



Анагаах Ухаан

3

1981

АНАГААХ УХААН

Эрүүлийг Хамгаалах Яам

11 дэх жилдээ

№ 3 (39)

1981 он

Эрдэм шинжилгээ-практикийн улирал тутмын сэтгүүл

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

АГУУЛГА

Эрүүлийг хамгаалахын чухал зорилт 3

АРДЫН ХУВЬСГАЛ, ЭРҮҮЛИЙГ ХАМГААЛАХЫН 60 ЖИЛИЙН ОЙД

- ✓ Б. Дэмбэрэл — БНМАУ-ын Эрүүлийг хамгаалахын түүхэн хөгжлийн үе, шат, түүний онцлог 6
- Г. Пүрэв, Ма. Шагдарсүрэн, Е. Н. Авилон, Д. Цагаач — Эмнэлгийн дээд мэргэжилтний хангамж, мэргэжил дээшлүүлэлт 11
- Ж. Раднаабазар, З. Түмэнгүр, Ма. Шагдарсүрэн — Эрүүлийг хамгаалах VI таван жилд 18

СУДАЛГАА, ШИНЖИЛГЭЭ

- Д. Баасанжав, Ц. Бямбажав, Ү. Пүрэвжав — Тархины судасны эмгэгийн эрт үед нүдний ёроолын судаснуудын байдалд гарах зарим өөрчлөлтүүд, тэдгээрийн тохиолдол 24
- Г. Зориг — Лабораторийн амьтны булчингийн динамик ажиллагаанд хойлогийн махны хандмалын үзүүлэх нөлөө 30
- Г. Ядамсүрэн, Д. Цэвээндорж — Аварга тосон нуурын ус шавраар арьсны зарим архаг өвчнийг эмчилсэн дүн 37
- Г. Дэмжээхүү, Но. Дондог, Д. Бат-Очир, Д. Балжинням — Гипертони өвчтэй хүмүүсийн хөдөлмөрийн чадвар түр алдалтын тухай зарим асуудал 39
- Ц. Ичинхорлоо — Глаукомын өвчлөлийн тухай судалгааны зарим үзүүдэлт 43
- А. Ламжав, Л. Хүрэлбаатар, З. Нормоа — Тарваганы тосыг эмнэлэгт хэрэглэх судалгааны асуудалд 44
- С. Батмөнх, Р. Баатар — Эмийн сангийн жор баригчийн ачааллыг судалсан дүнгээс 47
- Х. Лхагважав, Г. Тунгалаг — Зүрх судасны өвчнүүдээр гэнэт нас барах асуудалд 50

ТУРШЛАГА СОЛИЛЦЬЕ

- Л. Жамбалжав, М. Даваа, Д. Сүхээ — Хэвлийн гялтангийн угаалт хийх И. И. Дрябины аргыг хэрэглэсэн дүн. 54
- Б. Мишигдорж — Сүрьеэ өвчнийг эмчлэхэд эмийн холимгийг судсаар хэрэглэх нь 60

ГАДААД ОРНУУДАД

- Д. Батсүх — ЭЗХТЗ-ийн гишүүн орнуудаас эх нялхсын эрүүл мэндийг хамгаалах талаар явуулж буй олон талын хамтын ажиллагаа 62

МЕДИЦИНА

Министерство Здравоохранения МНР

Выходит с 1970 г.

№ 3 (39)

1981

Ежеквартальный научно-практический журнал

СОДЕРЖАНИЕ

Важнейшие задачи здравоохранения 3

К 60 ЛЕТИЮ НАРОДНОЙ РЕВОЛЮЦИИ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Б. Демберел — К вопросу периодизации истории развития здравоохранения МНР
за 60 лет народной революции 6

Г. Пурев, Ма. Шагдарсурен, Е. Н. Авилов, Д. Цагач — Подготовка медицинских
кадров с высшим образованием и их повышение квалификации 11

Ж. Раднабазар, З. Туменгур, Ма. Шагдарсурен, Е. Н. Авилов — Здравоохранение
в шестой пятилетке 18

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

Д. Басанжав, Ц. Бямбажав, Ч. Пуревжав — Изменение сосудов глазного дна
и их частота при раннем проявлении мозговой сосудистой патологии 24

Г. Зориг — Влияние экстракта мышечной ткани Алтайского улара на динамиче-
скую работу лабораторных животных 30

Г. Ядамсурен, Д. Цэвэндорж — Результаты лечения больных с хроническими,
рецидивирующими дерматозами минеральной водой и глиной озера Авар-
га тосона 37

Г. Дэжэху, Но. Дондог, Д. Бат-Очир, Д. Балжинням — Некоторые вопросы
потери трудоспособности больных с гипертонической болезнью 39

Ц. Ичинхорло — Некоторые статистические данные о глаукомах 43

А. Ламжав, Л. Хурелбаатор, З. Норсма — К вопросу изучения применения тар-
баганьего жира в медицине 44

С. Батмунх, Р. Батор — Результаты изучения нагрузок работ рецептов 47

Х. Лхагважав, Г. Тунгалаг — Скоропостижная смерть от заболеваний сердеч-
но-сосудистой системы 50

ОБМЕН ОПЫТОМ

Л. Жамбалжав, М. Дава, Д. Сухе — Результат применения перитонеального
диализа по способу И. И. Дрябина 54

Б. Мишигдорж — Применение лекарственного коктейля при туберкулезе 60

ЗА РУБЕЖОМ

Д. Батсук — Многостороннее сотрудничество стран СЭВ в области охраны здо-
ровья матерей и детей 62

БНМАУ-ЫН ЭРҮҮЛИЙГ ХАМГААЛАХЫН ХӨГЖЛИЙН

ҮЕ ШАТ

(1921—1980) он

БНМАУ-ын Эрүүлийг хамгаалахын хөгжлийн үндсэн үе	БНМАУ-ын эрүүлийг хамгаалахын хөгжлийн шат
<p>I. Ардын хувьсгалын ардчилсан шатны үе дэх эрүүлийг хамгаалах явдал. (1921—1940 он)</p>	<p>1. Бэлтгэлийн үе (I шат) (1921—1930 он). 2. Шинжлэх ухааны эмнэлэг бүрэн ялж, ардын эрүүлийг хамгаалах явдал бүрэлдэн тогтсон II шат. (1930—1940)</p>
<p>II. БНМАУ-д социалист нийгмийн үндсийг байгуулах үеийн эрүүлийг хамгаалах явдал (1940—1960 он).</p>	<p>3. Дэлхийн II дайны үе болом БНМАУ-д социалист эрүүлийг хамгаалах системийн үндэс суурь бүрэлдэн тогтсон III шат. (1940—1960 он)</p>
<p>III. БНМАУ-ын социализмыг өрнүүн байгуулалтын үеийн эрүүлийг хамгаалах явдал. (1960 оноос хойшхи үе)</p>	<p>4. Социалист эрүүлийг хамгаалах системийг бэхжүүлэн хөгжүүлж байгаа IV шат. (1960 оноос хойш)</p>

1. Шинжлэх ухааны «боловсон» эмнэлэг, эрүүлийг хамгаалах системийн өв уламжлалгүй байсан «Хуучин монгол» оронд шинжлэх ухааны эмнэлэг ардын эрүүлийг хамгаалах ажлын үндэс суурийг тавьж, эрүүлийг хамгаалах улсын байгууллага, боловсон хүчнийг бүрэлдүүлэн эхэлж, иргэний эрүүл мэндийг хамгаалах ажлыг төр улсын хэрэг болгон тунхаглаж тогтоосон хөгжлийн эхний шат (1921—1930 он) — бэлтгэлийн шат;

Хөгжлийн энэ шатанд хүн амын эрүүл мэндийг хамгаалах анхны арга хэмжээнүүдийг авч явуулахад мэргэжлийн боловсон хүчин хүрэлцээгүй, эрүүлийг хамгаалахыг удирдах ажлын дадлага туршлагагүй, ард түмний дунд лам нар, түвд эмнэлгийн нэр хүнд өндөр байснаас түвд, европ эмнэлгийг хослуулан ажиллуулж, эмнэлгийн цэг салбарыг байгуулах өргөтгөхөд санхүүгийн боломж, хөрөнгө хүч ховор мөхөс зэрэг олон бэрхшээл саадтай тулгарч байсан боловч ардын нам, засгийн газраас авч явуулсан тууштай арга хэмжээ пролетарийн диктатурын анхны орон ЗХУ-ын ах дүүгийн чин сэтгэлийн өгөөмөр тусламжийн ач үрээр даван туулж 1930-аад оны үеэс түвд эмнэлгийг шинжлэх ухааны (европ) эмнэлгээр халах бэлтгэлийг хангаж, анхдугаар үндсэн хуулиар (1924 он) «хүний өвчин эмгэгийг анагаах засах, сэргийлэх дүрэм хэмжээ тогтоох»-ыг улсын дээд эрхийг барих газарт даалгаж тус улсад иргэний эрүүл мэндийг хамгаалах ажлыг төр улсын хэрэг болгон тунхаглан тогтоож МАХН-ын анхдугаар программын заалт хэрэгжин биелсэн явдал хөгжлийн энэ шатны гол агуулга нь юм.

II. Шафын шашны мунхруулагч нөлөө, лам ёсны бүдүүлэг (түвд) эмнэлгийг үзэл суртал зохион байгуулалтын талаар ялан давж, шинжлэх ухааны эмнэлгийн бат суурийг тогтоон ардын эрүүлийг хамгаалах явдлыг бүрэлдүүлэн тогтоосон хөгжлийн II шат буюу шинжлэх ухааны эмнэлэг бүрэн ялж ардын эрүүлийг хамгаалах явдал (байгууллага) бүрэлдэн тогтсон шат (1930—1940 он).

Хөгжлийн энэ шатанд хүн амын эрүүл мэндийг хамгаалах талаар авч явуулсан арга хэмжээ нь шинжлэх ухааны (европ) эмнэлгийн цэг

салбарыг хот, хөдөөд өргөн байгуулах, зөвлөлтийн сургуулиудад болон дотооддоо анагаах ухааны мэдлэг мэргэжил бүхий үндэсний боловсон хүчнийг олноор бэлтгэж шинэ дутам байгуулагдсан ардын эрүүлийг хамгаалах явдлыг бэхжүүлэн хөгжүүлэхэд чиглэгдэж байв.

ЗХУ-ын тусламжтайгаар МАХН, засгаас авч явуулсан олон талын тууштай арга хэмжээний үр дүнд МАХН-ын II програмд эрүүлийг хамгаалах талаар дэвшүүлсэн зорилт амжилттай хэрэгжин түвд эмнэлэг, шарын шашны эсэргүүцлийг үзэл суртал зохион байгуулалтын талаар бүрэн ялж МАХН-ын X их хурал (1940 он) «...Ардын эрүүлийг хамгаалах байгууллага бүрэлдэн тогтож шинжлэх ухааны эмнэлэг эргэлтгүй ялж, ард түмний амьдралын салшгүй хэсэг боллоо» гэж дүгнэсэн нь эрүүлийг хамгаалахын хөгжлийн энэ шатны гол үр дүн мөн.

III. Дэлхийн II дайны үе болон түүний уршгийг арилган эрүүлийг хамгаалах ажлыг нэг жилийн болон удаан жилийн (3—5 жил) төлөвлөгөөтэйгээр хөгжүүлж, социалист эрүүлийг хамгаалах системийн үндэс суурийг бүрэлдүүлж тогтоосон хөгжлийн 3-р шат (1941—1960 он) Дэлхийн II дайны жилүүдэд улс орны бүх бололцоо хүчийг улсыг батлан хамгаалах, зөвлөлтийн улаан армид ах, дүүгийн тусламж үзүүлэх хэрэгт дайчлан зохион байгуулж, фронтод байгаа армийн цэргийн албан хаагчдыг эмнэлэг ариун цэврийн үйлчилгээгээр хангах асуудлыг Батлан Хамгаалах Яамны Ариун Цэврийг удирдах газар, Эрүүлийг Хамгаалах Яамны системийн байгууллагууд хариуцаж фронтын шугамын дагуу нүүлгэх ба ялган хуваарилах мэргэжлийн госпиталуудыг зохион байгуулж байлаа. Мөн фронтын ар тал нийт хүн амын дунд халдварт өвчний тархалтын эсрэг арга хэмжээг өргөн хүрээтэй авч явуулсны дүнд дайны жилүүдэд халдварт өвчин тахал хэлбэрээр тохиолдох явдлыг эрс багасгаж чадсан юм.

Дайны гал ид дүрэлзэж байсан 1942 оны 10-р сарын 5-нд аугаа их ЗХУ-ын сэтгэл харамгүй тусламжаар МУИС нээгдэж дээд боловсролтой үндэсний сэхээтнүүдийг дотооддоо бэлтгэн гаргах болсны дотор хүний их эмч нарыг бэлтгэх салбар байгуулагдсан билээ. Дэлхийн II дайн дууссаны дараа БНМАУ хөгжил дэвшлийнхээ шинэ замд шуудран орсон билээ. 1947 оны 12-р сард МАХН-ын XI их хурал хуралдаж БНМАУ-ын эдийн засаг, соёлыг хэтийн төлөвлөгөөтэй хөгжүүлэх эхлэлтийг тавьж улс ардын аж ахуй, соёлыг 1948—1952 онуудад хөгжүүлэх анхдугаар таван жилийн төлөвлөгөөг баталсан билээ. Энэ үеэс тус улсын эрүүлийг хамгаалах явдал улс ардын аж ахуй соёлын бусад салбарын адилаар хэтийн нэгдсэн төлөвлөгөөгөөр хөгжиж 1960-аад оны дундуур зохион байгуулалтын одоогийн бүтэц үндсэндээ бүрэлдэн тогтсон юм. Ийнхүү ард түмний материаллаг аж байдал, соёлын хэмжээ, эрүүл мэндийг цуцалтгүй сайжруулах талаар нам засгаас авч явуулсан улс төрийн зөв мэргэн бодлого, МАХН-ын гуравдугаар программын зорилт амжилттай хэрэгжин биелж 60-аад оны эхээр БНМАУ-д социалист нийгмийн үндэс бүрэлдэн тогтож социалист үйлдвэрлэлийн харилцаа бүрэн ялсны дүнд ардын эрүүлийг хамгаалах явдал **социалист эрүүлийг хамгаалах систем** болон өргөжин хөгжиж социалист эрүүлийг хамгаалахын үндсэн зарчмууд амьдралд хэрэгжин мөрдөгдөх нийгэм-эдийн засгийн үндэс бүрэлдэн тогтсон нь эрүүлийг хамгаалахын хөгжлийн энэ шатны гол үр дүн юм.

IV. Одоо тус улсын эрүүлийг хамгаалах явдал-социалист эрүүлийг хамгаалах системийг бэхжүүлэн хөгжүүлж, эмнэлэг үйлчилгээ, урьдчилан сэргийлэх нийт ажилд чанарын дэвшилт хийх хөгжлийн 4-р шатандаа шилжин ороод байна гэдэг дүгнэлтийг өгч болох юм.

Манай орны социалист бүтээн байгуулалт, улс ардын аж ахуй соёлын салбарын хурдан хөгжилт, шинжлэх ухаан-техникийн дэвшилт тус улсын эрүүлийг хамгаалах байгууллагын өмнө 1960-аад оны дундаас үйлдвэрийн ажилчдын эрүүл мэндийг хамгаалах, нийт хүн ам,

ялангуяа хөдөөний хөдөлмөрчдөд эмнэлгийн төрөлжсөн мэргэжлийн тусламжийг улам бүр ойртуулах, эмнэлгийн үйлчилгээний соёл, чанарыг бүхий л аргаар сайжруулах, эмнэлгийн боловсон хүчний мэргэжлийн бэлтгэл, ажлын хариуцлага, мэргэжил мэдлэгийг цуцалтгүй дээшлүүлэх, анагаах ухааны шинжилгээ судалгааны ажлыг өргөжүүлж, практикт өгөх өгөөмж, үр дүнг тодорхой болгох, ЗХУ, ах дүү социалист орны баялаг туршлагаас цуцалтгүй суралцаж нэвтрүүлэх, ариун цэврийн хяналтын үр нөлөөг эрс дээшлүүлж хүрээлэн буй орчныг бохирдлоос хамгаалах, хүн амын ахуйн болон ариун цэврийн соёлыг сайжруулах, социалист аж төрөх ёсыг хэвшүүлэхэд идэвхтэй үүрэг гүйцэтгэж туслах зэрэг олон чухал зорилтуудыг дэвшүүлэн тавьж байна.

1960 оноос хойших хугацаанд тус улсад социалист эрүүлийг хамгаалах систем бэхжин хөгжиж төв, суурин газрын хүн амыг их эмчийн ерөнхий мэргэжлийн тусламжаар үндсэнд нь хамарч, эмнэлгийн төрөлжсөн нарийн мэргэжлийн тусламжийг хөгжүүлэн хэсгийн систем, диспансерчлах арга, сум дундын эмнэлэг зэрэг үйлчилгээний зохион байгуулалтын дэвшилт хэлбэрийг нэвтрүүлэн эмчилгээний шинэ шинэ арга барилыг эзэмшиж, Анагаах Ухааны Дээд Сургууль, анагаах ухааны болон эх нялхсыг хамгаалах эрдэм шинжилгээний хүрээлэн, эрүүл ахуй халдвар нян судлалын улсын институт зэрэг эрдэм шинжилгээ-сургалтын төрөлжсөн байгууллагуудыг байгуулж багагүй амжилт олж байна.

МАХН засгаас ардын хувьсгалын жилүүдэд авч явуулсан нийгэм эдийн засгийн болон эрүүлийг хамгаалах иж бүрэн, тууштай арга хэмжээний үр дүнд өнгөрсөн 60 жилд манай оронд хүн амын гоо 3 дахин, дундач наслалт 2 дахин өсч, нас баралт 3 дахин, хүүхдийн нас баралт 8 дахин буурч, цэвэр өсөлт бараг 30 дахин нэмэгдэж сүүлийн 20 жилд тогтвортой өндөр өсөлттэй хүн ам нь залуужин эрүүлжсэн нь эрүүлийг хамгаалахын гол ололт амжилт мөн.

1980 оны байдлаар манай орны 10 000 хүн амд эмнэлгийн 107 ор, 22 их эмч, 74,5 дунд мэргэжилтэн, нэг их эмчид 457 хүн ноогдож байгаа нь эмнэлгийн орны хүрэлцээгээр социалист орны дотор 4, эмчийн хүрэлцээгээр 7-р байрыг эзэлж байна. Тус улсын эрүүлийг хамгаалахын хөгжлийн одоогийн үе шатны үндсэн зорилтыг МАХН-ын XV их хурал (1966 он)-аар баталсан намын IV программ, БНМАУ-ын Ардын Их Хурлын V дахь удаагийн сонгуулийн IV чуулганы тогтоол, МАХН-ын Төв Хорооны Улс Төрийн товчооны 1973 оны 118-р тогтоол, МАХН-ын XVIII их хурлын шийдвэр, Монголын хүний эмч нарын III их хурлын материал, БНМАУ-ын улс ардын аж ахуй соёлыг 1981—1985 онд хөгжүүлэх үндсэн чиглэлд тодорхойлон заасан байна.

Бидний IV шат буюу «Социалист эрүүлийг хамгаалах системийг бэхжүүлэн хөгжүүлж буй шат» (1960—1980 он) гэж ангилсан нь уг чанартаа социализмын материал-техникийн баазыг байгуулах үеийн эрүүлийг хамгаалахын нэг (шатлал) хэсэг бөгөөд ер нь хөгжлийн үечлэл шатлалыг нарийсгах нь тавих зорилтыг улам бүр тодорхой болгодог ач холбогдолтойгоос үндэслэн онолын хувьд нарийсган тодотгосон нь болно.

БНМАУ-ын эрүүлийг хамгаалахын түүх нь манай орны социалист бүтээн байгуулалтын түүхийн салшгүй бүрдэл хэсэг бөгөөд МАХН, социалист төрөөс хүн ардынхаа эрүүл мэндийг хамгаалах талаар авч явуулсан олон талын тууштай арга хэмжээний үр дүнгийн түүх юм. Үүний хамт БНМАУ-ын эрүүлийг хамгаалахын түүх улс орны эдийн засгийн хөгжил дэвшилтийн түвшин, чадавхид зохицуулан ардын эрүүлийг хамгаалахын хөгжлийн янз бүрийн шатанд зохион байгуулалтын ямар арга барил, хэлбэрүүдийг ашиглан БНМАУ-ын өвөрмөц нөхцөл байдалд зөвлөлтийн социалист эрүүлийг хамгаалахын үндсэн зарчим,

баялаг туршлагыг хэрхэн бүтээлчээр тохируулж хэрэглэснийг яруу тод харуулж байна.

Тус улсын социалист эрүүлийг хамгаалахын систем нь онолын үндэс, зохион байгуулалтын үндсэн зарчим, арга ажиллагааны хувьд ЗХУ болон ах дүү социалист орны эрүүлийг хамгаалах системтэй үндсэндээ адил бөгөөд социалист эрүүлийг хамгаалахын түүхэн хөгжлийн түгээмэл зүй тогтлыг давтаж байгаа боловч манай орны хөгжлийн өвөрмөц байдлаас (хөгжлийн капиталист шатыг алгасан феодализмаас социализмд шилжин хөгжсөн, улс орны эдийн засгийн хөгжлийн онцлог, хүн амын тоо, байршил г. м) шалтгаалах хэд хэдэн онцлогтой юм. Эдгээр онцлогт:

— ХХ зууны эхэнд шинжлэх ухааны эмнэлэг, эрүүлийг хамгаалах системийн өв уламжлалгүй байсан хагас колонийн хоцрогдсон оронд дэлхийн анхны пролетарийн диктатурын орон-ЗСБНХУ-ын интернационалч тусламжтайгаар орчин цагийн анагаах ухаан, шинэ хэлбэрийн ардын эрүүлийг хамгаалах байгууллагыг цоо шинээр үүсгэн байгуулж бэхжүүлэн хөгжүүлсэн явдал.

— Ангийн ширүүн тэмцэл дунд шарын шашны мунхруулагч нөлөө, түвд эмнэлгийг хортойгоор ашиглагсдын эсэргүүцлийг даван туулж шинжлэх ухааны мэдлэг мэргэжил бүхий үндэсний сэхээтэн-ардын эмч, эмнэлгийн ажилчдын армийг цоо шинээр бүрэлдүүлж социалист нийгмийн үзэл суртал-ёс суртахууны өндөр хүмүүжлээр зэвсэглэн хүмүүжүүлсэн явдал.

— Манай оронд эрт дээр үеэс үйлдвэржилт хотжилт хөгжөөгүй, цэвэр агаар, цэнгэг ус, цэмцгэр хөрс байсан боловч хүн ард нь шарын шашны мунхруулагч нөлөөнд гүнзгий автагдаж бүдүүлэг хоцрогдсон байдлыг харгалзан эрүүлийг хамгаалах ажлыг зохион байгуулах анхны үеэс эхлэн хүн амын нийт соёл, үүний дотор ариун цэврийн соёлыг дээшлүүлэх дэс дараалсан арга хэмжээ авч ариун цэвэр-гэгээрлийг суртал нэвтрүүлгийг үндсэн зорилтын нэг болгон дэвшүүлсэн явдал.

— Ардын эрүүлийг хамгаалах явдлыг үндэслэн байгуулсан эхний үеэс ард нийтэд үзүүлэх эмнэлгийн тусламжийг үнэ төлбөргүйгээр зохион байгуулснаас манай оронд эмнэлгийн үнэ төлбөртэй аль ч хэлбэр хөгжөөгүй онцлогтой.

— Улс орны эдийн засгийн бүтцийн онцлогийг харгалзан ардын эрүүлийг хамгаалах ажлыг үүсгэн зохион байгуулах эхний үеэс хөдөөний хөдөлмөрчид-малчдын эрүүл мэндийг хамгаалах, тэдэнд эмнэлгийн тусламжийг ойртуулах асуудлыг эрүүлийг хамгаалахын гол зорилт болгон дэвшүүлсэн хөгжүүлсэн явдал.

— Улс орны газар нутгийн ба хүн амын байршлын онцлогийг харгалзан эрүүлийг хамгаалах цэг салбарыг хөгжүүлэхдээ «дундын хэлбэр»-ээр зохион байгуулж шатлан хөгжүүлсэн туршлага (бригад дундын, сум дундын, аймаг дундын г. м) зэрэг онцлогуудыг тоймлон өгүүлж болох юм.

Хөгжлийн эдгээр онцлогуудыг цааш гүнзгийрүүлэн судалж БНМАУ-ын эрүүлийг хамгаалахын хөгжлийн түүх, түүний зохион байгуулалтын өвөрмөц арга барил, хэлбэрийг батлан нотлох нь Ази, Африк, Латин Америкийн хөгжиж байгаа орнууд болон колонийн дарлалаас чөлөөлөгдсөн орнуудад онолын болон практикийн чухал ач холбогдолтой юм.

НОМ ЗҮЙ

1. Д. Цагаанхүү БНМАУ-ын Эрүүлийг хамгаалахын онолын үндэс. УБ. 1960.
2. Д. Цагаанхүү БНМАУ-ын Эрүүлийг хамгаалах явдал (1918—1960) анагаах ухааны дэд эрдэмтний зэрэг горилсон зохиол. М. 1962.
3. Б. Дэмбэрэл БНМАУ-ын Эрүүлийг хамгаалахын зохион байгуулалтын зарим үндсэн асуудлууд. УБ. 1971.

К ВОПРОСУ ПЕРИОДИЗАЦИИ ИСТОРИИ РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
МНР ЗА 60 ЛЕТ НАРОДНОЙ РЕВОЛЮЦИИ
РЕЗЮМЕ

Б. Демберел

На основе изучения материалов научных исследований по истории развития здравоохранения МНР и собственных наблюдений автор выдвигает теоритическую концепцию различать основные периоды истории развития здравоохранения МНР за 60 лет народной революция следующим образом:

А. По отношению к общей истории развития здравоохранения в Монголии:

I. Состояние здоровья населения до революционной Монголии. (до 1921 г)

II. Становление и развитие здравоохранения МНР. (1921—1980)

Б. Изучив историю развития здравоохранения в МНР, сопоставив их с данными исследований других авторов и с основными периодами развития страны (МНР) автор предлагает примерную рабочую схему основные периоды и этапы развития здравоохранения МНР.

В статье подробно излагаются основные итоги и особенности развития здравоохранения в каждой из этих этапов, а также основные цели и задачи социалистического здравоохранения МНР на современном уровне развития.

В конце статьи автор выдвигает теоритическую концепцию некоторых особенностей истории развития здравоохранения МНР, которые могут иметь теоретическое и практическое значения развития здравоохранения развивающихся стран.

Г. ПУРЭВ, Ма. ШАГДАРСҮРЭН, Е. Н. АВИЛОВ, Д. ЦАГААЧ

**ЭМНЭЛГИЙН ДЭЭД МЭРГЭЖИЛТНИЙ ХАНГАМЖ,
МЭРГЭЖИЛ ДЭЭШЛҮҮЛЭЛТ**

АНАГААХ УХААНЫ ДЭЭД СУРГУУЛЬ

ЭРҮҮЛИЙГ ХАМГААЛАХ ЯАМ

ҮЙЛДВЭРИЙН ХЭТИЙН ХӨГЖЛИЙН БАЙРШЛЫН ИНСТИТУТ

Эмнэлгийн боловсон хүчин бэлтгэх, тэдний мэдлэг, мэргэжлийг дээшлүүлэх нь хоорондоо нягт холбоотой онол практикийн чухал асуудал юм.

1921 онд ялсан ардын хувьсгал Монголын ард түмний түүхэнд шинэ эрин үеийг нээсэн билээ. Хувьсгал ялах үед Монголын ард түмэн феодалын болон гадаадын мөнгө хүүлэгчдийн олон зуун жилийн давхар дарлалд нэрвэгдсэн, элдэв халдварт өвчин тархсан, эрүүл мэндээр шуйлын дорой байдалтай байлаа. Ардын засаг хувьсгалын ардчилсан шатны өөрчлөлтүүдийг хийхийн хамт ард түмний эрүүл мэндийг сайжруулах талаар олон чухал арга хэмжээ авсны нэг нь цэрэг ардыг эмчлэх эмнэлэг байгуулж ард иргэдэд үнэ төлбөргүй эмнэлгийн тусламж үзүүлсэн явдал байв.

Нэгэнт өөрийн үндэсний эмчгүй байсан учраас хөдөлмөрчдөд эмнэлгийн шаардлагатай тусламж үзүүлэх зорилгоор манай засгийн газар Зөвлөлт засгийн газарт тодорхой тооны эмч ирүүлж туслахыг хүсэлт болгосон байна. Залуу Зөвлөлт улс өөрийн орны тэр үеийн дотоодын бэрхшээлийг үл хайхран зөвхөн 1925—1932 онуудад гэхэд манай улсад ажиллуулахаар 468 эмч мэргэжилтэн ирүүлсэн байна. (1). Тус улсад ирж ажилласан эдгээр эмч, эмнэлгийн ажилчид анхны эмнэлгийн байгууллагуудыг үүсгэн байгуулж хөдөлмөрчдөд эмнэлгийн тусламж үзүүлж байсны гадна эмнэлгийн боловсон хүчин бэлтгэхэд асар их чармайлт гарган ажиллажээ.

Өөрийн оронд шинжлэх ухааны эмнэлгийг үүсгэн байгуулж хөдөлмөрчдийн эрүүл мэндийг хамгаалах хэрэгт үндэсний эмч зайлшгүй шаардлагатай байлаа. Энэ асуудлыг шийдвэрлэхийн тулд Зөвлөлт засгийн газарт хүсэлт тавьж бичиг үсэг сайтай тэргүүний залуучуудыг ЗХУ-д явуулж сургасан ба тус улсад үндэсний боловсон хүчин бэлтгэ-

хэд холбоот орос улсын ардын комиссариатын зөвлөлийн шийдвэрээр Эрхүү хотод байгуулагдсан ажилчны факультет чухал үүрэг гүйцэтгэсэн юм. ЗХУ-ын эмнэлгийн дээд дунд сургуулиудад 1926 оноос 1939 оныг дуустал хугацаанд 274 эмч, эмнэлгийн дунд мэргэжилтэн суралцаж төгссөн байна (2). Зөвлөлтөд сургууль төгссөн анхны үндэсний эмч 1927 оноос эхлэн ажилласан юм.

1942 онд ЗХУ-ын тусламжаар Улаанбаатар хотод Улсын Их Сургуулийг нээсэн явдал өөрийн оронд мэргэжилтэй боловсон хүчин бэлтгэхэд чухал үүрэг гүйцэтгэсэн юм. 1947 онд Улсын Их Сургуулийн анагаах ухааны факультетийн анхдугаар төгсөлтөөр манай орон үндэсний 13 их эмчтэй болсон байна. Өөрийн оронд эмч бэлтгэх болсноор жил тутам эмчийн тоо нэмэгдэж 1957 оныг 1947 онтой зэрэгцүүлэхэд 5 дахин, 1961 онд 1957 оныхоос 1,9 дахин өслөө. 1980 онд их эмчийн тоо 1960 оныхоос 4,2 дахин өсч 10000 хүн амд ноогдох эмчийн тоо 22 болж ЭЗХТЗ-ийн гишүүн орнуудын дундаж түвшинд ойртож, их эмчийн хангамжаар хөгжилтэй капиталист орон Англи, Япон, Францаас түрүүлэх болов. Их эмчийн тоо цөөн байх үед Зөвлөлтөөс ажиллаж байсан нарийн мэргэжлийн эмч, эрдэмтдийг дагалдан нарийн мэргэжлийн чиглэлээр эмч нар ажиллаж байв. Цаашид эмчийн тоо өсч хүн амд нарийн мэргэжлийн тусламж үзүүлэх хэрэгцээ шаардлага нэмэгдсэн нь ерөнхий мэргэжлээр төгссөн эмч нарт нарийн мэргэжил эзэмшүүлэх зохиоч байгуулалт, сургалтын шинэ арга хэлбэр зүй ёсоор тавигдсан байна.

