүү үйл ажиллагаа нь тархины аль нэг тал бөмбөлгийг эмийн бодис, цахилгааны тусламжтайгаар „унтуулж“ нөгөө тал бөмбөлгийг „сэрүүн байлгах“ явцад тодорхой шинж тэмдгүүдээр илэрдгийг анагаах ухаан баталж байна.

„Зүүн тал тархи“-тай хүн (баруун тал тархи нь унтаж байгаа үе)-д тодорхой сэтгэхүйтэй холбоотой мэдрэл сэтгэхүйн үйл ажиллагаа суларч хийсвэр сэтгэхүйн зарим үйл ажиллагаа ийнхүү ихсэх тал илэрч байхад „баруун тал тархи“-тай хүнд дээрхийн эсрэг байдал ажиглагдаж байна. Энэ бүхнээс үндэслэн **нэгдүгээрт**: хүний тодорхой сэтгэхүйн үйл ажиллагаанд баруун тал бөмбөлөг, хийсвэр сэтгэхүйн үйл ажиллагаанд зүүн тал бөмбөлөг илүү үүрэгтэй. **хоёрдугаарт**: эерэг, аягай сэтгэл хөдлөлийн процесст зүүн талын тархи, сөрөг, аягүй сэтгэл хөдлөлийн процесст баруун тал тархи илүү нөлөөтэй. **гуравдугаарт**: дохионы I системийн танин мэдэх чадвар, мэдрэг чанарт баруун тал тархи, дохионы II системийн хөгжилд зүүн тал тархи илүү нөлөөтэй боловч дээр нэр дурдсан гурван төрлийн үйл ажиллагааг баруун зүүн тал тархи аль аль нь биеэ дааж явуулж чадахгүй гэсэн дүгнэлт хийж байна. Ийнхүү уураг тархины тэгшхэмт биш үйл ажиллагаагүйгээр баруун, зүүн тал тархины үйл ажиллагааны диалектик нэгдэлгүйгээр тодорхой ба хийсвэр сэтгэ-



хүй, эсрэг ба сөрөг сэтгэл хөдлөл, дохионы I ба II системийн нэгдмэл үйл ажиллагаа аль нь ч явагддаггүй ажээ.

Тархины баруун тал бөмбөлөг бол хувьслын хөгжлийн түүхээрээ зүүн тал бөмбөлгөөсөө ахмад юм. Хүүхэд анх төрөхдөө инээх биш уйлж төрдөг, өлгийтэй байхдаа „баруун тал тархи“-тай хүн шиг бусдын яриаг өнгө аялгуугаар ойлгон „гунганаж“ байдаг, хүүхэд насанд тодорхой сэтгэхүйн зарим төрөл илүү давамгайл хөгжсөн байдаг зэрэг нь уураг тархины баруун тал бөмбөлөг амьдралын ялангуяа эхэн үед тодорхой нөлөөтэйг гэрчилж байна. Хүүхэд төрснөөсөө хойш амьтдын ертөнцийн филогенез хөгжлийг амьдралын богино хугацаанд давдаг зүй ёс ч үүнийг давхар батлан харуулж байна.

Дохионы нэгдүгээр системийн хөгжлийн үндсэн дээр дохионы II систем болох уг хэл, яриа үүсдэг, тодорхой сэтгэхүй дээр тулгуурлан хүний хийсвэр сэтгэхүй хөгждөгийн „нууц“ ийнхүү улиран хувьсах ба нийгэм-түүхэн хөгжилтэй шууд холбоотой ажээ.

Английн нэрт нейрофизиологч Дж. Экказ уураг тархины тэгшхэмт биш үйл ажиллагааны механизмын талаар туршин шинжлэгчийнхээ хувьд бага биш нээлт хийсэн боловч үүнийгээ тайлбарлахдаа хувьслын ба нийгэм түүхийн хөгжил, нийгмийн орчин, хөдөлмөрийн роллийг бүрмөсөн үгүйсгэж ухамсрыг анхдагч болгон тавьж байгаагаараа идеализмыг баримталж байна.

Хүний өвөг-мичийг байнгын „Хоёр баруун тал тархи“-тай амьтан гэж зүйрлэн хэлж болох юм. Энэхүү хоёр баруун тал тархитай мичийг баруун зүүн хоёр тал бөмбөлгөөс тогтсон боловч тэгшхэмт биш үйл ажиллагааг хамтран явуулдаг нэгэн тархитай хүн болж хувирахад хувьсал түүхийн хөгжлөөс гадна хөдөлмөрийн ялангуяа баруун гарын үйл ажиллагааны үр дүн онцгой нөлөөлжээ. Өөрөөр хэлбэл хөдөлмөрийн үр дүн, түүнийг үзээд үүсэх сэтгэл хөдлөл аль аль нь уураг тархи-ухамсрын харилцааны „нууц“-ын нэг тал болох тэгшхэмт биш ажиллагаа бий болоход шийдвэрлэх нөлөөний нэг болсон байна.

Их төлөв баруун тал тархины үйл ажиллагаа болох сөрөг, эвгүй сэтгэл хөдлөлтгүйгээр хүний зүүн тал тархи хийсвэр сэтгэхүйн процессыг явуулж чаддаггүйн нэгэн адил баруун тал тархи зүүн тал тархины оролцоогүйгээр бодиг байдлын тусгал болох сөрөг, эвгүй сэтгэл хөдлөлийн нейрофизиологийн механизмыг гүйцэтгэж чадахгүй.

Энэ нь үзэгдлийг бүхэл бүтэн байдлаар харилцан холбоо уялдаанд олон талаас түүхчилэн үзэх шинжлэх ухааны арга зүй нейрофизиологи зэрэг анагаах ухааны тодорхой салбарт зайлшгүй шаардлагатайг харуулж байна.

Уураг тархи-ухамсрын олон талт харилцааны нэг болох хүний тархины тэгшхэмт биш ажиллагааны тухай байгалийн шинжлэлийн үндэслэлийн шинэхэн ололт амжилт ийнхүү В. И. Лениний хэлснээр „хүний бүх танин мэдэхүйд диалектик байдаг“-ийг „диалектик бол бодит байдалд ойртох, түүнийг шинжих тоо томшгүй олон төрлийн арга барилтай ... олон талтай (талын нь тоо ямагт нэмэгдэж байдаг) амьд танин мэдэхүй юм“ (3)-ийг баталж байна.

### III

Сэтгэхүйн тусгалыг түүхийн материализмын үүднээс социалист байгуулалтын өнөөгийн практиктай холбон авч үзэх арга зүйн үндсийн нэг нь түүнийг объект ба субъект, объектив ба субъектив зүйлсийн нэгдлийн диалектикаар авч судлах явдал мөн.

Нийгмийн практикийг танин мэдэхүйн тусгалын онолын бүрэлдэхүүн хэсэг болгосон нь марксизм-ленинизмыг үндэслэгчдийн түүхэн гавьяаны нэг юм. Иймд сэтгэхүйн тусгалын диалектикийг нийг-

мийн практиктай уялдуулан судлах арга зүйн зарим талыг нейрофизиологи дахь субъектив дүрийн асуудалтай холбон авч үзье.

„Үйл ажиллагаа“ гэдэг философийн категори субъектээс объектод үзүүлэх нөлөөллийн агуулгыг тодорхойлж байдаг билээ. Хүний „үйл ажиллагаа“-ны зайлшгүй бүрэлдэхүүн хэсэг нь академич П. К. Анохины „үүрэг ажиллагааны системийн онолын үйлдлийн үр дүн“ гэдэг ухагдахуун юм. Энэ ухагдахууныг өргөн утгаар нь „үйл ажиллагаа“ гэсэн философийн категориетэй холбон авч үзэх нь зүйтэй бөгөөд ингэх нь хүний сэтгэхүйн тусгал, практикийн нэгдлийн зарчим, философи байгалын шинжлэлийн холбооны нэгэн илрэлийг харуулж байна. Энэ асуудлыг цаашид гүнзгийрүүлж судлах нь байгалын шинжлэл дэх философийн нэн чухал асуудал болно.

Дээрхээс үндэслэн **нэгдүгээрт**, дээд мэдрэлийн үйл ажиллагаа дах материаллаг ба үзэл санааны зүйл (гносеологи), физиологи ба психологи (байгалын шинжлэл), объектив ба субъектив зүйл (нийгэм-түүхэн аспект)-ийн нэгдлийн диалектикийг уураг тархины дотор биш, харин субъектын үйл ажиллагаанд л эрэх нь зүйтэй. **хоёрдугаарт**, материаллаг ба үзэл санааны физиологи ба сэтгэлзүйн зүйл, объектив ба субъектив зүйлсийн нэгдэл бол сэтгэхүйн тусгалын дээд хэлбэр ухамсар биш, харин дээд мэдрэлийн үйл ажиллагаа мөн; **гуравдугаарт**, хүний нийгмийн идэвхт байдлын төлөвшил, объект, субъектын харилцааны системийг бүрэлдүүлж байгаа чухал хүчин зүйл бол хүний үйл ажиллагаа төдий биш харин түүний үр дүн мөн тул амьдралын идэвхтэй байр суурийг төлөвшүүлэн хөгжүүлэх (6.67) ажилд үүнийг харгалзан үзэх нь зүйтэй. **Дөрөвдүгээрт**, сэтгэхүйн тусгал нь материалист диалектикийн ерөнхий онолын бүрэлдэхүүний гурван үндсэн хэсэг болох материаллаг ертөнцийн хөгжлийн онол буюу объектив диалектик; тусгалын ба танин мэдэхүйн онол, диалектик логикийн нэгдэл болох субъектив диалектик; хүмүүсийн практик-хувьсган өөрчлөх үйл ажиллагааны онол буюу объект субъектын диалектикийн аль алинтай нь нягт уялдсан, динамик явц мөн гэсэн дүгнэлтийг бид хийж байна.

Субъектив дүр, сэтгэхүйн тусгал хүний уураг тархинаа бүрэлдэх диалектикийг гносеологи, байгалын шинжлэл тухайлбал нейрофизиологи ба түүхийн материализмын тал гэсэн гурван аспектаар судалсны үр дүнд субъектив дүр төлөвших асуудлыг социалист байгуулалтын өнөө үеийн практик зорилттой нягт уялдуулан цаашид улам гүнзгийрүүлэн судлах, сэтгэхүйн тусгалын идэвхт чанарын зарчмын төвлөрсөн илрэл болох хүний нийгмийн идэвхт чанарыг улам хөгжүүлэх, байгалын шинжлэл дэх философийн асуудлын суурь шинжилгээг хэрэгжүүлэх нь зүйтэй юм.

Социалист байгуулалтад оролцож байгаа хөдөлмөрчин олон түмний идэвх чармайлтыг улам дээшлүүлэхэд хүний нийгэм-улс төр, хөдөлмөрийн идэвхийг цаашид өрнүүлэх явдал онцгой чухал ач холбогдолтой болж байна. Үүнийг хэрэгжүүлэх үндсэн арга зам нь нийгмийн ашигтай үйл ажиллагааны тодорхой зорилго дэвшүүлэх, зорилгоо биелүүлэхийн тулд хөдөлмөрчин олон түмний сэтгэл тэмүүлэл, хүсэл зорилгыг бадраах, дэвшүүлсэн зорилгоо шийдвэрлэх арга замыг зөв сонгож, хэрэгжүүлэх, эцсийн өндөр үр дүнд хүрэх гэсэн удирдлагын явцын үндсэн бүрэлдэхүүн хэсгийн уялдаа холбоог хүмүүсийн нийгмийн идэвхт чанарыг үнэлэх, социалист уралдааны дүнг гаргахдаа байнга харгалзаж байх; намын байгууллага үзэл суртал-хүмүүжлийн ажилд иж бүрэн хандахдаа хөдөлмөрчдийн сонирхол, хэрэгцээ, авьяас чадвар, сэтгэлзүйн онцлог болон хамт олны нийгэм-сэтгэлзүйн үзэгдлийг хэрхэн яаж харгалзан зохион байгуулж байгаа ажлын арга, хэлбэрийг үзэл суртлын ажлын онолын

үүднээс нэгтгэн дүгнэх түүнийг нам, төр олон нийтийн бусад байгууллагын үйл ажиллагаанд нэвтрүүлэх арга замын аргачлалыг улам боловсронгуй болгох явдал мөн болно.

## АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. К. Маркс, Ф. Энгельс. Түүвэр зохиол. 2-р боть, 112.
2. В. И. Ленин. Зохиолын 14-р боть
3. В. И. Ленин. Зохиолын бүрэн эмхэтгэл, 29-р боть
4. Программы и уставы КПСС. Изд-во политической литературы. М. 1969.
5. МАХН-ын XV их хурал. Дэлгэрэнгүй тайлан. УБ. 1965.
6. Монгол Ардын Хувьсгалт Намын XVIII их хурал УБ, 1981. (дэлгэрэнгүй тайлан)
7. Э. Ильенков. Философская энциклопедия. т. 2.
8. Э. Геккель. Мировые загадки. М. 1935.

## РИНОФИМА

Зарим хүний хамар барзайж томрон улаан хүрэн өнгөтэй, бортоцой шиг харагддаг. Хамрын энэ өөрчлөлтийг ринофима гэж нэрлэнэ. Энэ нь улаан багга хэмээх арьсны архаг үрэвслээс үүсч хамрын арьс түүний дайврууд (үс, тосны булчирхай) судас, арьсан доорх эдийг гэмтээнэ. (2,6). Өвчний эхний үед хэсэг газрын вегетатив мэдрэлжүүлэлт алдагдсанаас судас өргөсөж хамрын арьс үе үе улайна. Сүүлдээ судас нь байнга өргөсөн зангилаа үүсээний улмаас хамар нь тогтмол улаан болдог.

Аажмаар улайлт ихсэхийн зэрэгцээ арьсны бүх давхраа зузаарч тослогийн булчирхайнууд нь томрон тунгалгийн болон цусны судас нэмэгдэн зангилаа мэт зөөлөн нэвчдэс үүсч томорно. Үүний улмаас хамар нь улаан буюу улаан хүрэн өнгөтэй, овгор товгор гадаргуутай болж өөрчлөгдөнө. Энэ өөрчлөлт нь хамрын үзүүр, угалз, заримдаа хацар духанд үүсдэг бөгөөд хэмжээгээрээ тахианы, өндөгний буюу хүүхдийн атгасан гарын чинээ хүртэл томордог байна. (2,4,6). Ринофима нь голдуу ахимаг насны эрэгтэйчүүдэд тохиолдоно. (2,6)

Ринофимийг бүтэц ба шинж байдлаар нь хоёр хэлбэрт хуваадаг. Үүнд:

1. Булчирхайлаг (гландулярный)
2. Ширхэгэнцэрт (фиброзный) гэх бөгөөд булчирхайлаг хэлбэр нь эрэгтэйчүүдэд, ширхэгэнцэрт хэлбэр нь эмэгтэйчүүдэд илүү тохиолддог байна.

Ширхэгэнцэрт хэлбэрийн үед хамар нь нэлэнхүйдээ томрох боловч гадаргуу нь гөлгөрдүү хатуувтар нийтдээ жигд ягаан өнгөтэй байна.

Ринофима нь аажмаар үүсч нэг үе томорч, нэг үе намжин заримдаа хэдэн жилээр тогтонги байдалтай байдаг.

Арьсны энэ эмгэг нь хамрын мөгөөрсийг гэмтээхгүй боловч их томорсон үедээ мөгөөрсийг дарснаас мөгөөрсний байршил хэлбэрийг өөрчилж болно. (2,6)

Зарим тохиолдолд ринофима нь хорт хавдар болж хувирч болно. (2)

**Үүсэх шалтгаан:** Ринофима үүсэхэд орчны температур (халуун орчинд удаан байх, нүүрнээсээ халах), хоол боловсруулах эрхтэний өвчнүүд (өтгөн хатах), сэтгэл санааны хямрал, ядаргаа, бодисын солилцоо, дотоод шүүрлийн булчирхайн эмгэг өөрчлөлт, эмэгтэйчүүдэд өндгөвчийн үйл ажиллагаа алдагдсан үед үүсч болно. (2,6) Мөн архи уух нь ринофима үүсэхэд нөлөөлдөг гэж үздэг. (2) Нүүрний арьсны ариун цэврийг муу сахиснаас өвчин даамжирдаг. (2)

**Эмчилгээ:** Юуны өмнө уг өвчнийг үүсэхэд нөлөөлсөн хүчин зүйл, бусад өвчнийг эмчлүүлэхийн зэрэгцээ нүүрний арьсны тослог ихтэй хэсэг

(хамрын үзүүр, угалз) зэргийг одерт 2—3 удаа савангай бүлээн усаар угааж хуурай пудр тавьж арьсаа арчлах хэрэгтэй. (6) Энэ талаар гоо-заслын эмчийн зөвлөлгөө авах нь зүйгэй.

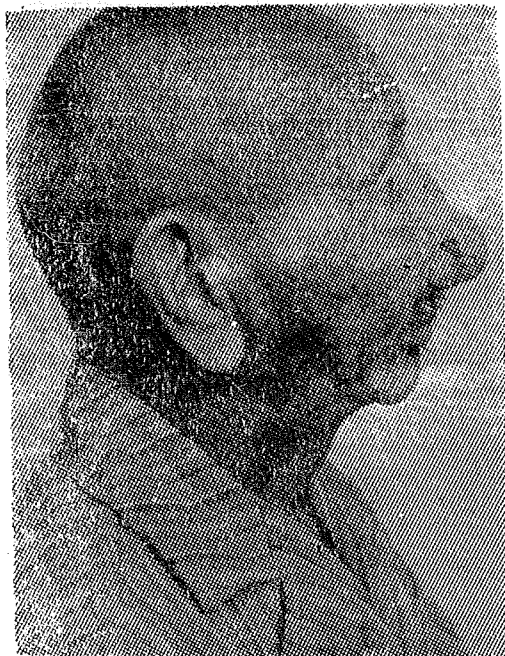
Өвчний эхний үед арьс улайхад хүхрийн 10%, резорцины 10%, хүхэр-резорцины түрхлэг (Sulfurisdepurati 4,0 Resoreini 2,5, Pastae-zicii 40,0)-г унтахдаа түрхэж өглөө бүлээн усаар угаана. Мөн хэт ягаан туяагаар шарж, өргөссөн судсуудыг цахилгаан төөнүүрээр тосонж эмчилдэг. (2,3,6)

Дээрх эмчилгээг өвчний эхний үед хийх ба нэгэнт томрон ринофима үүссэн үед мэс заслын эмчилгээ хийх шаардлагатай байдаг. (1—5)

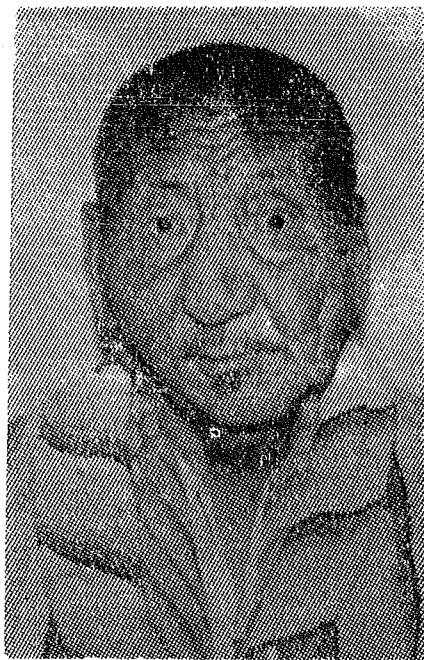
Ринофимын нэгэн тохиолдол: Эмчлүүлэгч Д. 64 настай, эрэгтэй, УКТЭ-ийн чих, хамар хоолойн тасагт 1982 оны 9 сард хэвтсэн. Өвчний түүхийн номер 8880/928. Хоёр жилийн өмнөөс хамрын үзүүр үе үе улайн сүүлдээ томрон монцгор улаан болсон. Их загатнадаг. Өвчтөн архи уудаг, тамхи татдаг.