Хүснэгт I

ИХ ЭМЧИЙН ӨСӨЛТ, ХАНГАМЖ

№:	Онууд	1925	1940	1950	1970	1980
1.	Их эмчийн тоо	2	108	873	2259	3686
2.	10 мянган хүн амд ноогдох их эмчийн тоо	0,03	1,5	9,2	17,9	21,9
3.	Нэг их эмчид ноогдох хүний тоо	325350	6740	1108	50	457

БНМАУ-ын Сайд нарын Зөвлөл, МАХН-ын Төв Хорооны 1950 оны 153/34-р тогтоолд «...аймгуудад ажиллаж байгаа их эмч нарын мэргэжлийг дээшлүүлэх зорилгоор 1951 оноос эхлэн Монгол улсын их сургуулийн дэргэд их эмч нарын мэргэжил дээшлүүлэх 3 сарын хугацаатай курсыг байгуулах»-ыг заасан байна. Энэ тогтоолын заалтыг биелүүлж 1953 онд мэс заслын эмчийн мэргэжил эзэмшүүлэх 6 хүний бүрэлдэхүүнтэй 3 сарын курс зохион байгуулагдсан нь өөрийн орны дотоодод эмч нарт нарийн мэргэжил эзэмшүүлэх зохион байгуулалттай арга хэмжээний эхлэл нь болсон байна. Үүний дараагаар 1957 онд МУИС-ийн анагаах ухааны факультетэд ЗХУ-аас уригдан ирсэн мэргэжилтнүүдийн удирдлагаар мэс заслын мэргэжлээр 14 эмч, эх барих, эмгэгтэйчүүдийн мэргэжлээр 10, арьс өнгөний 12 бүгд 36 эмч нарийн мэргэжил эзэмших курст суралцав. Ингэж өөрийн оронд курс хийхийн зэрэгцээ ЗХУ болон социалист бусад орнуудад курс, ординатурт суралцуулах, дадлага хийлгэх зэргээр эмч нарт нарийн мэргэжил эзэмшүүлэх ажил өргөжив.

БНМАУ-ын Сайд нарын Зөвлөлийн шийдвэрээр 1961/62 оны хичээлийн жилээс эхлэн Улсын их сургуулийн анагаах ухааны факультетийг өргөтгөн Анагаах ухааны дээд сургууль байгуулснаас хойш эмч, эмнэлгийн дээд мэргэжилтэй боловсон хүчинг бэлтгэн гаргахаас гадна эмч, эмнэлгийн дээд мэргэжилтний мэдлэг мэргэжлийг дээшлүүлэх ажлыг гүйцэтгэж ирсэн юм.

БНМАУ-ын Сайд нарын Зөвлөлийн 1967 оны «Хүн эмнэлгийн боловсон хүчин бэлтгэх ажлыг сайжруулах зарим арга хэмжээний тухай»

396-р тогтоолд зааснаар Анагаах ухааны дээд сургуульд их эмч нарын мэргэжил дээшлүүлэх факультетийг 1968 оноос эхлэн тусгайлан байгуулж үндсэн мэргэжлээр ординатур, аспирантурт суралцуулах, хүний их эмч нарт нарийн мэргэжлийн зэрэг олгох болов. Ийнхүү эмнэлгийн дээд мэргэжилтний мэргэжил дээшлүүлэх ажлын агуулга хэлбэр боловсронгуй болж дипломын дараах сургалтын нэгдсэн систем бүрэлдэн тогтсон байна.

МАХН-ын Төв Хороо, БНМАУ-ын Сайд нарын Зөвлөлийн 1975 оны 6-р тогтоолд «...мэргэжлээрээ ажиллаж байгаа инженер, хүний их эмч нарыг 4 жилд 1 удаа 1—3 сарын хугацаагаар үндсэн ажлаас нь чөлөөлж 1975/76 оны хичээлийн жилээс эхлэн дээд сургуулийн мэргэжил дээшлүүлэх факультетэд суралцуулах журам тогтоохоор» заасан нь эмч, эмнэлгийн дээд мэргэжилтэй боловсон хүчний мэргэжил дээшлүүлэх ажлыг цаашид сайжруулах алхам болсон юм.

Манайх ЗХУ болон социалист бусад орны туршлагыг өөрийн орны өвөрмөц байдалд тохируулан дипломын дараахь сургалтын олон хэлбэрүүдээс дараахь хэлбэрүүдийг өргөн хэрэглэж байна. Үүнд: Дипломын дараахь сургалтын анхны шат бол мэргэжил эзэмших явдал мөн. Энэ шатанд тодорхой нарийн мэргэжлийн онцлогт тохирсон сургалт явагддаг. Анх 1953 онд өөрийн орны дотоодод эмч нарт нарийн мэргэжил эзэмшүүлэх ажлыг зохион байгуулсан бөгөөд эмч нарын нарийн мэргэжил эзэмшсэн байдал мэргэжлийн ялгааг улс ардын аж ахуйн төлөвлөгөөг таван жилүүдээр таргасан судалгааг хүснэгт 2-д харуулав.

Хүснэгтээс үзэхэд: нарийн мэргэжил эзэмшүүлэх сургалт 1961—1965 онд 12 мэргэжлээр 1976 оноос 1980 онд 31 мэргэжил хүртэл өсч 32 мэргэжлээр эмч нар нарийн мэргэжил эзэмшсэн байна. Сүүлийн 10 жилд эм зүйчдийн мэргэжил эзэмшилт нэмэгдлээ. Мэргэжил эзэмшсэн дээд мэргэжилтнүүдийн дунд дотор, хүүхэд, эх барих эмэгтэйчүүд, мэс заслын мэргэжил эзэмшигчид 45 хувийг эзэлж байна. Мэргэжил эзэмшигчдийн тоог дээд мэргэжилтний нийт тоонд харьцуулж үзэхэд 63,2 хувийг эзэлж байна.

Дипломын дараахь сургалтын хоёрдох хэлбэр нь нэгэнт эзэмшсэн нарийн мэргэжлээ улам гүнзгийрүүлэн тухайн шинжлэх ухааны сүүлийн үеийн ололт амжилтаар баяжуулж мэргэжлээ дээшлүүлэх явдал мөн. Мэргэжил дээшлүүлэх сургалт 1970/71 оны хичээлийн жилээс эхлэн явагдсан ба энэ нь өндөр шаардлагатай өвөрмөц сургалтын хэлбэр мөн.

Сүүлийн таван жилд дээд мэргэжилтний мэргэжил дээшлүүлсэн мэргэжлийн тоо 2 дахин, хамрагдсан хүний тоо 2,7 дахин өсч 998 хүн суралцсан нь бүх дээд мэргэжилтний 25,4%, мэргэжил эзэмшигчдийн 40,2 хувь болж байна. Үндсэн дөрвөн мэргэжлээр хүүхдийн эмч 22,3%, дотор 11,6%, эх барих эмэгтэйчүүд 9,5%, мэс засал 4,5 хувь эзэлж байна.

Мэргэжил дээшлүүлэх сургалт ингэж өөрийн оронд зохиогдохын зэрэгцээ ЗХУ болон бусад социалист орнуудад янз бүрийн чиглэлээр эмч нарыг явуулж мэргэжлийг нь дээшлүүлэх ажил далайцтай хийгдэж байна. 1964—1970 онуудад ДЭХБ-ын шугамаар 21 мэргэжлээр 113 эмч, мэргэжилтэн суралцсан бол 1971 оноос ДЭХБ-ын шугамаас гадна шинжлэх ухаан техник, соёл, худалдааны хэлэлцээрийн шугамаар гадаад орнуудад явж мэргэжил дээшлүүлэгчдийн тоо жил бүр өссөн байна.

Гадаадад мэргэжил дээшлүүлэгчдийн тоо сүүлийн хоёр таван жилд ойролцоо байгаа бөгөөд 1971—1975 онд ДЭХБ-ын шугамаар суралцагсад 54% байсан бол 1976—1980 онд 46,3 болж, бусад шугамаар суралцагсдын тоо өсчээ. Сүүлийн 10 жилд гадаад орнуудад суралцагсдын 50,1% нь ДЭХБ-ын зардлаар явж суралцагсад эзэлж байна.

ИХ ЭМЧ НАРЫН МЭРГЭЖИЛ ЭЗЭМШСЭН БАЙДАЛ

Д/Д	Мэргэжил	Таван жил				Бүгд	Хувийн жин
		III 1965	IV 1966—1970	V 1971—1975	VI 1976—1980		
1	Дотор	27	66	135	137	385	15,5
2	Хүүхэд	44	11	86	131	272	11,0
3	Мэс засал	55	31	32	62	193	8,0
4	Эх барих	28	64	88	70	251	10,5
5	Арьс өнгө	25	24	21	29	112	4,5
6	Сүрьеэ	—	23	20	17	60	2,4
7	Халдварт	45	21	31	60	157	6,3
8	Мэдрэл	16	—	17	16	49	2,0
9	Нүд	8	17	28	—	63	2,1
10	Чих хамар хоолой	9	17	29	25	80	3,2
11	Клиник биохими	13	29	12	35	84	3,4
12	Физик эмчилгээ	—	30	—	15	45	1,8
13	Реабилитаци	—	—	—	16	16	0,6
14	Бактериолог	20	—	—	13	33	1,3
15	Халдвар судлал	—	—	22	25	47	1,9
16	ЭХЗБ	25	—	28	30	83	3,4
17	Эмнэлгийн статистик	—	—	22	28	50	2,0
18	Эрүүл ахуйч	—	—	49	25	74	3,0
19	Рентген	—	18	9	44	71	2,9
20	Эмгэг анатоми	—	10	10	25	45	1,9
21	Гэмтэл согог	—	—	16	12	28	1,1
22	Анестезиолог	—	31	9	8	48	1,9
23	Сэтгэл мэдрэл	—	—	24	36	60	2,4
24	Стоματοлогч эмч	—	—	15	22	37	1,5
25	Цехийн эмч	—	—	—	8	8	0,3
26	Зүү, төөнө засал	—	—	—	23	23	0,9
27	Хоолны эмч	—	—	—	8	8	0,3
28	Эмийн мэргэжилтэн	—	—	20	72	92	3,7
	Бүгд	315	387	723	1013	2438	100,0

Эмч нарын мэргэжил дээшлүүлэх өөр нэг дээд хэлбэр нь клиникийн ординатурын сургалт юм. Энэ сургалт эмнэлгийн нарийн мэргэжлийн гүнзгий мэдлэгтэй, зохион байгуулах ажлын дадлагатай, мэргэжлийн дагуу аймаг, хотын нэгдсэн буюу тусгай мэргэжлийн эмнэлэгт бие дааж ажиллаж мэргэжлийн зөвлөлгөөн өгөх чадвартай цаашдаа аспирантурт суралцах ба зэргийн шалгалтанд орох эрх бүхий боловсон хүчнийг бэлтгэх зорилготой юм.

Клиникийн ординатурын сургалт 1969 оноос эхлэн, өнгөрсөн 12 жилд 18 мэргэжлээр 183 эмчийг төгсгөжээ.

Эмнэлгийн өндөр нарийн мэргэжлийн тусламжийг сайжруулах зорилгоор практикийн байгууллагад ажиллаж зохих болзол ханган шалгалт өгсөн эмч нарт эмчийн зэрэг олгодог нь бусад мэргэжлийн боловсон хүчний системд байдаггүй, эмч нарын мэргэжил дээшлүүлэх өвөрмөц нэгэн хэлбэр юм. Эмч нарт нарийн мэргэжлийн зэрэг олгох ажил 1969 оноос эхэлсэн бөгөөд өнгөрсөн 12 жилийн хугацаанд эмчийн I, II зэргийг 151 эмч хамгаалсан нь нийт эмчийн 4,1 хувь болжээ.

Эмчийн мэргэжлийн I, II зэргийг 18 нарийн мэргэжлээр хамгаалсны 53,3 хувийг дотор, хүүхэд, эх барих, эмэгтэйчүүд, мэс заслын эмч нар эзэлж байна.

Сүүлийн жилүүдэд ЗХУ болон социалист орнуудаас уригдан ирсэн өндөр боловсролтой нарийн мэргэжлийн эмч, эрдэмтэд болон өөрийн

Хүснэгт 3

ДИПЛОМЫН ДАРААХ СУРГАЛТЫН ДИНАМИК СУДАЛГАА
Мэргэжил эзэмшүүлэх сургаат

Он	Түвшин	цэвэр өсөлт бу- юу хорогдол	өсөлт бууралтын хурд	цэвэр өсөлт бу- юу хорогдлын хурд	цэвэр өсөлт бу- юу хорогдлын 1% холбогдол	Тэгшитгэл
1971	140	—	—	—	—	—
1972	177	37	126,42	26,42	1,39	—
1973	191	14	107,90	7,91	1,70	1,66
1974	144	-47	75,30	24,60	1,91	1,68
1975	169	25	117,35	17,36	1,44	1,67
1976	240	71	142,01	42,01	1,69	1,83
1977	273	33	113,75	13,75	2,40	2,27
1978	187	-86	68,49	31,50	2,73	2,33
1979	292	105	156,15	56,15	1,87	2,50
1980	167	-125	57,19	42,81	2,92	—

Хүснэгт 4

МЭРГЭЖИЛ ДЭЭШЛҮҮЛЭХ СУРГАЛТ

Он	Түвшин	цэвэр өсөлт бу- юу хорогдол	Өсөлт буурал- тын хурд	цэвэр өсөлт бу- юу хорогдлын хурд	цэвэр өсөлт бу- юу хорогдлын 1% холбогдол	Тэгшитгэл
1971	113	—	—	—	—	—
1972	143	30	126,54	26,54	1,13	—
1973	179	36	125,18	25,17	1,43	1,45
1974	171	-8	95,53	-4,46	1,79	1,64
1975	151	-20	88,30	-11,69	1,71	1,67
1976	231	80	152,98	52,98	1,51	1,84
1977	241	10	104,32	4,32	2,31	2,07
1978	309	68	128,21	28,21	2,41	2,63
1979	235	-74	76,05	-23,94	3,09	2,49
1980	239	4	101,70	1,70	2,35	—

орны эрдэмтдийг тусгай программаар дагалдан суралцаж мэргэжил эзэмших, дээшлүүлэх явдал улам өргөн далайцтай зохиогдож байна.

Мэргэжилтэн дагалдан суралцах явдал гол төлөв курс зохион байгуулах бололцоогүй тийм нарийн мэргэжлээр явагддаг юм. Зөвлөлт Холбоот Улсад өргөн хэрэглэж байгаа мэргэжил дээшлүүлэх шинэ хэлбэр болсон явуулын семинартай ойролцоо манайд нэвтэрсэн мэргэжил дээшлүүлэх нэг хэлбэр бол багш шавийн уулзалт юм. Багш-шавийн уулзалтаар эрдэмтэн багш нар хөдөлмөрчдөд болон эмч, эмнэлгийн ажилчдад лекц унших, өвчтөн үзэж зөвлөлөгөөн өгөх, онол практикийн бага хурал зохиох, эмч нарын ажлыг аттестатчилж дүгнэлт өгөх зэрэг өргөн хүрээтэй ажлуудыг гүйцэтгэдэг юм.

Бид сүүлийн 10 жилийн материалд статистик судалгаа хийж, мэргэжил дээшлүүлэх сургалтанд хамрагдагсдын эзлэх хувь, түүний хэтийн төлөвийн талаар судалсан юм. Хүснэгт 5—6-аас үзэхэд өнгөрсөн 10 жилийн хугацаанд дээд мэргэжилтний дипломын дараах сургалт

ЭМЧ, ЭМНЭЛГИЙН ДЭЭД МЭРГЭЖИЛТНИЙ МЭРГЭЖИЛ ДЭЭШЛҮҮЛЭЛТИЙН СУДАЛГАА

(1951—1990) 30 жилээр

№	Он таван жилээр	Мэргэжил дээшлүүлэх сургалтын камрадсан бүх их эмч	Үүнээс				Бүх их эмчийн дундаж жилд эзлэх хувь
			Мэргэжил эзэмшсэн		Мэргэжил дээшлүүлсэн		
			Эмч, эмнэлгийн дээд мэргэжилтний тоо	Хувь	Эмч эмнэлгийн дээд мэргэжилтний тоо	Хувь	
1	1951—1955	6	100,0	—	—	—	
2	1956—1960	36	100,0	—	—	—	
3	1961—1965	315	100,0	—	—	5,1	
4	1966—1970	662	58,2	277	41,8	6,4	
5	1971—1975	1616	50,8	795	49,2	11,3	
6	1976—1980	2419	47,9	1261	52,1	13,6	

Хүснэгтээс үзэхэд: 1951—1965 онуудад эмч нарын мэргэжил эзэмших сургалтын хэлбэр дагнаж байсан бол 1966 оноос эхлэн доош, гадаадад мэргэжил дээшлүүлэх сургалт явагдаж, мэргэжил дээшлүүлэх олон хэлбэрийн ажил зохиогдож байна. Сүүлийн жилүүдэд мэргэжил дээшлүүлэх сургалт давамгайлах хандлагатай байна.

байнга нэмэгдсэн байна. Түвшингээр нь үзвэл мэргэжил эзэмшилт 1974, 1978, 1980 онуудад, мэргэжил дээшлүүлэлт 1974, 1975, 1979 онуудад буурсан харагдах боловч статистикийн шилжих дундачийн аргаар тэгшитгэж үзэхэд байнга нэмэгдсэн байна. 1972 онд мэргэжил эзэмшүүлэх сургалтын нэг хувьд ноогдох үнэмлэхгүй хэмжигдэхүүн нь 1,39, 1980 онд 2,92 болж, мэргэжил дээшлүүлэх сургалтад 1972 онд 1,13, 1979 онд 3,09 болж өссөн байна. Үүнээс үзэхэд сүүлийн жилүүдэд мэргэжил эзэмшүүлэх, дээшлүүлэх сургалт эрчимтэй явагдаж бараг 3 дахин нэмэгдсэнийг гэрчилж байна.

1961—1965 онуудад ажиллаж байсан бүх эмчийн 5,1 хувь буюу жилд дунджаар 63 эмч мэргэжил дээшлүүлэх сургалтанд хамрагдаж байсан бол 1976—1980 онуудад 13,6 хувь буюу жилд дундачаар 545 болж өссөн байна. 1980 оны тайлангийн материалаас үзэхэд 3686 эмч, 237 эмч зүйч ажиллаж байна. Долдугаар таван жилийн төлөвлөгөөний жилүүдэд жил тутамд төгсөлтөөр 300 гаруй мэргэжилтэн нэмэгдэж, ажиллагсад нэг хувиар хорогдоно гэж үзвэл 1985 онд эмч, эм зүйчдийн тоо 5000 гарах төлөвтэй байна. Нарийн мэргэжлээр ажиллаж байгаа эмч бүр 4 жил тутамд дипломын дараах сургалтанд хамрагдана гэсэн заалтыг хэрэгжүүлэх үүднээс төлөвлөлтийн практикт жилд ажиллаж байгаа мэргэжилтний 16—18 хувийг мэргэжил дээшлүүлэх сургалтад хамруулах нь зохимжтой гэж үзэж байна. Энэ асуудлыг эрүүлийг хамгаалах салбарын хөгжил, байршлын 1990 он хүртэлх схемд харгалзан үзсэн юм. Хэрэв 1985 онд дипломын дараах сургалтанд ажиллаж байгаа эмчийн 16%-ийг хамарна гэж үзвэл 750—850 хүн, 1990 онд 18 хувьд хүргэнэ гэвэл 1150—1250 хүнийг сургах хэтийн төлөв гарч байна. Энэ нь эмч, мэргэжилтний мэргэжил дээшлүүлэх сургалтын чанарыг дээшлүүлж, сургалтын арга хэлбэрийг улам боловсронгуй болгон, материаллаг баазаар бэхжүүлж, багшлах боловсон хүчний хангамжийг сайжруулж зохион байгуулалтын арга хэмжээ авахыг шаардаж байна.

ДҮГНЭЛТ

1. Манай улс 10 мянган хүн амд ноогдох их эмчийн хангамжаар ЭЗХТЗ-ийн гишүүн орнуудын дундаж түвшинд ойртож, Англи, Франц, Япон зэрэг хөгжилтэй капиталист орноос түрүүлэх боллоо.

2. Эмнэлгийн дээд мэргэжлийн боловсон хүчнийг бэлтгэх, тэдний мэргэжлийг дээшлүүлэх сургалтын бүхэл бүтэн систем бүрэлдэн тогтож, улсын нэгдсэн төлөвлөгөөгөөр зохицуулагдаж байна. Эмнэлгийн дээд мэргэжилтний 63,2 хувь нь мэргэжил эзэмшиж тэдний 36,4 хувь нь курсээр мэргэжил дээшлүүлсэн байна.

3. Дипломын дараах мэргэжил дээшлүүлэх хэлбэрт курсын сургалт голлож, мэргэжилтэн дагалдаж суралцах, клиникийн ординатурт суралцуулах, эмчийн мэргэжлийн зэрэг хамгаалах, багш-шавийн уулзалт зохиох зэрэг хэлбэрүүдээр явагдаж дотооддоо сургах боллоо. Гадаадад сургах сургалт 19 хувь эзэлж байна.

4. Одоогоор манайд нэвтрээгүй ЗХУ болон бусад социалист орнуудад өргөн хэрэглэж байгаа сэдэвчилсэн мэргэжил дээшлүүлэлт, эчнээгээр эхэлж богино хугацааны курсээр дуусгадаг мэргэжил дээшлүүлэлт, явуулын семинар зохиох зэрэг хэлбэрүүдийг эхлэх боломж бүрдсэн байна.

5. Дипломын дараах мэргэжил дээшлүүлэх сургалтанд хамрагдсан эмч, мэргэжилтний тоо байнга өсч, сүүлийн 20 жилд мэргэжил дээшлүүлэх сургалтын 1 хувьд ноогдох бодит тоо бараг 3 дахин нэмэгдэв. Дан мэргэжил эзэмшүүлэх сургалтаас мэргэжил дээшлүүлэх сургалт зонхилох болж цаашид улам нэмэгдэх төлөвтэй байна.

6. Эмнэлгийн дээд мэргэжилтний мэргэжил дээшлүүлэх сургалтанд хамрагдах хүний тоог ажиллаж байгаа мэргэжилтний 16—18 хувиар тогтоож төлөвлөх нь зохистой харьцаа гэж үзэж байна.

7. Эмнэлгийн боловсон хүчний хангамж нэмэгдэж, мэргэжил дээшлүүлэх мэргэжилтний төсө өсч байгааг харгалзан мэргэжил дээшлүүлэх сургалтын чанарыг сайжруулахын тулд эмч нарын мэргэжил дээшлүүлэх факультетыг өргөтгөж институт болгон зохион байгуулалтын өөрчлөлт хийж, шаардлагатай материаллаг бааз, багшлах боловсон хүчнээр хамгах шаардлага тавигдаж байна.

НОМ ЗҮЙ

1. Б. Дэмбэрэл, М. А. Ибрагимов
Очерки по истории развития здравоохранения МНР «Медицина» 1977 с 85—181.
2. Г. Магсаржав Эрүүл энхийн төлөө сонин. 1981 № 16.

Ж. РАДНААБАЗАР, З. ТҮМЭНГҮР, Ма. ШАГДАРСҮРЭН

ЭРҮҮЛИЙГ ХАМГААЛАХ VI ТАВАН ЖИЛД

ЭРҮҮЛИЙГ ХАМГААЛАХ ЯАМ
ҮЙЛДВЭРИЙН ХӨГЖЛИЙН ХЭТИЙН БАЙРШЛЫН ИНСТИТУТ

МАХН-ын XVIII их хурлаас дэвшүүлсэн зорилтын дагуу хөдөлмөрчдийн материаллаг аж байдал, соёлын түвшин хэлбэрэлтгүй дээшилж хүн амд үзүүлэх эмнэлгийн тусламжийг хэрэгжүүлэх зорилт амжилттай биелэлдлээ.

Эрүүлийг хамгаалах салбарыг хөгжүүлэх талаар VI таван жилийн төлөвлөгөөний удирдамжинд эмнэлгийн төрөлжсөн тусламж үзүүлэх явдлыг өргөжүүлэн сайжруулж, хүн амын дунд эмнэлгийн урьдчилан сэргийлэх арга хэмжээг хүчтэй болгох, эмнэлгийн байгууллагуудыг материаллаг баазаар бэхжүүлэх, оношлогоо эмчилгээний орчин үеийн арга барилыг өргөн нэвтрүүлэх, үйлчилгээний чанар, соёлыг дээшлүүлэх, их эмч, эмнэлгийн дунд мэргэжилтэн бэлтгэх, тэдний мэргэжлийг дээшлүүлэх ажлыг чанаржуулахыг онцлон заасан юм.

Эрүүлийг хамгаалах ажлыг хөгжүүлэх талаар нам засгаас байнга анхаарч олон чухал арга хэмжээнүүд авч хэрэгжүүллээ. 1976—1980 онд эрүүлийг хамгаалах салбарт онцгой чухал олон үйл явдал боллоо.

Эрүүлийг хамгаалах хууль баталж гаргасан нь улс төрийн онцгой ач холбогдолтой түүхэн үйл явдал болсон юм.

Эрүүлийг хамгаалахын 55 жилийн ойг тэмдэглэж монголын эмч нарын III их хуралдаж эмнэлгийн ажилтнуудаас анхны хөдөлмөрийн баатрууд төрж гарлаа.

Эрүүлийг хамгаалах байгууллагын материаллаг баазыг бэхжүүлэх, ариун цэвэр, урьдчилан сэргийлэх арга хэмжээг хүчтэй болгох, эмнэлгийн боловсон хүчний талаар, мөн эх нялхсын эрүүл мэндийг хамгаалах асуудлыг цаашид сайжруулах арга хэмжээний талаар олон чухал тогтоол шийдвэр гаргалаа. Эрүүлийг хамгаалах салбарын хөгжил, байршлын 1990 он хүртэлх схемийг анх удаа боловсруулж, хүн амд эмнэлгийн тусламж үзүүлэх норм, эмнэлгийн боловсон хүчний хэрэгцээний нормативыг баталж төлөвлөлтийн практикт ашиглах боллоо.

VI таван жилд төсөвт зардал 40 гаруй хувиар өсч, ажиллагсдын тоо 4,8 мянгаар нэмэгдэн 31,2 мянгад хүрэв. 1976—1980 онд бүх сум нэгдэл, сангийн аж ахуй, төвлөрсөн хороо захиргааг их эмчийн сал-

бартай болгох ажлыг дуусгаж хүн ам их эмчийн үйлчилгээнд бүрэн хамрагдах боллоо.

Эрүүлийг хамгаалахын хөгжлийн үндсэн үзүүлэлтийг хүснэгтээр үзүүлбэл:

	1970	1975	1980
1. 10000 хүн амд ногдох			
а) Ажиллагсдын тоо	163	180	185
Үүлээс их эмч	17,9	19,9	21,9
Эмнэлгийн дунд мэргэжилтэн	62,9	71,8	74,5
б) Эмнэлгийн ор	94,3	97,7	107,6
2. Нэг их эмчид ногдох хүн ам	560	500	457
3. Нэг иргэнд ногдох эмнэлгийн үзлэгийн тоо	7,3	7,8	8,7
4. Нэг хүнд ногдох эмнэлгийн төсөв (төгрөгөөр)	126	147	186
5. Хөдөөний хүн амын их эмчийн үйлчилгээнд хамрагдсан байдал (хувиар)	67,1	96,9	100,0

Эмнэлгийн салбар цэгийн талаар. Таван жилд эмнэлгийн салбарын тоог нэмэгдүүлэх, өргөтгөх ажил хийгдэж 240 гаруй салбар шинээр байгуулж атрын сангийн аж ахуйнуудад эмнэлгийн салбарыг иж бүрнээр байгуулах ажил хийгдлээ. Багануур, Зүүнхараад нэгдсэн эмнэлэг байгуулж Дархан, Улаанбаатарт 90—120 ортой хүүхдийн больниц байгууллаа.

Агаар эмчилгээний болон бөөрний сувилал зохион байгуулж ажиллуулав. Сум дундын эмнэлэг 4, их эмчийн салбар 30, бага эмчийн салбар 110, эмийн сан 36, хүүхдийн ясли 47 шинээр байгуулав.

Эмнэлгийн салбарын удирдлага зохион байгуулалтыг төгөлдөржүүлэх талаар арга хэмжээ авч салбаруудын ажиллагсдын тооны норматив шинэчлэн батлах ажил хийгдсэний гадна сүрьеэ, арьс өнгөний нэгдсэн төвүүд байгуулсан нь сургалт, үйлдвэрлэлийн холбоог сайжруулж мэргэжлийн удирдлагыг төвлөрүүлэх чухал арга хэмжээ боллоо. Улаанбаатар хотод ихэр, өнчин хүүхдийг сувилгах газар байгууллаа.

Хөдөө аж ахуйн нэгдэл, САА-н бригад, ферм, тасагт бага эмчийн салбар байгуулах ажил үргэлжлэн хийгдэж үндсэндээ дуусч байна.

Ариун цэвэр, урьдчилан сэргийлэх ажлын үр нөлөө үлэмж өсч байна. Бруцеллёзийн улсын диспансер байгуулж аймагт хөдөлгөөнт бригад ажиллуулах боллоо. Хортон мэргэгчидтэй тэмцэх товчоо байгуулснаас гадна аймгуудад групп ажиллуулах боллоо. Байгалийн голломтын идэвхжил бүхий зарим аймагт гоц аюулт халдварт өвчтөнтэй тэмцэх станц байгууллаа. Хүрээлэн байгаа орчныг бохирдлоос хамгаалах, эрүүлжүүлэх, энэ талаар гарсан хууль, тогтоомж шийдвэрийг биелүүлэх, ариун цэврийн урьдчилсан болон явцын хяналтыг чанаржуулах, халдварт өвчнөөс урьдчилан хамгаалах талаар нилээд ажил зохиов. Таван жилд арваад төрлийн урьдчилан сэргийлэх тарилгаар давхардсан тоогоор 5,5 сая гаруй хүнд тарилга хийсэн байна.

Барилга байгууламж, үйлдвэр үйлчилгээний байгууллагын 87—90 хувийг ариун цэврийн урьдчилсан хяналтад хамардаг боллоо.

Эмнэлгийн боловсон хүчин бэлтгэх, тэдний мэргэжлийг дээшлүүлэх талаар чухал арга хэмжээнүүд авав.

Эмнэлгийн хэвлэлийн нэгдсэн редакц байгуулж «Эрүүл энхийн төлөө» сонин, «Жаргалан» зурагт сэтгүүл шинээр бий болгосон нь эмнэлгийн боловсон хүчний мэргэжил, хариуцлагыг дээшлүүлэх, эрүү-

лийг хамгаалахын удирдлага, зохион байгуулалтыг төгөлдөржүүлэх, шинэ санаачлага, тэргүүн туршлагыг нийтийн хүртээл болгох, эрүүл мэндийн сурталчилгаа зохион байгуулахад онцгой ач холбогдолтой арга хэмжээ боллоо. Анагаах ухааны дээд сургуульд хүүхдийн эмчийн анги нээж, Дарханы сувилагчийн сургуулийг анагаах ухааны дээд сургууль болгов.

Анагаах ухааны дээд сургуулийн 1980—1981 оны хичээлийн жилд элссэн оюутны тоог 1975—1976 оныхтой харьцуулахад 31,5 хувь, мөн анагаах ухааны дунд сургуулиудад элсэгчид 48,4 хувиар өсч 10000 хүн амд эмнэлгийн мэргэжлээр суралцагчид дээд сургуульд 12,8, дунд сургуульд 17,2 боллоо. Эмнэлгийн дунд мэргэжилтэн бэлтгэх ажлын чанар дээшилж, 10 шахам мэргэжлээр бэлтгэн тусгай мэргэжлийн бүрэн дунд боловсролын диплом олгодог боллоо.

Эмнэлгийн сувилагчийг ерөнхий боловсролын 10-р ангийн боловсролтой хүмүүсээс элсүүлж хоёр жилээр суралцуулах болсон нь сувилагч бэлтгэдэг олон улсын дундаж хэмжээнд хүрлээ. Сувилагчийн цалинг 8—10 хувиар нэмэгдүүллээ. Таван жилд дээд боловсролтой 1280, дунд боловсролтой 4320 гаруй мэргэжилтэн бэлтгэж ажилд хуваарилав. Оюутны сургалтын материаллаг бааз бэхжиж орон сууцны хангамж сайжран 300 ортой оюутны сууц хоёр баригдав. Эмнэлгийн боловсон хүчний мэргэжлийг дээшлүүлэхэд онцгой анхаарч хүний их эмч нарт мэргэжлийн зэрэг олгох дүрмийг шинэчлэн, эм зүйч нарт мэргэжлийн зэрэг олгох болов. Хөдөөгийн анагаах ухааны дунд сургуулиудын дэргэд эмнэлгийн дунд мэргэжилтний мэргэжил дээшлүүлэх анги байгуулах боллоо. Өнгөрсөн таван жилд жил тутам ажиллаж байсан эмнэлгийн дээд мэргэжилтний 13,6%, дунд мэргэжилтний 9 орчим хувь нь мэргэжил дээшлүүлэх сургалтад хамрагдаж одоо их эмчийн 80 гаруй хувь нь нарийн мэргэжлээр ажиллаж, 40 шахам нарийн мэргэжлээр эмнэлгийн тусламж үзүүлэх боллоо. Эмчийн нарийн мэргэжлийн зэрэгтэй 150 орчим, ординатур төгссөн 180 гаруй эмч ажиллаж байна. Эмнэлгийн боловсон хүчний тоо өсч хангалт дээшилсээр байна. Өнгөрсөн таван жилд их эмчийн тоо хотод 27%, аймагт 24%, эмнэлгийн дунд мэргэжилтэн хотод 20%, аймгуудад 19% өссөн байна.

Эмчлэн сэргийлэх тусламж. Хүн амд эмнэлгийн нарийн мэргэжлийн тусламжийг ойртуулах, өргөжүүлэхэд анхаарч эмнэлгийн үйлчилгээний хамгийн хүртээмжтэй, нийтлэг хэлбэр амбулатори поликлиникийн тусламжийг давуутай хөгжүүлэх зорилт тавин хэрэгжүүлж байна.

Одоо их эмчийн 36 хувь нь амбулатори-хэсгийн үйлчилгээнд ажиллаж байна.

Амбулаторийн нийт үзлэгийн хэмжээ 27 хувиар өсч нийт үзлэгийн 50 шахам хувийг урьдчилан сэргийлэх үзлэг эзэлж, диспансерийн хяналт сайжирч байна.

Эмнэлгийн үзлэгт нэг иргэн жилдээ 8,7 удаа үзүүлэх боллоо.

Хот, аймгийн төвүүдэд хэсгийн эмнэлгийн үйлчилгээ өргөжиж, нэгдсэн хэсгийн тоо нэмэгдлээ. Хүүхдийн хэсгийн тоо 61 хувиар өсч 292 болов. Эх барих эмэгтэйчүүдийн хэсэг 40 гаруй, дотрын хэсэг 60 шахам, үйлдвэрийн ажилчдад үйлчлэх цехийн хэсэг 40 ажиллаж байна. VI таван жилд больницын орны тоо 26,6 хувиар өссөний дотор хотуудад 23%, сум дундын эмнэлэгт 24%, их эмчийн салбарт 45% өссөн байна.

Нарийн мэргэжлийн төрөлжсөн тусламжийг хүн амд ойртуулах чиглэлээр аймаг дундын үйлчилгээ бүхий сэтгэл мэдрэлийн ортой диспансер, гэмтлийн тасаг байгуулав.

Эмчилгээний арга барилд эмийн бус эмчилгээ, сэргээн засах, нөхөн сэлбэх, эрчимт эмчилгээг өргөжүүлж, зүү төөнүүр, усан болон би-

еийн тамир эмчилгээний хэлбэр нэмэгдлээ. Эмчилгээ оношлогооны туслах тасаг кабинетыг өргөтгөн иммунологийн лаборатори байгуулж дотор эрхтэн дурандах, туяагаар оношлох, дархлал, удамшил өвчин судлах, бөөр орлох хиймэл аппарат ажиллуулах зэрэг эмчилгээ оношлогооны шинэ арга нэвтрүүлэх ажлыг өргөжүүлэв.

Эрүүлийг хамгаалах салбар эмчилгээнд гарч байгаа тэргүүн туршлагыг дүгнэж ШБОС тэргүүн туршлага, ШБОС-тайлан үзэсгэлэнг жил бүр гаргадаг боллоо. Эмнэлэг үйлчилгээнд 1000 гаруй тэргүүн туршлага, тэргүүний арга барил нэвтэрч 300 гаруй ШБОС гарсны 200 гаруй нь үйлдвэрлэл, үйлчилгээнд нэвтэрсэн байна.

Эмнэлгийн яаралтай тусламж үзүүлэх ажлыг сайжруулж хоёр талын богино долгионы холбоо хэрэглэн тусламж үзүүлэх хугацааг богиносгож машины ашиглалтыг сайжруулсны зэрэгцээ яаралтай тусламж үзүүлэх мэргэжлийн бригад байгуулсан байна. Өвчтөний амь насанд аюултай үед уналга, тээврийн хэрэгслийг үнэ төлбөргүй дайчлан хэрэглэх эрх олгосон нь яаралтай тусламжийг цаг алдалгүй үзүүлэхэд чухал арга хэмжээ боллоо.

Анагаах ухаан эрдэм шинжилгээний ажил VI таван жилд анагаах ухааны салбарыг хөгжүүлэх, эрдэм шинжилгээ судалгааны ажлыг өргөтгөх талаар нилээд арга хэмжээ авлаа. Өнгөрсөн таван жилд Анагаах ухааны хүрээлэн, Анагаах ухааны дээд сургууль, эх нялхсыг хамгаалах эрдэм шинжилгээний хүрээлэн «Хүний янз бүрийн өвчнийг оношлох эмчлэх ба урьдчилан сэргийлэх одоогийн арга барилыг боловсронгуй болгож, шинэ аргыг эзэмших ба хүн амд үзүүлэх эмчлэлийн тусламжийг сайжруулах арга хэмжээ боловсруулах асуудалд» холбогдох 21 даалгавар, 67 сэдэв, 132 дэд сэдвийн ажлыг хийж гүйцэтгэх ба үргэлжлүүлэн явуулж байна. Эх нялхсын эрдэм шинжилгээний хүрээлэн байгуулсан нь энэ чиглэлээр дорвитой судалгаа хийх зохион байгуулалтын томоохон арга хэмжээ боллоо.

Хүүхдийн амьсгалын замын өвчин, удамшлын зарим эмгэг, хүүхдийн хоол тэжээлийн норматив, эх хүүхдэд үзүүлэх эмнэлгийн тусламжийн зохион байгуулалтын талаар судалгаа явуулж байна. ЭЗХТЗ-ийн гишүүн орнуудын хүрээнд хүн амын өвчлөл судлах программт ажилд манай эрдэмтэд оролцож БНМАУ-ын хүн амын өвчлөлийн түвшинг судлах томоохон ажил хийгдэж эхлэв.

Ардын эмнэлгийн хүрээлэнг эрүүлийг хамгаалах яамны харьяанд байгуулж больницын ор, төрөлжсөн эмийн сантай ажиллуулах боллоо.

Анагаах ухааны эрдэм шинжилгээний ажлын үр дүнг эрүүлийг хамгаалахын практикт нэвтрүүлэх, шинжлэх ухаан практикийн холбоог өргөтгөх талаар нилээд ажил хийв. Таван жилд 40 гаруй эмч эрдмийн зэрэг хамгаалж нийтдээ 150 орчим эрдэмтэн эмч, эм зүйч эрдэм шинжилгээний сургалт, эмнэлгийн байгууллагад ажиллаж байна. Эрдэм шинжилгээний ажлын практик үр нөлөөг улам дээшлүүлэх талаар нилээд ажил хийгдэв.

Эх нялхаст үзүүлэх тусламж. Эх нялхсын эмнэлгийн төрөлжсөн тусламжийг хөгжүүлэх, эх нялхсын эрүүл мэндийг хамгаалах талаар олон чухал арга хэмжээнүүд авагдлаа.

МАХН-ын Төв Хороо, БНМАУ-ын Сайд нарын Зөвлөлөөс «Эх нялхсын эрүүл мэндийг хамгаалах ажлыг цаашид сайжруулах арга хэмжээний тухай» тогтоол гаргаж эх хүүхдийн эрүүл мэндийг хамгаалах ажлыг цаашид сайжруулахыг улс олон нийтийн нэн чухал зорилт гэж үзэж бүх нийтийн үйл хэрэг болгон өрнүүлэхийг зааж, хүүхдийн хоол тэжээлийг сайжруулах, хангамжийг нэмэгдүүлэх, хүүхдийн баараа, хоол тэжээлийн тусгай дэлгүүр, тасаг байгуулах, хүүхдийн байгууллагын материаллаг баазыг бэхжүүлэх талаар программчилсан заалтууд өглөө.

Сумын их эмчийн салбарыг хүүхдийн их эмчтэй болгох ажил хийгдэж эхэлсэн бөгөөд одоо 30 гаруй суманд хүүхдийн эмч, эх барих эмэгтэйчүүдийн эмч ажиллах боллоо.

Хүүхдэд үзүүлэх амбулаторийн тусламжийг өргөтгөн хүүхдийн нэг хэсгийн эмчид ногдох хүүхдийн тоог 900-аар тогтсов. VI таван жилд хүүхдийн ор 49,3%, төрөх эмэгтэйчүүдийн ор 25,1 хувиар өсч одоо бүх орны фондын 23,3 хувийг хүүхдийн ор, 14,9 хувийг төрөх эмэгтэйчүүдийн ор эзэлж байна.

Эх нялхсын мэргэжлийн эмчийн тоо өслөө. Хүүхдийн эмч 47,1% эх барих эмэгтэйчүүдийн эмч 34,9% өсч бүх их эмчийн 17,4% нь хүүхдийн, 6,3% нь эх барих эмэгтэйчүүдийн эмч, системийн стационарын бүх орны 19 хувийг хүүхдийн, 14,4 хувийг эх барих эмэгтэйчүүдийн ор эзлэх боллоо. Жирэмсэн эмэгтэйчүүдийн 94 хувийг диспансерийн хяналтад авч 99,3 хувь эмнэлэгт төрж байна.

Хүүхдийн яслийн тоо 13,6 хувь өсч 392 ясли 18,7 мянган ортой ажиллаж байгаагаас гадна цэцэрлэг-яслийн комбинатад яслийн 4,0 мянга шахам ор ажиллаж яслийн насны хүүхдийн 13,3 хувийг яслид хамрах боллоо. 1979 онд болсон олон улсын хүүхдийн жил, эх нялхсын байгууллагын материаллаг баазыг бэхжүүлэхэд чухал ач холбогдолтой үйл явдал боллоо.

Үйлдвэр аж ахуйн газрын хөрөнгө зардлаар цэцэрлэг-яслийн комбинат, пионерийн зуслан байгуулж ажиллуулах, хүүхдийн байгууллагыг шөфлэн туслах талаар их ажил хийгдлээ. Эх нялхсын байгууллагыг тохижуулан бэхжүүлэхэд хүүхдийн төлөө фонд онцгой үүрэг гүйцэтгэж байна. Хүүхдийн төлөө фондын хөрөнгөөр төв хөдөөд ясли-цэцэрлэгийн комбинат барьж, Улаанбаатар хотод 120 ортой, нэг ээлжинд 300 үзлэг хийх хүчин чадалтай хүүхдийн иж бүрэн больниц барьж ашиглалтад өгөв.

Улаанбаатар хотод амаржих газрын 200 ортой өргөтгөл барьж ашиглалтад орууллаа.

Эм хангамж. Хүн амыг эмнэлгээр үйлчлэх ажлын чухал хэсэг эм, эмнэлгийн ба ариун цэврийн барааны үйлдвэрлэлт, хангамж нэмэгдлээ. Эм хангамжийн байгууллагын материаллаг бааз бэхжиж, мэргэжлийн боловсон хүчний хамгамж сайжирч байна. Эмийн сангийн тоо 1975 онд хоос 9,8 хувиар өсч 402-д хүрэв. Нэг эмийн сангийн үйлчилгээнд хотод 12,0 мянга, аймагт 3,2 мянган хүн хамрагдах болж эмийн жижиглэн худалдаалах гүйлгээ өсч 1 хүнд жилдээ дунджаар 54 төгрөгийн эм ариун цэврийн бараа худалдаалах болов. Эмийн мэргэжлийн боловсон хүчний тоо 14,6 хувиар өссөний дотор эм зүйч 31 хувь, дунд мэргэжлийн эм найруулагч 11 хувь өслөө.

106 нэрийн эмийн жижиглэн худалдаалах үнийг дунджаар 38,3 хувиар хямдруулсан нь хүн амын материаллаг аж байдлыг дээшлүүлэхэд чухал арга хэмжээ болов.

Цус, цусны бүтээгдэхүүн үйлдвэрлэх хэмжээ нэмэгдэж бүтээгдэхүүн гаргах технологи сайжирсаар байна. Эх орны эмийн үйлдвэрт 200 гаруй нэрийн эм үйлдвэрлэж байгаагаас өнгөрсөн 5 жилд 20 шахам шинэ эм үйлдвэрлэв. Нийт эмийн хэрэгцээний 30 орчим хувийг эх орны үйлдвэрийн эм бараа эзлэх боллоо. Мөн эмчилгээний өндөр идэвх нөлөөтэй 70 гаруй нэрийн шинэ эмийг эмчилгээнд нэвтрүүлэв. Эм, ялангуяа антибиотикийн зарцуулалтад тавих хяналтыг сайжруулж журамлах ажил хийгдэж нийт эм, эмнэлгийн барааны 70 гаруй хувийг зөвхөн жороор олгодог боллоо. Уушиг тоосжих өвчин, чихрийн шижин, глауком, зарим халдварт өвчин, бодисын солилцооны болон сэтгэц гэм судлалын зарим өвчтөнд амбулатори-поликлиникээр эмчлэх өвөрмөц эмчилгээний эмийг үнэгүй олгодог боллоо.

Материаллаг бааз. Эрүүлийг хамгаалах байгууллагуудын материаллаг бааз бэхжиж хөрөнгө оруулалтын хэмжээ байнга өсч ирдэг.

Таван жилд 260 сая төгрөгийн хөрөнгө оруулсны 200 сая орчим нь эмнэлгийн барилга байгууламжид зориулагдаж 112 барилга ашиглалтад орлоо. Аймгийн нэгдсэн эмнэлэг 3 (480 ортой), хүүхдийн больниц 5 (450), халдвартын больниц 5 (200), сум дундын эмнэлэг 9 (375), их эмчийн салбар 39 (585), эмийн сантай амбулатори 3, районы амбулатори 1, эмийн сан 4 шинээр ашиглалтад оров. Хөрөнгийн бүх эх үүсвэрээр 2,4 мянган орны хүчин чадал бүхий больниц, 2,1 мянган ор бүхий ясли баригдаж амбулаторийн хүчин чадал нэг ээлжинд 3,2 мянган үзлэгээр нэмэгдлээ. 1976—1980 онд эмнэлгийн орны фондын 13,3 хувийг шинэ байранд шилжүүлэв.

Эмнэлгийн тоног төхөөрөмжинд 42,6 сая төгрөг олгосноос 24,2 сая төгрөгийг зөвхөн эмнэлгийн багаж төхөөрөмжинд зарцуулсан нь эмнэлгийн багаж төхөөрөмжийн хангалтыг нэмэгдүүлж, сум дундын эмнэлэг, их эмчийн салбарт норматив багаж төхөөрөмжийн 70 хувийг хангав.

Эмнэлгийн багаж хэрэглэл, төхөөрөмжийн ашиглалтыг сайжруулах зорилгоор эмнэлгийн багаж төхөөрөмжийн засвар угсралтын газар байгууллаа. Таван жилд эмнэлгийн түргэн тусламж, байгууллагын хэрэгцээнд зориулж 600 авто машин олгосон байна. Эмнэлгийн барилга машин, багаж төхөөрөмжийн засварт 17,1 сая төгрөг зарцууллаа.

Эрүүлийг хамгаалах салбарын өмнө тавигдсан зорилтыг шийдвэрлэхэд ЗХУ болон ах дүү социалист бусад орны тусламж ихээхэн үүрэг гүйцэтгэж байна. Ялангуяа ЗХУ-аас эмнэлгийн материаллаг баазыг бэхжүүлэх, тоног төхөөрөмжөөр хангах, мэргэжлийн боловсон хүчин бэлтгэх, шинжлэх ухааны ололтыг нэвтрүүлэхэд үзүүлэх тусламж асар их өргөжлөө.

Зөвлөлт монголын эрүүлийг хамгаалах талаар хамтран ажиллах хэлбэр өргөжиж сургалт, эрдэм шинжилгээ, эмнэлгийн байгууллагуудын хооронд шууд харилцаа тогтоох боллоо. Байгалийн голомтот болон зарим халдварт өвчний тархал зүйг хамтран судлах, эмч эрдэмтдийн уулзалт, симпозиум, хурал зөвлөлтөөн зохиох хэлбэрээр ажиллаж байна.

1980 онд Монгол-Зөвлөлтийн найрамдлын уламжлалт сараар Зөвлөлтийн эрүүлийг хамгаалахын өдрүүдийг манай оронд зохиож уг ажилд ЗХУ-аас нэрт эрдэмтэд оролцож манай орны төв хөдөөгийн эмнэлэг, урьдчилан сэргийлэх байгууллагуудад зочилж ажил байдалтай нь танилцан, сургамж зөвлөлтөө өгсөн явдал Зөвлөлтийн эрүүлийг хамгаалахын баялаг туршлагаас суралцах сайхан сургууль боллоо.

1979 онд БНМАУ, ЗСБНХУ-ын эрүүлийг хамгаалах яамд 1990 он хүртэлх хугацаанд эрүүлийг хамгаалах, анагаах ухааны талаар хамтран ажилах протоколд гарын үсэг зурлаа. Одоо манай сургалт, эрдэм шинжилгээ, практикийн байгууллагуудад өндөр мэргэжлийн зөвлөхүүд ажиллаж манай эмч нарыг өндөр мэргэжил эзэмшихэд тусалж байна. Гадаадад эмнэлгийн дээд сургуульд сурч байгаа оюутны 80 шахам хувь нь ЗХУ-д суралцаж байна. ЗХУ-ын хүч хөрөнгөөр хавдар судлалын 200 ортой больниц, П. Н. Шастины нэрэмжит клиникийн нэгдсэн эмнэлгийн 300 ортой больницын иж бүрэн барилгууд баригдаж байгаагаас гадна техник туслалцаагаар барих амаржих газар хүүхдийн больницын зураг төслийн ажил хийгдэж дуусч байна.

МАХН-ын XVII их хурлаас эрүүлийг хамгаалах салбарыг хөгжүүлэх талаар тавьсан зорилт ийнхүү амжилттай хэрэгжсэн нь МАХН-ын программын заалтыг хэрэгжүүлэх чухал алхам боллоо.

Судалгаа, шинжилгээ

Д. БААСАНЖАВ, Ц. БЯМБАЖАВ, Ч. ПҮРЭВЖАВ

ТАРХИНЫ СУДАСНЫ ЭМГЭГИЙН ЭРТ ҮЕД НҮДНИЙ ЁРООЛЫН СУДАСНУУДЫН БАЙДАЛД ГАРАХ ЗАРИМ ӨӨРЧЛӨЛТҮҮД, ТЭДГЭЭРИЙН ТОХИОЛДОЛ

АНАГААХ УХААНЫ ХҮРЭЭЛЭН
ХҮҮХДИЙН КЛИНИКИЙН ТӨВ ЭМНЭЛЭГ
ЦЭРГИЙН ТӨВ ЭМНЭЛЭГ

Нүдний ёроол дахь торлог бүрхүүлийн судасны байдал биеийн нийт судасны системийн, ялангуяа тархины судасны байдлыг тодорхой хэмжээгээр харуулдаг (1, 2).

Цусны даралт ихэсдэг өвчний үед нүдний ёроолын судасны өөрчлөлтүүд олонтоо ажиглагджээ. (1—6).

АД-ын өндрийн түвшин ба нүдний ёроолын судасны өөрчлөлт (НЭСӨ), түүний илрэлийн зэрэг хоорондоо шууд хамааралтай байна гэж зарим судлаачид (7) үздэг байхад зарим нь (3) тийм тогтмол хамаарал байдаггүй гэж үздэг.

Тархины судасны хатуурлын үед НЭСӨ олонтоо ажиглагддаг (5; 8). Гэвч тархины судасны атеросклерозын илрэлийн зэрэгтэй тэр нь хир хамааралтай тухай асуудлаар судлаачдын дүгнэлт ялгаатай. Үүнд, зарим судлаачид (8) ихээхэн шүтэлцээтэй (92% хүртэл) гэдэг бол зарим нь (9) тийм шүтэлцээ байнга биш гэж үздэг. Зарим эрдэмтэд гипертони өвчтэй 120 залуу хүмүүсийн (18—30 насны) дунд НЭСӨ (ангиоспазм, жигд биш калибр, Гун-Салюсын шинж г. м) 18% тохиолдолд ажигласан бол зарим судалгаагаар гипертони өвчтэй 16—30 насны 44 өвчтөний 50 гаруй хувьд (24 өвчтөн) НЭСӨ илэрсэн байна (4).

Сэтгэл мэдрэлийн өөрчлөлттэй тархины судасны эмгэгтэй 46—84 насны 100 өвчтөний НЭСӨ-ийг шинжилж үзэхэд гипертонитай өвчтөнүүдэд тохиолдлын хувь дан атеросклерозтой өвчтөнүүдийнхээс олонтоо байсныг дурьдсан (4).

Мөн тархины атеросклерозтай 502 өвчтөний 39,2% (192 өвчтөн) нь НЭСӨ-тэй байснаас өөрчлөлтийн I зэргийн илрэлтэй 19,2% буюу нийт өөрчлөлттэй тохиолдлын тэн хагас нь, II зэрэг—16,9% тохиолдолд буюу өөрчлөлттэй нийт тохиолдлын 41%, III зэрэгтэй—3,1% тохиолдолд буюу НЭСӨ-тэй нийт тохиолдлын 7% орчимд тус тус ажиглагдсан байна. (8)

Хэвлэлийн тоймоос үзэхэд артерийн даралт ихсэх ба тархины атеросклероз өвчнүүдийн үед нүдний ёроолын судасны талаас гарах өөрчлөлт тэдгээр өвчнийг оношлоход хир холбогдолтойн тухай асуудал бүрэн шийдвэрлэгдээгүй маргаантай хэвээр байна.

Манай оронд энэ талаар тусгайлан хийгдсэн судалгаа байхгүй байна. Иймээс бид энэ асуудлыг хөндөж уг судалгааг хийв. **Судалгааны материал, арга:** Бид тус орны зарим насны (40—64 нас) хүн амын дотор тархины судасны эмгэгийн (ТСЭ) тархалтын байдлыг түүвэр аргаар судлах үед ТСЭ-ийн гол төлөв эхний хэлбэртэй 1171 хүний нүдний ёроолын судасны байдлыг шинжилсний дүнг гаргав.

Шинжлүүлэгчдийн нас-хүйсний байдлыг өвчний зарим нэршлээр болон нийт дүнгээр дараахь хүснэгтэд харуулав.

Хүснэгт 1

ШИНЖЛҮҮЛЭГЧДИЙН НАС-ХҮЙСНИЙ БАЙДЛЫГ НИЙТ
ДҮНГЭЭР БОЛОН ТСЭ-ИЙН НЭРШЛЭЭР ХАРУУЛСАН НЬ:

ТСЭ	Насны бүлэг		40—49 нас		50—59 нас		60—64 нас		Бүх насаар	
	эр	эм	эр	эм	эр	эм	эр	эм	Бүгд	
Нийт шинжлүүлэгчид	247	329	255	429	53	83	555	616	1171	
Артерийн гипертони	34	44	52	50	27	13	113	107	220	
АД ихсэлт завсрын бүс	36	51	47	61	11	9	94	121	215	
Хэвийн АД-тай тархины атеросклероз + дистони	177	234	156	138	15	15	348	388	736	

Үүнээс

Хүснэгт 2

НЭСӨ-ИЙН ШИНЖ ХЭЛБЭРҮҮДИЙН ТОХИОЛДОЛ, ТҮҮНИЙГ АРТЕРИЙН
ДАРЛТЫН БАЙДАЛТАЙ ХОЛБОЖ СУДАЛСАН НЬ:

ТСЭ	ТСЭ-ийн илрэлтэй нийт шинжлүүлэгч	Артерийн гипертони-тай (160/95 Hg мм)	АД "завсрын" бүс (140/90) (159/9)	Хэвийн АД-тай ТСЭ-тэй шинж
НЭСӨ				
Артериолын нарийсалт	66(9,1)	220(100,0)	144(66,2)	234(31,8)
Салюсын I, II, III бүгд	192(16,4) 4(0,3) 19 (16,7)	112(50,9) 1(0,4) 113(51,4)	35(16,2) 1(0,5) 3 (10,7)	35(4,8) 2(0,8) 37(5,0)
Калибр жигд биш	136(14,2)	56(25,4)	18(8,4)	92(12,4)
Вена өргөссөн	175(14,9)	51(23,2)	31(14,4)	93(12,6)
Мөнгөн утас	7(0,6)	4(1,8)	1(0,4)	2(0,3)
Зэс утас	152(13,0)	61(27,7)	18(8,4)	73(9,9)
Торлогийн ба хөхлөгийн хаван	10(0,8)	8(3,6)	2(0,9)	—(0,0)
Харааны мэдрэлийн атрофи	11(0,9)	3(1,4)	5(2,3)	1(0,1)

Уг судалгаанд хамрагдсан нийт шинжлүүлэгчдийн 90% гаруй нь 40—59 насных бөгөөд 40—49 нас ба 50—59 насны бүлгүүдийн шинжлүүлэгчдийн тоо хоорондоо бараг ижил байна. Харин 60—64 насны шинжлүүлэгчид нийт шинжлүүлэгчдийн зөвхөн 7,6%-ийг эзэлж байгаа юм. ТСЭ-ийн тус судалгаан дахь нэршлээр артерийн гипертонитай тохиолдол 220, АД ихсэлтийн «завсрын» бүс дэх 215, хэвийн АД-тай ТСЭ-тэй (тархины атеросклероз, атеросклероз+вегето-судасны дистони)—736 өвчтөнг тус тус шинжлэв. Насны байдлаар судалгаанд хамрагсад харьцангуй залуу буюу дунд зэргийн насных тул судасны илэрсэн өөрчлөлтүүд нь настайчууд дахь нүдний ёроолын судаснуудын фиброз өөрчлөлтийг үгүйсгэж харин тархины эмгэгтэй уялдан илрэх өөрчлөлт гэж авч үзэх үндэслэлийг багтай болгож байгаа юм.

СУДАЛГААНЫ ДҮНГЭЭС: ТСЭ-ийн судалгаан дахь нэршлүүдээр болон нийт шинжлүүлэгчдийн дотор илэрсэн НЕСӨ-ийн хэлбэр тус бүрийн тохиолдлыг хүснэгт 2-г харуулав.

ТАЙЛБАР: Хаалт доторх тоонууд нь нэршил тус бүрийн нийт тохиолдлын тоонд уг өөрчлөлттэй тохиолдлын тоог харьцуулж гаргасан тохиолдлын хувь юм.

НЕСӨ-ийн шинж хэлбэрүүдийн дотроос ТСЭ-ийн эхний үед олон-таа бөгөөд эрт илрэх шинж нь нүдний ёроолын артерийн судаснуудын нарийсалт юм (57%). Энэ нь ялангуяа артерийн даралт ихтэй өвчтөнүүдэд (66,9—100%) хэвийн АД-тай тохиолдлуудынхаас (31,8%) харьцангуй илэрхий өндөр үзүүлэлттэй (2—3 дахин) байна. Артерийн даралт илэрхий өндөр түвшинтэй өвчтөнүүдэд уг шинж бүх тохиолдолд илэрч байна. Нүдний ёроолын судалгаан дахь бусад шинжүүдийн хувьд ТСЭ-тэй нийт шинжлүүлэгчдийн дүнгээр харьцангуй цөөн тохиолдолтой. Үүнд, 0,6%-иас 16,4%-ийн дотор хэлбэлзэж байна. Гэвч АД-ын түвшний ангиллаар зарим нь, тухайлбал, Гун-Салюсын шинжийн тохиолдол ихээхэн ялгаатай байна. Үүнд, илэрхий гипертонитой нийт өвчтөнүүдийн 51,4% нь уг шинжтэй бол дунд зэргийн гипертонитай шинжлүүлэгчдийн 16,7%, хэвийн АД-тай шинжлүүлэгчдийн дөнгөж 5,0% тохиолдолд тус тус ажиглагдсан нь уг шинж артерийн гипертонитай илэрхий шүтэлцээтэй болох нь харагдаж байна. Гун-Салюсын шинжийг түүний илрэлийн зэргийн ялгаагаар авч үзэхэд I ба II шинж бараг бүх хувийг эзэлж III зэргийн шинж маш цөөхөн тохиолдолд л (нийтдээ 4 тохиолдолд буюу 0,3%) ажиглагдав.

Судасны калибр жигд биш болох шинж нийт өвчтөнүүдийн дотор 14,2% тохиолдолд (166) ажиглагдсан бол илэрхий гипертонитай өвчтөнүүдийн 25,4%, АД ихсэлт «завсрын» бүс дэх шинжлүүлэгчдийн 8,4%, хэвийн АД-тай өвчтөнүүдийн 12,5% тус тус ажиглагдав. Илэрхий гипертонитай тохиолдолд уг шинж харьцангуй олонтаа ажиглагдаж байна. Нүдний ёроолын вена судас өргөсөх шинжийн тохиолдлын байдал ч дээрхтэй яг төстэй байна.

Зэс утасны шинж илэрхий гипертонитай шинжлүүлэгчдэд 27,7% тохиолдолд ажиглагдсан нь АД ихсэлтийн «завсрын» бүс ба хэвийн даралттай тархины судасны эмгэгтэй өвчнүүдийнхээс бараг 3 дахин олонтоо байна.