**Бодиг үзлэгээр:** хамрын урд хэсэг, хоёр угалзны арьс нь зузааран барзайж улаан хүрэндүү, зарим газраа хөхөвтөр болсон. арьсан дээрх судас өргөсөн зангилаа мэт бөөгнөрсөн, тослогийн булчирхайнууд нь томрон нүхээр нь тослог гарсан байлаа. Ингээд ринофима гэж оношилж хамрын арьсны эмгэгтэй хэсгийг хэсэг газрын мэдээ алдуулалт (новокаины 1%-н 10,0 уусмал) хийж хусан авч (3,4) хагалгааны дараа 3—4 хоног синтомицин, гидрокортизоны тосоор боож (1,3,4) дараа нь шархыг ил байлган эмчлэхэд 19 хоноод хамрын арьс бүрэн төлжин эдгэрч хамрын хэлбэр хэвийн болсон байна. (2,3,5)

Ринофимыг мэс заслын аргаар эмчлэхдээ арьсны зузаарч томрон өөрчлөгдсөн хэсгийг бүрэн авч хамрын мөгөөрсний дээд талд орших арьсан доорх зөөлөн эдийг үлдээдэг. Энэ үлдсэн хэсгээс арьс төлжин үүсдэг (2,3,4). Хөрсжих нь 2—3 долоо хоног үргэлжилж үүссэн арьс нь бараг ердийн өнгөтэй болдог (2,3,5)



Зураг 1.  
а) хагалгааны өмнө



Зураг 2.  
б) хагалгааны дараа

Үүшээс үзэхэд хамрын арьсны эмгэгтэй хэсгийг энгийн аргаар хусч авахад гоо сайхны хувьд өөрчлөлтгүй болох нь харагдаж байна.

#### АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. Г. Б. Гиляровская Гигантская ринофима у больного в возрасте 89 лет. ЖУНГБ 1968 № 6. 106—107
2. Проф. Д-р Гелена Пешкова Пластические операции при косметических дефектах. Прага. 1971. 163—167.
3. П. В. Коряков Наблюдение больного с ринофимой ВОРЛ. 1964 № 2. 86—88.
4. Е. З. Мирошникова, В. П. Гарнага. Гигантская ринофима ЖУНГБ-1984—№1 65—66.
5. Е. Н. Мануйлов Хирургическое лечение при ринофиме ЖУНГБ 1962 № 6. 29—35.
6. М. А. Проф. Розентула. Справочник по косметике 1964. 71.

Доцент Л. ШАГДАР, их эмч Г. ЦЭЦЭГДАРЬ

### СТАФИЛОКОККООР ҮҮССЭН ӨВЧИНД СТАФИЛОКОККЫН ЭСРЭГ ДАРХАЛСАН СИЙВЭН БА ИММУНОГЛОБУЛИНЫГ ХЭРЭГЛЭХ НЬ

Стафилококкоор үүссэн өвчнийг эмчлэхэд хамгийн сайн үр дүнтэй арга бол стафилококкын эсрэг дархалсан сийвэн ба иммуноглобулиныг хэрэглэх юм.

#### 1. Стафилококкын эсрэг дархалсан сийвэнг хэрэглэх.

Стафилококкын эсрэг дархалсан сийвэн нь уул нянг эсэргүүцэх өвөрмөц чадалтай эсрэг биеийг 6, (МЕ) мл (ОУН) олон улсын нэгж ба үүнээс их хэмжээгээр агуулснаараа хэвийн сийвэнгээс ялгаатай юм. Уг сийвэнг стафилококкын анатоксинаар дархлаажуулсан донорын цуснаас плазмаферезийн аргаар бэлтгэдэг. Стафилококкын эсрэг дархалсан сийвэнг венийн судсанд буюу гадуур хэрэглэнэ. Судсанд зориулж 25, 50, 100, 200 мл-ээр, гадуур хэрэглэхэд зориулж жижиг шилэнд 2 мл-ээр хийсэн байна.

Стафилококкын эсрэг дархалсан сийвэнг стафилококкоор үүссэн бүх өвчтөнд хэрэглэнэ. Харин уургийн бэлдмэлд хэг мэдрэмтгий өвчтөнд хэрэглэх болохгүй. Стафилококкын эсрэг дархалсан сийвэнг насанд хүрсэн өвчтөнд 1 кг биеийн жинд (18 ОУН-ээс багагүй альфастафилотоксины эсрэг бие агуулсан) 3—5 мл ногдохоор тун хэмжээг тооцож, ариун цэвэр халдварын дэглэмийг чанд сахисан нөхцөлд венийн судсанд сэлбэнэ. Нярай буюу дутуу төрсөн хүүхдэд 1 кг биеийн жинд (60 ОУН-ээс багагүй альфастафилотоксины эсрэг бие агуулсан) 10 мл ногдох тун хэмжээгээр сэлбэнэ.

Стафилококкын эсрэг дархалсан сийвэнг өдөрт 1 удаа буюу 1—3 өдөр өнжиж сэлбэнэ. Курс эмчилгээ нь өвчний явц, хүндрэл, өвчлөлийн хэлбэр, эмчилгээний үр дүнгээс хамаарна. Курс эмчилгээнд дунджаар 1—4 удаа сэлбэнэ. Стафилококкын эсрэг дархалсан сийвэнг насанд хүрэгчдэд 1 минутанд 60—70 дуслаар, нэгээс дээш насны хүүхдэд 1 минутанд 16—25 дуслаар, нэг хүртэлх насны хүүхдэд 1 минутанд 10—12 дуслаар венийн судсанд сэлбэнэ. Халдварт харшлын хэлбэрийн гуурсан хоолойн багтраа өвчний үед 1 минутанд 40—50 дуслаар судсанд бага тун 50 мл-ээр эхэлж 100—150—200 мл-ээр 2—3 одор өнжөөд 4—5 удаа сэлбэнэ.

Стафилококкоор үүссэн идээт шарханд дархалсан сийвэнтэй боолт хийх ба уушгины гялтан хальсны хөндий, гайморын хөндийд шприцээр тарьж, дараа нь халдварын голомтыг физиологийн уусмалаар угааха.

Хүснэгт 1.

**СТАФИЛОКОККЫН ЭСРЭГ ДАРХАЛСАН СИЙВЭНГ ХЭРЭГЛЭХ  
БҮДҮҮВЧИЛСЭН ЗААВАР**

Онош	Хэрэглэх арга	Нэг удаагийн тун хэмжээ		Эмчилгээ, завсарлах хугацаа	Курс эмчилгээний нийт тун хэмжээ,	
		Судсанд тарих 1 кг биеийн жинд ногдох хэмжээ (мл-р)	Гадуур хэрэглэх нэгж мл		Венийн судсанд сэлбэх тарилгын тоо	Гадуур хэрэглэх хэмжээ, нэгж/мл
1	2	3	4	5	6	7
1. Нярай болон бага насны хүүхдийн зөөлөн эдийн идээт үрэвсэлт өвчнүүд	судсанд тарих ба гадуур хэрэглэх	15—20	(80—100) 10 (16—20) 2	11—24 цаг өдөр бүр буюу өнжөөд	3 —	(240—300) 30—60 (32—40) 4
2. Цусан тархмал ясны цочмог идээт үрэвслийн үед	судсанд тарих	15—20	—	өдөр бүр	3	
а) нярай ба бага насны хүүхдэд	гадуур хэрэглэх	—	(16—20) 2	—	—	(80—100) 10
б) 4-өөс дээш насны хүүхдэд	ясанд, үе мөчний хөндийд	5—10	(32—40) 4	—	3	(160—200) 20
3. Стафилококкын амьсгалын замын үрэвсэлт өвчинд (хүүхдэд)	судсанд тарих, гадуур хэрэглэх, уушгины гялтан хальсны дотор	15—20	—	—	4—5	—
4. Хүүхдийн чих, хамар, хоолойн эрхтэний идээт үрэвслийн үед	судсанд тарих	15—20	(32—40) 4	—	—	(480—364) 20—24
а) гайморын хөндийн хурц үрэвсэл	—	—	(16—20) 2	өдөр бүр буюу өнжөөд	4—5	—
б) гайморын хөндийн архаг үрэвслийн хурц үе	гайморын хөндийд тарих	—	—	—	—	(64—80) 8
в) Чих, хамар, хоолойн эрхтэний идээт буглаа	судсанд тарих	4—6	—	1—3 өдөр	2—3	—
5. Гэмтлийн дараах ясны үрэвсэл ба халдварласан шархны үед	ясанд хийх ба шарх, хөндийг угаах	—	(16—20) 2 (32—40) 4	—	—	Шарх хөндийг 30 мл-ээр угаана.
6. Сепсис (хүүхэд ба насанд хүрэгчид)	судсанд тарих	4—6	—	өдөр бүр буюу 1—2 өдөр өнжөөд	3—6	—
7. Төрөлхийн ба олдмол зүрхний гажгийг мэс заслаар эмчлэхэд үүссэн сепсис (хүүхэд ба насанд хүрэгчид)	—	4—6	—	1—3 өдөр өнжөөд	3—4	—

**ДОНОРЫН СТАФИЛОКОККЫН ЭСРЭГ ИММУНОГЛОБУЛИНЫГ ХЭРЭГЛЭХ БҮДҮҮВЧИЛСЭН  
ЗААВАР**

Онош	Хэрэглэх арга	Эмчилгээний 1 удаагийн тун хэмжээ	Эмчилгээ завсарлах хугацаа	Курс эмчилгээний нийт тун хэмжээ (тарих тоо)
1. Стафилококкын сепсис	булчинд тарих	Нэг хүртэлх насны хүүхдэд 1 кг биеийн жинд 10 ОУН, насанд хүргэгчид ба хүүхдэд 1 кг биеийн жинд 5—8 ОУН ногдохоор тооцож тарина.	өдөр бүр буюу 1—2 өдөр өнжөөд	3—6 4—8
2. Стафилококкын тархмал сепсис	булчинд тарих	Нэг хүртэлх насны хүүхдэд 1 кг биеийн жинд 10 ОУН, насанд хүргэгчид ба хүүхдэд 1 кг биеийн жинд 5—10 ОУН ногдохоор тооцож тарина.	өдөр бүр	6—10 6—10
3. Стафилококкын уушгины цусан хатгалга	—	Нэг хүртэлх насны хүүхдэд 1 кг биеийн жинд 10 ОУН, насанд хүргэгчид ба хүүхдэд 1 кг биеийн жинд 5—8 ОУН байхаар тооцож тарина.	өдөр бүр буюу 1—2 өдөр өнжөөд	3—6 3—6
4. Стафилококкын буглаа, хатиг, хөхний үрэвсэл зэрэг хязгаарлагдмал идээт өвчнүүд.	—	Хүүхдэд 1 кг биеийн жинд 5 ОУН, насанд хүрэгчдэд 100 ОУН-ээс багагүй ногдох хэмжээгээр тарина.	1—2 өдөр өнжөөд	2—3 2—3

Стафилококкын эсрэг дархалсан шингэн сийвэнг 20—30°-ын температурт хөлдүүгээр 6 сар, —10°-тай ердийн хөргөгчид 5 өдөр, +4°-тай ердийн хөргөгчид 3-аас илүүгүй өдөр хадгалж хэрэглэнэ.

Хуурай сийвэнг бол +4°—+20° буюу—20°—30°-ын температурт 3 жил хадгалж болно. Стафилококкын идээт үрэвслийн зарим өвчнийг эмчлэхэд стафилококкын эсрэг дархалсан сийвэнг дараах бүдүүвчилсэн зааврын дагуу хэрэглэнэ. (Хүснэгт 1)

## 2. ДОНОРЫН СТАФИЛОКОККЫН ЭСРЭГ ИММУНОГЛОБУЛИНЫГ ХЭРЭГЛЭХ

Донор стафилококкын эсрэг иммуноглобулиныг стафилококкоор үүссэн халдварыг эмчлэх ба урьдчилан сэргийлэх зорилгоор тарьж хэрэглэнэ.

Уг иммуноглобулиныг стафилококкын анатоксинаар дархлаажуулсан донорын сийвэнг 0°-аас бага температурт дээд спиртээр тундасжуулж нарийн цэвэрлэж гаргаж авдаг.

Донорын стафилококкын эсрэг иммуноглобулин нь тунгалаг, өнгөгүй, үл мэдэг шар туяатай буюу зайлахад хөөсөрдөг сийвэнгийн уургийн уусмал юм. Стафилококкын эсрэг иммуноглобулин нь альфа-стафилококкын эсрэг  $IgA$ ,  $IgM$ ,  $IgW$  бүлгийн иммуноглобулиныг төлөөлөх хор тайлах үйлчилгээг үзүүлнэ. Донорын стафилококкын эсрэг иммуноглобулины 1 мл-д 20 олон улсын нэгжээс (ОУН) багагүй альфа-стафилококкын эсрэг бие агуулагдсан байх ёстой. Донорын стафилококкын эсрэг иммуноглобулиныг 1 тун шилэнд 100 олон улсын нэгж ба түүнээс дээш альфа-стафилококкын эсрэг биеийг агуулсан байхаар тооцож 5 мл-ээс багагүйгээр хийсэн байна.

Стафилококкын эсрэг иммуноглобулиныг стафилококкоор үүссэн өвчний явц, хүндрэл, өвчтөний биеийн байдлаас хамаарч өвчтөний 1 кг биеийн жинд 5 ОУН альфа-стафилококкын эсрэг бие ногдохоор тооцож, өдөр бүр буюу өнжөөд булчинд тарина, Стафилококкын эсрэг иммуноглобулиныг тарихын өмнө 2 цаг тасалгааны температурт байлгах хэрэгтэй. Зарим тохиолдолд иммуноглобулиныг тарихад 0,6°-аас багагүй халуурч, хэсэгчилсэн урвал илэрч болно. Уг бэлдмэлийг харанхуй, хуурай нөхцөлд 2—10°-т 2 жил хадгалж болно. Стафилококкоор халдварласан өвчтөний эмчилгээнд донорын стафилококкын эсрэг иммуноглобулиныг дараах бүдүүвчилсэн зааврын дагуу хэрэглэнэ. (Хүснэгт 2)

Их эмч М. ШҮРЭНЦЭЦЭГ

## ГИПЕРТОНИ ӨВЧНИЙГ ЭМЧЛЭХЭД СИМПАТОЛИТИК АДРЕНОБЛОКАТОРЫН ҮҮРЭГ

Доцент Ж. ЦОГНЭМЭХ, их эмч С. ЖАМЪЯНДАГВА

Манай оронд артерийн гипертони өвчнөөр өвчлөх явдал бүх хүн амын өвчлөлийн 5,9—7% (5), зүрх судасны системийн өвчний үхлийн 36,3%-ийг (4) эзлэн зүрх судасны өвчний дотор нэгдүгээрт орж байна. Иймд артерийн гипертони өвчнийг цаг тухай бүр зөв оношлох, эрчимтэй эмчилж эдгэрүүлэх нь манай эрүүлийг хамгаалахын чухал зорилтуудын нэг юм.

Сүүлийн 10-аад жилд энэ өвчнийг эмчлэх эмийн эмчилгээ өргөжиж, шинэ шинэ эмийн бэлдмэлийг анагаах ухааны практикт амжилттай хэрэглэх болов.

Октадин (санотензин, исмелин, изобарин), метил-дофа зэрэг симпатолитик, индерал, фентоламин, тропafen зэрэг адреноблокатор нь цусны даралтыг тууштай бууруулах буюу жинхэнэ шалтгааны эсрэг чиглэсэн эмчилгээнд хамаарах чухал ач холбогдолтой эмүүд юм.



Симпатик нервийн зангилгааны дараах ширхгийн төгсгөлд амин хүчлүүдийн урвалын дунд норадреналин нийлэгжин үүснэ. Норадреналин нь ихэнх судасны тонусыг (чангарлыг) тогтоон барьж цусны даралтыг нэгэн түвшинд байлгах шийдвэрлэх гол үйлчилгээтэй эм мөн. Иймд артерийн даралт ихсэх нь олон зүйлийн хамаарал, шалтгаантай байх боловч симпатолитик эмүүдийг хэрэглэхэд юуны өмнө норадреналин нийлэгжих процесс удаашран саатаж, шууд утгаар хэлбэл норадреналин хэмсдөн судасны тонус суларч улмаар артерийн даралт буурна.

Октадиныг судсаар тарихад 10—20 минутын дараа бэлхэн байгаа норадреналины ялгарагт түр (30—120 мин орчим) ихсэж дараа нь 2—3 цаг гэхэд артерийн даралт аажмаар буурч, 7—8 дахь хоногт түүний үйлдэл дээд цэгтээ хүрч 1—2 долоо хоног үргэлжилнэ. Октадиныг гипертони өвчний III үед гол төлөв хэрэглэх бөгөөд хоногт 10—25 мг-аар эхлэн өгч тунг 150 мг хүргэж болох ба хоногийн дундаж тунг нь 30—70 мг байна. Октадиныг хэрэглэх үеийн зарим гаж нөлөө гэвэл хоногийн тунг 60—80 мг-аас дээш хэрэглэхэд ялангуяа өглөөгүүр буюу шөнний цагт артерийн даралт гэнэт буурч (ортостатик гипотони) болно. Ийм хүндрэл 39% хүртэл тохиолдож байна гэж зарим судлаачид үзэж байна. Иймд октадиныг хэрэглэх үед босоо, хэвтээ байдлаар өвчтөний артерийн даралтыг тогтмол хэмжиж байнга хянаж байвал зохино. Хэрэв өвчтөний босоо байдалд байсан даралт хэвтээ байдлаас 15 мм (МУБ-ын) ээс доогуур (бага) байвал ортостатик гипотони амархан үүсч болох тул энэ талаар эмч нар онцгой анхаарвал зохино.

Артерийн гипертони өвчний тогтонги өндөр ба хүнд хэлбэрийн үед октадиныг бусад эмтэй зөв хослон тунг нарийн тохируулан хэрэглэж чадвал үүнээс илүү сайн үр дүнтэй эм байхгүй гэж зарим судлаачид үзэж байна. (2). Октадиныг уусны дараа артерийн даралт бууруулах түүний сонгомол үйлдэл бас хувь хүний биологийн онцлог мэдрэг чанараас хамаарах талтай ажээ. (2)

Октадиныг бага тунгаар (10—25 мг) резерпин, папаверин гидрхлорид, гипотиазид зэрэг бусад эмтэй хавсран хэрэглэхэд үйлчлэх идэвх, хүч нь улам нэмэгдэж, ортостатик гипотони үүсэх, түүний гаж нөлөө үлэмж багасдаг байна.