Мөнгөн утасны шинж судалгааны нийт шинжлүүлэгчдийн 0,6%-д, хөхлөгийн хаван—0,8%, харааны мэдрэлийн атрофи—0,9%-д тус тус ажиглагдав. Илэрхий гипертонитай өвчтөнүүдэд хөхлөгийн хаван 3,6%, харааны мэдрэлийн атрофи 1,4%, (АД ихсэлтийн «завсрын» бүс-тэй өвчтөнүүдийн 2,3%-д) тус тус илэрч байхад хэвийн АД-тай тархины судасны өвчнүүдийн үед эдгээр өөрчлөлт бараг ажиглагдахгүй байна. Үүнээс үзвэл АД илэрхий ихэдсэн 100 өвчтөн бүрийн гуравт нь нүдний ёроолын хөхлөгийн хаван хүндрэл үүсэж улмаар түүний хагас нь харааны мэдрэлийн атрофийн өөрчлөлтөд нэрвэгдэн харалтан болох (сохрох) хүндрэл даамжран үүсэж байна гэж үзэх үндэстэй байна.

Дээрх үзүүлэлтүүдээс үзвэл АД ихсэх нь нүдний ёроолын судасны системд гарах өөрчлөлтийг үүсгэгч гол хүчин зүйл гэж үзэх үндэстэй байна. Үүний зэрэгцээгээр эдгээр өөрчлөлтөд АД ихсэлтийн өндрийн түвшин ба нас-хүйсний ялгааны хүчин зүйл хир үүрэгтэйг харьцуулан судлахад гарсан үзүүлэлтүүдийг дараахь хүснэгтэд харуулав. (Хүснэгт 3)

Хүснэгт 3

Артерийн даралт ихсэлтийн үед үүсэх НЭСӨ-ийн тохиолдлын байдлыг нас-хүйсний ялгаагаар судалсан нь:

Нас хүйс	Бүх насаар			Үүнэ ●		
	эр	эм	Бүгд	40—49 н	50—59 н	60—64 н
Артериолын I нарийсалт II	74(78,7) 113(100)	70(57,8) 107(100)	144(66,9) 220(100)	55(64,3) 78(100)	73(77,6) 102(100)	15(75,0) 40(100)
Гур-Салюсын I шинж II	12(12,8) 55(48,7)	24(19,8) 58(54,2)	36(16,7) 113(51,4)	18(20,7) 35(44,8)	16(14,8) 56(54,9)	2(10,0) 22(55,0)
Судасны ка- I либржигд бус II	7(7,4) 29(25,7)	11(9,1) 27(25,2)	18(8,4) 56(25,4)	7(8,0) 18(23,1)	9(8,3) 29(28,4)	2(10,0) 9(22,5)
Вена I өргөссөн II	14(14,9) 28(24,8)	17(14,0) 23(21,5)	31(14,4) 51(23,2)	12(13,8) 18(23,1)	17(15,7) 27(25,5)	2(10,0) 6(15,0)
Зэс утасны I шинж II	6(6,4) 35(30,9)	12(9,9) 26(24,3)	18(8,4) 61(27,7)	5(5,7) 17(21,8)	12(11,1) 35(34,3)	1(5,0) 9(22,5)
Мөнгөн утас- I ны шинж II	— 2(1,8)	1(0,8) 2(1,9)	1(0,4) 4(1,8)	1(1,9) —	— 2(1,9)	— 2(5,0)
Харааны мэдрэлийн хөхлөгийн хаван I II	1(1,1) 3(2,6)	1(0,8) 5(4,7)	2(0,9) 8(3,6)	— 1(1,3)	2(1,8) 6(5,9)	— 1(2,5)
Харааны мэдрэлийн атрофи I II	2(2,1) 3(2,6)	3(2,5) =	5(2,3) 3(1,4)	4(4,6) =	1(0,9) 3(2,9)	— =

ТАЙЛБАР: I-АД ихсэлтийн «завсрын» бүстэй шинжлүүлэгчид
II-АД илэрхий ихтэй шинжлүүлэгчид (160,95 мм Hg ба түүнээс дээш)

Нүдний ёроолын артериол судасны нарийсалт гипертонитай нийт шинжлүүлэгчид (100%) ажиглагдаж байхад АД ихсэлтийн «завсрын» бүс дэх нийт шинжлүүлэгчдийн 66,9%-д (эр 78,7%, эм 57,8%); тэгэхдээ насны бүлгүүдээр 60—64 насны бүлэгт, хүйсээр эрэгтэйчүүдэд харьцангуй олонтоо ажиглагдаж байна. Үүнээс үзвэл энэхүү шинж нь АД-ын өндрийн түвшинтэй шууд шүтэлцээтэй байхад нас-хүйсний ялгаа харьцангуй бага үүрэгтэй байна.

Гур-Салюсын шинж АД ихсэлтийн «завсрын» бүстэй нийт шинжлүүлэгчдийн 16,7%, (эр 12,8%, эм 19,8%) тохиолдолд ажиглагдсанаас насны бүлгийн ялгаагаар 10,0%-иас 20,7%-ын дотор тохиолдлын хувь

хэлбэлээж насны бүлэг ахих тутам тэр нь ихсэхгүй байна. Гун-Салюсын шинж АД ихтэй (160/95 мм ба дээш) нийт шинжлүүлэгчдийн 51,4% (эр 48,7%, эм 54,2%) тохиолдолд тэгэхдээ 40—49 насны бүлэгт 44,8%, 50—59 нас ба 60—64 насны бүлгүүдэд —55% тохиолдолд тус тус ажиглагдсанаас үзэхэд 50-иас дээш насанд тохиолдлын хувь ижил тэгэхдээ 55% орчим буюу гипертонитай нийт тохиолдлын тэн хагаст нь л ажиглагдаж байна. Үүнээс үзвэл 50-иас дээш 65 хүртэлх нас уг шинжийн үүсэл хөгжилд хоорондоо адилхан нөлөөтэй байж болох байна.

Нүдний ёроолын судасны калибр жигд биш болох шинж «завсрын» гипертонитай нийт тохиолдлын 8,4% (эр 7,4%, эм 9,1%), насны бүлгийн ялгаагаар 8—10% дотор, артерийн гипертонитай нийт өвчтөний 25,4% (эр 25,7%, эм 25,2%) насны бүлгүүдээр 22,5%-иас 28,4%-ийн дотор тус тус тохиолдсоноос үзэхэд уг шинжийн тохиолдол нас-хүйсээр бараг ялгаагүй байна. АД ихсэлтийн «завсрын» бүстэй нийт шинжлүүлэгчид дэх тохиолдлоос (8,4%) илэрхий гипертонитай өвчтөнүүд дэх түүний тохиолдол (25,4%) дунджаар 3 дахин олонтаа байгаагаас үзвэл АД ихсэлтийн түвшинтэй шүтэлцээтэйгээр олширч байгаа нь харагдаж байна. Гэвч энэхүү шинжийн тохиолдол Гун-Салюсын тохиолдлоос 2 дахин цөөн тохиолдож байна. Илэрхий гипертонитай 2 хүний нэг нь Гун-Салюсын шинжтэй бол судасны калибр жигд биш болох шинж гипертонитай 4 хүний нэгэнд илрэхүйц тохиолдлын харьцаатай байна.

Нүдний ёроолын венийн судасны өргөсөлт АД ихсэлтийн «завсрын» бүстэй нийт шинжлүүлэгчдийн 14,4% (эр 14,9%, эм 14,0%), насны бүлгүүдэд 10,0%-иас 15,7%, илэрхий гипертонитай нийт тохиолдлын 23,2% (эр 24,8%, эм 21,5%), насны бүлгүүдээр 15%—26,5%, тэгэхдээ бага хувь нь аль ч гипертонийн үед (I, II) 60—64 насанд, хамгийн их нь 50—59 насны бүлэгт тус тус ажиглагдсанаас үзэхэд тохиолдлын хувь нас ахихтай шууд холбоогүй болох нь, мөн хүйсээр ч ялгаатай бус болох нь тус тус харагдаж байна. «Завсрын» гипертонитай өвчтөнүүд дэх тохиолдлын хувиас гипертонитай өвчтөнүүдийн тохиолдлын хувь бараг 2 дахин их байгаагаас үзвэл уг шинж нь мөн артерийн даралтын түвшинтэй тодорхой шүтэлцээтэй болох нь харагдаж байна. Гэвч энэ шинжийн үүсэл хөгжилд тархины арахноидит түүнээс уламжилсан гавлын дотор даралт ихсэх зэрэг түүнд нөлөөлөх зарим хүчин зүйлсийг экспедицийн шинжилгээний үед бүрэн ялгах боломжгүй байсныг харгалзах ёстой юм.

Зэс утасны шинжийн тохиолдол АД ихсэлтийн «завсрын» бүстэй нийт шинжлүүлэгчдийн 8,4% (эр 6,4%, эм 9,9%) насны бүлгүүдээр 5,0%-иас 11,1%-ийн дотор, артерийн гипертонитай өвчтөнүүдийн 27,7% (эр 30,9%, эм 24,3%), насны бүлгүүдээр 21,8%-иас 34,3% дотор тус тус тохиолдлын хувьтай бөгөөд хамгийн их тохиолдол аль ч гипертонийн үед 50—59 насны бүлэгт байгаа зэрэг дээрх үзүүлэлтүүдээс үзэхэд артерийн илэрхий гипертонийн үед тохиолдлын хувь АД «завсрын» бүс дэхээсээ 3 гаруй дахин олонтаа, ялангуяа эрэгтэйчүүдэд бүр ч олонтаа (5 дахин) байна. Иймээс энэхүү шинжийн үүсэлд ч артерийн даралтын өндрийн түвшин нөлөөлөх хүчин зүйлсийн нэг болох нь харагдаж байна. Мөн 50—59 насны эрэгтэйчүүдэд энэхүү шинж харьцангуй олонтаа тохиолдож байгаа нь атеросклерозын хөгжлийн явцтай тодорхой шүтэлцээтэйг харуулж байж болох юм.

Мөнгөн утасны шинж, харааны мэдрэлийн хөхлөгийн хаван, харааны мэдрэлийн атрофи зэрэг шинж дээрх гипертонитай өвчтөнүүдэд 0,4—3,6%-ийн дотор тохиолдлын хувьтай бөгөөд артерийн даралтын өндрийн түвшинтэй шүтэлцээтэйгээр олшрох хандлагатай хүнд өөрчлөлтүүд юм. Харин нас-хүйсний ялгаа эдгээрийн үүсэл хөгжилд төдий л үүрэгтэй бус байна.

Дээр өгүүлснээс үзэхэд манайд нүдний ёроолын судсанд гарах өөрчлөлтийг үүсгэгч гол хүчин зүйл нь артерийн даралт ихсэх явдал болох нь харагдаж байна. НЭСӨ ба АД-ын өндрийн түвшин хоёр ерөнхийдээ шууд хамааралтай, тэр нь зарим шинжээр (Гун-Салюс г. м.) шууд параллелизм (хэдийгээр байнга биш ч гэсэн) байдлаар ч илэрч байна. Илэрхий гипертонитай өвчтөнүүдийн НЭСӨ нь М. Л. Красновын ангиллаар гол төлөв гипертонийн ангиопатийн хэсэгт (160%) харьяалагдаж гипертонийн ангиосклероз (артериолын нарийсалт, калибр жигд биш, Гун-Салюс II) 28%, нейроретинопати—3,6% тохиолдолд тус тус ажиглагдав.

Тархины атеросклерозын (микросимптомтай) үед илэрсэн НЭСӨ-ийн ялгаагаар I зэрэг—19% тохиолдолд буюу нүдний ёроол өөрчлөлттэй нийт тохиолдлын 62,5%, II зэрэг (судасны калибр жигд биш, зэс утасны шинж, Салюс)—12,5% тохиолдолд буюу НЭСӨ-тэй нийт тохиолдлынхоо 37,5%, III зэрэг (мөнгөн утасны, харааны мэдрэлийн атрофи)—0,3% буюу ганц нэг тохиолдолд тус тус ажиглагдсан нь А. Д. Дробинский, Г. С. Паламарчук нарын судалгааны үзүүлэлттэй (4) бараг ижил байна. Харин III зэргийн өөрчлөлт дээрх судлаачдынхаар 3,1% байсан бол манайд 0,3% буюу харьцангуй цөөн ажиглагдав. Харьцуулагдаж байгаа судалгаан дахь өвчний илрэл, нас-хүйс харьцангуй ижил атал уг ялгаа гарч байгааг тус орны нөхцөлд атеросклероз өвчний эмнэлзүй харьцангуй аажим явцтайн нэг илрэл гэж бид үзэж байна.

ДУГНЭЛТ

1. ТСЭ-ийн гол төлөв эхний илрэлтэй 40—64 насны тус орны хүн амын дунд НЭСӨ-ийн илрэл 57% тохиолдолд ажиглагдаж байгаа бөгөөд тохиолдлын хувийн өсөлт артерийн даралтын түвшинтэй илэрхий шүтэлцээтэй байна. Үүнд, артерийн илэрхий гипертонитай өвчтөнүүдэд тэр нь 100% тохиолдолд, АД ихсэлт «завсрын» бүс дэх өвчтөнүүдэд 66%, АД хэвийн ТСЭ-ийн нэршлүүдэд (тархины атеросклероз, атеросклероз+вегето-судасны дистони) 31% тохиолдолд тус тус илэрч байна.

2. Судалгааны насны хүн амын дотор тохиолдох НЭСӨ-өөс артериолын нарийсалт хамгийн олонтоо (57,1%) илэрч байна. Бусад шинжүүдээс Гун-Салюсын шинж (16,7%), судасны калибр жигд биш (14,2%), вена судас өргөсөх (14,9%), зэс утасны шинж (13,0%) тус тус илэрч, тэдгээрийн тохиолдлын хувь нүдний ёроолын артериолын нарийсалтынхаас харьцангуй цөөн байна.

3. НЭСӨ-ийн тохиолдолд артерийн даралтын түвшин ихээхэн үүрэг гүйцэтгэж байна. Артерийн даралт ихтэй өвчтөнүүдэд НЭСӨ-ийн тохиолдлын хувь хэвийн АД-тай өвчтөнүүдийнхээс магадлагаатай олонтаа тохиолддог бөгөөд артерийн даралтын өндрийн түвшинтэй шууд шүтэлцээтэй байна.

4. НЭС-ны дээрхи өөрчлөлтөд нас-хүйсний нөлөөлөл даралтын түвшинтэй харьцуулахад ихээхэн бага юм.

5. Артерийн даралт хэвийн хэмжээтэй ТСЭ-ийн нэршлүүдэд НЭСӨ-ийн хүнд хэлбэр (ангиосклероз, ретинопати) харьцангуй цөөн тохиолдож байгаа нь тус орны нөхцөлд атеросклерозын эмнэлзүй харьцангуй аажим явцтайн нэг илрэл гэж үзэв.

ИЗМЕНЕНИЯ СОСУДОВ ГЛАЗНОГО ДНА И ИХ ЧАСТОТА ПРИ РАННЕМ ПРОЯВЛЕНИИ МОЗГОВОЙ СОСУДИСТОЙ ПАТОЛОГИИ РЕЗЮМЕ

Д. Басанжав, Ц. Бямбажав, Ч. Пүрэвжав

При изучении распространенности цереброваскулярных заболеваний среди населения, нами исследовано состояние глазного дна у 1171 человек в возрасте 40—64 лет

обоего пола, у которых выявлены ранние проявления сосудистой патологии мозга. Из них у 57,1% исследуемых (669 случаев) выявлены различные изменения сосудов глазного дна (сужение сосудов, симптом Гун-Салюса, неравномерности калибра, расширение вен, симптом медной проволоки и т. д.). Выявлено, что частота изменения сосудов глазного дна значительно зависит от уровня артериального давления: частота сужения сосудов глазного дна у исследуемых с артериальной гипертонией (160/95 мм дт. ст/и выше) достигает до 100%; а у исследуемых с умеренной гипертонией (140—159/90—95 мм. рт. ст.) она составляет—66,0% у исследуемых с нормальным АД—31%. Частота симптома Гун-Салюса соответственно выше перечисленным уровням АД составляют: 51,4%; 5%; частота симптома неравномерности калибра составляют: 25,4%; 8,4%; 12,5%; расширения вен: 23,2; 14,4; 12,6; симптом «медной проволоки»—27,7%; 8,1%; 9,9%. Остальные изменения глазного дна (симп. «серебряной проволоки», отек сетчатки, атрофия зрительного нерва встречаются редко (от 0,6% до 3% случаев).

Роль возрастного-полового фактора в развитии изменения сосудов глазного дна по нашим данным, значительно уступает фактору повышения артериального давления.

НОМ ЗУИ

1. *Краснов М. Л.* О классификации глазного дна при гипертонической болезни. Вест. офтальм. 1969. 6. 6—10.
2. *Марголис М. Г.* Изменения глазного дна при атеросклерозе и гипертонической болезни. Клинич. медицина 1971. М. 9, с. 25.
3. *Атанов Д. И.* Ранний офтальмологический признак органического поражения сосудистой системы у больных артериальной гипертонией. Вестник офтальмологии 1969. в. 6. с. 15—18.
4. *Вольнский З. М., Соловьева В. С.* Состояние органа зрения у больных с гипертонической болезнью в возрасте 18—30 лет. В кн.: Гиперт. болезнь у молодых людей, 1965, ст. 160
5. *Гольдовская И. Л.* О некоторых особенностях офтальмологической симптоматики при сосудистых заболеваниях головного мозга. Вестн. офтальмологии, 1967, в. 9, С. 65.
6. *Краснов М. Л., Моштова Л. К.* Глазное дно при симптоматической почечной гипертонии. Вестн. офтальмологии, 1969, в. 6, с. 6—10.
7. *Глезер Г. А., Бронштейн Р. И. и Моштова Л. К.* Гемодинамические факторы и глазное дно при артериальной гипертонии. Вестн. офтальмологии, 1968, в. 6, с. 39—42.
8. *Дробинский А. Д., Паламарчук Г. С.* Состояние глазного дна при раннем церебральном атеросклерозе. В сб. Вопросы сердечно-сосудистой патологии (матер. итоговой научн. конфер., октябрь 1968 г.), Запорж. Гос. Ин-та усоверш. врачей им. Горького), 1968, с. 35—36.
9. *Дробинский А. Д., Паламарчук Г. С., Шершнев В. Г.* О корреляции между степенью выраженности атеросклеротических изменений в различных отделах сосудистой системы. Совет. медицина, 1971, 9, с. 50—53.

Г. ЗОРИГ

ЛАБОРАТОРИЙН АМТНЫ БУЛЧИНГИЙН ДИНАМИК АЖИЛЛАГААНД ХОЙЛОГИЙН МАХНЫ ХАНДМАЛЫН ҮЗҮҮЛЭХ НӨЛӨӨ

АНАГААХ УХААНЫ ХҮРЭЭЛЭН

Судалгааны зорилго

Бие махбодын тэсвэр хатуужил, эсэргүүцлийг уургийн төрөл бүрийн утвар бодис, нуклейны хүчил, энергийн эх үүсвэр болох бодис, бас нийлэгжих процессыг эрчимжүүлдэг бодисын солилцооны засварын бодис зэргийг шууд ашиглан бие махбодын хүч нөөцийг богино хугацаанд дайчлан хялбархан замаар дээшлүүлдэг байна.

Төрөл бүрийн амьтны уураг тархи, зүрх, элэг, бөөр, дэлүү, булчингийн эд болон бусад олон эд эрхтнээс бэлтгэн гаргаж авсан полипептид, усан хандмал нь сахуу, боом, сүрьеэгийн нян, стрептококк, стафилококк, гэдэсний савханцрын эсрэг үйлчлэлтэй ба бие махбодын эсэргүүцэл дээшлүүлэх чанартай усанд уусгагч бодис агуулж байсныг эрдэмтэд нээж улмаар анагаах ухааны практикт хэрэглэхийг оролдсон ба заримыг хэрэглэж ирсэн түүхтэй. [1] Ийнхүү зүйл бүрийн амьтны олон янзын эд эрхтнээс бэлтгэсэн хандмал, шүүрэл болон бусад шингэн нянгийн эсрэг үйлчлэлтэй (ингибин, лизоцим, пропердин, комплемент, лейкин г. м) зүйлс агуулдаг ба бие махбодын эсэргүүцэх чадвар, тэнхээ тамирыг дээшлүүлэгч чанартай болохыг нээж олсон нь аливаа амьтны бие махбод өөрийгөө халдварт өвчин, гадны бусад нөлөөнөөс хамгаалах байгалийн хүчин зүйлсээр элбэг баян юм гэдгийг батлан харуулсан бөгөөд тэдгээр сонин чанарыг эмнэлгийн практикт дам ашиглах боломжтой билээ.

Ардын эмнэлгийн эртний зарим судар болон ард түмний уламжлалт аман ярианд хойлог шувууны мах биеийн тамир тэнхээг дээшлүүлэх, бие махбодын ажиллагааг сэргээн тэтгэдэг тухай олонтой дурдаж байсан баримтууд хойлогийн махыг ардын эмнэлэгт хэрэглэж, сувилгаа эмчилгээнд ашиглах нэгэн түлхэц болж байжээ. Гэвч өнөө үеийг хүртэл хойлогийн махны энэхүү онцлог чанар шинжлэх ухааны үндэслэлтэйгээр огтхон ч судлагдаагүй байгаа юм. Ийм учраас бид лабораторийн жижиг амьтны булчингийн динамик ажиллагааг удаан хугацаагаар албадан явуулж уул амьтад ядарч туйлдан сульдсан үед хойлогийн махны усан хандмал тэдний тэсвэр хатуужил, ажиллах чадварт ямар үйлчлэл үзүүлдгийг анх туршиж сорих зорилго тавьж ажиллаад гарсан үр дүнг эл өгүүлэлд тусгалаа.

Судалгааны материал, арга

Өвлийн улирлын тэргүүн хагаст агнасан алтайн хойлогийн араг ясны булчин-махыг судалгаанд ашиглав. Ийм мах нь химийн найрлагаар гэрийн тэжээвэр амьтдын махнаас зарим чанараар давуутай болох нь бидний судалгаагаар урьд нотлогдсон бөгөөд уураг, эрдэс бодисоор нэн баялаг, ялангуяа орлуулшгүй аминхүчил, зарим макро ба микроэлемент, моноглицерид ихээр агуулсны дээр, ургамлын фитонцид үлэмж шингээсэн, биологийн ба хүнс тэжээлийн шим чанар гойд сайтай байсан юм.

Махны хандмалыг бэлтгэхдээ «Компендиум медикаменториум, СЭВ—75»-д бичсэн аргачлалыг (2) ерөнхийд нь баримжаалан дараах аргаар бэлтгэв. Үүнд: хойлогийн хөлдүү махыг жижиглэж хөшиглөсний дараа түүнээс 100 г жигнэн авч 200—300 мл буцалсан бүлээн устай хольж хутган улмаар гомогенизаторт хийж нэг минутанд 2000 эргэлтийн хурдтайгаар эргүүлж нэгэн төрлийн нялцгайвтар масс болгосны эцэст 1000 мл хүртэл бүлээн ус нэмж дүүргээд тасалгааны температурт 24 цаг тавьж хандлав. Дараа нь 5 минут буцалгаад 4 давхар марлиар шүүв. Шүүдсэнд ахиад бүлээн ус нэмж 1000 мл болгоод, хойлогийн махны 10 хувийн хандмалыг бэлтгэв. Махны хандмалыг тэр даруйд хэрэглэх шаардлагагүй бол 20—30 мл-ийн багтаамжтай шилэн саванд хийж нягт бөглөн, тостой цаасаар амыг нь боож уяад хөргөгч шүүгээнд цельсийн 2—4° температурт тавьж хадгаллаа. Ариутгах шаардлагатай үед цельсийн 60° температуртай халуун усны ууранд пастеризацийн аргаар ариутгав. (Харин цельсийн 100°-аас дээш температурт уул хандмалыг буцалгаж удаан хугацаагаар байлгавал уургийн бодис нь денатураци болж фармакологийн шинж чанараа алдач хөвөн мэт сэвсийсэн бөөн тундас унана).

Дээрхи аргаар бэлтгэсэн хойлогийн махны усан хандмалыг лабораторийн цагаан хулганы бие махбодын ажлын чадвар, тэнхээ тамырыг дээшлүүлэхэд яаж үйлчлэхийг шалгахад зориулан янз бүрийн туршаар хэрэглэв. Туршилтанд 24,3—26,1 г жинтэй 300 цагаан хулганыг авч хяналтын ба туршилтын гэсэн хоёр бүлэг болгов. Эдгээрээс 60 хулганыг хяналтын бүлэгт ба үлдсэн 240 хулганыг туршилтын бүлэг болгоод тус бүр 30 хулганатай 6 хэсэгт хуваав. Хяналтын бүлгийн хулгануудад сорил эхлэхээс 30 минутын өмнө зөвхөн нэрмэл ус арьсан дор нь тарив. Туршилтын бүлгийн хулгануудын 1-р хэсэгт 0,1 мл, 2-р хэсэгт 0,3 мл, 3-р хэсэгт 0,5 мл, 4-р хэсэгт 0,7 мл, 5-р хэсэгт 1,0 мл гэх зэргээр хойлогийн махны 10%-ийн ариутгасан усан хандмалыг сориллоос 30 минутын өмнө арьсан дор нь тарив. 6-р хэсгийн хулгануудад мөн хандмалыг сориллоос 15 минутын өмнө хэвлийн хөндийд нь 1,0 мл тарив. Зохих хугацаа өнгөрсний эцэст хулганыг усанд сэлүүлэн динамик хөдөлгөөн тасралтгүй албадан хийлгэх сорил эхэлсэн юм.

Булчингийн үйл ажиллагаа, тэсвэр хатуужил, сульдал ядралыг шалгах олон тооны аргууд байдгийн дотор лабораторийн жижиг амьтдыг усанд сэлүүлэн турших, давтан сэлүүлэх, мөн «хязгааргүй урттай» олсонд авируулах И. И. Брехманы, цахилгаан цочрол өгч тредбанд гүйлгэх Г. Д. Савичевын зэрэг аргуудыг судлаачид өргөн хэрэглэдэг билээ [3]. Лабораторийн жижиг амьтдыг усанд чөлөөтэй сэлүүлэх, бас тэдгээрийн сүүлэнд (хааяа цээжинд нь) хүндрүүлэгч нэмэлт ачааг зүүж хурдан ядраах зэрэг энгийн хялбар, онцгой нарийн багаж төхөөрөмж шаарддаггүй аргууд бол хэд хэдэн дутагдалтай байдаг ажээ. Үүнд: туршлагын амьтдын үсний завсар хийн бөмбөлөг хуримтлагдаж улмаар эдгээр амьтад усанд сэлэх хөдөлгөөн илтээр хийхгүй биеэ нөөж усны гадарга дээр хөвж хэвтэн амрах, мөн нэгэн ижил жин, биетэй амьтад харилцан адилгүй, их бага хөдөлснөөс болон тэдний булчингийн эцэж сульдах хугацаа янз бүр байх байдал ажиглагддаг. Иймээс бид туршлагын жижиг амьтан-хулганыг динамик хөдөлгөөн тасралтгүй албадан хийлгэх О. М. Авакян, Э. А. Ширинян нарын шинэ аргыг (4) сонгон авч ялимгүй хувиргаж ашиглав. Уг аргын дагуу туршлаганд хэрэглэх цагаан хулганы сүүлийг хавчуураар бэхэлж толгойгоор нь уруу харуулан, хоншоор болон урд хоёр хөл нь усанд дүрэгдэн хүрч байхаар тааруулан дүүжлэхэд, тэрээр усанд хоншоороо дүрэх үедээ ус залгихаас айж болгоомжлох тул толгойгоо гэдийлгэн самгардан сэлж, булчингийн динамик ажлыг тасралтгүй үргэлжлүүлэн хийх боломжтой болно. Тодорхой хугацаа өнгөрсний дараа усанд эрчимтэй сэлсэн хулганууд тэнхээ тамираа алдан, туйлдан ядарч живнэ. Хяналтын ба туршилтын хулгануудын усанд эцсээ хүртэл сэлсэн хугацааг нарийн бүртгэн авна.

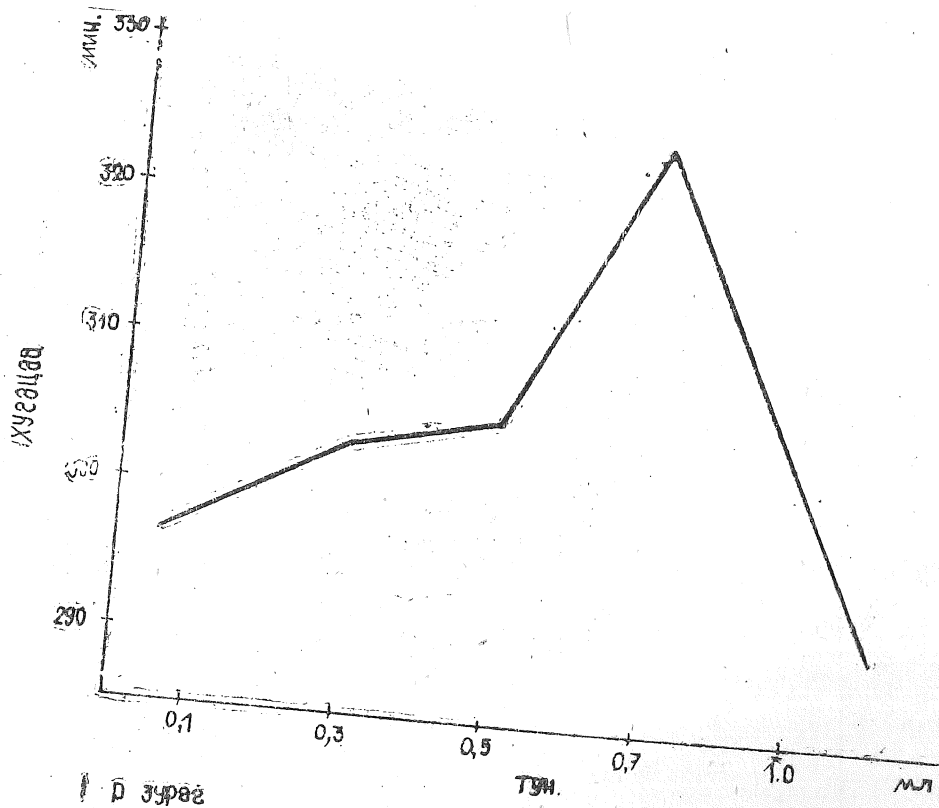
Судалгаанаас хийсэн ажиглалт, дүн

Хойлогийн махны хандмалыг хулганы арьсан дор тарихад эхний үед овойж товойх боловч аажимдаа шимэгдэн алга болж, хулганууд хөдөлгөөн ихтэй сэргэлэн цовоо байлаа. Энэ байдлыг үндэслэн хойлогийн махны хандмал хулганы эд эсэд шимэгдэн орж бие махбодод нь үйлчилж байна гэж үзлээ. Хойлогийн махны хандмал (товчилвол ХМХ)-ыг хулгануудын арьсан дор, хэвлийн хөндийд тарьсны дараа 15—30 минут байлгаад цельсийн 37°-ийн температуртай бүлээн усанд сэлүүлэхэд энэ температур нь хулганы биеийн (37—39°) температуртай ойролцоо байсан тул хэт халуун ба хүйтэн ус нөлөөлж түүний бие махбодод аливаа цочрол үүсгэсэнгүй. Харин сэлэх орчин ус нь тэдгээрт экстремаль үйлчлэл үзүүлэн цочроож сандраан, яаралтай сэлүүлж байлаа. Амьтны байрын торонд хашигдан амьдарч заншсан хулгана усанд сэлэх шинэ нөхцөлд өөрийн инстинктийн нөлөөнд хэт-

лөгдөн эрчимтэй сэлж биеийнхээ булчингийн динамик ажиллагааг эрс ихэсгэсэн болно. Туршилтын явцаас ажиглахад булчингийн динамик ажиллагаа, биеийн хүч тамирын нөөц илүүтэй байгаа хулганууд толгойгоо уснаас нилээд дээш өргөн өндийлгөж гэдийн эрчимтэй сэлсээр яваандаа тэнхээ тамир нь шавхагдан туйлдаж, эцэж ядарсны улмаас булчингийн динамик хөдөлгөөнийг үргэлжлүүлэх чадвар, нөөц хүч нэгэнт байхгүй болоод живж байлаа. Туршилтын ба хяналтын бүлгийн хулганы усанд сэлсэн хугацааг цэвэр цагаар нь тооцон гаргаж, улмаар тэдгээрийн динамик хөдөлгөөн үргэлжилсэн хугацааг харьцуулан хүснэгт 1-д үзүүлэв.