Октадинээс гадна артерийн гипертони өвчнийг эмчлэн сэргийлэхэд өргөн хэрэглэж байгаа шилдэг сайн эмийн тоонд метилдофа (допегит, альдомет) орж байна. Химийн бүтцээр метил-дофа нь диоксифенилаланинтай маш төстэй тул норадреналины нийлэгжих процессыг орлон төлөөлж норадреналиныг метилнорадреналин болгон хувиргах тул тэр нь жинхэнэ медиаторын үүрэг гүйцэтгэж чадахгүй „хуурамч“ нэгдэл болж судасны тонусыг сулруулж, артерийн даралтыг бууруулна. Мөн төв мэдрэлийн систем, их тархины бор давхарга, ялангуяа таламус орчимд норадреналин, допамин, серотонины хэмжээ багасан, уртавтар тархин дахь судас хөдөлгөх төвийн сэрэл хүлээн авах чадвар буурч эцсийн эцэст төв мэдрэлийн системийн ажиллагаа тайвшрах давхар нөлөө илэрч ирэхийн хамтад цусанд ренин, ангиотензины хэмжээ багасна. (3). Гипертони өвчний үед метилдофыг дангаар хэрэглэсэн тохиолдолд 40—95% нь эмчилгээний сайн үр нөлөөтэй байна. (1)

Сүүлийн хэдэн жилийн турш эмчилгээний практикт шинээр хэрэглэж буй сайн эмийн нэг бол адреноблокатор юм. Симпатик нервийн төгсгөлөөс ялгаран гарах медиатор буюу химийн бодисыг шууд хүлээн авдаг, сэрлийг хүлээн авах маш мэдрэмтгий цэгийг адрено-рецептор гэдэг. Аднорецепторыг сэрэл хүлээн авах чадвараар нь альфа, бета гэж ангилна.

Дээрх адренорецепторт шууд үйлчилж тэдгээр рецепторын мэдэрэг чанарыг сулруулж сэрэл хүлээн авах чадваргүй болгох (норадреналины эсрэг) эмийг адреноблокатор гэнэ. Адреноблокаторыг мөн альфа, бета гэж ангилдаг.

Альфа-адреноблокаторт фентоламин гидрохлорид, тропafen, пироксин зэрэг химийн нийлэг эмүүд орох ба эдгээрийг гипертони өвчний зөвхөн кризийн үед судас, булчинд тарьж хэрэглэнэ. Фентоламин гидрохлорид, тропafen нь маш богино хугацаатай үйлчлэх тул гипертони өвчнийг эмчлэх зорилгоор практикт төдий л хэрэглэхгүй байна.

Нөгөө бета-адреноблокаторт индерал буюу анаприлин орох бөгөөд зүрхний булчинд очих симпатик нервийн нөлөөг хориг хийж, зүрхний ачааллыг багасгаж булчингийн агших хүч чадлыг хязгаарлан минутын болон цохилтын эзэлхүүний хэмжээг багасгаж улмаар артерийн даралтыг бууруулах үйлчилгээгэй. Индералыг бага тунгаар эхлэн аажим ихэсгэн 80—240 мг хүртэл нэмэгдүүлэн хэрэглэж болно.

Орчин үед бета-адреноблокаторыг гипертони өвчний хожуу шатанд ч бусад даралт бууруулах, судас тэлэх, шээлгэх зэрэг эмтэй хамт удаан хугацаагаар хэрэглэхэд эмчилгээний үр дүн илүү байна гэж үзсэн байна. (1).

## ДУГНЭЛТ

1. Артерийн гипертони өвчний I ба II үед бета-адреноблокаторыг 2 ба 3-р үед симпатолитик эмүүдийг өргөн хэрэглэж байна.
2. Артерийн гипертони өвчнийг шээлгэх болон нейролептик, миотропик, ганглиоблокатор зэрэг бусад эмтэй хавсран эмчлэхэд илүү үр дүнтэй ажээ.

## АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. И. В. Маркова, Н. С. Саляз, Угечев фармакология. Москва. 1979. 179—183; 339—342.
2. В. Н. Орлов, В. А. Ольхин, Артериальное давление: норма и патология "серия медицина" 1981, № 2, 54—56.
3. Д. А. Харкевич фармакология. Москва, 1980, 113—120.
4. Но. Дондог, С. Жамьяндагва. УБ хотын клиникийн эмнэлэгүүдийн задлан шинжилгээний материалд тохиолдох зүрх судасны өвчний байдалд хийсэн судалгаа. Октябрийн 60 жилийн ойн эрдэм шинжилгээний хурлын материал. УБ. 1977. 67.
5. Б. Рагчаа. Зүрх судасны өвчний тохиолдлын тухай асуудал Анагаах ухааны дээд сургуулийн эрдэм шинжилгээний бичиг. № 2 УБ. 1967.

## МОНГОЛ ОРНЫ ЗАРИМ ЭМИЙН УРГАМЛЫН АЙМГИЙН СУДАЛГААНЫ ТҮҮХ ОДООГИЙН БАЙДАЛ

Монгол орны эмийн ургамал, эмийн ургамлын аймгийн судалгааны түүхийг бүхэлд нь авч үзвэл 1940 оноос өмнөх, хойших үе гэж үндсэнд нь хоёр хувааж болох юм. Үүнээс эхний үе нь гагцхүү Монгол болоод дорно дахины эмнэлэгтэй, дараагийн үе нь анагаах ухааны эмнэлэг тус улсад хөгжсөн түүхтэй шууд уялдаатай юм.

Тухайн үедээ монгол оронд ихээхэн дэлгэрсэн Төвд эмнэлэг нь монгол болон дорно дахины бусад орны ардын эмнэлгийн олон зуун жилийн баялаг туршлага, уламжлалт арга барилыг нэгтгэсэн бо-

ловч шинжлэх ухааны арга зүй, сорил туршилтаар судлагдаж нотлогдоогүй бөгөөд зөвхөн ажиглалт, туршлага, практик үйл ажиллагаанд тулгуурласан эмнэлэг байсан тухай нэлээд хожуу гарсан ном зохиолд оновчтэй дүгнэсэн байна. Тэр үеийн зарим монгол эмч, оточ нар өөрийн орон нутгийн эмийн ургамлыг бүртгэх, тэдгээрийг хүн малын элдэв өвчин анагаах талаас нь системчлэхийн зэрэгцээ эмийн ургамлын талаарх ойлголтыг нийтэд дэлгэрүүлэхийн үүднээс олон төрлийн ургамал, амьтан эрдсээс гаралтай эмийн зүйлийн нэрийг төвд, манж, хятад, монгол хэлээр бичиж, ургамал тус бүрийн танигдах шинж, ургадаг орчин нөхцөл, эмчилгээний чанарыг товч дурдсан янз бүрийн жорыг монгол-төвд хэл дээр бичиж үлдээжээ. Тухайлбал, Сүмбэ Хамба Ишбалжирын зохиосон Шилгар-милон, Гэнин Жамбалдоржийн зохиосон Оман түмбээ, Дандар маарамбын зохиосон Төвд эмнэлгийн дөрвөн үндсэн тайлбар, монгол эмч Чойжамцын эмхэтгэсэн Омцар гаадан дарзод, Цэвэлванчигдоржийн зохиосон Таван хушуу малыг эмчлэх арга зэрэг олон бүтээлд монголд тархацтай 260 гаруй ургамал, мөн эрдэс болоод амьтнаас гаралтай хэдэн арван эмийн зүйлийг багтаасан байна. Үүнээс гадна төв Ази монголыг судалсан Орсе-Зевлелтийн эрдэмтэд, аялагч жуулчдын тэмдэглэл, бүтээлд тус улсын эмийн болоод ашигт ургамлын тухай зарим нэг мэдээ сэлт байдаг.

Монгол орны ургамал, хадлан бэлчээрийг судалсан ЗХУ-ын нэрт эрдэмтэн А. А. Юнатов (1942) ургамлын гаралтай түүхий эдвийн нөөцийг эмнэлгийн практикт өргөн ашиглах асуудлыг анх дэвшүүлж, нохсын хушуу, чаваргана, тарваган шийр, чихэр өвс, гишүүнэ, сөд, бадаан, бамбай зэрэг 20 гаруй ургамлаас түүхий эд бэлтгэх аргачилсан товхимол хэвлүүлснээр эмийн ургамлын аймгийн судалгааны хсёрдох үе эхэлж байгаа юм.

Тэрээр 1944 онд бичсэн „ЕНМАУ-ын ургамлын нөөц баялаг“ гэдэг бүтээлдээ анагаах ухааны эмнэлгийн ач холбогдол бүхий 140 зүйл ургамал сруулж, үүнээс 88-ыг нь ардын, 108-ыг нь шинжлэх ухааны эмнэлгийн практикт өргөн хэрэглэдэг гэжээ.

Монгол орны эмийн ургамлыг улам нэрийвчлэн судлах удаа дараагийн хайгуулыг зохион байгуулж, эдгээрийг эмнэлгийн практикт хэрэглэх еилээд үр дүнтэй төмөсхөн ажлыг 1951—1967 онд доктор Ц. Ламжав удирдан чиглүүлж, зохион байгуулж байлаа. Түүний удирдлагын дор 1956 онд МУИС-ийн фармакологийн тэнхмээс урьд хийсэн судалгааг дүнг нэгтгэн дүгнэх журмаар шинжлэх ухааны эмнэлэгт хэрэглэдэг 70 гаруй ургамлыг түүж бэлтгэх тухай бичиж, төрний хэвлэлүүдээр сурталчилж байжээ. Энэхүү ажил хийж тус улсын нутгаар олон мянган км аялсан хайгуул шинжилгээний явцад монголд 600 орчим зүйлийн эмийн ургамал, түүнээс 140 гаруй нь шинжлэх ухааны эмнэлэгт хэрэглэдгийг тогтосж, мөөг болон амьтнаас гаралтай 50 гаруй эмийн зүйл, түүхий эд байдгийг илрүүлсэн нь эдүгээг хүртэл шинжилгээний ач холбогдолтой хэвээр байна. Гагцхүү энэ хугацаанд өнөө үеийн анагаах ухааны практикт хэрэглэх ургамлын тоо 170 гаруйд хүрчээ. Улсын нэр томтёоны комиссын шугамаар гарсан ардын болон анагаах ухааны эмнэлгийн практикт хэрэглэгддэг эмийн зарим ургамлын латин, монгол, орос, төвд нэрийн тольд (Хайдав, Чойжамц 1965) эмчилгээний ямар нэг ач холбогдол бүхий 429 зүйл ургамлыг багтааж, чухам ямар өвчинд хэрхэн яаж хэрэглэх чиглэл, тодорхойлолтыг зүйл тус бүрт өгсөн байна. Тэгэхдээ эртний анагаах ухааны талаар эдүгээ бидэнд мэдэгдэж буй монголын сурвалж бичиг, Энэтхэг, Төвд эмнэлгийн сонгодог зохиол, эмийн ургамлын тухай бусад ном судар, толь бичгүүдийг үндэс болгожээ. 1971 онд доктор Ц. Ламжав нарын „Монгол орны эмийн ургамал“ то-

моохон бүтээл гарч, үүнд фармакологийн гол үйлдлээр системчлэн ангилж, тэдгээр тус бүрийн ботаник товч шинж, тархац, ургах нөхцөл түүхий эдийн нөөц, химийн найрлага, фармакологи үйлчлэл, хүн, малын эмнэлэгт ашиглах чиглэл, арга эмийн хэлбэр хийгээд төрөл бүрийн малд тохируулсан эмийн тун хэмжээг оруулснаас гадна ургамал бүрээс авах түүхий эд, түүх хугацаа, хатааж сэврээх арга ажиллагаа, бэлтгэсэн түүхий эдийн чанарын асуудлыг хүртэл хөндөж тавьжээ. Доктор Ц. Хайдав, Т. А. Меньшикова нарын бичсэн (1978) „Монгол ардын эмнэлэг дэх эмийн ургамлууд“ гэдэг томоохон бүтээлд Монгол бөгөөд дорно дахины эмнэлэгт өргөн хэрэглэгдэж ирсэн, монголд ургадаг бараг бүх ургамлыг багтааж ходоод гэдэс буюу хоол боловсруулах замын, биеийн ерөнхий болоод төв мэдрэлийн үйл ажиллагаа, бодисын солилцоог сайжруулж урт наслуулах, халуун намжаах, элэг цэсний, яс махны гэмтлийн үед тустай, нүд, чих, хамар, хоолой, шүд уруулын өвчний, цус, зүрх, судас, даралтны, сүрьеэ, хатгалга, ханиад зэрэг уушги амьсгалын замын өвчний, төрөл бүрийн халдварт өвчний, экзем, маажуур цахлай зэрэг арьсны ба өнгөний өвчний, цус тогтоох ба эмэгтэйчүүдийн өвчний шимэгч болоод цагаан хорхой үхүүлэгч, могой, амьтанд хазуулсныг эмчлэх хэмээн 14 хуваасны дээр эмчилгээний чиглэл, фармакологийн үйлчлэл, хэрхэн хэрэглэх товч тодорхойлолтыг зүйл тус бүрт өгч, олон найрлага бүхий зарим эмийн жорыг жишээ болгон оруулжээ.

Дээрх ажлын явцад Монгол орны эмийн ургамлын зүйлийн бүрдлийг үндсэнд нь тогтоож, эх орны эмийн үйлдвэрийн түүхий эд, бүтээгдэхүүний нэр төрлийг хэдэн арван ургамлаар баяжуулсан байна. Монгол орны нутаг дэвсгэр дээр нийт 2260 гаруй зүйл гуурст дээд ургамал (Грубов, 1982) мэдэгдээд байгаагийн бараг дөрөвний нэг нь буюу 650 орчим ургамлыг ардын болон шинжлэх ухааны эмнэлгийн практикт хэрэгтэй гэж үзжээ.

Цаашид эмийн ургамлын аймгийн зүйлэн бүрдлийг улам нарийвчлан тогтоож улс ардын аж ахуйд ашиглах явдал нэн чухал билээ. Харин тэдгээрийг ашиглахдаа юуны өмнө түүнийг хямгадан хамгаалах, зүй зохистой зөв ашиглах асуудалтай нягт холбож, байгалийн энэхүү өгөөж баялгийг олон жил тасралтгүй бөгөөд байнга ашиглах байгаль болоод үйлдвэрлэлийн нөхцөлийг бүрдүүлж өгөх явдал зайлшгүй болно. Эмийн аль нэг ургамлыг түүний байгалийн нөөц, гарцыг зөв тогтоож, ургаж өсөх онцлог, тархцын зүй тогтлыг млрүүлсэн судалгаа шинжилгээний дүнд сая ашиглах ёстой юм. Анагаах ухааны эмнэлгийн практикт үнэхээр чухал боловч тархац нөөцөөр бага ургамлыг тарималжуулах нутагшуулах асуудлыг шийдвэрлэсний дараа сая ашиглах хэрэгтэй гэж үзэж байна. Энэ бүх асуудлыг шийдвэрлэсний дараа ургамлын гаралтай эмийн түүхий эдийг нарийн төлөвлөгөө хатуу хяналт зарчимтай бэлтгэж зөв зохистой ашиглах арга ажиллагааг амьдралд хэрэгжүүлж болно. Эмийн ургамлын дотор улс орны болон эх газар, тивийн хэмжээнд ховордсон юмуу туйлаас ховор (Баягзаваа, Алтан хундага, Вансэмбэрүү, Дагуур арц, Улаантулам) зэрэг унаган болоод реликт ургамал нэлээд байдгийг хайхралгүй өнгөрч болохгүй бөгөөд эдгээрийг ашиглахаасаа хамгаалж арвижуулах явдлыг нэн тэргүүний зорилт гэж үзвэл зохино. Үүнтэй уялдуулан эмийн ургамал түүж бэлтгэх ажлыг тохиромжтой хугацаанд нарийн зохион байгуулалттайгаар хийж занших, заавал мөрдөх дэг журам, хууль дүрмийн дагуу гүйцэтгэх явдал эмийн ургамлын генофондыг хамгаалахад төдийгүй эмийн түүхий эдийг чанартай сайн бэлтгэх, ургамлын баялгийг эмийн үйлдвэрлэлд олон жил тасралтгүй ашиглах нэг нөхцөл мөн гэдгийг цаашид онцгой анхаарах хэрэгтэй байна.

Ботаникийн хүрээлэнгийн эрдэм шинжилгээний ажилтан **Ч. САНЧИР**

## ЗҮРХНИЙ ЦАХИЛГААН БИЧЛЭГИЙН ДҮРСЛЭЛ ЗҮЙН ҮНДЭС

Зүрхний агшилтаас биеийн гадаргууд тусгагдаж байгаа цахилгаан потенциалын ялгаврыг тухайн агшны хэлбэлзлэлээр бичиж авсан дүрслэлд шүд, сегмент, интервалаас бүрдсэн тахирмаг зурагддаг. Зүрхний автоматизм, сэрэх чанарын онцлогоос зүрхний булчинд электрофизиологийн процесс тасралтгүй явагдах бөгөөд үүнээс тодорхой чиглэлд давамгайлах сэрлийн хэвийн тархалтыг хэдэн үе шат болгон тосөөлж диполийн онолыг үндэслэж векторын зарчмаар тайлбарлах нь дүрслэгдсэн шүд сегментүүдийн зураглалын механизмыг ойлгох үндэс болно.

Зүрхний бүх булчингийн сэрэлгүй тайван байдал буюу диастолын төгсгөл нь эсийн электрофизиологийн поляризацн үетэй тохирч зүрхний булчинд зөвхөн цахилгаан нэмэх талбай бий болж, потенциалын ялгаваргүй байх учраас изошугам (TR сегмент) зурагдана. Зүрхний синусийн зангилаанд сэрэл үүсч дамжмагц ажиллаж буй булчингийн эсэнд потенциалын ялгавар үүсдэг.

**ТОСГУУРЫН СЭРЛИЙН ТУСГАЛ.** Тосгуурын сэрлийн тусгал Р шүдний дүрслэлээр илэрнэ. Хэвийн нөхцөлд синусийн зангилааны импульс баруун тосгуурт эхэлж дамжих тул Р шүдний өгсөх хэсэг баруун тосгуурын, уруудах хэсэг зүүн тосгуурын потенциалыг тусгаж изошугамаас дээш чигтэй дугуйвтар оройтой зурагдана. Харин тосгууруудын сэрлийн потенциалын ялгавар  $V_1$  электрод дээр нилээд тод тусаж хоёр үелсэн (+ —) байдлаар бичигдэх нь олонтоо байна. Баруун тосгуурт сэрэл эхлэхэд цахилгаан талбайн нэмэх цэнэг буюу вектор нь  $V_1$  электрод руу чиглэж Р шүд изошугамаас дээш дүрслэгдэх боловч сэрэл үргэлжилж зүүн тосгуурыг хамармагц үүсэх векторын цахилгаан хасах цэнэг  $V_1$  электродод тусаж Р изошугамаас доошилж хоёр үелэн бичигддэг. Хэрэв үүсч байгаа хоёр векторын цахилгаан потенциал тэнцүү бол шүд изошугамд шингэж бичигдэж болно.