Хүснэгтээс үзэхэд, хяналтын ба туршилтын бүлгийн хулганы булчингийн динамик хөдөлгөөн эрчимтэй явагдаж үргэлжилсэн хугацаа харилцан адилгүй өөр байна. Энэ хугацаа тухайлбал, хяналтын бүлэгт $227,9+11,8$ минут байхад туршилтын бүлэг $464,3+33,4$ минутаас дээш хугацаатай байна. ($t < 1,02-2,78$)

Хойлогийн махны хандмалын нөлөөгөөр лабораторийн амьтны биеийн хүчний тэсвэр хатуужил эрс ихсэж байгааг туршилтын дүн баттай нотлон харууллаа. Бас туршилтын бүлгийн дунд ч хулгануудын булчингийн динамик хөдөлгөөн үргэлжилсэн хугацаа хэсэг тус бүрд харилцан адилгүй байлаа. Үүнийг хойлогийн махны хандмалын тунгаас шалтгаалж байна гэж үзлээ. Хандмалын тунг тус бүрд нь ялган авч үзвэл, хойлогийн махны хандмалын голлон үйлчлэх бодисоос хамааран янз бүрийн нөлөө үзүүлж байж болох юм. Хойлогийн махны хандмалыг хулганы арьсан дор тарьсан хэмжээ ба уул туршилтын амьтны динамик хөдөлгөөн үргэлжилсэн хугацааны хамаарлыг зураг 1-д дүрслэв.



1-р зураг. Хойлогийн махны хандмалыг хулганы арьсан дор тарьсан хэмжээ, хулганы динамик үйл ажиллагаа үргэлжилсэн ($M \pm m$) хугацааны хамаарал.

ЛАБОРАТОРИЙН ЖИЖИГ АМЬТНЫ БУЛЧИНГИЙН ДИНАМИК ХӨДӨЛГӨӨНД ҮЙЛЧЛЭХ
ХОЙЛОГИЙН МАХНЫ ХАНДМАЛЫН НӨЛӨӨ

Бүлэг	Сорилд орсон амьтны тоо	Хулгааны жин, г	Хулганад тарьсан ХМХ-ын хэмжээ, мг	ХМХ-ыг тарьсан арга	Амьтны 1 кг жинд оногдох хойлогийн махны хэмжээ, мг	Туршилтын ба хяналтын бүлгийн хулгааны динамик хөдөлгөөн бүр гелжилсэн хугацааны зөрөө, мин	Туршилтын бүлгийн хулгааны динамик хөдөлгөөн бүр гелжилсэн хугацааны зөрөө, мин	Туршилтын бүлгийн хулгааны динамик хөдөлгөөн бүр гелжилсэн хугацааны зөрөө, мин	Р
Хяналтын бүлэг	60	$25,0 \pm 0,1$	—			—	—	—	—
Туршилтын бүлэг									
1-р хэсэг	30	$25,6 \pm 0,1$	0,1	30 мин. өмнө арьсан дор мөн адил	400	298,8 ± 22,5	227,9 ± 11,8	70,9	0,01
2-р хэсэг	30	$25,6 \pm 2,8$	0,3	—	1200	$303,4 \pm 24,4$	$305,4 \pm 39,3$	75,5	0,01
3-р хэсэг	30	$24,7 \pm 0,4$	0,5	—	2000	$320,5 \pm 36,8$	$303,3 \pm 31,9$	77,5	0,05
4-р хэсэг	30	$24,7 \pm 0,5$	0,7	—	2800	$2-4,3 \pm 33,4$	92,6	92,6	0,01
5-р хэсэг	30	$26,4 \pm 0,9$	1,0	—	4000	36,4	36,4	36,4	0,02
6-р хэсэг	30	$25,6 \pm 1,7$	1,0	15 мин. өмнө хэвлийн хөндгөйд.	4000				0,03

Зургаас ажиглахад хойлогийн махны 400—2800 мг/кг тун буюу хандмалыг 0,1—0,7 мл хэмжээтэй хэрэглэхэд хулганы динамик ажиллагаа идэвхтэй явагдан, ихээхэн хүч зарцуулан сэлж байсан боловч үргэлжлэх хугацаа нь тун ихсэх тутам харьцангуй удаан болж байв. Гэвч тун хэмжээ 4000 мг/кг болж ирэхэд динамик ажиллагаа үргэлжлэх хугацаа дундажаар 17,2 минутаар багасан, туршилтын амьтдын хөдөлгөөний идэвх 7,6 хувиар буурах шинж харагдлаа. Ийм учраас хойлогийн махны хандмалыг их тунтай хэрэглэхэд буюу тодорхой ямар нэгэн хэмжээнээс давахад биеийн хүчний ажлын чадвар, булчингийн идэвхт ажиллагаа буурдаг юм байна гэж үзэх үндэслэлтэй байна. Үүний ялдамд тэмдэглэхэд, монгол ардын эмнэлэгт хойлогийн махыг хэрэглэхдээ «холын аян замд яваа хүмүүс удаан хугацаагаар хэрэглэж болохгүй, ер нь сэрүүн чанартай» гэж заасан байдаг. Энэ нь хойлогийн махыг их хэмжээгээр хэрэглэхэд биеийн тамир тэнхээ сульдана гэсэнтэй адил утгатай ажээ. Ард түмний олон зуун жилийн туршид гярхай ажиглаж амьдрал практик дээр баталсан энэхүү заалт бидний хийсэн туршилтын үр дүнтэй тодорхой хэмжээгээр уялдан нотлогдож байна.

Түүнчлэн туршилтын уг дүн хойлогийн махны хандмалд агуулагдах одоогоор бидэнд төдийлөн сайн мэдэгдэхгүй байгаа био идэвхит бодисууд нэг талаас лабораторийн амьтдаас бие махбодынхоо хүч чадал, энергийн ба нөхөн сэргээх нөөц бололцоог ихээр дайчлан шавхаж, зарцуулан ашиглах явдлыг эрчимжүүлэх, нөгөө талаас бие махбодын цаашдын нөөц бололцоог богино хугацааны дотор хэт ихээр шавхан дайчилсны улмаас динамик ажиллагааг ихэсгэх ба багасгах нөлөө үйлчилгээтэй байна гэж батлахад хүргэж байна. Тодорхой тун хэмжээг сонгон авч үзвээс хойлогийн махны хандмалын нөлөөгөөр, тухайлбал 2800 мг/кг тунд туршлагын амьтны динамик хөдөлгөөн дээд хэмжээгээр явагдаж байгаа нь батлагдлаа. Энэ хэмжээг хойлогийн махыг хэрэглэх дээд хэмжээ гэж үзэх нь зүйтэй. Хэрэв хүн өөрийн хэрэгцээнд хойлогийн мах хэрэглэх шаардлага гарлаа гэж үүнтэй холбогдуулан тооцвол дундажаар 70 кг жинтэй хүнд хойлогийн 196 г шинэ мах буюу 49 г борцолсон мах оногдох болно. Хойлогийн ийм жинтэй шинэ мах нь 383,2 ккал илчлэгтэй байх боловч 43,5 г өндөр шимтэй цэвэр уураг, 2,5 г эрдэс бодис (макро ба микроэлемент) 21,9 г өөх тос агуулж хүний биеийг амин чухал хэрэгцээт эдгээр бодисоор хангахад зохих хувь нэмэр оруулах юм. Эцэст тэмдэглэхэд, хойлогийн мах тодорхой тохирсон тун хэмжээнд бие махбодын ерөнхий тонус дээшлүүлэх, булчингийн ажиллагааг идэвхжүүлэх, сэргээн тэтгэх, хүч чадал өгөх биодэвхжүүлэгч нөлөөтэй байна. Хойлогийн махны хандмалыг хэрэглэснээр туршлагын амьтны биеийн тэсвэрт чанар, ажлын чадвар дээшилж байгааг тэдгээрийн биеийн ерөнхий өвөрмөц бус эсэргүүцэл дээшилж байгаа нэгэн тохиолдол гэж үзвэл зохино. Бие махбодын динамик ажиллагааг идэвхжүүлэн, тэсвэрт чанарыг дээшлүүлэх энэ нөлөөг хойлогийн булчин махыг хандлах үед бодисын задралын дүнд үүсэх полипептид, амин-хүчил, усанд хялбархан уусах микроэлемент болон одоогоор судлагдаж хараахан чадаагүй байгаа бусад бодисуудын хам үйлчилгээтэй холбон үзэх нь бас зүйтэй юм. Харин хойлог шувуу нь өндөр уулын эрс тэс уур амьсгал, сийрэгжсэн агаар, халуун хүйтэн температурын хэлбэлзэл, нарны хэт ягаан гуяаны үйлчлэл ихтэй, өвөрмөц хоол тэжээлтэй орчинд амьдрах тул бусад амьтан шувуудаас онцгойрон ялгарах бөгөөд энэ байдал нь л түүний бодисын солилцоо, махны найрлагыг тогтоон тодорхойлно. Иймээс хойлогийн махны өвөрмөц сувиллын шинж чанар түүний амьдрал, орчинтой салшгүй холбоотой нь лавтай.

Дүгнэлт

1. Хойлогийн махны хандмалын нөлөөгөөр лабораторийн амьтны динамик ажиллагаа идэвхжин, биеийн хүчний тэсвэр хатуужил нь хяналтын бүлгийнхээсээ 31,1—40,6 хувь дээшилж байна.

2. Хойлогийн махыг хэрэглэх хамгийн тохиромжтой тун нь 2800 мг/кг болох нь тогтоогдлоо. Үүнээс илүү их хэмжээгээр хэрэглэвэл биеийн тамир тэнхээ сульдана.

3. Хойлогийн махны хандмалын энэ нөлөөг бодисын задралын дүнд үүсэх полипептид, аминхүчил, микроэлемент болон одоогоор судлагдаагүй байгаа бусад бодисуудын хам үйлчлэлтэй холбон үзэх нь зүйтэй юм.

НОМ ЗҮЙ

1. Моргунов И. Н. Супоникая В. М. Гуморальные факторы иммунологической реактивности организма. Киев, 1975.
2. Мясной экстракт. Компендиум медикаменториум 1. 3046/СМ IV, VI, VIII, КМ/СЭВ —75
3. Дардымов И. В. Жень-шень, элеутерококк, М., 1976.
4. Авакян О. М. Ширинян Э. А. Новая модель динамической работы мелких лабораторных животных. Бюллетень экспериментальной биологии и медицины. М. 1977, № 9.

ВЛИЯНИЕ ЭКСТРАКТА МЫШЕЧНОЙ ТКАНИ АЛТАЙСКОГО УЛАРА НА ДИНАМИЧЕСКУЮ РАБОТУ ЛАБОРАТОРНЫХ ЖИВОТНЫХ РЕЗЮМЕ

Г. Зориг

Нами выполнена экспериментальная работа на лабораторных животных с целью выяснения действия экстракта мышечной ткани (мяса) алтайского улара на увеличения физической выносливости и работоспособности организма в условиях повышенной динамической работы, что является первым количественным методом определения биологической активности мяса этой птицы.

Установлено, что время продолжительности активного мышечного движения у контрольной группы животных соответствует $227,9 \pm 11,8$ мин, а у шести опытных групп $298,8 \pm 22,5$ — $320,5 \pm 36,8$ мин ($t < 0,01$). Выявлены разнообразные картины в зависимости от концентрации экстракта, что можно отметить, что экстракт мышечной ткани действует с различной силой, вероятно, в зависимости от количества воздействующего вещества. В дозах 400—2800 мг/кг отмечалось повышение активного движения и увеличение физической выносливости экспериментальных животных, а в 4000 мг/кг, наоборот наблюдалось снижение. Полученные данные утверждают, что мясо алтайского улара в определенных оптимальных количествах от 31,1 до 40,6% стимулирует и повышает общий тонус организма.

Предполагаем, что повышение физической работоспособности, вызываемое экстрактом мышечной ткани алтайского улара, возможно осуществляется преимущественно за счет его белковых аминокислот и микроэлементов, которые богато содержатся в мышечной ткани алтайского улара. Правда, в этом эффекте могут принимать участие и другие, еще не изученные вещества как белковой, минеральной, так и иной природы.

Увеличение физической выносливости лабораторных животных в условиях повышенной мышечной деятельности под влиянием экстракта мышечной ткани алтайского улара можно рассматривать как частный случай повышения общей неспецифической сопротивляемости организма.

АВАРГА ТОСОН НУУРЫН УС ШАВРААР АРЬСНЫ ЗАРИМ АРХАГ ӨВЧНИЙГ ЭМЧИЛСЭН ДҮН

АРЬС ӨНГӨНИЙ ЭМГЭГ СУДЛАЛЫН НЭГДСЭН ТӨВ

Манай ард түмэн рашаан ус, шаврыг эрт дээр үеэс эдүгээ хүртэл эмчилгээний чанартай хэрэглэж ирсэн байна.

Манай оронд ард олны рашаан гэж хэрэглэж байгаа байгалийн халуун хүйтэн, ус, нуур шавар 400 гаруй тоонд хүрч бүртгэгдсэн байна. Сүүлийн жилүүдэд дэлхий нийтэд нэрд гарсан рашаануудтай нэгэн анги төрөлд багтахуйц 8—9 төрлийн рашаан манай оронд бүртгэгдэж ашиглагдаж байна.

Зөвлөлтийн эрдэмтэн И. А. Маринов, В. Н. Попов, А. Т. Иванов (3) нарын шууд оролцоотойгоор монголын эрдэмтэн, мэргэжилтэн нарын хамтарсан ажлаар тус орны рашаан усны мужлалтын зураглал буй болгож, 3 мужид хуваасны нэгдүгээр мужид нь тус орны Дорнод хэсэгт орших нийт рашаан ус, эмчилгээний ач холбогдол бүхий нуур цөөрмийг хамруулсны нэг нь Хэнтий аймгийн Дэлгэрхаан сумын Баян хар талын Тосон нуур бөгөөд нуурын усны химийн гол найрлага нь гидрокарбонат натрийн шүлтлэг, цайвар ногоовтор өнгийн ус юм.

Уг нуурын шавар нь хүхэр устөрөгчийн үнэртэй, наанги тослог, хар өнгийн сульфат хлорид гидрокарбонат натрийн 23,03 г/л эрдсийн бодистой юм (1).

Нуурын усны цацраг идэвхи чанар нь 90—100 рентген цаг байхач гадна усны температур нь 6-р сард дунджаар 20—21°C, 7-р сард 19—20°, 8-р сард 18—19°, 9-р сард 14—15° болж 8-р сарын дундуураас хойш усны дулаан багасч байна. (2).

Иймд үүнээс үзэхэд хамгийн дулаан байх, орох тохиромжтой хугацаа нь 6—8-р сар гэж үзэж, сувиллын эмнэлгийг энэ хугацаанд ажиллуулсан байна.

Арьс өнгөний эмгэг судлалын нэгдсэн төв 1977 оноос эхлэн Хэнтий аймгийн Аварга тосонгийн амралтын дэргэд 30 ортой арьсны архаг өвчтэй хүмүүсийг эмчлэх сувиллыг улирлын чанартай байгуулан ажиллуулав.

Эмчилгээнд хамрагдсан өвчтөний (нийт 651) 46,3 хувь нь эрэгтэй, 53,7 хувь нь эмэгтэй байснаас гадна нэг жил хүртэл хугацаагаар өвчилсөн 80; 2 жил өвчилсөн 101; 3—6 жил өвчилсэн 105; 7-оос дээш жил өвчилсөн 365 байлаа. Эмчлэгдсэн өвчтөнийг насаар авч үзвэл: 0—15 настай 77; 16—30 насны 203; 31-ээс 50 настай 265; 51-ээс дээш насны 107 тус тус байна.

ХЭРЭГЛЭСЭН АРГА. Тосон нуурын усанд өдөрт нэг удаа оруулан 3—20 минутаар 6—12 удаа хөдөлгөөнгүй суулгасан ба хөдөлгөөнгүй байхад арьсаар органик ба эрдэс бодис бие махбодод нэвтрэн орж тайвшруулах нөлөө үзүүлдэг. Өвчний байдлаас болж орох хугацаа ба тоог 3—20 минутаар тогтоосон ба олон жилээр архагшсан, олон дахилттай экзем, невродермит, хайрст үлд, хавтгай улаан үлхий, товруут маажуур зэргийг голчлон эмчлэв.

Шавар нь хүний бие махбодод механик химийн дулааны нөлөөг үзүүлэхээс гадна үрэвслийн эсрэг тууралтыг сорж шингээх, уусгах чанартай үйлчилгээтэйг харгалзан (37—42°C) 15—20 минутаар, арьсны өвчний байдлаас хэвлий, нуруу, гар хөл, хүзүү гэж хувааж шаврыг хэсэгчлэн тавьж битүү боож хэрэглэв. Шавар эмчилгээний нөлөө сайн, муу болох нь олон зүйлээс шалтгаалах бөгөөд халууны хэмжээ шийдвэрлэх үүрэг гүйцэтгэдэг. Шавар эмчилгээнд тавих хугацаа, нийт тоо чухал ач холбогдолтой бөгөөд арьсны өвчинд гол төлөв бүлээн шаврыг

15—20 минутаар өдөр бүр 8—12 удаа, өнжөөд тавьсан үед 6—8 удаа тус тус тавьж хэрэглэлээ.

Наршаны экзем, загатнаат өвчнүүд, хүүхдийн экземд хар шаврыг халааж тавихад уул өвчин хурцаддаг учир болгоомжлон зөвхөн нүүр, гар зэрэг биеийн ил хэсэг, цавины арьсанд шар шаврыг бүлээнээр 1—2 см зузаан, 20—25 минутын хугацаатай 6—10 удаа тавьж хэрэглэв.

ЭМЧИЛГЭЭНИЙ ҮР ДҮН. Архаг явцтай арьсны өвчтөнийг Аварга тосонгийн нуурын усанд оруулж, шавар тавьж, наран шарлага хийж, байгалийн цэвэр агаартай хамсруулан эмчилгээг явуулснаас гадна хоододны өвчтэй хүмүүст Аваргын рашаанаас зөөж уулгав. 4 жилд Тосон нуурын ус, шавраар арьсны зарим архаг өвчтөнг эмчилсний үр дүнг гаргав. (Хүснэгт 1).

Хүснэгт I

АРЬСНЫ ӨВЧИНГ ЭМЧИЛСЭН ДҮН

№	Өвчний ялгаа	Клиникийн эдгэрэлт	сайжирсан	үзвэн дээ байгаа	дорлсон	Бүгд
1	Псориаз	53	159	29	3	244
2	Улаан хавтгай үлд	11	38	4	—	53
3	Нейродермит	7	55	34	1	98
4	Нингийн экзем	16	45	19	6	86
5	Дисгидроз экзем	5	16	13	1	35
6	Нэрны экзем	10	29	23	3	65
7	Жинхэнэ экзем	1	15	10	2	28
8	Арьсны почмог үрэвсэл	5	6	1	—	12
9	Загатнаат өвчин	—	4	2	—	6
10	Гөвтрүүт загатнаа	—	10	3	—	13
11	Арьсны бусад	3	7	1	—	11
	Бүгд	111	385	139	16	651

Иймд клиникийн эдгэрэлт ба сайжралт нь 1977—1980 бүх өвчтөний 76,2% болж байгаа нь бусад орныхтой (ЗХУ-ын Алтай хязгаарын «Большое Яровое» нуур, Буриад АССР-ын рашаан, Болгарын САК-нуур зэрэг) харьцуулахад илүү үр дүнтэй байна. Харин хүүхдийн экземд эмчилгээний үр нөлөө сайн биш байсан ба мөн арьсны порфири өвчинд огт тохирохгүй байв.

Хөдөлмөрийн чадвар түр алдалтыг 1977—79 онуудад авч үзвэл нилээд багассан тал харагдаж байна. Жишээ нь: 1977 оноос өмнө хөдөлмөрийн чадвар түр алдалт, эдгээр арьсны архаг өвчтөнд 8143 хүн өдөр байхад 1979 оноос уг ус, шавраар эмчилснээр 2476 болж 3,3 дахин, өвчний дахилт 2,2 дахин багассан байна.

ДҮГНЭЛТ

1. Аварга тосонгийн рашаан сувилалд улирлын чанартайгаар 1977—1980 онд арьсны архаг явцтай 651 өвчтөнийг эмчлэхэд клиникийн эдгэрэлт ба сайжралт бүх эмчлэгдсэн өвчтөний 76,2% болж байна.

2. Хайрст үлд, невродермит, хавтгай улаан үлхийгээр өвчлөгсдийг эмчлэхэд эмчлэгдсэн өвчтөний 92,4—64,3% нь клиникийн эдгэрэлт ба сайжралт болж байгаа нь бусад арьсны архаг өвчтөнөөс илүү үр дүнтэй байгааг харуулж байна.

3. Архаг явцтай арьсны өвчтөнг Тосон нуурын ус, шавраар эмчлэх сувиллыг улирлын чанартай байсныг цаашид байнгын ашиглалттай сувилал болгох явдал дээрхи үр дүн нотолж байна.

4. Сувилалд эмчлүүлсэн өвчтөнг диспансерийн хяналтанд 100% хамруулж, өвчний дахилт, хурцдалт, хөдөлмөрийн чадвар түр алдалтанд хяналт тавих ба эмчилгээний алсын үр дүнг гаргах нь чухал байна.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ, РЕЦИДИВИРУЮЩИМИ ДЕРМАТОЗАМИ МИНЕРАЛЬНОЙ ВОДОЙ И ГЛИНОЙ ОЗЕРА АВРАГАТОСОНА

Т. Ядамсүрэн, Д. Цэвэндорж

РЕЗЮМЕ

По своим физико-химическим свойствам минеральная вода озера Тосона относится к хлоридно-натриево-сульфидным.

Нами проведено лечение рапо-пелоидотерапии у 651 больных.

Во время рапопелоидотерапии, медикаментозное лечение не применялось. Клиническое излечение и значительное улучшение наблюдалось у 76,2% больных.

НОМ ЗҮЙ

1. Доржсүрэн П. Аврага тосон нуурт явуулсан шинжилгээний ажлын дүн. 1971. (Онолын бага хуралд тавьсан илтгэл).
2. Нямдорж Ө. БНМАУ-ын рашаан 1966 он УБ
3. Маринов Н. А. Попов В. Н. Гидрогеология Монгольской народной республики. 1969 Новосибирск.

Г. ДЭЖЭЭХҮҮ. Но. ДОНДОГ, Д. БАТ-ОЧИР, Д. БАЛЖИННЯМ

ГИПЕРТОНИ ӨВЧТЭЙ ХҮМҮҮСИЙН ХӨДӨЛМӨРИЙН ЧАДВАР ТҮР АЛДАЛТЫН ТУХАЙ ЗАРИМ АСУУДАЛ

АНАГААХ УХААНЫ ХҮРЭЭЛЭН

Судалгааны зорилго

Гипертони өвчин нь хөдөлмөрийн чадвар түр болон бүрмөсөн алдуулах талаар зүрх судасны өвчний дотор тэргүүн байрыг эзэлдэг.

Бид Улаанбаатар хотын зарим районы хүн амын дунд гипертони өвчний улмаас хөдөлмөрийн чадвар түр алдаж байгаа байдал, диспансерийн идэвхтэй хяналт, эмчилгээний дүнд түүнийг багасгаж болох эсэхийг тодруулахаар энэхүү судалгааг хийв.

Судалгааны арга. Судалгааг явуулахын тулд гипертонитай 613 өвчтөнг диспансерийн идэвхтэй хяналт, эмчилгээний бүлэгт, 663 өвчтөнг жиших бүлэгт тус тус бүртгэн авсан юм.

Диспансерийн идэвхтэй хяналт эмчилгээний бүлэгт бүртгэгдсэн 613 өвчтөний артерийн даралтыг сар бүр тогтмол үзэж А/Д нь 160/95 мм МУБ-аас хэтэрсэн тохиолдол бүрд цусны даралт бууруулах эмчилгээг эмчийн хяналтын доор, удаан хугацааны турш хийж байлаа. Харин жиших бүлгийн өвчтөнүүдийг өнөөгийн манай нөхцөлд баримталж буй диспансерийн хяналтын нийтлэг журмаар хянаж эмчилж байлаа.

Судалгаанд хамрагдсан өвчтөнүүдийн хөдөлмөрийн чадвар түр алдсан хоногийн дунжийг олохын тулд 1972—1977 онд амбулатори болон эмнэлэгт хэвтэж эмчлүүлсэн өвчтөнүүдийн эмнэлгийн хуудсанд судалгаа хийв.

Харин эдийн засгийн үр дүнг гаргахдаа уг өвчтөнүүдийн ажилладаг үйлдвэр, албан газрын үйлдвэрчний байгууллагаас тооцоолон гаргасан судалгааны материалыг үндэслэв.

Судалгааны үр дүн. Гипертони өвчний учир диспансерийн хяналтанд анх бүртгэх үед тэтгэвэртээ гарсан буюу ажилгүй хүмүүс идэвх-

ГИПЕРТОНИ ӨВЧТЭЙ ХҮМҮҮСИЙН ХӨДӨЛМӨР
ЗОХИЦУУЛАЛТЫН БАЙДАЛ

Бүлэг	Үе шат	Ажилчин		Албан хаагч		хөдөлмөрийн зохицуулга хийсэн		тахир дутуугийн группэд орсон	
		тоо	%	тоо	%	тоо	%	тоо	хувь
		Идэвхтэй хяналт эмчилгээний	Анх хяналтанд орох үед	390	75,0	115	22,1	1	0,2
3—5 жил хянагдсаны дараа	218		71,0	64	20,8	5	1,5	21	6,7
Жиших	Анх бүртгэх үед	372	71,7	102	19,7	2	0,4	43	8,2
	3—5 жилийн дараа	150	62,8	50	20,9	5	2,1	34	14,2

тэй хяналт эмчилгээний бүлгийн хүмүүсийн 13,8%, жиших бүлгийн хүмүүсийн 21,7%-ийг тус тус эзэлж байжээ. Харин 3—5 жилийн дараа 2 бүлгийн хүмүүсийн 25,2—25,3%-ийг эзэлж байна. Улсад хөдөлмөрлөж байгаа буюу тахир дутуугийн группэд орсон хүмүүсийн судалгааг хүснэгт 1-д үзүүлэв.

Дээрх хүснэгтээс үзэхэд хяналтын эцэст тахир дутуугийн группэд орогсдын тоо ялангуяа жиших бүлгийн хүмүүсийн дунд илүү нэмэгдэх хандлагатай байна.

ГИПЕРТОНИ ӨВЧНИЙ УЧИР ТАХИР ДУТУУГИЙН
ГРУППЭД ОРОГСДЫН ХӨДӨЛГӨӨН

	Анх хяналтанд орох үед тахир дутуугийн группэд байсан	Үүнээс					шинээр группэд орсон	Одоо группэд байгаа
		группэс гарч ажилд орсон	группэс гарч тэтгэвэрг орсон	хэвээрээ	толорхойгүй			
Идэвхтэй эмчилгээний бүлэг	14	2	1	10	1	11	21	
Жиших бүлэг	43	1	4	11	27	23	34	

Дээрх хүснэгтээс үзэхэд хяналтын хугацаанд шинээр тахир дутуугийн группэд орогсдын тоо жиших бүлэгт идэвхтэй хяналт эмчилгээний бүлгийнхээс бараг 2 дахин олон байна.

Тахир дутуугийн группэд орогсдын 80 гаруй хувь нь 40-өөс дээш насны хүмүүс байна.

ХӨДӨЛМӨРИЙН ЧАДВАР ТҮР АЛДАЛТЫН БАЙДАЛ

Хүснэгт 3

	Идэвхтэй хяналт эмчилгээний бүлэг		Жиших бүлэг	
	3—5 жилд	1 жилд	3—5 жилд	1 жилд
Амбулаторийн нөхцөлд эмнэлгийн хуудсаар эмчлү лэгсэд	47,9	11,9	60,1	15,0
Эмнэлэгт хэвтэж эмчлүүлэгсэд	25,2	6,3	33,9	9,7

НЭГЖ ТОХИОЛДОЛД ХӨДӨЛМӨРИЙН ЧАДВАР ТҮР АЛДСАН ДУНДАЖ ХОНОГ (M±)

Хүснэгт 4

Он Бүлэг	1972	1973	1974	1975	1976	1977
Идэвхтэй хяналт эмчилгээний бүлэг	16,0±4,69	14,0±3,29	11,86±3,10	10,76±2,17	10,54±1,98	9,85±2,21
P	=	≥0,05	≥0,05	≤0,001	≤0,001	≤0,001
Жиших бүлэг	17,0±5,01	17,0±8,48	17,0±7,83	20,6±4,40	15,6±3,5	18,8±6,18
P	=	=	=	=	=	=

ИДЭВХТЭЙ ХЯНАЛТ ЭМЧИЛГЭЭНИЙ БҮЛГИЙН ӨВЧТӨНҮҮДИЙН ХӨДӨЛМӨРИЙН ЧАДВАР ТҮР АЛДСАН ДУНДАЖ ХОНОГ БУУРСНААС ГАРАХ ЭДИЙН ЗАСГИЙН ҮР АШГИЙН ТООЦОО (ТӨГРӨГӨӨР)

Хүснэгт 5

он	1972	1975	1976	1977
Нэгж тохиолдолд ноогдох мөнгөн тэтгэмж	240,0±63,9	193,0±56,4	161,5±53,2	152,0±5,6
P	=	≤0,05	≤0,001	≤0,001
Нэгж тохиолдолд хэмнэсэн	=	47,0	79,0	88,0
Хөдөлмөрийн чадвар түр алдсан тохиолдол (хүн)	=	57	47	92
Бүх хэмнэсэн	=	2679,0	3713	8096

Хүснэгт 3-аас үзэхэд жиших бүлгийн өвчтөнүүдийн хөдөлмөрийн чадвар түр алдалт нь үндсэн эмчилгээний бүлгийн өвчтөнүүдийнхээс их байна.

Хүснэгт 4-өөс үзэхэд идэвхтэй хяналт эмчилгээний бүлгийн өвчтөнүүдээс нэгж тохиолдолд хөдөлмөрийн чадвар түр алдсан дундаж хоногт нь хяналтын хугацаа уртсах тутам (статистикийн баттай ялгаа бүхий $P < 0,001$) буурч байхад жиших бүлгийн өвчтөнүүдийн хөдөлмөрийн чадвар түр алдсан хоногийн дундаж төдийлөн өөрчлөлт ороогүй байна.