Бага эргэлтэд даралт ихэсгэх өвчин эмгэгийн үед баруун тосгуур томрох, тэлэгдэх зэргээс болж цахилгаан хөдөлгөгч хүч нэмэгдэн өндөр шовх Р шүд гол төлөв II, III тусгалд бичигддэг байна. Зүрхний хоёр хавтаст хавхаагын гажиг, цусны даралт ихсэх өвчин, төрөлхийн зарим гажгуудын үед зүүн тосгуурын томрол тэлэгдэл болсноос цахилгаан хөдөлгөгч хүч ихсэж Р шүд өргөсч салаалан долгион хэлбэрээр I, II тусгалд бичигдэнэ. Үүнээс гадна баруун, зүүн тосгуурын томролтын үед  $V_1$  электродод тусах потенциалын ялгавар улам тодорч дүрслэгдэнэ.

Тосгууруудыг сэрэл бүрэн хамарсан үе нь эсийн электрофизиологийн деполяризацн процесстой тохирох ба сэрлээс ангижрах реполяризацн процесс нь ховдолд сэрэл үүсэх үетэй давхцанаар электрокардиограммд тосгуурын реполяризацн дүрслэгдэхгүй.

Синусын зангилаанд үүссэн сэрэл тосгуур, атриовентрикуляр зангилаагаар дамжих хугацаатай PQ интервал бараг тохирно.

**ХОВДЛЫН СЭРЛИЙН ТУСГАЛ.** Электрокардиограммд бичигдэх ховдлын сэрлийн тусгал нь иж бүрдэл байх учраас баруун зүүн ховдлын хана, ховдол хоорондын таславчийг харуулсан фронталь хавтгайд цахилгаан хөдөлгөгч хүчний векторыг сумаар тэмдэглэн цээжний I, 6-р тусгал ( $V_1$ ,  $V_6$ ) дээр тайлбарлая.

Сэрлийн I шат. Импульс атриовентрикуляр зангилаанаас Гисийн багц түүний салаанд шилжиж ховдлыг сэрээхдээ ховдол хоорондын таславчийн зүүн хэсгээс эхэлдэг. Энд үүссэн цахилгаан хө-

дөлгөгч хүч баруун хэсгээсээ давамгайлах тул зүүнээс баруун тийш чиглэлтэй таславчийн вектор электродуудад тусна.

$V_1$  электродод векторын нэмэх цэнэг хандаж  $r$  шүдний эхлэл,

$V_6$  электродод векторын хасах цэнэг тусаж  $q$  шүд дүрслэгдэнэ. Ховдлын таславчид үүсч байгаа цахилгаан потенциалын ялгавар их биш учраас бичигдэх шүдний амплитуд бага байна.

Сэрлийн II шат. Ховдол хоорондын таславчийн сэрэл үргэлжилж баруун зүүн ховдлын хананд шилжинэ. Энэ үед таславчийн булчинд деполяризаци бүрэн явагдаж потенциалын ялгавар арилсан байна. Хоёр ховдолд сэрлийн процесс эндокардаас эпикард руу тархахдаа харилцан эсрэг үйлчлэлцэх баруун ховдлын сэрлийн вектор (зүүнээс баруун тийш хандсан), зүүн ховдлын сэрлийн вектор (баруунаас зүүн тийш хандсан), үүсдэг. Зүүн ховдлын ханын масс баруун ховдлынхоос бараг 3 дахин илүү учраас зүүн ховдлын цахилгаан хөдөлгөгч хүчний вектор эрс давамгайлж ноёлох байдлаар электродуудад тусна. Гэхдээ энэ шатанд баруун ховдлын сэрэл арай эрт эхлэх тул  $V_1$  электрод дээр агшин зуур нэмэх цэнэг тусгагдаж  $R$  шүдний өгсөлт дүрслэгдэх боловч даруй зүүн ховдлын сэрлийн ноёлох вектор үүссэнээр цахилгаан хасах цэнэг нь  $V_1$  электрод руу эргэн тусаж  $S$  шүдний эхлэл бичигдэнэ. Ноёлох вектор  $V_6$  электродод чиглэж нэмэх цэнэг туссанаар  $R$  шүд дүрслэгдэж эхэлнэ.

Сэрлийн III шат. Энэ шатанд сэрэл зүүн ховдлын ханыг дээд зэргээр хамрах агшны баруунаас зүүн тийш чиглэсэн векторын үргэлжлэл электродуудад тусна. Энэ үед баруун ховдлоор сэрэл үргэлжилж байх боловч электрокардиограммд дүрслэл үзүүлэхүйц нөлөөлж чадахгүй. Сэрэл зүүн ховдлын ханыг дээд зэргээр хамрах агшинд  $V_1$  электродод  $S$  шүдний хамгийн гүнзгийрэл,  $V_6$  электродод  $R$  шүдний өгсөлт орой дүрслэгдэнэ. Сэрэл ховдлын ханыг хамарч дуусах явцад электродуудад тусаж байгаа цахилгаан потенциал буурч шүдний дүрслэл нэвшугам руу эргэж зурагдана.

Сэрлийн IV шат. Сэрэл ховдлын ханыг бүрэн хамрахдаа зүүн ховдлын хамгийн зузаан суурь хэсэгт дамжиж дуусна. Энэ шатанд суурь хэсгийн сэрлийн вектор  $V_6$  электродод хасах цэнэгээр тусаж  $S$  шүд дүрслэгдэх боловч электрокардиограммд тогтмол бус илэрнэ. Суурь хэсгийн цахилгаан хөдөлгөгч хүч бага байх учраас  $V_6$  электродод бичигдэх шүдний амплитуд бага,  $V_1$  электродод дүрслэл бараг бичигдэхгүй.

Ховдлын хана сэрэлд бүрэн хамрагдах нь булчингийн эсүүдэд деполяризаци процесс дуусаж дан цахилгаан хасах талбай үүссэн үетэй тохирсноор дүрслэгдэх потенциалын ялгаваргүй болж изошугам ( $ST$  сегмент) зурагдана.

Хоёр ховдлын реполяризацийн үед  $T$  шүд бичигдэнэ. Деполяризацийн дараа зүрхний булчинд үүссэн цахилгаан хасах талбайн цэнэг нэмэхээр солигдох реполяризацийн процесс нь эпикардаас эхлэж эндокарди руу тархахдаа цахилгаан хөдөлгөгч хүч бага, харьцангуй удаан явагдана. Энэ үед баруун, зүүн ховдлын эсрэг чиглэх вектор үүсэж электродуудад тусдаг. Хэрэв хоёр ховдлын реполяризацийн вектор харилцан эсрэг нөлөөлөл үзүүлэхгүй тохиолдолд  $V_1$  электродод баруун ховдлын векторын нэмэх цэнэг тусаж  $T$  изошугамаас дээш,  $V_6$  электродод зүүн ховдлын векторын нэмэх цэнэг тусаж  $T$  шүд мөн изошугамаас дээш чигтэй бичигдэнэ. Хэрэв баруун зүүн ховдлын вектор харилцан эсрэг үйлчлэлцвэл  $V_1$  электродод  $T$  шүд нам буюу изошугамд шингэж,  $V_6$  электродод хэвийн бичигдэнэ.

Зүүн ховдлын реполяризацийн вектор давамгайлсан үед Т шүд  $V_1$  электродод изошугамаас доош чиглэж хасах хэлбэрээр,  $V_6$  электродод нэмэхээр хэвийн бичигдэнэ.

Ингэж ажиллаж буй зүрхний нэг агшилтын цахилгаан потенциалын тусгалд Р, Q, R, S, Т шүд, PQ, ST, TP сегмент дүрслэгддэг байна.

Их эмч Ё. ЧУЛУУНХҮҮ

## ОТГОН ТЭНГЭРИЙН РАШААН СУВИЛАЛ

Отгон тэнгэрийн рашааныг 1926 онд ЗХУ-ын Шинжлэх ухааны академийн байгаль судлагч А. С. Смирнов анх удаа шинжилж химийн найрлага, физикийн шинж чанарыг тодорхойлсноос хойш Зөвлөлт-Монголын хамтарсан экспедиц 2 удаа, хамгийн сүүлд 1983 онд Зөвлөлтийн Эрхүү хотын их сургуулийн багш доктор, профессор Ш.Г. Мосеев ахлагчтай экспедицийнхэн шинжилсэн юм.

Отгон тэнгэрийн рашаан нь БНМАУ-ын хангайн мужид багтдаг шүдлэг орчинтой хүхэр, ус төрөгчийн хийтэй, сульфатлаг гидрокарбонат, натри-кали, цахиурын хүчилтэй, бага зэрэг цацраг идэвхт чанартай халуун рашаан юм. Рашааны гол найрлага нь аммон, натри, кали, кальц, магни, төмөр 2, 3 валентийн катионууд хлор, хүхэр хүчлийн үлдэгдэл, азотын хүчил (гидрокарбонат) нүүрс хүчлийн үлдэгдэл, карбонат, цахиурын хүчил зэрэг анионууд ион хэлбэртэй байхаас гадна сульфат натри  $Na_2SO_4$ , бикарбонат натри  $Na_2HCO_3$ , карбонат натри  $Na_2CO_3$ , бикарбонат кальц  $Ca(HCO_3)_2$ , сульфат кальц  $CaSO_4$  зэрэг нэгдэл давс хэлбэрээр байдаг.

Отгон тэнгэрийн рашаан сувилалд 1980—1982 онд үе мөчний архаг үрэвслийн улмаас сувилуулсан 252 хүний материалд судалгаа хийв. Тус сувилалд эмчлүүлэгчдийн 70—75 хувь нь үе мөчний архаг өвчтэй хүмүүс байв.

Дээрх хугацаанд эмчлүүлсэн үе мөчний архаг өвчтэй бүх хүмүүсийн 70 орчим хувийг 6, 7, 10, 14, 16 номерын рашаанаар эмчилсэн үр дүнг гаргалаа. (Хүснэгт 1).

Рашаанд шавар эмчилгээг хослон хэрэглэхэд илүү үр дүнтэй байна. Ялангуяа 10, 16 номерийн рашаан үе мөчний архаг үрэвсэлд бусдаас илүү сайн үйлчилж байна.

Нас хүйсний хувьд ажиглагдах онцлог мэдэгдэхгүй, харин 26—55 насны хүмүүс илүү эмчлүүлж байгаа нь ажиглагдлаа.

Үе мөчний өвчинд хлорт натри, кальцийн ион, цахиурын хүчил зэрэг элемент нь үеийн хүүдид их, бага хэмжээгээр хуралдсан шингэнийг багасгах, үрэвслийг намдаах, үеийн холбох эдийг зөөлрүүлж, уян хатан чанарыг сайжруулдаг нь тодорхой байна.

Тус рашаан сувилалд сүрьеэгээс бусад гаралтай үе мөчний архаг үрэвсэлтэй хүмүүсийг 21 хоногоос доошгүй хугацаагаар эмчлэх бүрэн бололцоотой байна.

## Үе мөчний архаг үрэвсэл

		1980	1981	1982	Бүгд	
№ 16	Үүнээс	Рашаанд орсон бүх хүн	22	15	14	51
		Эрс сайжирсан	22	15	14	51
		Сайжирсан	—	—	—	—
		Хэвэндээ	—	—	—	—
		Дордсон	—	—	—	—
		Сайжралын хувь	100	100	100	100
№ 14	Үүнээс	Рашаанд орсон бүх хүн	10	9	6	25
		Эрс сайжирсан	9	7	5	21
		Сайжирсан	—	—	—	—
		Хэвэндээ	1	2	1	4
		Дордсон	—	—	—	—
		Сайжралын хувь	90,0	77,2	83,3	85,0
№ 10	Үүнээс	Рашаанд орсон бүх хүн	33	30	25	88
		Эрс сайжирсан	33	30	25	88
		Сайжирсан	—	—	—	—
		Хэвэндээ	—	—	—	—
		Дордсон	—	—	—	—
		Сайжралын хувь	100	100	100	100
№ 7	Үүнээс	Рашаанд орсон бүх хүн	13	12	13	38
		Эрс сайжирсан	11	10	10	31
		Сайжирсан	1	1	1	3
		Хэвэндээ	—	1	1	2
		Дордсон	1	—	1	2
		хувь	92,3	91,6	84,6	89,4
Рашаан № 6	Үүнээс	Рашаанд орсон бүх хүн	17	18	15	50
		Эрс сайжирсан	15	16	14	45
		Сайжирсан	1	1	—	2
		Хэвэндээ	1	1	1	3
		Дордсон	—	—	—	—
		хувь	95,3	94,4	93,3	94,0
Бүгд		Рашаанд орсон бүх хүн	95	84	73	252
		Эрс сайжирсан	90	78	68	236
		Сайжирсан	2	2	1	5
		Хэвэндээ	2	4	3	9
		Дордсон	1	—	1	2
		хувь	96,8	95,2	94,3	95,8



## СҮҮЛИЙН ГУРВАН ЖИЛД

	1980				1981				1982				
	Бүгд		%		Бүгд		%		Бүгд		%		
	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+		
Шавар эмчлэгээгэй хавсарсан	47	46	—	1	—	38	37	1	—	33	33	—	100
Хувь	—	97,9	—	2,1	—	—	97,4	2,6	—	—	100	—	—

Танх тэмдэг: ++ сайжирсан, + засарсан, ± хэвдээ, — дордсон

## Хүснэгт 3

## Хүснэгт 4

	Үүнээс				Үүнээс				Үүнээс				Насны байдал				
	Бүгд		%		эрэгтэй 153		эмэгтэй 99		эрэгтэй 153		эмэгтэй 99		15-25	26-35	36-45	46-55	
	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+		
Үе мөний төрөл бүрийн шалтгаантай архаг үрэвсэлүүд	234	5	8	1	144	3	5	1	96	94	2	3	22	65	92	50	
Хувь	94,4	1,9	3,2	0,4	—	94,1	1,9	3,3	0,7	—	94,9	2,0	3,0	—	25,8	36,5	19,8
													8,7	25,8	36,5	19,8	9,1

Отгон тэнгэрийн рашаан сүвгийн ерөнхий эмч С. БАРХАС

Э. САНЖАА, П. НЯМДАВАА, Ж. ТУМБААШ, Ж. БААСАНХҮҮ

## ЭВЭРЛЭГ БҮРХҮҮЛИЙН ГЕРПЕС ТҮҮНИЙ ОНОШ ЗҮЙ, ЭМЧИЛГЭЭНИЙ АСУУДАЛД

АНАГААХ УХААНЫ ДЭЭД СУРГУУЛЬ  
УЛСЫН КЛИНИКИЙН ТӨВ ЭМНЭЛЭГ

Нүдний герпес өвчин сүүлийн жилүүдэд ихээхэн тархаж, хүнд явц, олон дахих байдлаараа хараа эрс муутгах гол шалтгаан болж байна. (2).

Эвэрлэг бүрхүүлийн үрэвсэлт өвчний дотор эвэрлэгийн герпес нь 20—50%-ийг эзлэх бөгөөд өвчлөгчдийн 50% нь дахих, 20% нь олон дахид аг ужиг өвчин юм. (1, 4). Саяхан болтол эвэрлэгийн герпес өвчнийг зөвхөн клиникийн шинж тэмдгээр нь оношилдог байлаа. Энэ нь оношийн алдаа гаргах, өвчин улам хүндрэх нөхцөл бүрдүүлж байна.

Нүдний герпес өвчний эмчилгээний аргууд одоогоор төгс боловсрогдоогүй байгаа бөгөөд хэрэглэж байгаа ИДУ—антиметаболитууд, оксалин, теброфен, флореналь, интерферон зэрэг эм нь дутмаг үйлчилгээтэй байна. (6)

Иймд нүдний герпес өвчин түүний онош зүй, эмчилгээний асуудал нь нийт судлаачид болон бидний анхаарлыг татаж байгаа юм. Бидний ажлын гол зорилго нь Эрүүл ахуй, халдвар нян судлалын улсын институтийн вирус судлалын тасагтай хамтран нүдний вирусийн өвчний лабораторийн шинжилгээг практикт нэвтрүүлэх, эмчилгээний төрлийг нэмэгдүүлэх юм. Бидний судалгаанд эвэрлэгийн герпестэй 11 эрэгтэй, 19 эмэгтэй, 5—67 насны нийт 30 өвчтөн хамрагдав.

Хүснэгт 1

Өвчтөнийг насны ангиллаар үзүүлбэл:

Насны бүлэг	0—10	11—20	21—30	31—40	41—50	51—60	60 дээш
Тохиолдол	2	4	3	9	8	3	1

Эвэрлэгийн герпес нь гол төлөв 31—50 насны хүмүүсийг өвчлүүлж байна.

Судалгаанд хамрагдсан хүмүүсийг мэргэжлийн байдлаар үзвэл нийт өвчтөний 55% нь ажилчин албан хаагчид байна.

Эвэрлэгийн герпестэй өвчтөнг клиникийн оношор нь ангилвал:

1. Цэг, мөчир, газрын зураг, цэврүү хэлбэрт эвэрлэгийн герпес—18
2. Эвэрлэгийн шархлаат герпес—8
3. Эвэрлэгийн диск хэлбэрт герпес—4

— Эвэрлэгийн герпесийн шинж тэмдэг:

Өвчтөний биеийн байдал болон уг вирусын хоруу чанар зэргээс шалтгаалан зарим шинж тэмдэг давамгайлах, зарим нь бүдэг илрэх зэргээр өвчтөн бүрт өвөрмөц илрэх боловч нүдний герпес өвчний ерөнхий шинж тэмдэг нийтлэг байдлаар тохиолдож байна.

Үүнд:

1. Эвэрлэгийн герпес өвчин нь грипп мэт улирлын бусад өвчин, гэмтэлд сэдээгдэн эхэлнэ.
2. Үрэвслийн шинж тэмдэг нь сулавтар илэрч ужиг удаан өвчлөх, жиа бүр дахих хандлагатай
3. Гурвалсан мэдрэлийн I салааг үрэвсүүлэх учир өвдөх нь их байна.
4. Эвэрлэгийн мэдрэг эрс суларсан байна.
5. Судасжилт багатай, шархлаа нь удаан хөрөжжих зэрэг шинж тэмдэг судалгаанд хамрагдсан өвчтөнд нийтлэг байдлаар илэрч байна.

Хараа муудах, сэргэх нь эвэрлэгийн герпесийн хэлбэр, үрэвслийн голомтын байрлал, эмчилгээний байдлаас шууд хамаарна. Үүнд: Эвэрлэгийн өнгөц герпес боллох цэг, газрын зураг, мөчир хэлбэрт герпесийн үед нэвчдэс нь бүрэн шимэгдэж байгаагаас хараа сэргэх 75%-иас дээш, диск хэлбэрт шархлаа герпес нь ихэнхдээ зузаан цагаа тогтдог учир хараа маш бага хэмжээгээр сэргэж, гол төлөв хоёрдох шатны буюу эвэрлэгийг солих мэс заслын дараагаар хараа сэргэх боломжтой.

Эвэрлэгийн герпес өвчтэй 30 хүнд 3 төрлийн эмчилгээ хийлээ.

Хүснэгт 2

Эвэрлэгийн герпестэй өвчтөний эмчилгээний үр дүн

№	Эмчилгээний хэлбэр	Өвчний тоо	Эдгэрсэн	Дундаж хугацаа хоногоор		
				сайжрах хугацаа	эмчилсэн	P
1	Ерөнхий үйлчилгээтэй эмүүд	10	6	$10 \pm 1,0$	$29,2 \pm 1,4$	$< 0,01$
2	Бромнодурин 0,5%	8	7	$4,0 \pm 0,7$	$19 \pm 1,3$	$< 0,01$
3	Хавсарсан эмчилгээ, вирусын эсрэг эм криоапликаци. зүү эмчилгээ	12	9	$8,0 \pm 0,3$	$24 \pm 1,8$	$< 0,01$

Хүснэгт 3

Эвэрлэгийн герпестэй өвчтөний хараа сэргэлтийн байдал

Харааны чадал (хурц)	Өвчтөний тоо	
	хэвтэх үед	гарах үед
0,04 хуртэл	7	3
0,05—0,2	10	14
0,3—0,6	9	8
0,7—0,9	3	4
1,0	1	1

Хүснэгтээс үзэхэд: Бромнодурин 0,5%-оор дусааж хэрэглэхэд өвдөхийг намдаах, нулимс гоожих, гялбахыг багасгах, эдгэрэх хугацааг түргэтгэх зэрэг үйлчилгээтэй эм (тетрациклин, синтомицины төрөл, гаммаглобулин гэх мэт)-ийн үйлчилгээнээс илүү байна.

Харин цаг тухайд нь өвчний хэлбэр, үе шатанд нь зохицуулан хавсарсан эмчилгээг хийвэл нилгээд сайн байна.

Эвэрлэгийн герпестэй 8 өвчтөний эвэрлэг болон салст бүрхүүлээс наалдац авч герпес вирусийн шинжилгээ хийсэн нь онош зүйн чухал ач холбогдолтой болж байна.

#### ДУГНЭЛТ:

1. Манай оронд нүдний герпес өвчин бүх хэлбэрээр тохиолдож байна.

2. Нүдний герпес өвчний онош зүйг улам тодорхой болгохын тулд бидний хэрэглэж байгаа герпес вирус ялгаруулах биологийн аргатай хамт цитологийн аргыг практикт нэвтрүүлэх нь чухал байна.

3. Нүдний герпес эмийн болон хавсарсан эмчилгээний оновчтой аргыг эмнэлгийн практикт өргөн хэрэглэх нь зүйтэй юм.

4. Нүдний герпесийн хүнд хэлбэрээр өвчилсөн хүмүүсийг диспансерийн хяналтанд авч байвал зохино.

#### АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. Н. С. Зайцева — О патогенетических формах гриппозной инфекции глаз. Вестн. офтальмол. 1981. № 4. 37—40.
2. А. А. Каспаров — Основные направления в лечении офтальмо-герпеса Офтальмол. ж 1981 № 3. 129—133.
3. А. А. Каспаров — Значение индукторов интерферона в современной противовирусной терапии герпетической болезни глаз. Вести офтальмол. 1973 № 4, 119—124.
4. Ю. Ф. Майчук — Состояние и задачи научных исследований по герпес вирусным и аденовирусным заболеваниям глаз. Вести, офтальмол. 1973. № 4, 3—7.
5. Ю. Ф. Майчук — Вирусные заболевания глаз. Медицина 1981.
6. И. Л. Старков, А. И. Еременко — Лечение герпетических кератитов родоксоловой мазью. Офтальмол. ж. 1981. № 3 37—38.

#### ВОПРОСЫ ЛЕЧЕНИЯ ГЕРПЕТИЧЕСКОГО КЕРАТИТА

Э. Санжа, П. Нимдава, Ж. Тумбаш, Ж. Басанху

Для лечения герпетического кератита был применен 0,5% раствор бромидов <sup>дестин</sup> бромидуриндина в виде капель что сократило начало ремиссии болезни, а также общий срок ее продолжительности по сравнению с применением других методов лечения.

### ЖИРЭМСЭН ЭМЭГТЭЙН БИЕЙН ЖИНГ ТОДОРХОЙЛЖ ХЯНАЛТ ТАВИХЫН АЧ ХОЛБОГДОЛ

Эхийн биеийн жинг тодорхойлох нь ургийн өсөлт торнилтонд ажиглалт хийх, эхийн биед үүссэн далд хаван, ураг хавийн ус ихдэх, хожуу хордлого зэрэг эмгэгийг оношлоход онцгой ач холбогдолтой. Жирэмсэн биш үед биеийн жингийн хэвийн хэмжээг Брокийн үзүүлэлтээр, эмэгтэйн өндрийн хэмжээг сантиметрээр илэрхийлсэн тооноос 100-г хасаж жинг килограммаар гаргадаг. Энэ нь зөвхөн дунд хирийн нуруутай эмэгтэйчүүдэд тохирсон үзүүлэлт юм. Харин намхан ба өндөр нуруутай эмэгтэйчүүдийн хэвийн жинг Лоренцийн томьёогоор бодно.

$$\text{Хэвийн жин} = P_{cm} - 100 \pm \frac{P_{cm} - 150}{4}$$

$P_{cm}$  — биеийн өндөр.

Жишээ нь өндөр 145 см байсан гэж үзвэл дээрх томьёогоор бо-  
доход жин нь 46,25 кг байх ёстой.

Биеийн өндөртэй жин нь тохирч байгааг мэдэхийн тулд Бушарийн томъёогоор жин өндрийн коэффициентийг гаргаж үздэг. Үүний тулд биеийн жинг килограммаар илэрхийлсэн тоог 100-гаар үржүүлж биеийн өндрийн хэмжээнд хуваадаг. Жин өндрийн коэффициент нь дунджаар 32—40 байх ёстой.

Жин өндрийн коэффициент нь үүнээс их байвал жингийн илүүдэл бага байвал дутагдал гэж тооцно. Хүний биеийн жин байх ёстой хэвийн хэмжээнээс 10 хүртэл хувиар илүү бол хоол тэжээлийг хэтрүүлж хэрэглэснийх, 10%-иас дээш байвал таргалж байна гэж үзнэ. Янз бүрийн насны эмэгтэйчүүдийн жингийн хэвийн хэмжээг хүснэгт 1-д үзүүлэв. (Хүснэгт 1.)

Хүснэгт 1

Янз бүрийн насны эмэгтэйчүүдийн жингийн хэвийн үзүүлэлт  
(Т. Е. Егоров, Л. М. Левицкий)

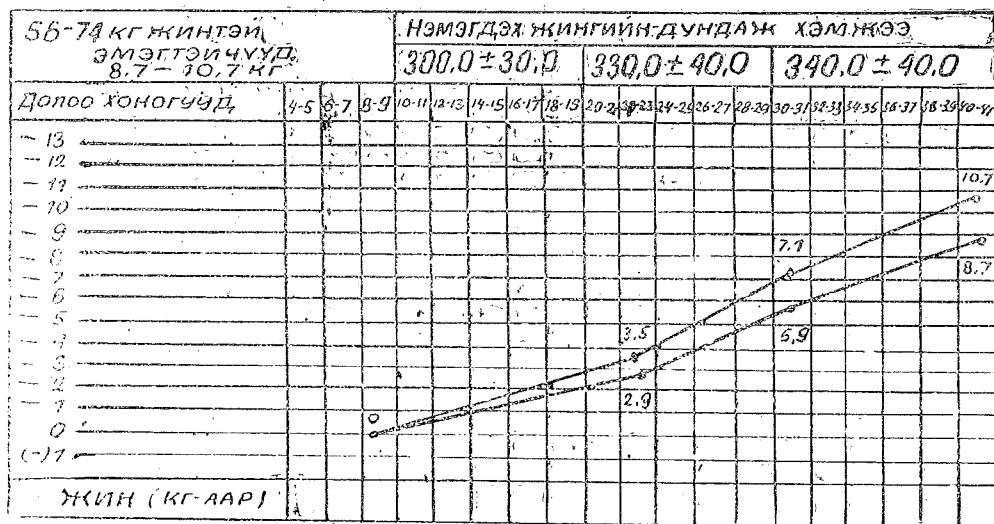
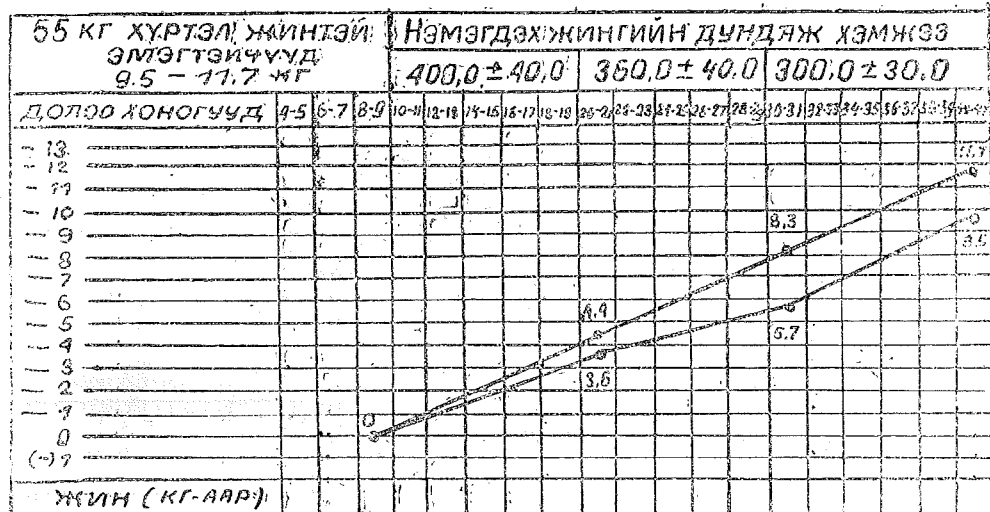
Өндөр (см-ээр)	Нас		
	20—29	30—39	40—49
148	48,4	52,3	54,7
150	48,9	53,9	56,5
152	51,0	55,0	59,5
154	53,0	59,1	62,4
156	55,8	61,5	66,0
158	58,1	64,1	67,9
160	59,8	65,8	69,9
162	61,6	68,5	72,2
164	63,6	70,8	74,0
166	65,2	71,8	76,5
168	68,5	73,7	78,2
170	69,2	75,8	79,8
172	72,8	77,0	81,7
174	74,3	79,0	83,7
176	76,8	79,9	84,6
178	78,2	82,4	86,1
180	80,9	83,9	88,1
182	83,3	87,7	89,3
184	85,5	89,7	90,9
186	89,2	91,0	92,9
188	91,8	94,4	95,8
190	92,3	95,6	97,4

Жирэмсний төгсгөлд эмэгтэйн хэвийн жин нь жирэмсэн биш үеийн хэвийн жин дээр жирэмсэн үеийн жингийн физиологийн нэмэгдлийг нэмсэнтэй тэнцүү байна. Гэхдээ жирэмсний янз бүрийн хугацаанд нэмэгдэх жингийн хэмжээ харилцан адилгүй байдаг нь эрдэмтдийн судалгаагаар нотлогдсон байна.

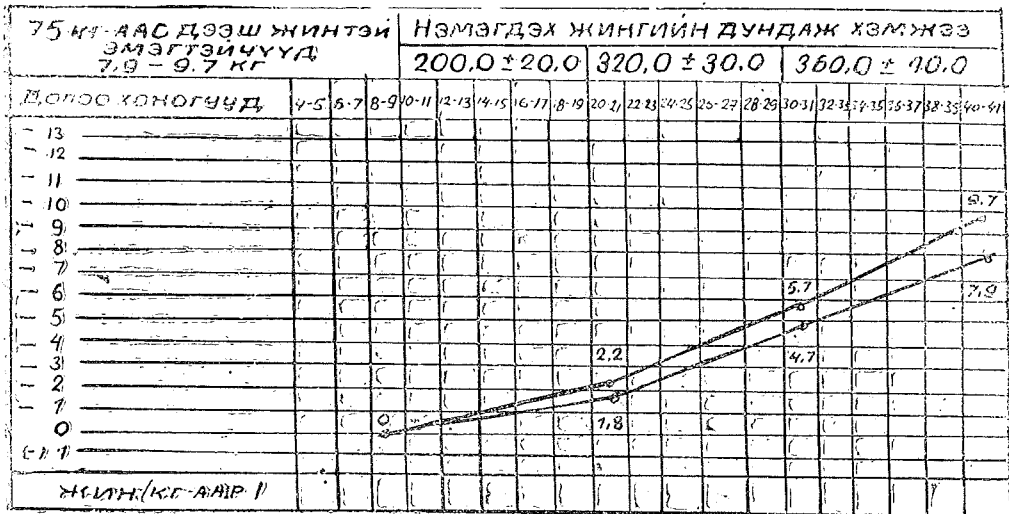
Жиншээлбэл жирэмсэн биш үедээ 55 кг хүртэл жинтэй байсан эмэгтэйчүүд жирэмсэн байх хугацаанд 9,5—11,7 кг, 56—74 кг жинтэй эмэгтэйд 8,7—10,7 кг, 75-аас дээш бол 7,9—9,7 кг жин дунджаар нэмэгддэг. Гэхдээ зөвлөлтийн эрдэмтэн И. П. Ивановын (1975) судлан тогтоосноор жирэмсний эхний 3 сарын дотор 7 хоногт 300—340 гр, 4 сартайд 400—500 гр, 8—9 сартайд 300—350 гр нэмэгддэг нь нотлогджээ. Анхны жирэмслэлтийн үед давтан жирэмслэлтийнхээс 7 хоногт 50 гр-аар илүү жин нэмэгддэг ажээ. Эмэгтэйчүүдэд зөвлөлгөө өгөх газарт жирэмсэн эмэгтэйн жингийн нэмэгдэлд хяналт тавихдаа доорх хүснэгтэд 7 хоног бүр нэмэгдсэн жинг тэмдэглэж график маягаар дүрслэн, түүний дутагдал илүүдлийг тухай бүрд нь

и ирүүлж байх нь хэвлий дэх ургийн өсөлт далд хаванг илрүүлэх зэрэгт онцгой ач холбогдолтой юм. Эрүүл эмэгтэйн өндрийн 10 см тутамд 4330 гр жин ногддог ба түүнээс хэтэрвэл далд хаван үүссэн байж болохыг зөвлөлгөө өгөх газрын эмч мэргэжилтнүүд анхаарч ажиллах ёстой. (Хүснэгт 2)

Хүснэгт 2  
ЖИРЭМСЭН ЭМЭГТЭЙН БИЕЙН ЖИНГИЙН ӨСӨЛТӨНД  
ХЯНАЛТУ ТАВИХ ХҮСНЭГТ



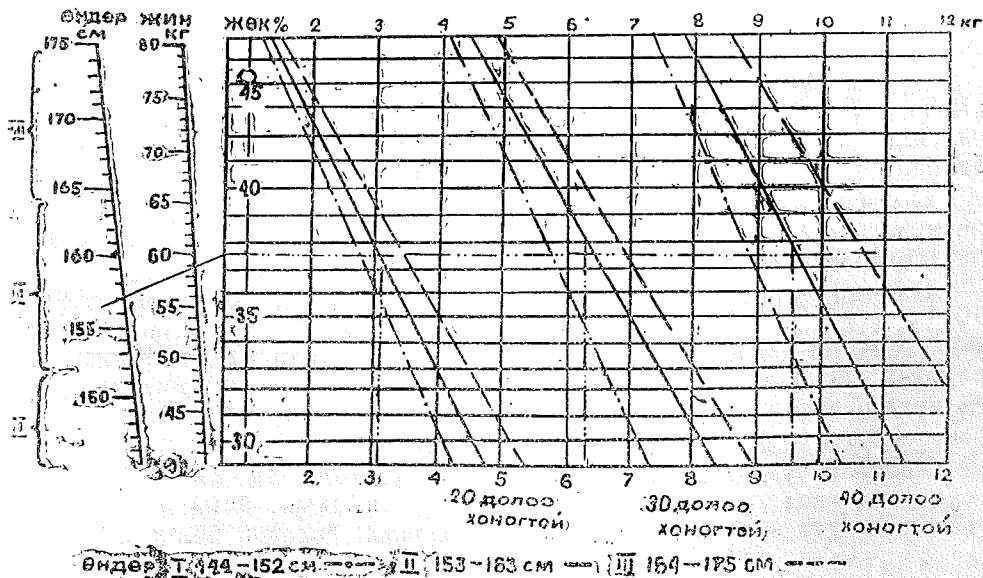
Дашрамд дурдахад зөвлөлтийн судлаач Х. Т. Каарма, Э. А. Тий нар жирэмсэн эмэгтэйчүүдийг төрөхөөр ирэхэд нь эхийн өндөр, жин, умайн ёроолын өндөр, хэвлийн эргэн тойрныг хэмжиж И. Ф. Жордианы томьёогоор ургийн урьдчилсан жинг гаргаад түүнийгээ ураг төрмөгц хэмжсэн жинтэй харьцуулж, электрон тооцоолон бодох машинаар хамаарлыг тогтоож үзэхэд эхийн жин ургийн жин хоёрын хооронд шууд хамаарал байгааг ( $p=0,350$ ) илрүүлжээ. Харин эхийн



өндөрс ургийн жин хамаарах хслбоо нь сулавтар ( $r=0,225$   $d=0,005$ ) байжээ. Жингийн нэмэгдлийг эв тогтоохын тулд эмэгтэйн биеийн жинг жирэмсний 12—13 долоо хоногтой заавал хэмжсэн байна. Эмэгтэйн биеийн жин өндрийг хэмжсэнээр жирэмсний ямар нэг хугацаанд тухайн эмэгтэйн, нэмэгдэх жингийн хэвийн хэмжээг хялбархан олж болох номограммыг эмч нар одер тутмынхаа үйл ажиллагаанд ашиглахад нь зориулан гаргав. (Хүснэгт 3). Номограммд жин, өндрийн хэмжээг олоод хооронд нь холбосон шугамыг үргэлжлүүлэн жин-өсөлтийн коэффициентийг тэмдэглэсэн шугамтай огтолцуулахад тухайн эмэгтэйн жин өндрийн коэффициент олдох ба цаашид ямар ч тооцоо хийлгүй жингийн нэмэгдэх хэмжээг олно. Хүснэгтэд дээрээс доош ташуу чиглэсэн шугамуудыг жирэмсний 20,30,40 долоо хоногтой янз бүрийн өндөртэй жирэмсэн эмэгтэйчүүдэд нэмэгдэх жинг олоход ашиглана. Үүнд:

### Хүснэгт 3

Жин-өндрийн коэффициентийг тодорхойлох номограмм



Дундаа цэгтэй тасархай шугам нь 144—152 см өндөртэй намхан ба намавтар, үргэлж зураасаар 153—163 см өндөртэй дунд зэргийн, тасархай шугам нь 164—175 см өндөртэй өндөр нуруутай эмэгтэйчүүдийг тус тус тэмдэглэнэ. Уг эмэгтэйн жин өндрийн коэффициенттээс хойш хэвтээ чиглэлд шулуун шугамыг дээрх ташуу шугамуудтай огтолцуулан татаад уулзвар дээр нь жирэмсний тухайн хугацаанд хэвийн үед нэмэгдэх ёстой жин гарна. Жишээ нь: эмэгтэйн өндөр 157 см, жин нь 58,8 кг байсан бол номограммаас харахад жин өндрийн коэффициент нь 37,6% байх ба эмэгтэйн жин жирэмсний 20 долоо хоногтойд 3100 гр, 30 долоо хоногтойд 6400 гр, 40 долоо хоногтойд 9750 гр нэмэгдэх ёстой нь харагдаж байна.