Хүснэгт 5-аас үзэхэд анх хяналтанд орох үед (1972 онд) улсаас эмнэлгийн хуудсаар нэгж тохиолдолд дунджаар 240 орчим төгрөгийн тэтгэмж авч байжээ. Харин диспансерийн идэвхтэй хяналтанд эмчлэгдсэнээр нэгж тохиолдолд хөдөлмөрийн чадвар түр алдах дундаж хоног цөөрч, нийгмийн даатгалаас авах мөнгөн тэтгэмж жилээс жилд багасч зөвхөн сүүлийн 3 жилд нийтдээ арав гаруй мянган төгрөг хэмнэсэн байна.

Манай судалгаагаар диспансерийн хяналтанд анх бүртгэх үед (1972) үндсэн эмчилгээний бүлгийн хүмүүсийн 2,7%, жиших бүлгийн хүмүүсийн 8,2 хувь нь тахир дутуугийн группэд орсон байсан бол хяналтын эцэст 6,7%; 14,2% болж шинээр тахир дутуугийн группэд орогсод жиших бүлгийн өвчтөнүүдийн дунд илүү олонтой тохиолдож байна. Тахир дутуугийн группэд орогсдын 80 гаруй хувь нь 40-өөс дээш насны хүмүүс байна.

ДҮГНЭЛТ

Идэвхтэй хяналт эмчилгээний бүлгийн хүмүүсийн дунд нэгж тохиолдолд хөдөлмөрийн чадвар түр алдаж буй хоногийн дундаж нь $16,0 \pm 4,69$ хоногоос $9,85 \pm 2,21$ хоног хүртэл (статистикийн баттай ялгаа бүхий $P < 0,001$) буурчээ.

Харин жиших бүлгийн хүмүүсийн хөдөлмөрийн чадвар түр алдсан хоногийн дундаж буураагүй байна. Энэ нь гипертони өвчтэй хүмүүст диспансерийн идэвхтэй хяналт эмчилгээ тогтмол хийж, эрүүлжүүлэх арга хэмжээ авч чадсанаар хөдөлмөрийн чадвар түр алдалтыг бууруулж болохыг харуулж байна.

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ПОТЕРИ ТРУДОСПОСОБНОСТИ БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИИ РЕЗЮМЕ

Г. Дэгжэху, Но. Дондог, Д. Бат-очир, Д. Балжинням

Под нашим наблюдением находилось 1276 больных с гипертонической болезнью, в возрасте 20—60 лет, которые были разделены на основную и контрольную группы. В основную группу вошли лица, которым проводилось интенсивное лечение в течении 3—5 лет, под нашим диспансерном наблюдении. Больные контрольной группы лечились, как правило, нерегулярно, главным образом, в период гипертонических кризов или обострения болезни, обращаясь за помощью в поликлинику по месту жительства.

В основной группе больных с гипертонической болезнью трудоспособность была полностью сохранена у 97,3%—93,3% больных, а у контрольной группы 91,8%—85,8%. Большинство инвалидов (80%) были в возрасте 40 лет и старше.

Наши данные показывают что, в результате активного лечения и диспансеризации у больных основной группы число дней нетрудоспособности уменьшаются на 6—7 дней, а у контрольной почти не изменялись.

В течении 3—5 лет, среди наблюдаемых основной группы вновь вступающих инвалидов относительно мало встречаются, чем в контрольной.

Ц. ИЧИНХОРЛОО

ГЛАУКОМЫН ӨВЧЛӨЛИЙН ТУХАЙ СУДАЛГААНЫ ЗАРИМ ҮЗҮҮЛЭЛТ

УЛСЫН КЛИНИКИЙН ТӨВ ЭМНЭЛЭГ

Глауком өвчин нүдийг хараагүй болгож хөдөлмөрийн чадварыг эрс бууруулан зарим үед бүрмөсөн тахир дутуу болгодог аюулт өвчний нэг учраас түүнтэй тэмцэх нь чухал асуудлын нэг билээ. Ийм учраас энэхүү өвчнөөс харааг хамгаалах ажлыг ЗХУ болон бусад оронд өргөн хүрээтэй зохион явуулж байна. Зарим эрдэмтдийн ажиглалт хэвлэлийн мэдээнээс [1] иш татан глаукомын тархалтыг тодорхойлон бичсэнээс үзэхэд глауком, нүдний бусад өвчлөлийн дотор 1—6 хувь, АНУ-д 0,78 хувь, Францад 1,17 хувь, Энэтхэг улсад 1,6 хувь тус тус эзэлж байна. Глауком бүхий өвчтөнийг диспансерын аргаар эмчлэх ажлыг доцент Р. Нямаа анх удаа өөрийн оронд хэрэгжүүлсэн юм. Түүний санаачлагаар 1966 онд байгуулагдсан УКТЭ-ийн дэргэдэх глаукомын кабинет уул ажлыг эрхлэн хийж байна. Мөн бусад хот, аймгийн нүдний эмч нар өөрсдийн хариуцаж байгаа дэвсгэр нутгийн хэмжээнд энэхүү диспансерчлалтын ажлыг гардан хийж байна.

Глауком өвчнийг хугацаа алдахгүй эрт илрүүлж түүнийг статистикийн аргаар нэгтгэн дүгнэж судлах явдал их ач холбогдолтой. Глаукомын кабинетэд бүртгэгдсэн 795 өвчтөний картыг задлан шинжилж түүнийгээ Тула хотын глаукомын диспансерын судалгаатай [2] харьцуулан үзэв. Бидний судалгаагаар нүдний өвчлөлийн дотор анхдагч глауком 3,6 хувийг эзэлж байна. Өвчлөгчид хотоос 49,1 хувь, хөдөөнөөс 50,9 хувь эзэлж байгаагаас үзэхэд хот хөдөөгийн хооронд онцын ялгаа гарсангүй. Өвчлөгчдийг хүйсээр ангилахад Тула хот (57,6) хувь, Улаанбаатарын (64,7) аль алинд нь эмэгтэйчүүд олонхийг эзэлж байна. Өвчлөгчдийг насны байдлаар ангилахад Тула хотын өвчтөний 94,6 хувь, Улаанбаатарын өвчтөний 98,5 хувь нь 41-ээс дээш насны хүмүүс эзэлж байгаа нь эрдэмтдийн судалгаатай ойролцоо байв. Тула хотын диспансерын хяналтанд байгаа өвчтөний 64,1 хувь нь глаукомын сүүлийн гурван шатанд оношлогдсон байхад Улаанбаатарт явуулсан судалгаагаар 75,2 хувийг эзэлж байна. Ингэж уул өвчний сүүлийн шатны эзлэх хувийн жин их байгаа нь өвчтөн эмчид хожуу үзүүлж цаг үедээ оношлогдохгүй байгааг нотолж буй үзүүлэлт юм. Глаукомын кабинетын 1970—75 оны мэдээг үзвэл 1970 онд 524 өвчтөн, 1971 онд 713, 1972 онд 843, 1973 онд 868 өвчтөн тус тус үйлчлүүлж байв.

Тус кабинетад тогтмол үзүүлж байсан 184 өвчтөнд судалгаа хийж насны байдлаар ялгаж үзэхэд 40 хүртэлх насны 8 (4,4%), 40—50 нас хүртэлх 48 (26,1%), 50—60 насны 73 (39,7%), 60—69 насны 45 (24,4%) 70-аас дээш 10 (5,4%) хүн байв. Энэхүү үзүүлэлтээс үзэхэд 40 хүртэлх насны хүмүүст (4,4%) глауком өвчин тохиолдож байгааг харгалзан глаукомын үзлэгийг 30—35 наснаас эхлэн зохиох нь зүйтэй юм. Өвчнийг клиникийн хэлбэрээр авч үзвэл зогсонги хэлбэрийн глауком 126, энгийн хэлбэрийн глаукомтай 58 хүн байв. Үе шатаар нь ангилбал глаукомын эхний үе шатанд байгаа өвчтөн 72 (39,1%), хөгжсөн үе шатанд 30 (16,3%), даамжирсан 11 (6%), бараг туйлын 24 (13%), туйлын шатанд байгаа нь (25%) хүн, хоёр нүд хараагүй өвчтөн 1 байв. Нүдний дотоод зохицлын байдлаар авч үзвэл зохицсон 112 (62,4%), дутуу зохицсон 48 (26,1%), зохицоогүй 23 (12,5%) ба хурц давшлын байдалтай 1 (0,5%) хүн байв. Ийм учраас эмч нар хот хөдөөнөөс ирж үзүүлж байгаа өвчтөнийг бүртгэн авч үзлэг хийн эмчлэхийн зэрэгцээгээр албан газар, үйлдвэр, мэдрэл дотор болон бусад

зарим тасагт ерөнхий өвчнөөр хэвтэж эмчлүүлж байгаа өвчтөн, поли-клиникт үзүүлж байгаа 40-өөс дээш насны нүдний зовиургүй хүмүүст урьдчилан сэргийлэх идэвхтэй үзлэгийг хийж байна. Глауком өвчнийг цаг алдалгүй оношлохын тулд хорт халдвар, сүрьеэ өвчнийг урьдчилан сэргийлж үзлэг явуулдгийн нэгэн адил ажиллавал хүн амд үзүүлэх тусламжийн үр, нөлөө илүү байдгийг эрдэмтдийн судалгаа (3) тод харуулж байна. Глаукомын кабинет 1969 оноос 1974 он хүртэл үйлдвэр, албан газарт урьдчилан сэргийлэх идэвхтэй үзлэгийг 1440 хүнд хийж янз бүрийн хэлбэрийн өвчтөнүүдийг шинээр илрүүлсэн билээ. Ингэж идэвхтэй илрүүлэх ажлын үр дүнд өвчний эхний шатанд илэрсэн өвчтөний тоо идэвхгүй диспансерчлалтыг бодвол тав дахин (буюу 80% нь) нэмэгдэж, сүүлийн үе шатны өвчтөний тоо даруй дөрөв дахин буурав. Үүнээс үзэхэд идэвхтэй илрүүлэлт хичнээн их ач холбогдолтой болох нь тодорхой байна. Иймд глаукомыг идэвхтэй илрүүлж диспансерын хяналтанд авч эмчлэх нь хараагүй болохдос сэргийлэх хамгийн шилдэг арга юм. Глауком болон нүдний бусад өвчнөөс хараагүй болж дутуу тахир болохоос хамгаалахын тулд диспансерчлах ажиллагааг улам боловсронгуй болгон өвчтөнд тусламж үзүүлэх нь нүдний эмч бүрийн байнга гүйцэтгэх ажил юм. Диспансерчлалтын үр дүнг сайжруулж өвчнийг цаг тухайд нь илрүүлэн хяналтанд авч идэвхтэй эмчлэхийн тулд дотор, мэдрэл зэрэг бусад мэргэжлийн эмч нартай хамтран ажиллах нь чухал.

НОМ ЗҮЙ

1. *Архангельский В. Н.* Учебник глазных болезней. 1970. 39—40
2. *Каспаров. А. А.* Опыт активного выявления больных глаукомой в условиях городской больницы. «Вестник офтальмологии» 1967. 6. 35
3. *Черкасский. Е. Г.* Активное выявление глаукомы в условиях объединенной больницы. «Вестник офтальмологии» 1963. 4. 40

НЕКОТОРЫЕ СТАТИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ О ГЛАУКОМАХ РЕЗЮМЕ

Ц. Ичинхорло

В статье приводятся некоторые статистические данные характеризующие значения диспансеризации больных глаукомой. Материалы были собраны глаукомным кабинетом республиканской центральной клинической больницы с 1966—75 годы. Эти данные может быть использованы специалистами для более детального изучения проблемы предупреждения и борьбы с глаукомой.

А. ЛАМЖАВ, Л. ХҮРЭЛБААТАР, З. НОРСМАА

ТАРВАГАНЫ ТОСЫГ ЭМНЭЛЭГТ ХЭРЭГЛЭХ СУДАЛГААНЫ АСУУДАЛД

Мэдээлэл

Гэрлийн туяа, түлэнхийн улмаас гэмтсэн арьс эмчлэх
«Алотагат» эмийн тухай

АНАГААХ УХААНЫ ХҮРЭЭЛЭН
ЭРҮҮЛИЙГ ХАМГААЛАХ ЯАМ
ХАЛДВАР СУДЛАЛЫН КЛИНИК

Монголын болон Казахстаны тарваганы тосны найрлагыг судалсан бүтээл сүүлийн үед нилээд нийтлэгдэж түүнд уг тос өндөр молекултай глицерид 80—87% [1] витамин 8% [2], витамин А, Д [3], лино-

лин, линолений болон өөхний бусад гүйцэд бус эфир, витамин С цусанд 590 нэгч витамин Д байгааг нотолжээ.

Тарваганы тос нь бактерийг устгах [1], түлэгдлийг эмчлэх [4] үйлчилгээтэй байгаа ба тосон эмийн суурь хэлбэрээр хэрэглэх [5] тухай зарим туршилт шинээр хийгдсэн билээ.

Тарваганы тосыг дээр үеэс эхлэн ардын эмнэлэгт элози, плеврит, сүрьеэ, түлэнхий эмчлэх, сульдаатай хүүхэд, цус багадсан хүмүүст уулгах зэргээр хэрэглэж ирсэн билээ. Тарваганы тосонд чх хэмжээгээр агуулагдаж буй өөхний хүчлийн глицеридууд (ялангуяа линолен, линолийн хүчлийн) нь хүний бие махбодын үйл ажиллагаанд маш чухал үүрэг гүйцэтгэдэг учир эмчилгээний ач холбогдолтой юм. Гэвч манай оронд тарваганы тосыг эмчилгээнд хэрэглэсэн тухай судалгааны материал нийтлэгдээгүй байна. Энэ байдлыг харгалзан бид уг тосыг эмнэлэгт хэрэглэх боломжийг 1979 оноос эхлэн судалж байна.

Бидний энэ удаагийн зорилт бол гэрлийн туяагаар гэмтсэн арьс, түлэгдлийг эмчлэх эмийг шинээр хийж турших асуудалд оршино. Бид тарваганы тосоор тусгай суурь бэлдэж биологийн идэвхт эм найруулан Эрүүлийг хамгаалах яамны эм судлалын зөвлөлийн зөвшөөрлөөр цацраг туяагаар эмчлэхэд гэмтсэн арьсыг эмчлэх ба урьдчилан сэргийлэх, зарим түлэгдлийг эмчлэхэд үр дүнтэй байлаа.

Тосны найрлаганд түлэгдэл, удаан эдгэрэх шархыг эмчлэх үйлчилгээтэй биоидэвхжүүлсэн алоэгийн экстракт, биоидэвхт бодис агуулсан тарваганы тосны өтгөн суурь хэрэглэсэн явдал уг эмийн үйлчилгээний чанарыг өндөр болгов. Уг эмийг үйлдвэрлэх технологи, шалгах стандартыг боловсруулж клиникийн үр дүнг гаргаж «Алотагат» гэж нэрлэв.

Туршлагын хэсэг

Алоэгийн нунтаг экстракт бэлдэх. Алоэ ургамлын шинэхэн навчийг академич В. П. Филатовын аргаар $+6$ — $+8^{\circ}$ С-т харанхуй байранд 12 хоног байлгаж биоидэвхжүүлж шүүсийг шахан авч калорифери буюу лиофилийн аргаар хатааж хуурайшуулав.

Алотагат тосон түрхлэг найруулах Тарваганы шингэн тосыг бусад органик хольцын хамт тусгай харьцаагаар авч 100° С-т халааж хувийн жинг хэмжин тохируулж 40° С-т хүртэл хөргөнө. Дараа нь алоэгийн хуурай экстрактыг гахайн тосонд зуурч нэмж хийгээд жигдэртэл хутгаж 20° С-т хүртэл хөргөж царцмагц тос хольж ширхгийг нунтаглагч машинаар шахаж гаргана.

Шинжлэх арга. Таних урвалыг нимгэн үет хроматограммаар гүйцэтгэв. Адсорбент кизельгель Г. Дусаах уусмал бэлдэхийн тулд 100 г тосыг 50 мл метанолтай зайлж, шингэнийг шүүж ширгээж үлдэгдлийг дахин 10 мл метанолд уусгаж шүүнэ. Энэ уусмалаас 20 мкл гарааны «а» цэгт дусаана. Харьцуулах уусмалыг найруулахын тулд 0,01 г алоэныг 4 мл метанолд уусгаж, 20 мкл гарааны «б» цэгт дусаана. Систем: Этилацетат-метанол-нэрмэл ус (100:17:13). Хроматограммын шилэн ялтсыг органик уусгагч нь дэгдтэл агаарт хатаана. Тодруулахдаа ялтсыг калийн шүлтийн этанолын 2 нормалийн уусмалаар шүршиж, өдрийн гэрэлд харахад шар, хэт ягаан гэрэлд харахад туяат тод шар толбо үүсэх ба R_s 0,40—0,65 хооронд байна.

Тооны тодорхойлолтыг антрохиноны гликозидын хэмжээгээр тогтооно. 50 г тосыг 50 мл метанолтой зайлж шүүгээд метанолын уусмалыг 10 мл үлдтэл нэрнэ. Үлдэгдлийг усан халаагуур дээр ширгээж, 30 мл бүлээн усанд уусгаж, 50 мл-ийн багтаамжтай хэмжээт колбонд хийж, савыг 10 мл усаар 2 удаа зайлж нийлүүлнэ. Үлдэгдлийг усан халаагуур дээр 60° С-т 5 минут сэгсэрч халаагаад 20° С-т хүртэл хөргөж 100 мл хүртэл ус нэмнэ. Уусмалыг зайлж шүүгээд анхны 20 мл шүүдсийг хаяна. 50 мл багтаамжтай хоёр колбонд тус бүр 10 мл шүүдсийг хийнэ. (А; Б уусмал). А уусмал дээр 5 мл 25%-ийн аммиакийн уус-

мал, Б уусмал дээр 5 мл тетраоксо-иодатын 5%-ийн шинэ бэлдсэн уусмал хийж, дээр нь 5 мл аммиакийн аагтай уусмал хурдан нэмнэ. Хоёр уусмалыг сэгсэрч гэрлээс хамгаалалттай нөхцөлд 2 цаг тавьж байлгаад 60 мл хүртэл ус нэмнэ. Дараа нь дахин зайлж 15 минут тавьж байлгана. Б уусмалын гэрэл шингээлтийг 510 нм-т А уусмалтай харьцуулж олно. Харьцуулах сорил тавихын тулд 0.02 г алоиныг 100 мл-ийн багтаамжтай хэмжээт колбонд 50 мл нэрмэл устай хольж усан халаагуур дээр үе үе сэгсрэх зуур 60°C-т 5 минут халаана. Энэ уусмалыг 20°C-т хүртэл хөргөж, 100 мл хүртэл ус нэмнэ. Энэ уусмалаас 50 мл-ийн багтаамжтай 2 колбонд тус бүр 10 мл хийнэ. (В, Г уусмал). В, Г уусмалыг А, Б уусмалын адилаар үйлдэнэ. Бэлдмэл дэх антрогликозидын хэмжээ 0,018%-иас доошгүй байх ба доорхи томъёогоор олно:

$$A \% = \frac{100E_1Ж_2}{E_2Ж_1}$$

E_1 —Б уусмалын гэрэл шингээлт

E_2 —Г уусмалын гэрэл шингээлт

$Ж_1$ —Бэлдмэлийн жин, г

$Ж_2$ —цэвэр алоины жин, г

Клиникийн туршилт. Урьдчилан сэргийлэх журмаар эмэгтэйчүүдийн умайн II—III үеийн хорт хавдартай 54 хүнд гамма туяа эмчилгээг хийх хугацаанд арьс түлэгдэж гэмтэхээс хамгаалан уг тосыг өдөрт 2—3 удаа нимгэн үеэр түрхэж хэрэглэсэн ба гамма туяаг 8x12 см, 8x14 см талбайгаар 50 радийгаар $S=600-400$ рад голомтод өгөхөд арьсан дээр ямар нэг өөрчлөлт үүсээгүй. Харин 12 хүнд арьсны нөлөөжилт үүсэж байв. Гэтэл уг тосыг хэрэглэхгүйгээр дээрх тунгаар туяа эмчилгээ хийхэд нийт өвчтөний 10%-д нь арьсны өөрчлөлт, хуурай нойтон дерматит үүсэж байв.

Эмчилгээний зорилгоор хэрэглэхдээ туяа эмчилгээ хийх үед үүссэн арьсны өөрчлөлттэй 15 хүнд алоотагатыг өдөрт 2—3 удаа нимгэн түрхэхэд 3—5 хоногийн дотор эдгэрч байв.

Умайн хүзүүний хорт хавдар өвчний улмаас гамма туяа эмчилгээ хийлгэж арьс ба арьсан доорхи эдийн хожуу үеийн хүндрэлт үүссэн 31 өвчтөнд алоотагат тосон түрхлэгийг өдөрт 2—3 удаа түрхэж витамин B_{12} , новокаин тарих эмчилгээг хамтруулан хэрэглэхэд 15—20 хоногийн дараа өвдөлт багасаж, зовиур шаналгаа арилж, хатуурсан эд аажмаар зөөлөрч, эмгэг өөрчлөлттэй хэсгийн өнгө засарч эдгэрч байв. Эмчилгээг 2—3 курсээр давтахад илүү үр дүнтэй байв.

1963—64 онуудад рентген эмчилгээ хийлгэснээс хойш 10—12 жилийн дараа үүсээд 10 гаруй жил болсон туяаны гүн шархтай 1 хүн, шарх үүсээд 2 сар болж буй 2 хүний шархыг эмчлэхэд 30—90 хоногийн дараа шархны хэмжээ багасаж байв. Радийн эпители өөрчлөлттэй 5 өвчтөнд тосон чихээс тавьж эмчлэхэд 7—10 хоногийн дотор бүрэн эдгэрч байв.

ДУГНЭЛТ

1. Тарваганы тосыг өтгөрүүлж тосон эмийн суурь бэлтгэн «Алоотагат» хэмээх шинэ эм найруулах технологи, шалгах аргыг боловсруулав.
2. Туяа эмчилгээний улмаас гэмтсэн арьс эмчлэх ба урьдчилан сэргийлэх зорилгоор хэрэглэсэн «Алоотагат» эмийн үйлчилгээ сайн байв.
3. Манай оронд тарваганы тосыг эмчилгээнд анх удаа хэрэглэх боломжийг нээж, өөрийн нөөцийг ашиглан эмийн нэр төрлийг олшруулан, импорт багасгах бололцоо өгч байна.

НОМ ЗҮЙ

1. С. Мажигсурэн, О. Б. Санников, А. Л. Маркман
Тарбаганий жир, его состав и особенности. ХПС, 1976, с. 158
2. С. Мажигсурэн О перспективах использования жира и жиропродуктов, в кн: Проблемы развития и размещения производительных сил МНР, часть 11, Улан-Батор, 1973.
3. М. И. Горяев Л. А. Сдобникова
Жир казахстанского сурка
Здравоохранение Казахстана, 1972, № 4, с. 35
4. В. В. Скородинская, Лечебное значение алоэ.
Диссертация канд., Одесса, 1965
5. Л. А. Сдобникова, М. И. Горяев
Бактерицидные свойства жира сурка обитаемых В. Казахстане.
Вопросы совершенствования спец. медпомощи населению. Тюмень, 1973, с. 212.
6. Л. А. Сдобникова, В. А. Агарков, А. Т. Смагина
Лечение термических ожогов топленным жиром сурка Тезисы докладов
III Всесоюзного съезда фармацевтов. Кишинев, из-во «Тимпул» 1980,
с. 90.
7. С. Мажигсурэн. Исследование тарбаганьего жира и кинетики его каталитического гидрирования. Автореф. канд, Улан-Батор, 1978.
8. Süddeutsche Apothekezeitung. 665. 72. 1934

К ВОПРОСУ ИЗУЧЕНИЯ ПРИМЕНЕНИЯ ТАРБАГАНЬЕГО ЖИРА В МЕДИЦИНЕ

(Сообщение 1)

МАЗЬ «АЛОТАГАТ» КАК СРЕДСТВО ЛЕЧЕНИЯ ПОВРЕЖДЕНИЯ КОЖИ ПРИ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ И ОЖОГА РЕЗЮМЕ

А. Ламжав, Л. Хурэлбатор, Э. Норсма

Новый препарат «Алотагат» приготовленный на густой мазевой основе от тарбаганьего жира и сухого сока алоэ оказывает хороший лечебный эффект на кожу поврежденную при лучевой терапии и ожоге.

Разработан технологический регламент производства и метод контроля нового препарата. Открывается новая возможность применения тарбаганьего жира в медицине нашей страны, для которого имеется достаточный ресурс, что вероятно позволит расширять ассортимент лекарственных средств из отечественного сырья.

С. БАТМӨНХ Р. БААТАР

ЭМИЙН САНГИЙН ЖОР БАРИГЧИЙН АЧААЛЛЫГ СУДАЛСАН ДҮНГЭЭС

АНАГААХ УХААНЫ ДЭЭД СУРГУУЛЬ
УЛСЫН ЭМ ХАНГАМЖ ҮЙЛДВЭРЛЭЛИЙН ГАЗАР

Эмийн сангийн ажилчдын, түүний дотор жор баригчийн хөдөлмөрийн нормчлолыг зөв тогтоох нь хөдөлмөрчдийн хүлээгдлийн цагийг багасгах үйлчилгээг хөнгөн шуурхай болгох чухал ач холбогдолтой. Ах дүү социалист орнуудад жор баригч нарын ажилд олон төрлийн хронометражийн судалгааг явуулж ажлын ачааллын нормчлолыг боловсронгуй болгосоор байна. Жор-баригчийн ажлын хөдөлмөр зохион байгуулалтыг судалж дэвшилтэт арга хэлбэрийг илрүүлэх зорилгоор бид Архангай аймгийн төвийн эмийн сангийн жор баригч нарын ажилд

хронометражийн 14 хоногийн судалгааг жилийн 4 улирлаар явуулав. Хронометражийн асуултанд 50 гаруй үйлдэл гарган 5 үндсэн элементэд нэгтгэн боловсруулалт [1] хийв. Мөн туслах чанараар анкетын судалгаа авсан.

Ажлын ачааллыг улирлаар авч үзвэл 1, 4-р улиралд их байна. Ирж байгаа жоронд бэлэн эмийн хэлбэр 78,2%, найруулагдаж олгогдох эм 21,8%-ийг эзэлж, үйлчлүүлж байгаа нэг хүнд дунджаар 3,7 жор ноогдож байна.

Судалгаанаас үзэхэд жор баригчийн үндсэн ажлын цаг 67,5%, туслах ажил 12%, ажилд бэлтгэх, хүлээлцэх 13,1%, завсарлагаа 2,1%, үйлдвэрлэлийн биш алдагдал 6,6%, (хүснэгт 1) эзэлж байна. Үндсэн

Хүснэгт 1

ЦЭЦЭРЛЭГ ХОТЫН ЭМИЙН САНГИЙН ЖОР БАРИГЧИЙН АЖЛЫН ЦАГИЙН ЗАРЦУУЛАЛТ

Үйлдлүүд	Дундач (%)
1. Үндсэн ажлын цаг	67,5
2. Ажилд бэлтгэх дуусах, хүлээлгэж өгөх	13,1
3. Туслах ажил	12
4. Завсарлагаа	2,1
5. Үйлдвэрлэлийн биш алдагдал	5,5

Хүснэгт 2

ЖОР БАРИГЧИЙН ҮНДСЭН АЖЛЫН ЦАГИЙН ХУВААРИЛАЛТ

Үйлдлүүд	Дундач %
1. Жортой танилцах	6,9
2. Жорыг үнэлэх	17,4
3. Жорыг журналд бичих	29,8
4. Хүлээлгэний хуудас бичих	6,6
5. Эмийг эрэх	6,1
6. Эмийг олгох	21,1
7. Хөдөлмөрчдөд тайлбарлах	12,2

Хүснэгт 3

ЖОР БАРИГЧИЙН АЖЛЫН ЦАГИЙН АЛДАГДАЛ

Алдагдал	цаг хувь	
	цаг	хувь
1. Мэргэжлийн биш ажлыг гүйцэтгэх	35	8,3
2. Хөдөлмөрийн хуваарилалт алдсанаас гарах завсарлага	15	3,5
3. Удирдлагын шалтгаанаас гарах завсарлага	11	2,6
дундач	61	14,4

ажлын цаг ЗХУ-ын 3-р зэрэглэлийн эмийн сангийн дундачтай ойролцоо [2] байна. Мэргэжил шаардагдахгүй ажил 15—17%-ийг эзэлж байна.

Үндсэн ажлын цагийг дотор нь задалж үзвэл жортой танилцах, үнэлэх, хүлээлэг бичих, жорын журналд бичихэд 60%-ийг зарцуулж (хүснэгт 2) байна. Эмийг эрэх 6,1%, хөдөлмөрчдөд тайлбарлах 12,8%, эмийг олгох хугацаа 21,1% байна.

Иймээс жорын журналыг боловсронгуй энгийн болгох ба хүлээлгийн хуудасны оронд жетоныг хэрэглэх, нэг туслах ажилтан сигнарантыг ажиллуулбал жор-баригчийн хөдөлмөрчдөд үйлчлэх цаг 15—20%-иар дээшилж, хүлээгдлийн цагийг 2 дахин бууруулах боломжтой байна.

Хөдөлмөрчдийн хүлээгдэл 1-р ээлжинд их байна. Нэг цагт хүлээгдэл 4—5 хүн байна. Жор баригчийн ажлын цагийн алдагдлыг 3 төрлийн хамаарлаар гаргавал 14,4% (хүснэгт 3) байна.

Үүнд мэргэжлийн биш гүйцэтгэх ажил, хөдөлмөрийн сахилга бат алдсанаас гарах завсарлага (ажлаас хожигдох, эрт явах) удирдлагаас гаргуулах завсарлагаа зэргийг оруулав.

Цаашид мэргэжлийн биш гүйцэтгэх ажил, хөдөлмөрийн сахилга бат, удирдлагаас хамаарч гарах завсарлагыг 2—3% бууруулах, хөдөлмөрчид байхгүй үеийн завсарлагааг үр ашигтай ашигласнаар жор баригчийн хөдөлмөрийн бүтээмж 7,9% өсөх бололцоо байна.

Хөдөлмөрчдийн ирэлтийг жор үйлдвэрлэлийн тасаг дээр авч үзвэл 10—11, 17—18 цагийн хооронд 7 хоногоор үзвэл 1, 4, 5 дахь өдрүүдэд их байна.

ДУГНЭЛТ

1. Үндсэн ажлын цаг 67,5%, ажилд бэлтгэх, хүлээлцэх 13,1% туслах ажил 12%, завсарлага 2,1% үйлдвэрлэлийн биш алдагдал 6,6% байна.

2. Үндсэн ажлын дотор жортой танилцах, үнэлэх, хүлээлгэний хуудас, жор бичих, жорын журналд бичихэд 60,1%-ийг зарж байна. Жетоны системийг нэвтрүүлснээр ажлын цагийг 7,9%-иар хэмнэх бололцоо байна.

3. Жор баригч жилд бэлэн эмийн жор 90 мянга, найруулагдан олгогдох жор 28,0 мянгыг хүлээж авах ачааллыг тодорхойлов.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИЗУЧЕНИЯ НАГРУЗОК РАБОТ РЕЦЕПТАРОВ РЕЗЮМЕ

С. Батмунх, Р. Батор

С помощью хронометража составлены фактические балансы затрат рабочего времени рецептаров аптеки города Цецерлека, установлены, что на выполнение основной работы в среднем расходуется 67,5%, вспомогательная работа 12%, подготовительно-заключительная работа 13,1%, непроизводительные-затраты 5,5%, перерывы 2,1%.