Эрдэм шинжилгээний ажилтан Г. ПҮРЭВСҮРЭН

## НАСАНД ХҮРЭГЧДИЙН ВИРУСТ ГЕПАТИТЫН ЯЛГАХ ОНОШИЙН АСУУДАЛД

Вируст гепатитыг эрт оношлох нь уул өвчнийг бүрэн эмчлэх боломж олгодог.

Улаанбаатар хотын халдварт өвчнийг анагаах клиникийн эмнэлэгт 1981 оны эхний хагаст хэвтсэн өвчтөний түүхэнд судалгаа хийж үзэхэд вируст гепатит гэсэн оношоор хэвтсэн 1823. Үүнээс ийлдэст гепатиттай 1032, халдварт гепатиттай 793 хүний 4,3 хувь буюу 79 тохиолдол нь өөр өвчтэй байжээ. Онош зөрсөн тохиолдлын 73,2% нь 16-аас дээш насны хүмүүс байгаа бөгөөд хамгийн их зөрөө нь (26,6%) 21—30 насны хүмүүст байна.

Хүйсний хувьд авч үзэхэд оношийн зөрөө эрэгтэйчүүдэд 14%-иар илүү байв.

Онош зөрсөн тохиолдлын 30,3% нь эхний 3 хоногт, 36,7% нь 10-аас дээш хоногт эцсийн онош тогтоожээ. Үүнээс үзэхэд өвчний эхний хоногуудад шинж тэмдэг бүрэн илрэхгүй байх нь онош тодорхгүй байхын нэг шалтгаан байж болох талтай байна.

Анхны оношийг алдаатай оношилсон байдлыг эмч нарын мэргэжлээр үзэхэд алдаатай оношийн 36,7%-ыг хэсгийн эмч, нэгдсэн эмнэлгийн дотрын эмч нар, 40,5%-ыг түргэн тусламжийн эмч нар эзэлж байна.

Онош зөрсөн тохиолдлыг нэг бүрчлэн судалж үзэхэд вируст гепатитын үндсэн шинж тэмдгүүд бүрэн илрээгүй байхад оношлосон нь алдааны үндэс болсон байна.

Бидний судалсан 79 тохиолдлын 30% нь огнуулж бөөлждөг, 46,8% нь бие сулардаг, 11,3% нь үе мөч өвддөг, 24% нь дотор муухай болдог, 53,2% нь хоолонд дургүй, 59,6%-д нь шээс шар гарсан гэсэн зовиуртай, 29,1%-д шээс шар, 15,1% өтгөний өнгө өөрчлөгдсөн, 59,9%-д нь нүдний склер шар, 44,3%-д нь арьс салст шар, 16% нь халуунтай, 65,8%-д элэг хэвийн хэмжээнд байжээ.

Халдвар судлалын талаас авч үзэхэд дөнгөж 8% нь халдварын голомттой хавьтсан, 6% нь цус, сийвэн хийлгэж байсан гэснээс үзэхэд вируст гепатит гэж оноглох үндэслэл багатай байжээ.



Халдвартын клиникийн эмнэлэгт вирус гепатит биш гэж тогтоогдсон тохиолдлын 18,9% нь гастрит, 16,4% нь холецистит, 10,1% нь уушгины үрэвсэл, 9% нь амьсгалын замын цочмог халдварт өвчтэй, элэгний өмөн, цэс чулуужих өвчин, элэгний бэтэг зэрэг өвчинтэй байжээ.

Үүнээс гадна сүрьеэ, элэгний цирроз, цусны даралт ихсэх өвчин тус бүр 3 тохиолдол байснаас гадна жирэмсний хордлого, перигепатит, плеврит, диабет, сепсис зэрэг нийт 31 нэр төрлийн оноштой байна. Өөрөөр хэлбэл вирус гепатитыг 31 төрлийн өвчинтэй алдаж оношлосон байна.

Оношийн зөрөөнд голлох байрыг хоол боловсруулах системийн өвчин эзэлж байна.

Халдвартын клиникт онош тогтоосон хугацааг тооцоход дөнгөж 6,3%-ийг эхний 24 цагт, 17,7%-ийг 2 хоногийн, 13,9%-ийг 4-өөс дээш хоногийн дараа вирус гепатит биш гэж ялган оношложээ.

Энэ нь халдваргүй өвчтэй хүнийг халдварын голомтоос түргэн хугацаанд тусгаарлах явдал удаашралтай байгаагийн баримт юм.

Вирус гепатит гэсэн оноштой ирээд онош өөрчлөгдсөн тохиолдлын 92,4%-д ГОТ, 88,6%-д нь ГПТ, 79%-д нь тимол, 39,2%-д билирубин, 29,1%-д нь сулема, 58,9%-д альдолаз хэвийн хэмжээнд байжээ.

Үүнээс үзэхэд ГОТ, ГПТ, тимолын сорилууд вирус гепатитыг үгүйсгэх гол үзүүлэлтүүд болсон байна.

Судалгааны материалаас үндэслэн оношийн алдаа гарахад нөлөөлөх дор дурдсан хүчин зүйлүүд байна гэж үзэв. Үүнд:

1. Өвчтөнөөс халдвар судлалын судалгааг бүрэн гүйцэд авдаггүй
2. Өвчтөний бодит байдал, зовиур шалтгаанд зөв үнэлгээг хийж чаддаггүй
3. Аль нэг бодит шинж тэмдгийг хэтрүүлэн үнэлдэг
4. Вирус гепатитын талаар мэдлэг дутмаг
5. Эмч нарын анагаах ухааны ерөнхий мэдлэгийн түвшин, нэн ялангуяа хоол боловсруулах системийн өвчин эмгэгийн оношлох мэдлэг хангалтгүй,
6. Лабораторийн шинжилгээг цаг хугацаанд нь хийдэггүй.

Дээр дурдсанаас үндэслэн доорх санал дэвшүүлж байна.

— БНАГУ-ын туршлагаар биохимийн экспресс лабораторийг 24 цагаар ажиллуулж вирус гепатит онош тавьсан өвчтөн болгонд ГОТ, ГПТ, тимолын шинжилгээг хийлгэж байх,

— Халдварт өвчнүүдийн, нэн ялангуяа вирус гепатитын ялгах оношийн талаар гарын авлага, бодит үзүүлэн бий болгох,

— Оношийн зөрөө гарсан тохиолдол бүрийг өвчтөн илгээсэн эмч нарт мэдээлж байх,

— Хэсгийн ба түргэн тусламжийн эмч нарт халдварт өвчний талаар зориуд хичээл заах, халдвартын эмнэлэг дээр солилцуулан ажиллуулах нь зүйтэй юм.

Халдвартын их эмч Б. ДАВААЖАВ

## БНКУ-ЫН ЭРҮҮЛИЙГ ХАМГААЛАХЫН ХӨГЖИЛТ

1959 оны хувьсгалаас өмнө Куба улсын эмнэлгийн байгууллагууд хувийн эздийн гарт байсан бөгөөд томоохон хотуудад төвлөрч байлаа. Хөдөөгийн болон хотоос алс орших хүн ам эмнэлгээр үйлчлүүлж байсангүй. Эдгээр нь хүн амын 40% — д хүрч байв. Эмийг үйлдвэрлэх, хуваарилах ажлыг гадаадын эмийн нэгдлүүд гартаа авч хянаж байжээ.

Хувьсгалын өмнө Куба улсад сахуу, татран хумхаа ялангуяа хүүхдийн өвчин, гэдэсний хижиг зэрэг халдварт өвчин их дэлгэрсэн байв. Төрсөн 1000 хүүхдийн 70 гаруй нь ой хүрэлгүй нас барж байжээ. 0 — 1 хүртэлх насны хүүхдийн нас баралтын гол шалтгаан нь ходоод гэдэсний өвчин байлаа. Эхийн нас баралт бүр их байв. 1959 оны Кубын хувьсгал иймэрхүү дорой байдалтай эрүүлийг хамгаалахыг хүлээн авчээ.

Кубын хувьсгалт засгийн газар хувьсгал ялсан анхны өдрөөс хүн ардынхаа эрүүл энхийн төлөө онцгой анхаарч өнгөрсөн нийгмийн тэгш биш, шударга бус явдлыг үүрд таягдан хаяж, нийт хүн амын эмнэлгийн хэрэгцээг хангах чадал бүхий улсын эрүүлийг хамгаалах систем байгуулахаар өөрийн бүх хүчийг дайчилжээ.

Кубин үндэсний эрүүлийг хамгаалах систем нь:

— Хүн амын эрүүл мэндийг хамгаалах явдлыг улс харцуцах бөгөөд хүн бүр эмнэлгээр үйлчлүүлэх эрхтэй.

— Эмнэлгийн үйлчилгээ нийт хүн амд хүртээмжтэй

— Эмнэлгийн үйлчилгээ нь урьдчилан сэргийлэх эмчилгээний чиглэлтэй,

— Эрүүлийг хамгаалах программ боловсруулах хэрэгт бүх ард түмэн идэвхтэй оролцох зэрэг социалист эрүүлийг хамгаалахын үндсэн зарчмыг баримтлан хөгжиж ирэв.

Куба улсын эрүүлийг хамгаалах систем нь 3 үе шатаар эмнэлгийн тусламцаа үзүүлдэг. Үүнд:

**Нэгдүгээр үе шатанд:** Хүүхэд, насанд хүрэгчдэд эмнэлгийн тусламж үзүүлж, ажлын болол амьдралын нөхцөл сайжруулах программын гүйцэтгэлийн биелэлтэд хяналт тавина.

**Хоёрдугаар үе шатанд:** Өвчтөний өвчнийг оношлох болон эмчилгээний аппаратаар тоноглогдсон, нарийн мэргэжлийн эмч, үйлчлэгчид бүхий эмнэлэгт эмчилнэ. Энэ хэмжээний үйлчилгээнд халдвар, эрүүл ахуй, цусны станц хамаарагдана.

**Гуравдугаар үе шатанд:** Мэдрэлийн мэс засал, сэлбэн засах мэс заслын алба, зүрх-судасны өвчнийг эмчлэх клиник болон эрхтэн шилжүүлэн суулгах зэрэг нарийн мэргэжлийн албаны үйлчилгээ орно.

Куба улсын эрүүлийг хамгаалах системийн 2,378 эмнэлгийн байгууллагуудад 152,400 эмнэлгийн ажилчид ажиллаж байгаагийн 20,000 гаруй нь эмч юм. Хөдөө орон нутагт олон тооны эмнэлэг барьж байгуулсан нь эмнэлгийн үйлчилгээний хүрээг өргөтгөв.

Үйлдвэрийн ажилчин, албан хаагчдад үзүүлэх эмнэлгийн үйлчилгээний системийг байгуулж, 200-аас дээш ажилчинтай үйлдвэрийн газар бүр эмнэлгийн цэг, салбартай болжээ. Хувьсгалын өмнө Кубад 95 эмнэлэг байсан бол одоо 256 эмнэлэг, 397 поликлиник, эмнэлгийн 225 салбар, шүдний 142 клиник, эрдэм шинжилгээний 12 институт ажиллаж байна.

Кубын эрүүлийг хамгаалах байгууллагад Улаан загалмай, Кубын эмэгтэйчүүдийн холбоо, Хувьсгалыг хамгаалах хороо зэрэг олон нийтийн байгууллага ихээхэн туслалцаа үзүүлдэг. Хувьсгалыг хамгаалах хороонууд бүх орон даяар байгуулагджээ. Эдгээр хорооны тусламжтайгаар 15 хүртэлх насны бүх хүүхдэд саа өвчний эсрэг вакциныг хоёрхон сарын дотор орон даяар хийж дуусчээ.

Кубын эрүүлийг хамгаалах яам шинэ хэлбэрийн эмнэлгийн урьдчилан сэргийлэх байгууллага-эхчүүдийн амрах байрыг хөдөө нутагт байгуулан, жирэмсний сүүлийн сард эхчүүдэд „эхчүүдийн сургууль“ сэдэвт курсийн хичээлийг зааж байна. Энэ ажилд Кубын Эмэгтэйчүүдийн Холбоо, Хувьсгалыг хамгаалах Хороо онцгой үүрэгтэй байдаг.

Кубад 1958 онд хүүхдийн больниц 3 байсан бол 1976 онд 92 болсон байв. Томоохон больницуудад 5—50 ортой хүүхдийн жижгэвтэр тасгууд эмнэлгийн тусламж үзүүлж байна.

Сүүлийн 25 жилд Куба улсын анагаах ухаан тодорхой амжилтанд хүрлээ. Өнөөдөр Кубад бөөр шилжүүлэн суулгах, зүрх судасны нарийн мэс засал хийж байна.

Кубын Эрүүлийг хамгаалахын материал техникийн баазыг бэхжүүлэхэд социалист хамтын нөхөрлөлийн орнуудаас хүн хүчний болон материалын зайлшгүй шаардлагатай туслалцааг үзүүлж ирлээ.

Зөвлөлт Холбоот Улс, Болгар, Унгар болон Чехословак улсын тусламжтайгаар үндэсний эмийн үйлдвэрийн суурийг тавьснаас хойш эх орны эмийн үйлдвэрийн эм, эмнэлгийн бусад бүтээгдэхүүнээр өөрийн орны хэрэгцээний 85,5%-ийг хангах боллоо. ЗХУ орчин үеийн тоног төхөөрөмж бүхий 850 ортой больниц, Гавана хотод цусны бэлдмэлийн завод барьж бэлэглэсэн байна.

Саа өвчинтэй тэмцэх, анхны хамтын төлөвлөгөө боловсруулахад ЗХУ оролцож өөрийн үйлдвэрийн бүтээгдэхүүн саа өвчний эсрэг вакцинаар тусалж, Чехословак улс зохион байгуулах ажилд идэвхтэй оролцсон байна. Үүний үр дүнд сүүлийн 15 жил Кубад саа өвчин нэг ч гараагүй байна.

ЭЗХТЗ-ийн гишүүн орнууд Кубад нүдний эмчилгээний албаны зохион байгуулалт, эмийн үйлдвэрийг хөгжүүлэхэд тусалж байна. Куба өөрийн орны ургамал, байгалын бодисыг эмийн үйлдвэрт ашиглах боломжийн тухай ЭЗХТЗ-ийн гишүүн орнуудын оролцоотойгоор тодорхой программ боловсруулаад байна.

Куба улс, ЭЗХТЗ-ийн гишүүн орнуудтай эрүүлийг хамгаалах салбарт нягт хамтын ажиллагаатай ажиллаж байна.

Кубын анагаах ухааны эрдэм шинжилгээний хүрээлэнгүүд болон эмч, мэргэжилтнүүд хамтын нөхөрлөлийн ижил төст эрдэм шинжилгээний хүрээлэнгүүд, эрдэмтэдтэй хамт цогцолбор программын олон арван сэдвийг хамтран шийдвэрлэхэд идэвхтэй оролцож байна. Үүнд эрүүлийг хамгаалахын зохион байгуулалт, удирдлагыг боловсронгуй болгох, халдварт өвчинтэй тэмцэх, зүрх судасны өвчин, хорт хавдар зэрэг цогцолбор программын чухал асуудлуудын сэдвүүд орж байна.

БНКУ-ын 3,044 эмнэлгийн ажилчид Кампучи, Лаос, Вьетнам, Йемен, Этиоп, Ангол, Никарагуа зэрэг Ази, Африк, Латин Америкийн 29 оронд интернационалч тусламж үзүүлж байгаа бөгөөд эдгээрийн 1,400 гаруй нь эмч байна. Энэ нь Дэлхийн эрүүлийг хамгаалах байгууллагад ажиллаж байгаа эмч нарын тооноос 3 дахин их юм. Кубын эмч нарын нэр хүнд дэлхий дахинд өргөжиж байна.

Тус орны төлөвлөсөн нийгэм, эдийн засаг, урьдчилан сэргийлэх эмчилгээний бүх арга хэмжээг амжилттай шийдвэрлэсний тодорхой баталгаа нь хүн амын дундаж наслалт уртассан явдал юм. 1980 оны байдлаар эмэгтэйчүүд 74, эрэгтэйчүүд 71 нас насалж байв. Хүн амын

нас баралт сүүлийн 10 жилд 11,1 хувиар буурч одоо 5,6 промиллд хүрчээ. Сүүлийн жилүүдэд халдварт өвчин, хүүхдийн нас баралт багаслаа. 0-1 хүртэлх насны хүүхдийн нас баралт 1959 онд 1000 амьд төрсөн хүүхэд тутамд 70 гаруй байсан бол 1982 онд 17,3 болж хөгжилтэй орнуудын үзүүлэлтүүдийн хэмжээнд хүрч, Латин Америкийн орнуудын дотор энэ үзүүлэлтээр нэгдүгээрт орж байна.

1982 онд нэг эмчид 569 хүн ногдож байсан бол 1983 онд 515 хүн, 10000 хүн амд 46 ор ногдох болов. Одоо Кубын эрүүлийг хамгаалахын хөгжлийн түвшин хамгийн өндөр хэмжээнд байна.

Империализмын дарлалд байсан Кубын ард түмэн хорьхон жилд бүтээлч хөдөлмөрийнхөө үрээр социалист эрүүлийг хамгаалахыг ийнхүү байгуулж байна.

Д. БАТСҮХ

## МЭДЭЭ

### ЭРҮҮЛИЙГ ХАМГААЛАХ ЯАМАНД

Аймаг, хотын эмч, эм зүйч, мэргэжилтний ээлжит аттестатчилал 1984 оны 11 дүгээр сарын 15-наас 12-р сарын 5-ны дотор болж амжилттай дуусав. Аттестатчиллыг БНМАУ-ын Сайд нарын Зөвлөлийн 1975 оны 615 дугаар тогтоол, Эрүүлийг хамгаалах Яамны сайдын 1976 оны 25, 1984 оны 61,240 дүгээр тушаалын дагуу эмч, эм зүйч, мэргэжилтний мэдлэг, ёс суртахуун, ажил хэрэгч чанарт нэг бүрчлэн үнэлэлт, дүгнэлт өглөө. Энэ удаагийн аттестатчилал нь бэлтгэл, арга барилын хувьд ахицтай болов. Эмч нарыг аттестатчиллын шалгалтад бэлтгүүлэх зорилгоор яамнаас мэргэжил, онол улс төр, орос хэлний шалгалтын асуудлыг аттестатчилал болохоос өмнө тарааж эмч нарт хүргэжээ. Түүнээс гадна нийт аймаг, хотын Эрүүлийг хамгаалах газар, аттестатчилалд бэлтгэх зорилгоор хичээл хийж, тойм лекц уншуулсан байна.

Аттестатчилалд Анагаах ухааны дээд сургуулийн багш нарыг оролцуулж мэргэжил, улс төр, орос хэлний мэдлэгийн шалгалтыг газар дээр нь авч, дүгнэх ажлыг зохион байгууллаа.

Аймаг, хотын Намын хороо, АДХГ захиргаад, эмч, эм зүйч, мэргэжилтнийг аттестатчилах ажилд сайн тусалсан нь чухал ач холбогдолтой боллоо.

Аттестатчиллын мэргэжлийн шалгалтад 1079 эмч, эм зүйч нар орсноос онц 418, сайн 532, дунд 126, муу 3 шалгагдаж 99,7 хувийн амжилт үзүүлэв. 1979 оныхтой харьцуулахад мэргэжлийн шалгалтандаа онц, сайн шалгагдсан эмч, эм зүйч нарын тоо нэмэгдэж, дунд шалгагдсан эмч, эм зүйч нарын тоо буурчээ.

Орос хэлний шалгалтад 1543 эмч, эм зүйч нар оролцсоноос онц 186, сайн 804, дунд 538, муу 15 тус тус шалгагдаж 99 хувийн амжилт үзүүлжээ. 1979 оныхтой харьцуулахад дунд, муу авсан эмч, эм зүйч нарын тоо нэмэгдэж амжилт 0,8 хувиар буурчээ.

Улс төрийн шалгалтад 1545 эмч, эм зүйч орж онц 304, сайн 836, дунд 400, муу 5 шалгагдаж 99,6 хувийн амжилттай байна. 1979 оныхтой харьцуулахад дунд, муу авсан эмч, эм зүйч нарын тоо нэмэгдэж амжилт 0,1 хувиар буурсан байна.

Энэ удаагийн аттестатчиллаар Говь-Алтай аймгийн нэгдсэн больницын эмгэг анатомич их эмч Д. Болд, Дорноговь аймгийн

нэгдсэн больницын мэдрэлийн их эмч Г. Пэлжээ, Дорнод аймгийн дотрын их эмч С. Халзан, Өвөрхангай аймгийн их эмч Д. Гэрэлтөр-нарын 8 эмч эм зүйчийг хөдөлмөрийн социалист сахилга зөрчих, ууж согтуурах, ёс суртахууны доголдол гаргах, аттестатчилалаас санаатай зугатах зэрэг ноцтой дутагдал гаргасан учир ажилдаа тэнцэхгүй гэж үзлээ.

Мөн Баян-Өлгий аймгийн Цэнгэл сумын мэс заслын их эмч Х. Кузкей, Баянхонгор аймгийн Богд сумын их эмч Өлзий-Орших, Говь-Алтай аймгийн нэгдсэн эмнэлгийн дотрын их эмч Н. Эрдэнэ, Дорнод аймгийн арьс өнгөний диспансерийн их эмч Д. Рагчаа, Эрдэнэт хотын их эмч Н. Дамбаян, Өмнөговь аймгийн хүүхдийн их эмч Д. Ядмаа, Сүхбаатар аймгийн нэгдсэн эмнэлгийн статистикч эмч С. Намжилцэрэн, Хөвсгөл аймгийн Галт сумын их эмч Г. Наранцэцэг, Увс аймгийн эмгэг анатомич эмч О. Баясгалан, Ховд аймгийн Алтай сумын их эмч С. Батхуяг, Булган аймгийн нэгдсэн эмнэлгийн их эмч Ч.Шижирбаатар, Сэлэнгэ аймгийн мэс заслын эмч Ш. Батбаяр, Төв аймгийн Ариун цэвэр халдвар судлалын станцын их эмч Ж. Даваасүрэн нарын 67 эмч, эм зүйчийг нэг жилийн дараа аттестатчиллын зөвлөмжийг хэрхэн биелүүлснийг дахин шалгаж, ажилдаа тэнцэх эсэхийг нь шийдэхээр Эрүүлийг хамгаалах Яамны коллегийг шийдвэрлэв.

Аттестатчиллын комиссоос өгсөн зөвлөмжийн гол үндэс нь хариуцсан ажлын чанарыг сайжруулах, үзүүлэлтийг дээшлүүлэх, идэвх санаачилгатай ажиллах, мэргэжил, онол улс төр, орос хэлнийхээ мэдлэгийг дээшлүүлэх, ажилдаа тодорхой тооцоо судалгаа, төлөвлөгөөтэй ажиллах, эмнэлгийн дүнд мэргэжилтэн болон ажилчдад зарчимч шаардлагыг тавьж, тэдэнд ажил үйлс, мэдлэг мэргэжлээрээ үлгэрлэх, өөрөө өөртөө өндөр шаардлага тавих, хүний их эмчийн тангаргийг ёсчлон биелүүлэх, эмчийн ёс зүй, коммунист ёс суртахууныг эрхэмлэх талаар анхааруулж зөвлөсөн байна.

1983 онд Улаанбаатар хотын эмч, эм зүйч нарыг, 1984 онд нийт аймаг, хотын эмч, эм зүйч нарыг аттестатчилсан дүнгээс үзэхэд аймаг хотын Эрүүлийг хамгаалах газар, эмнэлгийн нам, захиргааны байгууллага эмч нарын мэдлэг, мэргэжил, улс төрийн боловсрол, ёс суртахууны хүмүүжлийг дээшлүүлэх талаар тодорхой дорвитой ажлыг бага зохиосон бөгөөд эмч бүрийн ажлыг тодорхой хугацаанд зарчимч ёсоор дүгнэх, нүүр тулж ололт дутагдлыг хэлж өгөх, дутагдал доголдолгүй хамт олон болох ажлыг бодож боловсруулж үр ашигтай зохион байгуулахын оронд хэлбэрдэх, эмч эм зүйч нар цаг ямагт мэргэжил, мэдлэгээ дээшлүүлэхгүй байгаагаас өнөөгийн шаардлагаас хоцорч ажил дээрээ өсөхгүй, эмчилгээ оношлогоонд шинэ арга нэвтрүүлэх, шинийг санаачлах нь бага байгааг ЭХЯ-ны коллегийн онцлон тэмдэглэв. Ялангуяа эмч, эмнэлгийн ажилчид дотор улс төр, эдийн засаг, хууль эрхийн болон орос хэлний хээ мэдлэгийг дээшлүүлэх талаар биеэ дайчлахгүй хүмүүс цөөнгүй байгаад эмнэлэг, урьдчилан сэргийлэх байгууллагыг удирдаж байгаа ажилтан нар дүгнэлт хийж ажиллах нь чухал байна гэж үзэв. Тэргүүний эмч, ахмад эмч нарын туршлага, дайчин замналаас суралцах ажил нийт эмнэлэг, урьдчилан сэргийлэх байгууллагуудад хангалтгүй байгаад дүгнэлт хийхийн дээр аймаг, хотын Эрүүлийг хамгаалах газар сургууль дөнгөж төгсөж ирж байгаа эмч, эм зүйч нарыг зөвхөн ажиллах үүрэгтэй мэт үзэж тэднийг ажилд дадлагажуулах, халамжлан ажил дээр нь өсгөх, ёс суртахууны хүмүүжлийг анхаарахгүй байгааг ЭХЯ-ны коллегийн онцлон дүгнэснийг нийт эмнэлэг, урьдчилан сэргийлэх, эм хангамжийн байгууллага, анхааралдаа авч эрчимтэй ажил зохиох нь гол зорилт болж байна.

\* \* \*

1984 оны сүүлчээр БНАГУ-ын Дрезден хотод нүдний эмч нарын IV их хурал боллоо.

Хуралд ЗХУ, БНБАУ, БНАГУ, БНСЧСУ, БНУАУ, БНПАУ, БНМАУ, БНАСАУ, ХБНСЮУ-ын төлөөлөгчид оролцов.

Хурлаар нүдний торлог бүрхэвч ба шиллэг биеийн эмгэг гэсэн асуудлыг хэлэлцлээ.

Тус их хуралд нийт 143 илтгэл тавьснаас ЗХУ-ын профессор В. В. Волковын „Витреотмийн мэс заслын үед торлогийн хууралтаас урьдчилан сэргийлэх арга“, профессор А. Горбанийн „Торлогийн хууралтын мэс засалд геометрийн хэмжилт хийх“, мөн профессор О. А. Джалиашвили, Гельмгольдын нэрэмжит нүд судлалын институтын захирал К. В. Трутнева нарын тавьсан илтгэлүүд нүдний торлог бүрхэвчийн физиологи, цусны микро эргэлт, төрөл бүрийн дегенераци өөрчлөлт, диабет өвчний үед үүсэх ретинопати, тэдгээрийг оношлох орчин үеийн арга, лазер ба фотокоагуляц хэрэглэх, шиллэг биеийн эмгэгт витреотми ба витреоэктоми мээ засал хийж байгаа зэрэг олон талын чухал асуудлыг тусгаснаараа ач холбогдолтой боллоо.

Дрезден хотын анагаах ухааны академийн нүдний клиникт нэвтэрч буй мултарсан болрыг нүднээс авах, хиймэл болор суулгах, ялангуяа нүдний физиологийн тухайлбал өнгөт харааны нарийн судалгаа шинжилгээний аргууд нь шинжлэх ухааны өндөр түвшинд байгаа нь тодорхой харагдлаа.

Нүдний өвчнийг шинжлэх, эмчлэх орчин үеийн аргуудыг өөрийн орны практикт нэвтрүүлэхийн тулд ЗХУ, БНАГУ болон бусад социалист орнуудтай тодорхой асуудлаар хамтран ажиллах, туршлага солилцох нь чухал юм.

Доцент Р. НЯМАА

## ӨГҮҮЛЭЛ БИЧИГЧДИЙН АНХААРАЛД

Тус сэтгүүлд ирүүлэх материал нь дсорхи шаардлагыг бүрэн хангасан байх хэрэгтэй. Үүнд:

1. Сэтгүүлд ирүүлэх материал нь эрдэм шинжилгээний хүрээлэн албан байгууллагаас хэвлүүлэхийг зөвшөөрсөн албан бичигтэй байна.

2. Өгүүлэл нь 21 мөрөөр машиндсан өнгөн хувь байна.

3. Өгүүллийн хэмжээ нь зураг, ашигласан хэвлэлийн жагсаалт, хүснэгт, резюме (товчлол)-г оруулаад машинаар цохисон 10 хуудаснаас илүүгүй байна.

4. Өгүүллийн эхэнд зохиогчийн овог, нэр, ажиллаж буй албан байгууллагын нэрийг бичсэн байна.

5. Өгүүллийн эцэст зохиогч гарын үсгээ заавал зурна. Хамтын бүтээл бол бүх зохиогч гарын үсгээ зурна. Мөн редакциас зохиогчтой харилцах хаяг, утасны дугаарыг бичнэ.

6. Өгүүлэл нь товч, тодорхой, үг үсэг, найруулгын алдаагүй, засваргүй байна.

7. Өгүүлэлд орсон нэр томъёог сайтар шалгасан байна.
8. Судалгааны өгүүллийг судалгааны үндэслэл, арга, үр дүн, шүүмж, ба дүгнэлт гэсэн дэс дарааллаар бичнэ.
9. Өгүүлэлд орсон шинэ үг, тоо баримтыг эх материалтай тулгасан, ямар ч зөрөөгүй байх ёстой.
10. Ишлэл татсан эх зохиолын жагсаалтыг өгүүллийн эцэст ишлэл татсан дарааллын дагуу хийж, дугаарыг өгүүлэл дотор ишлэлийн ар талд хаалтанд бичнэ. Ишлэл татсан эх зохиолыг өгүүллийн эцэст зохиогч, ном, сэтгүүл, өгүүллийн нэр, хэвлэгдсэн он-дугаар хаана хэвлэгдсэн, хуудасны дугаар оруулсан машиндсан эхийг авна.
11. Өгүүлэлд зураг, диаграмм оруулбал тэдгээр нь хэвлэлийн шаардлага хангасан, маш тод өнгийн хар тушээр зургийн цаасан дээр зурсан, ард нь зохиогчийн нэр, зургийн дугаар, хаана оруулахыг тодорхой зааж бичсэн байна. Зургийн тайлбарыг өгүүлэл дотор (зургийн нэр, үсэг, муруй шугам зэрэг тэмдгийн тайлбар) бичнэ.
12. Өгүүлэлд орсон томъёог сайтар шалгаж хар өнгийн бэхээр бичнэ. Латин үсгийг цэнхэр бэхээр, грек үсгийг улаан бэхээр бичнэ.
13. Өгүүлэлд орсон хүснэгтийг машиндсан, товч тодорхой нэр, дугаартай хэмжээ нүсэр биш, тоо баримтыг шалгаж, статистикийн аргаар боловсруулсан байх шаардлагатай.
14. Өгүүллийн товчлол (резюме)-г орос хэлээр өгүүллийн нэр, зохиогчийн нэр, товч утга гэсэн дарааллаар бичсэн байна.
15. Ирүүлэх материал нь урьд өмнө хэвлэгдээгүй буюу хэвлүүлэхээр өөр хэвлэлд өгөөгүй байх шаардлагатай.
16. Редакци нь хэвлүүлэхээр ирүүлсэн өгүүллийг товчлох, засварлах, түүнчлэн зохиогч зөвшөөрвөл товч мэдээлэл хэлбэрээр хэвлэх эрхтэй.
17. Дээрх шаардлагыг бүрэн хангаагүй өгүүллийг редакцид хүлээн авахгүй.
18. Хэвлэгдээгүй материалыг буцаахгүй, өгүүллийг „Улаанбаатар. 48. Эрүүлийг хамгаалах Яам, Эмнэлгийн хэвлэлийн нэгдсэн редакци“ хаягаар ирүүлнэ.

# «АНАГААХ УХААН» СЭТГҮҮЛИЙН 1984 ОНЫ ДУГААРУУДАД ХЭВЛЭГДСЭН ӨГҮҮЛЛИЙН ЖАГСААЛТ

(Хаалтан дотор байгаа тоо нь хуудасны дугаар,  
хаалтны өмнөх тоо нь сэтгүүлийн дугаар болно.)

## ТЭРГҮҮН ӨГҮҮЛЭЛ

- Д. Ням-Осор — Эрүүлийг хамгаалахын хойшлуулшгүй зорилт 3(3)  
Ч. Нямдорж — Эмчилгээ үйлчилгээ, намын анхан шатны байгууллага 2(3)  
Б. Лхагважав — Хариуцлага сахилгыг дээшлүүлэх нь амжилтын үндэс мөн 1(3)  
А. Дамдинсүрэн — Анагаах ухааны эрдэм шинжилгээний ажлын өгөөжийг дээш-  
лүүлье 4(3)

## ДАГАВАР ӨГҮҮЛЭЛ

- Л. Буджав — Эрүүлийг хамгаалах 1984 онд 1(9)  
Д. Даваа — Арвилан хэмнэхэд анхаарлаа төвлөрүүлье 2(10)  
Д. Бадарч — Анагаах ухаанд микропроцессорыг хэрэглэж байгаа нь 3(10)  
Р. Батсуурь — Төлөвлөгөө биелүүлэх сахилгыг бэхжүүлье 3(12)  
Ж. Лувсан — Энх тайвныг хамгаалахад улаан загалмайн хөдөлгөөний оруулах  
хувь нэмэр 2(7)  
Л. Одончимэд, Л. И. Баклыков — Рашаан сувиллын эмчилгээ үйлчилгээг боловс-  
ронгуй болгох асуудалд 3(6)  
— „Ухамсартай сахилга хүнийг захирч удирдана“ эцнээ бага хуралд Г. Туваан,  
Ц. Бундан, Э. Лувсандагва, М. Оросоо, Д. Бат-Өлзий, Г. Буян-Өлзий, Д. Сэмхээ,  
Б. Галсандорж, Н. Нямаа нар оролцов.

## ЭРҮҮЛИЙГ ХАМГААЛАХЫН ЗОХИОН БАЙГУУЛАЛТ

- Л. Буджав, Б. Дэмбэрэл, Ц. Мухар, Б. Батмөнх, П. Янсан, Т. М. Максимова,  
А. Г. Марченко, А. А. Егоров, В. П. Непомнящий—БНМАУ-ын хүн амын өвчлө-  
лийг эмнэлэгт ирэлтээр судалсан урьдчилсан дүнгээс 1(15)  
Б. Басбиш — Хүүхдийн бөөрний эмгэг судлал дахь ёс зүйн асуудалд 1(27)  
Л. Буджав, Р. Батсуурь — Хүүхдэд үзүүлж буй эмнэлгийн тусламжийн одоогийн  
байдал, түүний төлөвлөлтийг боловсронгуй болгох асуудалд 2(17)  
Г. Зуунай — Хүн амын насны ангилал, нэршил түүний ач холбогдол 3(20)  
Л. Лувсаншарав — Эмийн жор бичих хариуцлагыг өндөржүүлье 1(15)  
Ц. Мухар, М. Шагдарсүрэн — Хөдөөний эмнэлгийн хөгжлийн хэтийн төлөв, байрш-  
лын асуудал 1(21)  
Ю. Мөнх-Амгалан, Б. Болдсайхан — Эмчийн хэл ярианы соёлын тухай 3(24)  
Ц. Мухар — Бригадын бага эмчийн салбарын үйлчилгээний байдал 4(14)  
О. Нарьяахүү, Р. Пүрэв — Рентген дүгнэлт ба эмгэг анатомын оношийн зөрөөг  
судалсан дүнгээс 1(24)  
М. Сүхбаатар — Хүүхдийн эрчимт эмчилгээний зохион байгуулалт 3(18)  
Б. Чүлтэмсүрэн — Бөөр шээсний замын эрхтэний эмгэг судлалын хөгжилт 2(20)  
Ч. Цэрэннадмид, В. Р. Зин, Ж. Бадрал, Г. Цогт — БНМАУ-д пульмонологийн  
тусламжийг зохион байгуулах зарим зарчмын тухай 4(11)

## СУДАЛГАА ШИНЖИЛГЭЭ

- К. Анаргүл, В. Ичинхорлоо — Мухар олгойн үрэвслийн морфолог өөрчлөлт өвчил-  
сөн хугацаанаас хамаарах нь 1(44)  
К. Анаргүл, В. Ичинхорлоо — Мухар олгойн хурц үрэвсэлт өвчний хүндрэл хө-  
дөлмөрийн чадвар түр алдалт 4(45)  
Б. Бямба, М. Даш, И. Тарасевич — Хүн амын дунд риккетсиозууд судалсан дүн  
1(34)  
Ё. Батболд, П. Нямдаваа, С. Алтанхуяг — Монгол хүүхдэд улаан бурхны эсрэг  
идэвхгүй дархлалыг судлах асуудалд 4(36)  
Б. Бүргэд-Очир, Т. Пүрэвжав — Уушгины архаг үрэвслийн рентген оношлол 2(41)  
Ч. Долгор, Т. Ядамсүрэн — Арьсны зарим өвчтөнийг Аварга тосонд рашаан шав-  
раар эмчилсэн дүнгээс 1(37)  
Но. Дондог, Г. Тунгалаг — Зүрхний булчингийн шигдээс өвчний клиникийн зар-  
им онцлог 1(47)  
Но. Дондог, Ж. Нанжид — Зүрхний архаг дутагдлын эмчилгээнд зарим вазоди-  
лататор эмийг хэрэглэсэн нь 4(41)  
Э. Довдон — Нүдний даралт ихсэх өвчний клиник явцыг зарим онцлог шинж  
2(35)  
Ё. Думаа, Ш. Чадраавал — Хүнсний ногооны „Е“ витамин хэмжээ боловсруу-  
лалтын аргаас хамаарах нь 2(38)  
Я. Жамъянсан, Д. Сэлэнгэ, С. Жавзан — Багалуур ургамлаас тамхины эсрэг үйл-  
чилгээтэй бэлдмэл гаргах асуудалд 3(44)  
Э. Лхагва — Хүний физиологийн үзүүлэлтийн хоногийн хэмнэлийн магадлуурь  
хэвийн хэмжээг судлах асуудал 4(33)