При рациональной организации труда имеется возможность увеличить время выполнения основной работы на 43%, за исключением непроизводительных затрат и выписывания квитанций, необходимость использования жетонной системы и сигнала.

НОМ ЗҮЙ

1. Р. С. Скулкова, Ф. Е. Зилонина «О состоянии организации труда рецептаров-контролеров хозрасчетных аптек». Труды ЦАНИИ, 1971, 53—60.
2. Р. С. Скулкова, Е. С. Зверева «Пути повышения эффективности труда, рецептаров-контролеров хозрасчетных аптек», фармация 1976, 9—11.

Х. ЛХАГВАЖАВ, Г. ТУНГАЛАГ

ЗҮРХ СУДАСНЫ ӨВЧНҮҮДЭЭР ГЭНЭТ НАС БАРАХ АСУУДАЛД

ШҮҮХ ЭМНЭЛГИЙН МАГАДЛАХ ТОВЧОО
АНАГААХ УХААНЫ ХҮРЭЭЛЭН

Шүүх эмнэлгийн практикт гэнэт нас баралтын шалтгааныг судлах нь хөдөлмөрчдөд үзүүлж байгаа эмнэлгийн тусламжуудын доголдолтой асуудлуудыг тодруулах, янз бүрийн өвчнүүдийг эмчлэх, урьдчилан сэргийлэх арга замыг боловсруулах зэрэг эрүүлийг хамгаалахын чухал асуудлуудыг шийдвэрлэхэд практикийн их ач холбогдолтой юм.

Ном зохиолд тэмдэглэснээс үзэхэд шүүх эмнэлгийн задлан шинжилгээний 20—50 хүртэл хувийг янз бүрийн өвчнүүдээр гэнэт нас барсан тохиолдлууд эзлэх бөгөөд сүүлийн үед өвчнөөр гэнэт нас барах нь нийгэм, эмнэлэг, биологийн холбогдолтой чухал асуудлуудын нэг гэж үзэж олон улс орны эрдэмтэд шалтгаан зүйн судалгааг янз бүрийн чиглэлээр явуулж байна. (1—3)

Манай оронд энэ асуудлаар хийгдсэн ажлууд цөөн (4—7) байгаа бөгөөд зүрх судасны элдэв хэлбэрийн өвчнүүдийн үед гэнэт нас барах шалтгаан зүйн талаар нарийвчлан тогтоогоогүй, зарим дүгнэлтүүд зөрөөтэй, судалгааны ажлыг цаашид хийх шаардлагатай байгааг харгалзан бид улсын шүүх эмнэлгийн магадлах товчоогоор 1960—1977 онуудад зүрх судасны өвчнүүдээр гэнэт нас барж задлан шинжилгээ хийгдсэн 483 тохиолдлуудын материалд судалгааг хийлээ. Судалгааны материалаас үзэхэд элдэв өвчнүүдээр гэнэт нас барсан тохиолдлууд шүүх эмнэлгийн бүх задлан шинжилгээний 36,4%-ийг эзэлж байна.

Гэнэт үхэлд хүргэж байгаа олон төрлийн өвчнүүдийн дотор зүрх судасны өвчнүүд зонхилох суурь эзэлдэг ба гэнэт нас баралтын 50—95% хүрдэг гэж олон эрдэмтэн судлаачид (8—12) тогтоосон бөгөөд орчин үеийн шинжлэх ухаан, техникийн хөгжлийн эрин үед олон улс оронд зүрх судасны өвчнөөр нас барах явдал жилээс жилд өсөж, дэлхийн эрүүлийг хамгаалах байгууллагын тооцоогоор зүрх судасны

Хүснэгт 1

ЗҮРХ СУДАСНЫ ӨВЧНӨӨР НАС БАРАГЧДЫГ
НАС ХҮЙСЭЭР ЯЛГАВАЛ

Нас Хүйс	НАС										Дүн		
	15—19	20—24	25—29	30—34	35—39	40—44	45—49	50—54	55—59	60—64	65-аас дээш	тоо	хувь
Эрэгтэй	9	11	15	18	25	33	61	44	47	50	65	381	78,9
Эмэгтэй	2	9	13	10	5	9	10	11	9	11	13	102	21,1
Бүгд		20	28	28	30	45	71	55	56	61	78	483	
%	59/12,2/												100,0%

өвчин нас баралтын шалтгаануудын дотор 1-р байранд орж байгаа билээ.

Бидний судалгаагаар зүрх судасны өвчнөөр гэнэт нас барсан тохиолдол бүх гэнэт нас барсан тохиолдлын 89,5% байгаагаас гадна манай оронд зүрх судасны өвчнөөр гэнэт нас барах тохиолдол жилээс жилд (1960 онд —5,7%, 1970 онд —7,1%, 1977 онд —10,7%) өсөх хандлагатай байна.

Дээрхи хүснэгтээс үзэхэд зүрх судасны өвчнөөр гэнэт нас барагчдын 78,9% нь эрэгтэй, 21,1% нь эмэгтэй буюу 3:1 харьцаатай байгаагаас гадна 40 хүртэл насанд эрэгтэйчүүд эмэгтэйчүүдээс 2 дахин (эрэгтэй—66,7%, эмэгтэй—33,3%) их байгаа ба 40-өөс дээш насанд 4 дахин их болж (эрэгтэй—82,8%, эмэгтэй—17,2%) байгаа нь бусад олон судлаачдынхтай тохирч (13—14) байна.

Нас барагчдын зонхилох хувийг (87,8%) 30-аас дээш насны хүмүүс эзэлж байгаагаас эрэгтэйчүүд 35-аас дээш (86,1%), эмэгтэйчүүд 40-өөс дээш (61,8%) насанд элбэг тохиолдож байна.

Судалгаанд хамрагдсан бүх тохиолдлын 79,1% нь хотод оршин суугчид, 20,9% нь хөдөө орон нутагт оршин суугчид байгаа ба ажил мэргэжлээр нь ялган үзвэл ажилчин 38,8%, албан хаагч 13,4%, оюутан сурагч 1,8%, хөдөө аж ахуйн ажилчин, малчин 8,9%, бусад гэрийн ажилтай хүмүүс 37,1% тус тус байлаа.

Нас барагчдын 36,9% нь гэр орондоо, 63,1% нь ажил дээрээ буюу гудамж талбай, олон нийтийн газруудаар нас барсан байв.

Хүснэгт 2

ЗҮРХ СУДАСНЫ ӨВЧНҮҮДИЙГ ХЭЛБЭРЭЭР НЬ ЯЛГАН АВЧ ҮЗВЭЛ

Өвчнүүдийн хэлбэр	%
Судас хатуурах өвчин	71,5
Цусны даралт ихдэх өвчин	17,2
Зүрхний гажиг	7,3
Зүрх судасны бусад өвчнүүд	4,0

Дээрх хүснэгтээс үзэхэд зүрх судасны өвчнүүдээс судас хатуурах ба цусны даралт ихдэх өвчнүүдээр гэнэт нас барах тохиолдол зонхилох (88,7%) хувийг эзэлж байна.

Судас хатуурах өвчнөөр эрэгтэйчүүд эмэгтэйчүүдээс бараг 3 дахин илүү өвчилж (эрэгтэйчүүд 76,3%, эмэгтэйчүүд 23,7%) байна.

Насны байдлаар нь авч үзвэл судас хатуурах өвчнөөр нас барах тохиолдол 20—25 хүртэл насны идэр залуу эрэгтэй, эмэгтэй хүмүүст адил цөөн (9,3%) тоотой байгаагаас гадна судас хатуурах өвчнөөр нас барах тохиолдол эрэгтэйчүүдэд 45 наснаас дээш (83,7%), эмэгтэйчүүдэд 60 наснаас дээш (34,0%) насанд зонхилох хувийг эзэлж байлаа.

Цусны даралт ихдэх өвчнөөр нас барах тохиолдол эрэгтэйчүүдэд 82,7%, эмэгтэйчүүдэд 17,3% байгаа ба эрэгтэй, эмэгтэйчүүдэд адил ихэвчлэн 40-өөс дээш насанд нас барах нь (74,3% ба 72,4%) зонхилох хувийг эзэлж байна.

Зүрхний төрөл бүрийн гажиг өвчнөөр гэнэт нас барах тохиолдол нилээд (7,3%) байгаа ба эрэгтэй идэр залуу насны хүмүүст тохиолдох нь элбэг байна.

Зүрх судасны өвчнүүдийн үед гэнэт нас барах гол шалтгаан нь тэдгээр өвчнүүдийн төрөл бүрийн хүндрэлүүд байна.

ЗҮРХ СУДАСНЫ ӨВЧНҮҮДЭЭР НАС БАРСАН
ШАЛТГААНААР НЬ АВЧ ҮЗВЭЛ

Шалтгаанууд	%
Зүрх судасны хурц дутагдалт	34,6
Зүрхний булчингийн шигдээс	29,4
Тархинд цус харвах	24,5
Нойр булчирхайд цус харвах	5,6
Судас хагарах	3,5
Зүрх хагарах	2,4

Дээрх хүснэгтээс үзэхэд судасны элдэв төрлийн өвчнүүдийн үед янз бүрийн хүндрэлүүд гарч нас барах бөгөөд зонхилох хувийг зүрх судасны хурц дутагдалт, зүрхний булчингийн шигдээс үүсэх, тархинд цус харвах (88,5%) зэрэг хүндрэлүүд эзэлж байна.

Судас хатуурах өвчний үед зүрхний булчингийн шигдээс 37,1%, зүрх судасны хурц дутагдалт 32,3%, тархинд цус харвах 20,1%, нойр булчирхайнд цус харвах 7,8%, судас хагарах 4,2%, зүрх хагарах 2,7% зэрэг хүндрэлүүд гарч нас барах ба зүрхний булчингийн шигдээс эрэгтэйчүүдэд 90,5%, эмэгтэйчүүдэд 9,5%, ихэвчлэн эрэгтэйчүүдэд 45-аас (75,9%), эмэгтэйчүүдэд 50-иас дээш (48,0%) насанд тохиолдож байна.

Цусны даралт ихдэх өвчний үед тархинд цус харвах (55,5%), зүрх судасны хурц дутагдалт үүсэх (24,7%), зүрхний булчингийн шигдээс өх (19,8%) зэрэг хүндрэлүүд гарч байгаа ба тархинд цус харвах тохиолдол эрэгтэйчүүдэд 59,1%, эмэгтэйчүүдэд 40,9%, эрэгтэйчүүдэд ихэвчлэн 45-аас, эмэгтэйчүүдэд 60-аас дээш насанд тохиолдож байна.

Өвчнөөр гэнэт нас барсан эсэхийг оношлон тогтооход задлан шинжилгээгээр тогтоосон морфологи өөрчлөлтүүдээс гадна эмнэлгийн баримт бичгүүдэд тэмдэглэгдсэн клиник шинжүүд, төрөл төрөгсөд, ойр дотнын хүмүүсийн өвчний тухай мэдэгдсэн зүйлүүд болон лабораторийн нэмэлт шинжилгээнүүд, ялангуяа патогистологийн шинжилгээ чухал ач холбогдолтой байдаг.

Бидний судалгаанд хамрагдсан тохиолдлуудаас 33,8%-д нь патогистологийн шинжилгээ хийгдсэн байсан нь оношийг нотлох, ялган тогтооход чухал шаардлагатай нэмэлт шинжилгээнүүдийг хангалтгүй хийж байгааг гэрчилж байна.

Зүрх судасны өвчнөөр ялангуяа судас хатуурах ба цусны даралт ихдэх өвчнөөр гэнэт нас барахад архины хордлого тодорхой нөлөөтэй гэж үздэг бөгөөд зарим судлаачдаас (1, 2, 8) зүрх судасны өвчнүүдийн гэнэт нас баралтын үед архи 3,2—15% хүртэл тохиолдолд илэрнэ гэж мэдээлсэд байх бөгөөд бидний судалгаагаар судлагдсан бүх тохиолдлын 12,4%-д нь архи шүүх химийн шинжилгээгээр илэрлээ.

Архи илэрсэн тохиолдлуудад ихэвчлэн зүрх судасны хурц дутагдалт үүссэн буюу зүрхний булчингийн шигдээс үүссэн тохиолдол байсан нь архины хордлого зүрх судасны өвчнүүдийн хүндэрч нас барахад тодорхой нөлөөтэй байгааг үзүүлж байна.

Зүрх судасны өвчнөөр гэнэт нас барахад архины нөлөөнөөс гадна биеийн хүчний хүнд хүчир ажил хийх, сэтгэхүйн гэнэтийн почролд орох зэрэг гаднын харшил нөлөөлөл тодорхой нөлөөтэй болох тухай, мөн улирал цаг уурын (агаарын температур, даралт, чийглэг, салхи г. м) тохиромжгүй нөхцөл тодорхой нөлөөтэй байна гэж үзсэн байдаг. (1, 2, 3. 15—17)

Бидний судалгаагаар хамрагдсан тохиолдлуудыг жилийн улирлаар авч үзвэл өвөл 27,0%, хавар 23,5%, намар 25,2%, зун—24,3% тус тус байгаа бөгөөд сэрүүний улиралд тохиолдлын тоо арай илүү байна.

Зүрхний шигдээс өвчин үүсэх байдлыг авч үзвэл өвөл—25,9%, хавар—22,8%, зун—22,8%, намар—28,5% байгаагаас хамгийн их тохиолдол 12-р сард (13,0%), хамгийн бага тохиолдол 6-р сард (4,9%) байлаа.

Дээрх байдлаас үзэхэд зүрх судасны өвчнүүдээр гэнэт нас барах тохиолдлууд нь улирал, цаг уурын байдалтай тодорхой хэмжээгээр уялдаатай байдгийг харуулж байна.

Иймд цаашид манай орны улирал, цаг уурын эрс тэс онцлог нөхцөлүүд зүрх судасны өвчинд болон гэнэтийн үхэлд хэрхэн нөлөөлдөг болохыг нарийвчлан судалж тогтоох шаардлагатай болохыг гэрчилж байна.

ДҮГНЭЛТ

1. Судалгаанаас үзэхэд элдэв өвчнөөр гэнэт нас барах тохиолдол шүүх эмнэлгийн задлан шинжилгээний 36,4%-ийг эзэлж байна.

2. Гэнэт нас баралтад зүрх судасны өвчнөөр гэнэт нас барах тохиолдол зонхилох (85,5%) суурийг эзэлж байгаа ба зүрх судасны өвчнүүдийн дотроос судас хатуурах (71,5%) ба цусны даралт ихдэх өвчин (17,2%) зонхилж байна.

3. Зүрх судасны өвчнөөр нас барсан тохиолдлуудаас архи илэрсэн тохиолдол 12,4%-ийг эзэлж байгаа нь хөдөлмөрчдийн дунд архины эсрэг суртал нэвтрүүлгийн ажлыг хүчтэй болгох шаардлагатай байгааг гэрчилж байна.

4. Бидний судалгаагаар зүрх судасны өвчнөөр гэнэт нас барах нь улирал, цаг уурын байдлаар тодорхой хэлбэлзэлтэй байгаа нь тогтоогдсон нь цаашид манай орны эрс тэс улирал, цаг уурын нөхцөл, зүрх судасны болон бусад өвчнүүдээр нас барахад хэрхэн нөлөөлж байгааг нарийвчлан судлан дүгнэх шаардлагатай болохыг харуулж байна.

5. Зүрх судасны өвчнөөр гэнэт нас барсан тохиолдолд үзлэг, шинжилгээг хийхдээ өвчний онош, эмгэг жамыг нарийвчлан тогтоосон байх шаардлагатай байна. Үүний тулд орчин үеийн гистологи, гисто-хими, биохимийн болон бусад шинжилгээний нарийн аргуудыг өргөн хэрэглэж эмнэлгийн баримт бичгүүдийг үзэж, ар гэр, мэдэх хүмүүсээс холбогдох зүйлүүдийг асууж сайтар судлахаас гадна клиникийн эмч, шүүх-эмнэлгийн шинжээч нар нягт хамтран ажиллах нь чухал байна.

НОМ ЗҮЙ

1. Богуславский. В. Л., Атлер. Е. М., Бурштейн, Г. А., Мурзина, М. С. Сваричевская, В. М. Анализ ненасильственной смерти по материалам бюро суд. мед. экспертизы г. Москвы за 1969 год. Воп. суд. мед. М. 1971.

2. Богуславский. В. Л., Агапова. Л. С., Гольдберг. Н. Д., Каоика. П. И., Коган. Н. Б., Анализ ненасильственной смерти по материалам Московского городского бюро суд. экспертизы. Вопр. суд. мед. М. 1968.

3. Бурштейн. Е. М., Скоропостижная смерть от атеросклероза и гипертонической б-ни в зависимости от влажности атмосферного воздуха в г. Москве. Сб. трудов. Вып—6. Ереван, 1971.

4. Рагчаа. Б. Зүрх судасны өвчний тохиолдлын тухай асуудал. АУДС-ийн э/ш бичиг. 1967 № 2

5. Галцог Л. Цэдэв Д. Скоропостижная смерть при атеросклерозе и гипертонической б-ни. В журн. Монгольская медицина. г. Уланбатор. № 2, 1971.

6. Галцог Л. Улсын нэгдсэн 1-р эмнэлгийн задлан шинжилгээний тасгийн 1956—65 онуудын материалаар цусны даралт ихдэх өвчнийг судалсан нь. АУДС-ийн э/ш бичиг. 1967. 2

7. Семенова Б. М, Бярваа. Л. Характеристика причин внезапной смерти по секционным судебно-медицинским данным. В журн. Монгольская медицина. г. Улан-батор. 1971 № 2.
8. Найнис. И. И. К вопросу скоропостижной смерти от заболеваний сердечно-сосудистой системы. Рефераты докладов. Ереван. 1955 г.
9. Алякритская. А. В. Скоропостижная смерть в послевоенные годы по материалам бюро суд. мед. экспертизы Воронежского обл. здравоохранения. Сб. трудов Ростов-на-Дону. 1959.
10. Прозровский. И. В, Громов. Л. И, Опалева. В. А. Судебно-медицинская экспертиза в случаях скоропостижной смерти и основные направления в ее изучении. Вопр. суд. медицины. М. 1968 г.
11. Прозровский. И. В. Геронтология и скоропостижная смерть. Вопр. суд. медицины. М. 1968.
12. Долгова. Р. М. Скоропостижная смерть от самопроизвольных разрывов аорты с кровоизлиянием в околосердечную сумку. Сб. науч. рабст Челябинского об-ва суд. медиков. 1963.
13. Ворончук. В. И. Скоропостижная смерть при сердечно-сосудистых заболеваниях. В кн. Сердечно-сосудистая патология. Киев. 1964.
14. Ворончук. В. И. Роль физического напряжения в наступлении скоропостижной смерти при инфаркте миокарда. Киев. 1964.
15. Авакян. Н. М. Саркасян. С. А. Статистический обзор материалов скоропостижной смерти по г. Еревану за 10 лет (1947—1956 гг). Сб. трудов. Вып—2. Ереван. 1957.
16. Авакян. Н. М. Стамбольцян. Р. П. Скоропостижная смерть и инфаркта миокарда. Сб. трудов. Вып-3, Ереван. 1961.
17. Авакян. Н. М, Аркелян. Л. А. Плиссский. С. М. Скоропостижная смерть при атеросклерозе и гипертонической б-ни в климатических условиях г. Еревана. Сб. трудов. Вып—6, Ереван. 1971.

**СКОРОПОСТИЖНАЯ СМЕРТЬ ОТ ЗАБОЛЕВАНИЙ
СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ**

Х. Лхагважав
Г. Тунгалаг

РЕЗЮМЕ

В настоящей работе приведены данные, полученные при изучении материалов 483 случаев скоропостижной смерти от заболеваний сердечно-сосудистой системы. По материалам бюро судебно-медицинской экспертизы ненасильственная смерть составляет 36,4% судебно-медицинских вскрытий. На первом месте причин ненасильственной смерти стоят заболевания сердечно-сосудистой системы (89,5%) и из этих заболеваний атеросклероз занимает первое место (71,5%), на втором гипертонические болезни (17,2%),

Гуршлага солилцё

Л. ЖАМБАЛЖАВ, М. ДАВАА, Д. СҮХЭЭ

ХЭВЛИЙН ГЯЛТАНГИЙН УГААЛТ ХИЙХ И. И. ДРЯБИНЫ АРГЫГ ХЭРЭГЛЭСЭН ДҮН

ЦЭРГИЙН ТӨВ ЭМНЭЛЭГ

Хэвлийн гялтан хальс нь 20000 см² талбайтай бөгөөд хоногт 16—18 литр шингэнийг тасралтгүй нэвчүүлж буцаан шимдэг биологийн идэвхтэй мембран юм. Энэхүү нэвчиж буй шингэнтэй хамт бие махбодын эмгэгийн үед үүссэн хортой, завсрын бодисууд ялгардаг. Иймээс хэвлийн гялтан хальсыг эмийн бодисуудаар угаах нь бие махбодыг түргэн цэвэршүүлэх эмчилгээний асар их ач холбогдолтой юм.

Хэвлийн гялтанг угаах (диализ) санааг анх 1877 онд Вагнер сэдсэн боловч удтал ашиглагдахгүй байснаа 1946 оноос ихээхэн анхаарал татаж, 1964 оноос өргөн дэлгэр ашиглах болжээ.

Орчин үед хэвлийн гялтангийн угаалтыг элэг, бөөрний цочмог ба архаг дутагдлууд, төрөл бүрийн хордлогууд, хэвлийн эрхтний гэмтлүүд, зүрхний хаван, түлэгдэлт, гялтангийн үрэвсэл зэрэг эмгэгүүдийн үед эмчилгээний зорилгоор амжилттай хэрэглэж байна (1, 2)

Хэвлийн гялтангийн угаалтын зорилго нь:

Цусны эргэлтэнд байгаа эндотоксин, үлдэгдэл азот, мочевин, серотонин гэх мэтийн эд эсийн дутуу задралын үед үүссэн завсрын хорт бодисуудыг цэвэрлэх, хордлогын үед бие махбодоос хордуулагч бодисыг зайлуулах, эрдэс усны солилцоог нөхцөлдүүлж хүчил шүлтийн тэнцвэрийг тохируулах зэрэг юм.

Гялтангийн угаалтыг тасралтгүй үргэлжлүүлэн хийх, үечлэн хийх, аппаратын тусламжаар шингэнийг эргэлдүүлж угаах зэрэг үндсэн 3 аргаар хийдэг.

Гялтангийн угаалтыг тасралтгүй үргэлжлүүлэн хийх аргаар хэвлийн хөндийд 2—4 гуурс тавьж дээрээс нь доош урсган өөр гуурсаар гарган угаах журмаар хийдэг. Энэ арга олон гуурс хэрэглэдэг учир гэмтэл ихтэй, хэвлийг бүхэлд нь бүрэн угааж чаддаггүйгээс угаагдаагүй хэсэгт наалдац үүсч идээт голомтууд үлддэг зэрэг муу талтай болохоор сүүлийн үед хэрэглэхээ больж оронд нь ганц гуурсаар үечлэн угаах аргыг голчлон хэрэглэх болжээ.

Хэвлийг ганц гуурсаар үечлэн угаах арга:

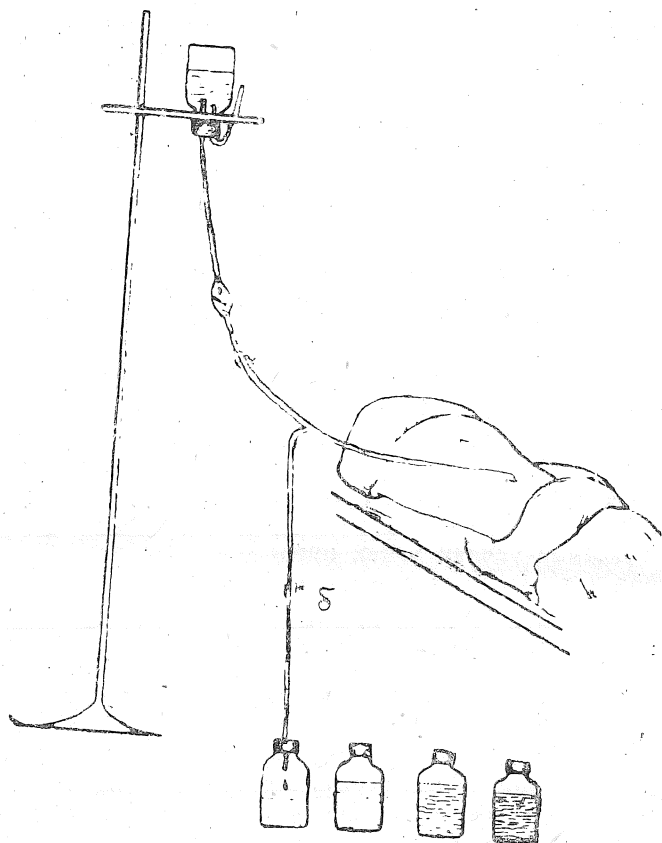
Хэвлийн хөндийд тавьсан ганц гуурсаар зохих хэмжээний шингэн юүлээд тодорхой хугацаанд байлгаж уул шингэнээ өөрийн нь урсгалаар гадагш гаргах маягаар дахин давтан хийх бөгөөд энэ аргыг проф. И. И. Дрябин улам боловсронгуй болгосон юм. Энэ аргаар гялтанг угаахын тулд: Шингэн сэлбэх системийн гуурсыг 40—45 см урттай авч гуурсны үзүүрийн 10—12 см хэсэгт 1 мм-ийн диаметр бүхий 40—50 нүхийг эргэн тойрон гаргана. Дээрх гуурсыг гурвалсан шилэн хоолойгоор юүлэх шингэний ба шингэн гадагшлуулах гуурстай холбоно. (зураг 1). Гуурсыг хэвлийн хөндийд тавихдаа мэс засал хийж байгаа бол хагалгааны үндсэн үйлдэл дууссаны дараа үрэвсэлтийн шалтгааныг арилгаж сайтар угаасны эцэст хүйсний баруун буюу зүүн доод талд 0,4—0,5 см арьсыг зүсэж багажны үзүүрээр хэвлийн ханыг 45° ташуу цоолж гуурсны нүхэлсэн үзүүрийг оруулан бага аарцгийн ёроолыг дайруулан нум хэлбэртэй байрлуулна. Зарим нөхцөлд гуурсыг аарцгийн ёроолд кетгутээр оёж бэхэлдэг. (зураг 2).

Хагалгаа хийгээгүй тохиолдолд угаах гуурсыг тавихдаа хэвлийн гол шугамаар хүйснээс доош 2 см зайд хэсгийн мэдээ алдуулалтаар зүслэг хийж хэвлийн цорой хальснаас нэг шүдтэй дэгээгээр өргөж троакараар хэвлийн ханыг ташуу хатгаж цоолон, голлогчийг авч нүхээр нь угаах гуурсаа бага аарцгийн чиглэлд тавьдаг.

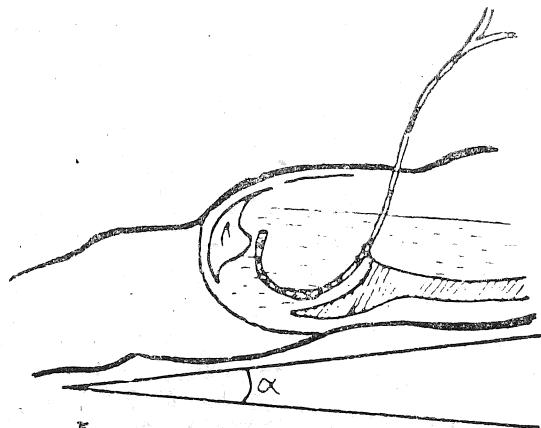
Хэвлийн хөндийд угаагч шингэнийг 10—15 минутын хугацаанд урсган хийж 20—30 минут байлгаад, гадагшлуулах гуурсыг нээж шингэнийг гаргадаг. Хийсэн шингэн хэвлийн хөндийгөөр жигд тархаж гэдэсний гогцоонууд чөлөөтэй хөвөх учир наалдац үүсэхгүй, хэвлий бүрэн угаагддагаас гадна бие махбодоос хортой бодисууд гялтан хальсаар дамжин угаагч шингэнд шилжих тохиромжтой хугацааг олгодог зэрэг сайн талтай юм.

Хэвлийн гялтангийн угаалтыг дээрх аргаар 604 удаа янз бүрийн эмгэгтэй 128 өвчтөнд хийж үр дүнг гаргав. (Хүснэгт 1)

Гялтангийн түгээмэл идээт үрэвсэлтэй 86 (67,9%) өвчтөнд 344 удаа (нэг хүнд дунджаар 4 хоног 20—22 литр шингэнээр) угаалт хийснээс 81 (94,1%) нь эдгэрч 3 нь (3,4%) оройтож тусламж авсан буюу дагалдах өвчний хүндрэл зэргээс нас баржээ.



Зураг 1 Гялтгангийн диализ хийж байгаа нь
 а Шингэн оржлох крант/крант σ -хаалттай вед/
 б Шингэн гаргах крант/крант а-хаалттай вед/



Зураг 2 Аарцагны хөндий дэхь
 гуурсны байдал.

Хүснэгт 1

	Галтангийн угаалт / Диализ /							
	Тохирдол	Угаалт хийсэн шалтгаан	Харгалсан шингэн дундаж литрээр	Ур дүн		Харгалсан		
				Өдөр -	Харгал			
Галтангийн түгээмэл идээт үрэвсэл	86	344	4	20 - 22	83	94,1	3	5,8
Хэвлийн хөндийн гэмтэл	18	93	3	16 - 18	18	100,0	-	-
Элэгний цочмог дутагдал	22	142	5	22 - 24	19	86,4	3	13,6
Бөөрний цочмог дутагдал	2	25	4	22 - 26	1	50,0	1	50,0
Бүгд	128	604	4	20 - 25	121	94,5	7	5,5

Хүснэгт 2

Асуулт	Улаалтын шингэмийн тунгалагжилт /цагаар/		Гялтангийн цочролын намдалт /цагаар/		Гэдэсний гүрвэлзэх хөдөлгөөний идэвхийжилт /цагаар/				Түүх дараахи хойго
	ЭХНИ	ЭХНИ	ЭХНИ	ЭХНИ	ЭХНИ	ЭХНИ	ЭХНИ	ЭХНИ	
Мухар олгогч цочмог үрвэсэл	59	12	29	28	23	23	23	23	5
Ходоодны шархлаа цооролт	3	1	1	1	1	1	1	1	5
Цөсний хувдгийн үрвэсэл	4	1	2	2	2	2	2	2	4
Балнадын хүндрэлээс гэдэс цоорсон	8	-	3	2	2	2	2	2	6
Гэдэсний цочмог түгжрэл	12	6	4	4	4	4	4	4	4
Хөвдгийн эрхтний гэмтэл	16	4	6	6	6	6	6	6	5
Бүгд	104	24	48	48	42	42	42	42	5

Асуулт

Гялтангийн үрвэслийн шалтгаан

ЭРҮҮЛИЙГ ХАМГААЛАХЫН ЧУХАЛ ЗОРИЛТ

Энхрий хайрт МАХН-ынхаа 18-р их хурлаас улс ардын аж ахуйн бүх салбар, ард түмний аж байдлыг дээшлүүлэх талаар дэвшүүлсэн зорилтууд нь манай эрүүлийг хамгаалах салбарын хамт олныг улам зоригжуулж байна.