- З. Мэндсайхан, В. Р. Зиц, Г.Цогт — Гуурсач хоолой дуралдах аппарат (фиброскоп) аар дамжуулан эмчлэх арга 1(39)  
 М. Оюунбилэг, Ж. Алтанцэцэг, О. Лхамсүрэн, Д. Сарантуяа — Шүүдэст эмгэгшилтэй хүүхдэд арьсны сорил тавьсан дүн 1(35)  
 Ж. Тумбааш, Ч. Баярмаа — Нүдний мэс засалд микроскоп хэрэглэсэн дүн 3(42)  
 Ш. Чадраавал — Тамирчдыг хоолны найрлагын тохирооны асуудалд 1(42)  
 Г. Цэцэгдарь, Л. Шагдар — Амьсгалын дээд замын хавдрын клиник морфологийн хэлбэрүүд 1(30)  
 Р. Энхтуяа — Нярай хүүхдийн гэдэсний микрофлорын бүрэлдэхүүн 4(48)

#### МЭРГЭЖЛИЙН ЗӨВЛӨЛГӨӨ, ЛЕКЦ, ТОЙМ

- Г. В. Алфимова, С. Цэцэгмаа — Зарим нунтаг эмийн хэлбэрт хими, физик химийн аргаар тооны шинжилгээ хийх нь 4(74)  
 Д. Бямбадорж — Хүүхдийн гуурсан хоолойн болон уушгины үрэвслийн үед цахилгаан эмчилгээ хийх нь 2(60)  
 Д. Бурмаа — Лабораторийн эмчилгээнд өвчтөн бэлтгэх журам 2(61)  
 Л. Баасанхүү, Б. Болдсайхан — Энэтхэг төв эмнэлгийн нэгэн номын тухай 4(66)  
 Ю. П. Дерягин — Мэнэнгийн хам шинжийн оношлогооны алгоритм, түүнийг клиникийн практикт хэрэглэх 1(50)  
 Б. Дагвадорж — Элэгний архаг өвчнүүдийг оношлох асуудалд 3(66)  
 Ю. П. Дерягин, Г. П. Дерягина, Л. Дамдинсүрэн, Г. Цэрэндагва, Н. Жанцан  
 Г. Няндагжид, С. Сүхбаатар — Шарлалтыг ялган оношлох алгоритм, түүнийг эмнэл зүйн практикт ажиглах нь 4(57)  
 Ч. Лхагва — Халдварт өвчний голомтонд авах иж бүрэн арга хэмжээ 1(58)  
 Л. К. Малышев — Дутуу тээлт 1(60)  
 Л. Мягмар, Г. Чойжамц — Зүрхний гликозидыг эмчилгээнд хэрэглэх нь 2(55)  
 П. Нямдаваа, Г. Цагаанхүү — Полиомиелит 2(44)  
 П. Нямдаваа, Г. Цагаанхүү — Полиомиелит (үргэлжлэл) 3(49)  
 Г. Оюун — Нянгийн тэжээлт орчинд тавих чанарын хяналт 4(76)  
 Х. Рагчаасүрэн — Зүрхний булчингийн шигдээсийн хурц үеийн эмчилгээ 4(71)  
 Г. Цэцэгдарь — Дунд чихний цочмог үрэвслийн оношлогоо эмчилгээ 3(61)  
 Б. Хайнел — Хүзүүний яс мөгөөрстөх өвчний клиник рентген онош зүйн онцлог 1(62)

#### ЭХ НЯЛХСЫН ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН АСУУДЛААР ХИЙХ УЛСЫН

##### ЗӨВЛӨЛГӨӨНИЙ ӨМНӨ

- Д. Багтогтох — Жирэмсэн эмэгтэйчүүдийг эхний 3 сард эмнэлгийн хяналтад хамруулах арга зам 3(32)  
 Д. Дариймаа, Н. Мөнхтүвшин — Жирэмсний зарим хүндрэлийн үед захын цусан дахь Т ба В тунгалаг эсийн хэмжээний өөрчлөлт 2(29)  
 Г. Данзан, Д. Дамдин — Эмчилгээ оношлогоонд нэвтэрч буй шинэ зүйл 3(28)  
 Ж. Идэр — Хүүхдийн цусаар дамжиж үүсэх ясны цочмог үрэвслийн мэс заслын оношлогоо эмчилгээ 4(21)  
 Б. Лувсан-Ёндон — Жирэмсний ба төрөх үеийн өртөмтгий хүчин зүйлийг өөрийн орны нөхцөлд судалсан нь 3(34)  
 Д. Лунтан, Д. Дариймаа — Дархан хотын эх нялхсын байгууллагын туршлагаас 4(29)  
 Ц. Норовпил — Хүүхдийн нүдний тойрон эдийн өвчнийг оношлох аргуудаас 3(38)  
 Т. Самбуудолгор, Б. Шижирбаатар — Жирэмслэлтийг хожуу хугацаанд нь таслах арга 2(33)  
 Г. Пүрэвсүрэн — Эх, хүүхдийг диспансерчлах арга ажиллагааг хэрэгжүүлж байгаа нь 3(27)  
 Н. Цэнджав — Хүүхдийн хоолны хэтийн төлөв 3(30)  
 Мо. Шагдарсүрэн — Эх нялхсын байгууллагын хөгжлийн ирээдүйн төлөв 2(24)  
 Мо. Шагдарсүрэн — Эмэгтэйчүүдэд зөвлөлгөө өгөх газрын тэргүүн туршлага 4(25)  
 Д. Энэбиш, Ц. Намсрай — Эхийн сүүний уураг, түүнийг судлах асуудалд 4(17)  
 МАХН-ЫН III ИХ ХУРАЛ БОЛОН БНМАУ-ЫГ ТУНХАГЛАСНЫ  
 60 ЖИЛИЙН ОЙД  
 Ш. Очирбат — Ардын эрүүлийг хамгаалахын алтан хараацайнууд 3(46)  
 Ц. Түдэв — Шастиныхны гавьяа 4(51)  
 Б. Рагчаа — Дурсан санахад 4(54)  
 ТУРШЛАГА СОЛИЛЦЪЕ  
 Д. Авирмэд, Н. Адъяа — Хүүхдийн эрчимт эмчилгээний практикт 2(70)  
 Ж. Базардарьяа — Цес, нойр булчирхай, 12 хуруу гэдэс, ходоодны үрэвслийн хам шинжийн алдаатай оношилж болзошгүй зарим тохиолдол 1(65)  
 Г. Гэндэнжамц — Зүрхний хурц шигдээс өвчний эмчилгээний зарим хэлбэр 1(67)  
 Б. Гоош, Н. Даваацэрэн — Элэгний бэтгийн давхар хагалгаа 3(71)  
 М. Долгор, Т. Гомбосүрэн — Вируст гепатитын шарлалтын өмнөх үеийн эмнэл зүйн зарим шинж 1(71)  
 П. Дондов — Гэмтлийн улмаас үүссэн тархины хатуу хальсан доорхи цус хуралтын эмнэл зүйн онцлог 4(80)

- Г. Дэмид, Н. Даш, Г. Дагва, Ө. Даваасамбуу, Х. Баттөмөр—Г. А. Илизаровын аппаратыг эмчилгээнд хэрэглэж байгаа нь 4(83)  
 Д. Оюун —Ганцаарчилсан боолтын хэрэгсэл 3(73)  
 Д. Цэвээндорж—Арьсны зарим архаг өвчний үед хүхэр устөрөгчийн рашааныг хэрэглэх нь 2(73)  
 Х. Тэрбиш —Бөөрний өвчнийг сувиллаар эмчлэх 2(65)  
 Ц. Бундан —Цээжний дотор байрласан бамбай булчирхайг мэс заслаар эмчилсэн нь 2(75)  
 Д. Малчинхүү, Г. Сүхээ—Зүрхний зүүн тосгуурын миксом хавдрын нэгэн тохиолдол 4(86)
- ГАДААД ОРНУУДАД
- БНУАУ-ын эрүүлийг хамгаалахын өнөөгийн байдал ба тулгамдсан асуудлууд 1(74)  
 ЗСБНХУ-ын эрүүлийг хамгаалах, эмнэлгийн тусламжийн чанарыг сайжруулах арга зам 2(77)  
 ЭЗХТЗ-ийн гишүүн орнуудаас БНСВУ, БНКУ болон БЧМАУ-ын эрүүлийг хамгаалахын хөгжилд үзүүлж байгаа ах дүүгийн тусламж 3(75)  
 Хутгагүй мэс засал, цахилгаан тэтгэгч хараа сэргээж байна 4(89)

## СЭТГҮҮЛҮҮДИЙН 1984 ОНЫ ЭЭЛЖИТ ШАГНАЛ ОЛГОЛОО

“НЭГДҮГЭЭР ШАГНАЛЫГ” “Полиомиелит” “Томуу, томуу төст өвчнөөс сэргийлье” зөвлөлгөө бичсэн Эрүүл ахуй халдвар нян судлалын улсын институтийн ажилтан, анагаах ухааны дэд эрдэмтэн П. Нямдаваа, „Анагаах ухааны эрдэм шинжилгээний өгөөжийг сайжруулья” өгүүлэл бичиж “Эрхэм сайхан зорилт” өгүүлэл орчуулсан ЭХЯ-ны ажилтан анагаах ухааны дэд эрдэмтэн А. Дамдинсүрэн нарт, ХОЁРДУГААР ШАГНАЛЫГ „Элэг цэсний өвчний үед хийх дасгал” нийтлэг зөвлөлгөө бичсэн Рашаан эмчилгээ-туршлага шинжилгээний төвийн эрдэм шинжилгээний ажилтан Д. Жаргалсайхан „Эрүүлийг хамгаалахын хөгжилт” өгүүлэл бичсэн Хэнтий аймгийн Эрүүлийг хамгаалах газрын дарга Ц. Гомбо нарт, ГУРАВДУГААР ШАГНАЛЫГ „Бага насны хүүхдийн асаргаа, сувилгаа”-ны талаар цуврал зөвлөлгөө бичсэн Эх нялхсыг хамгаалах эрдэм шинжилгээний хүрээлэнгийн эрдэм шинжилгээний ажилтан М. Оюунбилэг, „Нүдний даралт ихсэх өвчний клиник явцын зарим онцлог шинж” судалгааны өгүүлэл бичсэн Улсын нэгдсэн тусгай эмнэлгийн их эмч Э. Довдон нарт тус тус олголоо.

ЭМНЭЛГИЙН ХЭВЛЭЛИЙН НЭГДСЭН РЕДАКЦИ

---

### ЭМНЭЛГИЙН ХЭВЛЭЛИЙН НЭГДСЭН РЕДАКЦИЙН ЗӨВЛӨЛ

Ж. Раднаабазар (Эрхлэгч) Л. Буджав, Ш. Ванчаарай (Хариуцлагатай нарийн бичгийн дарга) Б. Гоош, Б. Дэмбэрэл, Г. Дашзэвэг, Ч. Долгор, Ш. Жигжидсүрэн, Т. Зориг, Ж. Купул, Э. Лувсандагва, П. Нямдаваа, Б. Рагчаа, Г. Цагаанхүү, Б. Шижирбаатар, Н. Шура.

Техник редактор О. Тунгалаг Хянагч Д. Болд

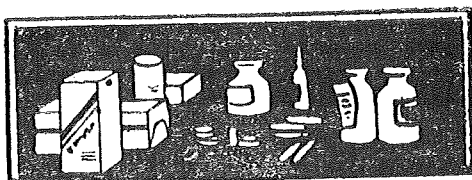
---

Өрөлтөнд 1985 оны 1 сарын 21 нд орж 3092 ш. хэвлэв.  
 Цаасны хэмжээ 70 x 108/16. Хэвлэлийн хуудас 6,0.  
 Х. н. х. 8,4 А—92832 Зах № С—111.

---

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

---



## ШИНЭ ЭМ

### НЕОКРИСТЕПИН МӨХЛӨГ (БНСЧСУ -д үйлдвэрлэв)

**Найрлага:** Ширхэг мөхлөгт хлорталидон 25 мг, дигидроэргокристин 0,58 мг, резерпин 0,1 мг тус тус орно.

**Фармакологийн чанар:** Артерийн даралтыг бууруулах төв мэдрэлийн нөлөө бүхий резерпин, судас тэлэх-альфа симпатолитик үйлдэлтэй дигидроэргокристин, шээлгэх нөлөөтэй хлорталидон зэргийг багтааснаар цусны судсыг өргөсгөн артерийн даралтыг найдвартай бууруулах чанарыг хадгална. Резерпин, хлорталидон цусанд шимэгдэн эхийн сүүгээр дамжих онцлогтой.

**Хэрэглэх заалт:** Хөнгөн ба дунд зэргийн хэлбэрийн гипертони өвчинд ялангуяа шээлгэх болон бета-литик эмүүдэд эмчилгээний үр дүн өгөхгүй байгаа үед хэрэглэнэ.

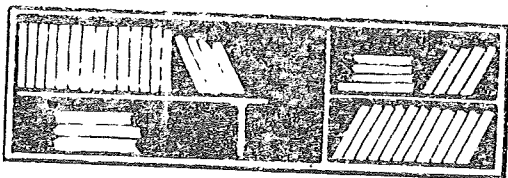
**Цээрлэх үе:** Сульфаниламидад эмзэг хүмүүс, ходоод гэдэсний шархлаа өвчин, мэдрэлийн депресси урьд өмнө өөрт нь буюу садан төрлийн хүмүүст тохиолдож байсан бол хэрэглэж болохгүй. Мөн ходоод гэдэсний шархлаа, элэг бөөрний эмгэг, цус төлжих эрхтэний өөрчлөлт болон чихрийн өвчин, жирэмслэлт зэрэгт болгоомжтой хэрэглэнэ.

**Гаж нөлөө:** Хэрэглэх үед бие махбодод кали, натрийн дутагдан үүнээс уламжлан шингэн дутагдаж болно. Зарим үед хоол тэжээлийн хямрал хааяа биеийн эсэргүүцэл сулрах, толгой өвдөх, хөдөлгөөн алдагдах, арьсны мэдрэг чанар буурах, артерийн даралт багасах, сэтгэл хямрах, цусанд чихэр ихсэх зэрэг гаж нөлөө тохиолдож болно.

Неокристепиныг хэрэглэхэд кали элбэгтэй хоол хэрэглэхээс гадна калийн талаар хяналт байнга тавих шаардлагатай.

**Тун:** Насанд хүрэгчдэд эхний өдөрт нэг удаа дараагийн өдрүүдэд өнжөөд нэгийг хэрэглэнэ. Мөхлөгийг бүхэл залгивал зохино. Хүнд үед хэрэв зохимж сайтай байвал тунг нэмэгдүүлж хоногт 2 удаа өгч болно.

Улсын эм хангамж үйлдвэрлэлийн  
газрын мэдээлэл технологийн  
тасаг



## ШИНЭ НОМ

А. Дамдинсүрэн, Г. Жамба, Н. А. Благов, В. Ф. Пэлов—  
ВИРУСТ ГЕПАТИТ

Энэхүү бүгээлд гепатитын вирусийг нээсний үр дүнд вирус гепатитын шалтгаан, эпидемиолог, эмгэл, онош, сэргийлэх, вирус гепатитын улмаас алсдаа үүсэх урсиг, үр дагаврыг судлах асуудлыг аргаах ухааны сүүлийн үеийн ололт амжилтанд тулгуурлан гаргасан байна.

Төрчлэн энэ талаар манай оронд хийж буй судалгаа шинжилгээний ажил 1979—80 онд ажилласан зөвлөлт-монголын экспедицийн хийсэн ажлыг нэгтгэн дүгнэжээ.

Уг номыг эрүүлийг хамгаалахын зохион байгуулагчид, халдварт дотор, хүүхдийн эмч, халдвар судлагч, эрүүл ахуйч, эрдэм шинжилгээний ажилтан, багш, оюутан нарт зориулав.

Б. Дэвсмаа, Г. Цэрэгмаа—ЦУС СЭЛБЭХ ЭМЧИЛГЭЭ

Уг номонд цусны эмчилгээний хөгжлийн түүх, цусны албаны зохион байгуулалт, донорын асуудал, цусны бүлгийн тухай, цус, цусны бүгээгдэхүүн, цус орлох шингэцийг бэл гэх арга ажиллагаа, цусны бэлдмэлийн бие махбодод үзүүлэх үйлчилгээ, тэдгээрийг эмчилгээнд хэрэглэх арга техник, цус сэлбэх эмчилгээг хийж болох болохгүй шалтгаан, гарч болзошгүй хүндрэл, түүнээс урьдчилан сэргийлэх арга зэрэг үндсэн асуудлыг хамааруулжээ.

Ц. Хайдав, Б. Алтанчимэг, Т. С. Варламова—ЛЕКАРСТВЕН-

## Е НЫХ РАСТЕНИЯ МОНГОЛЬСКОЙ МЕДИЦИНЫ

1978 онд анх хэвлэгдэж уншигч, судлаачдын сонирхлыг татсан учир нэмэлт засвар хийн орос хэлээр дахин хэрлэж байна.

Уг ном нь үндсэн 2 хэсэгт хуваагдана. Эхний хэсэгт ардын эмнэлэгт хэрэглэж байсан ургамлууд, хоёрдугаар хэсэгт эмнэлгийн практикт нэвтэрсэн шинэ эм бэлдмэлийн шинжилгээний материалыг судалгааны арга зүйн хамтаар тусгажээ.

Бүтээлд ургамлын 28 зураасан зураг, 8 өнгөт зураг хавсаргаснаас гадна эртний эмчлэлийн ном судгаас 42 ургамлын фото зургийг оруулсан байна.

## Я. ДОНДОГ—ЗҮРХ СУДАСНЫ СИСТЕМИЙГ БАГАЖ ХЭРЭГСЛИЙН АРГААР СУДЛАХ НЬ

Зүрх судасны өвчин хамгийн их түгээмэл өвчний нэг учир түүнийг судлах арга техник, багаж төхөөрөмжийн тоо олширч өдөр тутмын практик ажиллагаанд өргөн нэвтэрч байна. Гэвч эдгээр багаж техникийг эзэмшихэд зарим нэг бэрхшээл тохиолдож болзошгүй тул мэргэжлийн хүмүүст зориулан энэ номыг бичжээ.