Нам засгийн байнгын анхаарал, халамжийн үрээр социалист эрүүлийг хамгаалах систем ардын хувьсгалын жилүүдэд бүрэлдэн тогтож хүн амын цэвэр өсөлт байнга нэмэгдэж өвчлөл эндэгдэл буурсаар байна.

МАХН-ын ээлжит их хурлаас дэвшүүлсэн эрүүлийг хамгаалахын гол зорилтууд нь:

ха

— Элдэв өвчнөөс урьдчилан сэргийлэх, эрт зөв оношлон тууштай эмчлэх аргыг улам боловсронгуй болгон манай орны онцлогт тохируулан хөгжүүлэх.

— Эмнэлгийн ажилтан, эмч нарын мэдлэг мэргэжлийг байнга дээшлүүлэн, ажлын хариуцлага, сахилга батыг улам сайжруулах.

— Эмнэлгийн үйлчилгээний чанарыг сайжруулан соёлч боловсон хөнгөн гавштай үйлчилгээг алхам тутамд тууштай нэвтрүүлэх.

— Элдэв халдварт өвчний гаралтыг эрс бууруулах, зарим халдварт өвчинг бүрэн устгах.

— Эх, хүүхдийн эрүүл мэндийг хамгаалах ажлыг онцгойлон анхаарч нялхсын өвчлөл эндэгдлийг тууштай бууруулах, хүүхэд эхчүүдийг диспансерчлах ажлыг боловсронгуй болгох.

— Нийт хүн амд үзүүлэх эмнэлгийн нарийн мэргэжлийн тусламжийг улам өргөтгөх, тусламжийн нэр төрөл, хэлбэрийг олшруулах.

— Эмчилгээ, оношлогооны шинэ аргууд, тэргүүн туршлагыг тууштай нэвтрүүлэх.

— Эрүүл ахуйн соёлыг хөдөлмөрчдөд тууштай нэвтрүүлэн, ариун цэврийн дадал заншлыг тэдэнд эзэмшүүлэх, эрүүл аж төрөх ёсыг өргөн сурталчлах.

— Эрүүлийг хамгаалах байгууллагын материаллаг баазыг бэхжүүлэх, эмнэлгийн байгууллагуудын ажлын уялдаа холбоо, зохион байгуулалтыг сайжруулах, багаж тоног төхөөрөмж, холбооны хэрэгсэл, машин зэргээр улам илүү хангах зэрэг юм.

Эдгээр зорилтыг амжилттай шийдвэрлэсний үндсэн дээр хүн амын өвчлөл, нас баралтыг эрс багасган, дундаж наслалтыг уртасгаж идэвхтэй хөдөлмөрийн чадварыг эрс дээшлүүлэх болно.

Намын их хурал аливаа өвчнөөс урьдчилан сэргийлэх ажлын үр нөлөөг дээшлүүлэх, хүн амын эмнэлгийн үйлчилгээний чанарыг сайжруулах талаар тодорхой заалт гаргалаа.

Социалист эрүүлийг хамгаалахын үндсэн зарчмын нэг урьдчилан сэргийлэх ажлыг бүх талаар хөгжүүлэх шаардлага улам өргөн хүрээтэй тавигдаж байна. Урьдчилан сэргийлэх ажлыг явуулахдаа юуны өмнө олон хүнийг хамарч, хөдөлмөрийн чадварыг бууруулж, эрүүл мэндэд илүүтэй хор хөнөөл үзүүлж байгаа өвчнүүдтэй тэмцэх явдал юм.

Хөдөөний хүн амыг элдэв өвчнөөс урьдчилан сэргийлэх ажлыг улам сайжруулах, ялангуяа нийт хүмүүсийг өрх гэрийн диспансерчлэлд хамааруулах шаардлагатай юм. Одоо хүн амын 70 гаруй хувийг диспансерийн хяналтад авч байна.

Элдэв өвчнөөс урьдчилан сэргийлэх, эмчлэх нарийн мэргэжлийн диспансериудыг олшруулах, эдгээрийн үйлчлэх хүрээ, хүн амыг үзлэгт хамааруулах явдлыг нэмэгдүүлэх, зарим онцгой шаардлагатай диспансериудыг аймгуудад байгуулах нь зүйтэй юм. Ялангуяа хүн амын дотор зонхилох өвчлөлийг эзэлж байгаа амьсгалын замын халдварт болон зүрх судасны өвчнөөс урьдчилан сэргийлэх явдал нийгэм улс төр, эдийн засаг, эрүүлийг хамгаалахын чухал ач холбогдолтой.

Амьсгалын замын өвчин нийт хүн амын дунд өргөн дэлгэрэх боломжтой хүйтний улиралд түүнээс урьдчилан сэргийлэх ажлыг оновчтой зохион байгуулах, тухайлбал урьдчилан сэргийлэх вакциныг тодорхой хүмүүст хэрэглэх, ахуйн ариун цэвэрч, соёлч дадал заншлыг хэвшүүлэх журмаар урьдчилан сэргийлэх аргыг эзэмшүүлэх шаардлагатай юм.

Ахуйн ариун цэвэрч хэвшил нь юуны өмнө хувь хүний эрүүл мэнддээ хамгаалах, түүнд анхаарал тавихтай их холбоотой байдаг. Эмч, эмнэлгийн ажилтан нар эрүүл ахуйн тууштай суртал нэвтрүүлэгчид байж, хөдөлмөрчдөд эрүүл ахуйн тогтсон зөв дадал эзэмшүүлэхэд эмнэлгийн суртал нэвтрүүлгийг чиглүүлэх хэрэгтэй байна.

Зүрх-судасны өвчнийг эрт оношлон илрүүлж тууштай эмчлэхийн зэрэгцээгээр зүрх-судасны өвчнөөс сэргийлэх гол арга бол хөдөлмөрчдийн ажил, амралтын дэглэмийг зөв зохицуулах ялангуяа биеийн хүчний хөдөлмөрийг тогтмол хийх, хэт таргалах болон хөдөлгөөнгүйдлийн өвчинтэй тэмцэх, нийтийн биеийн тамирыг хөгжүүлэхэд нийт эмч, мэргэжилтэн их анхаарал тавих хэрэгтэй юм. Социалист хамтын нөхөрлөлийн орнуудад зүрх-судасны өвчнөөс сэргийлэх, эмчлэхэд хөдөлгөөн, биеийн тамирыг голчлон эмийн бус эмчилгээний аргуудыг хэрэглэн сайхан үр дүнд хүрч байгаа тэргүүн туршлага, оновчтой аргуудыг манай эмнэлгүүдийн үйл ажиллагаанд өргөн нэвтрүүлэх шаардлагатай байна.

Хөдөөний хүн амд үзүүлэх эмнэлгийн нарийн мэргэжлийн тусламжийн хүрээг өргөтгөн, тоог олшруулахад их анхаарч байгаа билээ. Аймгуудад нарийн мэргэжлийн тусламжийг үзүүлэх явуулын бригад хэсгийг ажиллуулж байгаа арга хэлбэрийг удам боловсронгуй болгох, эмнэлгийн үндсэн шинжилгээнүүдийг сумдын эмнэлгийн түвшинд хийдэг болох, сум-дундын эмнэлгийн нарийн мэргэжлийн тусламж үзүүлэх хүчин чадлыг улам нэмэгдүүлэхэд цаашид анхаарвал зохино.

Мөн намын их хурлаас «Эх, нялхсын эрүүл мэндийг хамгаалах ажлыг нийт ард түмний амин чухал үйлс мөн» гэж заалаа. Эх, хүүхдийн эрүүл мэндийг хамгаалах ажлыг эрүүлийг хамгаалахын хамт олон ялангуяа эх, нялхсын байгууллагын эмч ажилчид манлайлах ёстой. Юуны өмнө аймгийн төвүүдэд хүүхдийн хэсэг, хүүхдийн больницын сэхээн амьдруулах тасгийн ажиллагааг тогтмолжуулан эрс сайжруулж, улмаар хүүхдийн эндэгдэл, үүнээс хоног болоогүй эндэгдлийг бууруулах нөөц бололцоог бүрэн ашиглах хэрэгтэй байна. Хүүхдийн хэсгүүдэд өндөр мэргэжил, чадвартай эмчийг ажиллуулах ёстой. Гэтэл хүүхдийн хэсгийн эмч нарыг тогтвор суурьшилтай ажиллуулахгүй олон солих, хэсэгт хяналт шалгалт тогтмол тавих, гэрийн эргүүлийн ажлыг сайжруулах талаар ихэнх аймгуудын эрүүлийг хамгаалах газар муу анхаарч байгаад дүгнэлт хийх ёстой.

Хүүхдийг шим тэжээлтэй хоол тэжээлээр хангаж байх асуудлыг шийдвэрлэхэд эмнэлгийн байгууллага эмч нар санаачлага гарган орон нутгийн бололцоог харгалзан сүүний ферм, сүүний газрыг үр ашигтай ашиглавал зохино. Хүүхдийг зөв хооллох, хоолыг гэрийн нөхцөлд бэлтгэх арга, дадлагыг эцэг эхчүүдэд зааж сургахад их анхаарах ёстой.

Эмч нарын мэдлэг мэргэжлийн түвшин чадвараас өвчнийг эрт илрүүлэх, оношлох болон эмчилгээний үр дүн шууд хамаарна. Эмч нарын мэргэжлийг тогтмол дээшлүүлэх талаар нилээд ажил зохиож байна.

Анагаах ухааны дээд сургуульд жил бүр мэргэжил дээшлүүлэх факультетэд 300 гаруй их эмч суралцан, ординатурыг 20 гаруй хүн төгсөж, гадаад орнуудад 60 хүн суралцаж байна. Эмч нарын мэргэжлийн мэдлэг боловсролын өндөр түвшинд байх нь юуны өмнө эмчийн хувийн хариуцлага, өөртөө тавих өндөр шаардлагаас хамаарна.

Аймгийн төвийн нэгдсэн эмнэлэг, хот, районы эмнэлгүүд хүүхдийн амбулаториудын дэргэд эмч эмнэлгийн ажилчдын мэргэжил дээшлүүлэх сургууль, курсыг тогтмол зохион байгуулж ажиллуулахын зэрэгцээгээр анагаах ухааны дээд сургуулиас мэргэжил дээшлүүлэх явуулын кафедр ажиллуулбал зохино.

Эмчлүүлэгч хүмүүсийн санал хүсэлтийг түргэн шуурхай хүлээн авч, эмнэлэг үйлчилгээний нэг ч гомдол чирэгдэл гаргахгүй байх, эмнэлгийн нууцыг хадгалах, зан харьцааны соёл, үйлчилгээний чанарыг өндөр байлгах талаар эрүүлийг хамгаалах нийт байгууллага, эмнэлгийн ажилчдаас их зүйл хийх шаардлага зүй ёсоор тавигдаж байгаа. Эмчилгээ, үйлчилгээний гологдол, дутагдал гаргаж байгаа илрэл бүртэй тууштай тэмцэх ёстой.

Анагаах ухааны эрдэм шинжилгээний байгууллагын өгөөж, үр дүнг эрс нэмэгдүүлэх шаардлага зүй ёсоор тавигдаж байна. Эрдэм шинжилгээний байгууллагаас гарч байгаа шинжилгээ судалгааны ажлын үр дүн, оношлогоо, эмчилгээний шинэ аргууд эмнэлгийн практикт удаан нэвтэрч байна. Анагаах ухааны шинэ ололт амжилтыг сонор соргоогоор олж практикийн байгууллагуудад нэвтрүүлэх талаар эрдэм шинжилгээний байгууллагууд хангалтгүй ажиллаж байна.

Анагаах ухааны ололтыг тууштай нэвтрүүлэх, социалист орнууд болон өөрийн эмнэлгийн байгууллагуудын тэргүүн туршлагыг эмчилгээ үйлчилгээнд тууштай нэвтрүүлэхэд их анхаарахыг намын их хурлаас тодорхой заалаа.

МАХН-ын XVIII их хурлын дайчин шийдвэрийг биелүүлэх нь эрүүлийг хамгаалахын хамт олон бидний эрхэм чухал зорилт мөн.

Ардын хувьсгал, эрүүлийг хамгаалахын 60 жилийн ойд

В. ДЭМБЭРЭЛ

БНМАУ-ЫН ЭРҮҮЛИЙГ ХАМГААЛАХЫН ТҮҮХЭН ХӨГЖЛИЙН ҮЕ, ШАТЛАЛ, ТҮҮНИЙ ОНЦЛОГ

АНАГААХ УХААНЫ ХҮРЭЭЛЭН

Манай эх оронд ардын хувьсгал ядснаас хойш 60 жил боллоо. Харьцуулан үзвэл нийгмийн түүхэнд их биш энэ хугацаанд манай эх орны нийгэм, эдийн засаг, оюун санааны бүх салбарт асар их өөрчлөлт гарч түүхт олон ялалт хийжээ. Энэ их ололт амжилтын дотор тус улсад шинэ цагийн шинжлэх ухааны эмнэлэг, ардын эрүүлийг хамгаалах ажлыг үндэслэн байгуулж, өнөөгийн социалист эрүүлийг хамгаалах нэгдмэл систем болтол хөгжүүлж, хүн ардаа эрүүлжүүлэх талаар олсон ололт амжилт томоохон суурь эзэлдэг билээ.

БНМАУ-ын эрүүлийг хамгаалахын хөгжлийн түүхийг тус улсын нийгмийн хөгжлийн үндсэн үе шаттай холбож үзвэл:

а) хувьсгалын ардчилсан шатны үе дэх эрүүлийг хамгаалах явдал (1921—1940 он).

б) БНМАУ-д социалист нийгмийн үндсийг байгуулах үеийн эрүүлийг хамгаалах явдал (1940—1960 он).

в) БНМАУ-ын социализмын өрнүүн байгуулалтын үеийн эрүүлийг хамгаалах явдал (1960—1980 он) гэж ерөнхийд нь ангилж болно. Үүнээс өмнө тус улсын эрүүлийг хамгаалахын түүхийг бичсэн бүтээлүүдэд хүн амын эрүүл мэндийн байдлыг «Хувьсгалын өмнөх монгол орны хүн амын эрүүл мэндийн байдал» «Хувьсгалаас хойших үеийн (БНМАУ-ын) эрүүлийг хамгаалах явдал» гэсэн хоёр үндсэн хэсэгт хувааж түүхчилсэн судалгааг хийсэн байдаг. Доцент агсан Д. Цагаанхүүгийн нэг сэдэвт бүтээлд тус улсын эрүүлийг хамгаалахын хөгжлийн түүхийг: 1921—1930 оны бэлтгэл үе; 1931—1940 оны ардын эрүүлийг хамгаалахын өрнүүн байгуулалтын үе; 1941—1960 онд Дэлхийн II дайны жилүүд ба социализмын материал техникийн баазыг байгуулах үеийн эрүүлийг хамгаалах явдал гэж хөгжлийн 3 үе шатанд хувааж тогтоосон байдаг (1, 2).

Бид Д. Цагаанхүүгийн энэ судалгааг үндэслэн түүний утга агуулгыг дэлгэрүүлэн хөгжүүлж хийсэн зарим судалгаа, ажиглалтын материал, марксист-ленинист онол, аргачлалд тулгуурлан 1940 оноос хойших үеийн эрүүлийг хамгаалахын хөгжлийг: а. Социалист эрүүлийг хамгаалах системийг байгуулж тогтоосон шат (1940—1960 он); б. Социалист эрүүлийг хамгаалах системийг бэхжүүлэн хөгжүүлж байгаа шат (1960 оноос хойш) хэмээн ангилах онолын таамаглал (үндэслэл)-ыг 70-аад оны эхээр дэвшүүлсэн юм (3).

БНМАУ-ын нийгмийн хөгжлийн үндсэн үе шатууд болон дээрх судлаачдын судалгааны материал, эрүүлийг хамгаалах салбарын хөгжлийн зарим өвөрмөц онцлогийг харгалзан тус улсын эрүүлийг хамгаалахын хөгжлийг дараах үндсэн шатуудад хуваан ойлгож болох юм. Хүснэгт 1.

Хэвлийн хөндийн гэмтэлтэй 18 (14,7%) өвчтөнд (хэвлийг цэвэрлэх, наалдцаас сэргийлэх зорилгоор) 93 удаа угаалт хийсэн нь 100 хувийн эмчилгээний үр дүнтэй болов.

Элэгний ба бөөрний цочмог дутагдалтай, гүнзгий хордлоготой 22 өвчтөнд 142 удаа угаалт хийсэн нь 86,4 хувийн эдгэрэлтэй байв.

Гялтангийн үрэвсэлтийг шалтгаанаар нь, өвчтөний биеийн сайжралтыг угаалтын шингэний тунгалагжилт, гялтангийн цочролын алга бололт, гэдэсний гүрвэлзэх хөдөлгөөний идэвхжилт зэргээр цагаар тооцон үзүүллээ. (Хүснэгт 2)

Гялтангийн түгээмэл идээт үрэвслийн үе дэх угаалтаас үзэхэд угаалтын шингэний 76,8% нь 24—48 цагийн дотор тунгалагжиж, 1—2 дахь хоногуудад 66,7%-д нь гялтангийн цочрол, хордлого арилж, гэдэсний гүрвэлзэх хөдөлгөөн идэвхжиж байгаа нь 2—3 дахь хоногуудад угаах гуурсаа авах гол заалт болж байна. Гэхдээ гялтангийн үрэвслийн шалтгаанаас болж дээрх заалтууд харилцан адилгүй байж болно. Жишээ нь: Мухар олгойн гаралтай гялтангийн үрэвслийн үед угаалтын шингэн 24—48 цагийн дотор 47,4—49,1% нь тунгалагжин гялтангийн цочрол арилж, эхний 24 цагт 54,2%-д нь гэдэсний гүрвэлзэх хөдөлгөөн сайжирч байгаа бол балнадын цооролтын үед хэвлийн хөндийн бохирдолт, хордолт их байдаг учир 48 цагаас дээш хугацаанд угаалтын шингэний цэвэршилт 62,5%, гялтангийн цочрол арилалт 75%, гэдэсний гүрвэлзэх хөдөлгөөний идэвхжил 62,5% байгаа учир гуурс авалтыг 6 хоног хүртэл хойшлуулах шаардлагатай байдаг.

Гялтангийн түгээмэл идээт үрэвслийн эдгэрэлт бидний ажиглалтаар 94,1%, проф. И. И. Дрябиныхаар (1) 87,8% эдгэрэлттэй байна.

Ажиглалтаас үзэхэд гялтангийн түгээмэл идээт үрэвслийн үед 0,9% -ийн физиологийн уусмал, Хенксийн уусмал, Фурацилин, полиглюкин, антибиотик зэргээр угаах нь нянг устгах, механик цэвэрлэгээ хийх, бие махбодын ус эрдсийн солилцоог тэнцвэржүүлэх зэрэг олон сайн талтайгаас гадна 0,25% -ийн новокаины уусмал, гепарин зэргийг нэмж хэрэглэхэд өвчин намдаах, наалдцаас сэргийлэх ач холбогдолтой байна.

ДУГНЭЛТ

1. Хэвлийн угаалт хийх проф. И. И. Дрябины арга нь хэвлийн хөндийн эрхтний гэмтэл ба цочмог үрэвслээс үүссэн перитонитийн мэс засал хийсний дараахь эрчимт эмчилгээний гол аргын нэг юм.

2. Хэвлийн угаалтыг гемодиализ хийх боломжгүй нөхцөлд бие махбодын хордолтыг арилгах зорилгоор элэг, бөөрний дутагдлын үед хот хөдөөний аль ч эмнэлэгт хэрэглэх боломжтой эмчилгээний арга юм.

НОМ ЗҮЙ

1. И. И. Дрябин. М. Е. Лизанец. 1976. М. Перитонеальный диализ.
2. М. И. Кузин. 1973. Хирургия № 10, 25—131

РЕЗУЛЬТАТ ПРИМЕНЕНИЯ ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО ДИАЛИЗА ПО СПОСОБУ И. И. ДРЯБИНА

Л. Жамбалжав, М. Даваа, Д. Сүхе

РЕЗЮМЕ

Авторами произведены 604 сеанса перитонеального диализа по способу И. И. Дрябина 128 больным с различной патологией. Причинами проведения перитонеального диализа явились разлитой перитонит (67,1%) и острая печеночная недостаточность (17,1%), травмы брюшной полости (14,6%) и острая почечная недостаточность (1,5%).

Главными критериями прекращения диализа служили улучшение прозрачности диализата, исчезновение раздражения брюшины и нормализация кишечной перистальтики.

Настоящее исследование показывает эффективность предлагаемого метода лечения тяжелых форм разлитого перитонита (94,2%) и острой печеночной недостаточности (86,4%).

Б. МИШИГДОРЖ

СҮРЬЕЭ ӨВЧНИЙГ ЭМЧЛЭХЭД ЭМИЙН ХОЛИМГИЙГ СУДСААР ХЭРЭГЛЭХ НЬ

СҮРЬЕЭ УУШИГНЫ ЭМГЭГ СУДЛАЛЫН НЭГДСЭН ТӨВ

Сүүлийн үед сүрьеэ өвчнийг эмчлэхэд өргөнөөр хэрэглэж буй эмчилгээний дэвшилтэт аргын нэг нь бактерийн эсрэг эмүүд, гормон, витамин, холимгийг (коктейль) хураагуур судсаар хийж эмчлэх аргыг аль ч оронд өргөн хэрэглэх боллоо. Уул аргын давуутай тал нь эмийн бодис судсаар дамждагаас уушигны талбайн бүх хэсэгт ихээр шингэн, гэмтэлтэй газарт үйлчлэх нь илүүтэй байдаг бөгөөд бие махбодоос удаан хугацаагаар ялгаран гарч, цусанд тогтмол нэг хэвийн хэмжээнд байж чаддагаас эмийн үйлчилгээ нь сайн байдаг юм.

Сүрьеэгийн эсрэг эмүүдийг судсаар хийж эмчлэхэд бактерийн өсөлтийг зогсоох чадал нь илүүтэй байдгаас гадна, бие махбодын хордлогыг арилгах, сүрьеэгийн нэвчдэст үрэвслийг багасгаж, уушигны цоорхой аньж эдгэрэх, витамин, гормоны үйлчлэлд биеийн эсэргүүцэл сайжирснаас богино хугацаанд эмчилгээ нь үр дүнтэй болдог.

Уушигны сүрьеэгийн шинээр илэрч буй хэлбэрүүд (голомтод, нэвчист, түгээмэл, гялтан хальсны шүүдэст үрэвсэл) болон уушигнаас бусад эрхтний сүрьеэгийн эхэн үед, сүрьеэгийн хордлого ихтэй, эмийн эмчилгээний бусад хэлбэрүүд нь үр дүн муутай байгаа тохиолдлууд, хөндийн, сорвит хөндийн, түгээмэл сүрьеэ шинээр хурцдаж буй үүдэд бактерийн эсрэг эмүүд, гормон, витамин, зүрх судасны үйл ажиллагааг сэргээх эмийн холимгийг хураагуур судсаар хийж эмчлэх үр дүнтэй байдаг нь эрдэмтдийн судалгаа, практикаар нотлогдож байна.

Харин зүрх судасны системийн хэм алдагдалтай үе, цусны даралт ихдэх өвчний 2, 3-р үе, хураагуур судасны үрэвсэл, элэгний болон бөөрний өвчтэй хүнд хийхийг хориглоно. Судсаар хийх холимгуудыг шууд бэлтгэж байна. Хамгийн түгээмэл хэрэглэж буй холимгийн жорууд:

1. Физиологийн уусмал (хлорт натрий 0,9%—500,0) Изонидид, тубазид, салюзидын аль нэг нь —0,6 стрептомицин—0,5, витамин В₁ В₁₂ В₆ тус бүр 1,0, витамин С —2,0—4,0, АКТГ—40 нэгж, гепарин 2 дусал, атрифос 1,0, кордиамин 0,5.

2. 2-р холимогт дээрх холимог дээр Паск нэмэгдэнэ. Пасктай холимог хийхэд эхлээд Паскын уусмал бэлтгэнэ. Хоёр дахин нэрж ариутгаж бэлтгэсэн нэг литр нэрмэл усан дээр Паск 30,0 ронгалит (катализатор) 5,0 хийж, сайтар шүүгээд 100 градусын ууранд 30 минут ариутган 3%-ын Паскын уусмал болгон бусад найрлагатай хольж хийнэ.

3. 3-р холимог нь 2-р холимгийн найрлага дээр 2-р эгнээний эмүүд этионамид, этоксид, пиразинамидийн аль нэгийг 0,5, канамицин, биомидин сульфатын аль нэгийг 0,5—1,0 нэгж өнжөөд хийж болно.

4. 4-р холимог нь 400—500 мл 3%-ын Паск, тубазид 5% 12—18 мл хүхэр хүчлийн стрептомицин 0,5—1,0, витамин С 5%—2,0 витамин В-гийн бүлгээс 1,0, коргликон 0,06—0,5—1,0 буюу эуфиллин 2,4%—5,0—10,0, гидрокортизон 25 мл.

5. Биеийн эсэргүүцлийг сайжруулах чиглэлээр дорхи холимгийг 30—40 удаа хийж болно.

Хлорт натрий 250,0 витаминууд дээрх тунгаар, инсулин 10 нэгж АКТГ 40 нэгж, АТФ 1,0 кордиамин 1,0. Аль ч холимогт судсаар олон удаагийн эмчилгээ хийхэд витаминуудыг дээр заасан тунгаас илүү хэрэглэхийг хориглодог. Учир нь витамин их хэмжээтэй хийхэд цусны РН нь хүчиллэг тал руу хэлбийж, сүрьеэгийн эсрэг эмүүдийн үйлчлэл саарч муудахад хүрдэг.

Судсаар хийх эмийн эмчилгээг гардан хийгч сувилагч нь хамгийн дадлага туршлагатай, судас тарианы арга техникийг сайн эзэмшсэн, хянуур нямбай ажиллагаатай сувилагч байвал зохино.

Тарианы сувилагч нь өвчтөнөө оронд оруулан хэвтүүлсний дараа ариутгасан уусмалыг 18—20 градус бүлээтгээд дээр нь цэвэр шприцээр эмүүдийн холимгийг хийж, шууд найруулаад дуслыг хураагуур судсанд залгана. Эхний үед нэг минутад 20—40 дусал дусахаар тааруулна. Эмийн холимгийг найруулаад удсан бол судсанд залгаж болохгүй. Эмийн холимог бүлээдсэн байх нь урвал өгөхөөс сэргийлдэг. Судсаар эмийн холимог хийх эмчилгээтэй өвчтөнүүдийг нэг палатанд хэвтүүлэн эмчилгээг төвлөрүүлэх нь ашигтай байдаг. Дуслын тоог нэг минутад аажуухан дусахаар тохируулсан бол дуслын систем нь цаг хагасаас хоёр цаг түүнээс дээш хугацаагаар судсанд залгаастай байна. Дусал дууссаны дараа сувилагч системийг судаснаас салгаж авснаас хойш өвчтөн хоёроос доошгүй цаг орондоо хэвтэх ёстой.

Дуслын систем нь ердийн резинийг дуслын шилтэй холбосон өөрсдийн гараар хийсэн систем байх нь ариутгах, дусал тааруулахад тохиромжтой байдаг. Душлаа хийж дуусад системээ сайтар цэвэрлэж төвлөрсөн ариутгалд өгч ариутгуулан хэрэглэж болно.

Судсаар эм хийх эмчилгээний олон цөөн байх нь өвчтөний биеийн байдал, өвчний явц, эмчилгээний үр дүнгээс шалтгаална. Дунджаар 60—90 удаа долоо хоногт 5—6 удаа хийнэ. Эмчилгээ хийгдэж байгаа үед өвчтөнд чөлөө өгч эмчилгээг таслуулж болохгүй. Судсаар эмийн холимгийг хийж эмчилж буй үед хэрэв дээр заагдсан тунгаар эмүүд хэрэглэж байгаа бол бусад эмүүдийг бага ч гэсэн тунгаар тарих, уух зэргээр давхардуулан хэрэглэсний хэрэггүй.

Эмчилгээний курс дууссаны дараа бүх төрлийн шинжилгээнүүд хийж, ялангуяа уушигны зургийг өмнөх үеийнхтэй харьцуулан үзэж, эмч нар зөвлөлдөн ярилцаж дараагийн эмчилгээний схем зохионо. Уул эмчилгээ хийгдэж байгаа үед душлаас болж олон дахин урвал өгөх, өвчтөн хэт их ядрах, хавагнах, хоолонд илт дургүй болох, толгой үргэлж шахам өвдөх зэрэг шинж тэмдэг илэрвэл эхний үед хийж байгаа шингэний хэмжээг багасгах, шингэнтэй хамт судсаар кордиамин, коргликон 0,5—1,0 хийх ба шингэн хийхээ өнжих хэрэгтэй. Цаашид үл зохицох шинж тэмдэг үргэлжилбэл эмчилгээг зогсоож өөр эмчилгээнд оруулна.

Д. БАТСҮХ

ЭЗХТЗ-ИЙН ГИШҮҮН ОРНУУДААС ЭХ НЯЛХСЫН ЭРҮҮЛ МЭНДИЙГ ХАМГААЛАХ ТАЛААР ЯВУУЛЖ БУЙ ОЛОН ТАЛЫН ХАМТЫН АЖИЛЛАГАА

ЭЗХТЗ-ИЙН НАРИЙН БИЧГИЙН ДАРГА НАРЫН ГАЗРЫН ЭРҮҮЛИЙГ
ХАМГААЛАХ ХЭЛТЭС

Эх нялхсыг хамгаалах явдлыг сайжруулах талаар хийж байгаа ЭЗХТЗ-ийн гишүүн орнуудын хамтын ажиллагаа нь материаллаг үйлдвэрлэл болон үйлчилгээ, соёл, шинжлэх ухааны хүрээнд хүүхэд эхчүүдийн эрүүл мэндийг бэхжүүлэх, хүүхдийн хүмүүжил, боловсролыг дээшлүүлэхэд чиглэсэн өргөн цар хүрээтэй асуудлуудыг хамарч байна. Эдгээр асуудлыг ЭЗХТЗ-ийн эрүүлийг хамгаалах, барилга, хими, хөнгөн, хүнсний үйлдвэр, радиотехникийн ба цахилгаан үйлдвэрийн болон бусад байнгын комиссуудын шугамаар боловсруулж байна.

ЭЗХТЗ-ийн эрүүлийг хамгаалах салбарт хамтран ажиллах байнгын комиссоос боловсруулсан Эрүүлийг хамгаалах ба анагаах ухаан, техникийн салбарт хамтран ажиллах 1981—1985 оны төлөвлөгөөний хүрээнд «Эх нялхсын эрүүл мэндийг хамгаалах» цогцолбор асуудлаар ЭЗХТЗ-ийн гишүүн орнууд хамтран ажиллах болов.

Уг цогцолбор асуудлаар гишүүн орны эрдэм шинжилгээний институт, их дээд сургуулийн танхим, байгууллагуудын эрдэм шинжилгээний ажилтан нар хамтран эх нялхсын эрүүл мэндийн байдал, түүнийг цаашид улам сайжруулах талаар санал боловсруулахын хамт үрийн өсөлтийг гажиг, түүнийг эрт оношлох арга, төрөлтийн явц, хүүхдийн хооллолт, удамшил, нярайн болон амьсгалын замын өвчин зэрэгт урьдчилан сэргийлэх, эмчилгээний оновчтой арга барил боловсруулж эрүүлийг хамгаалахын практик үйл ажиллагаанд нэвтрүүлэх болно.

ЭЗХТЗ-ийн эрүүлийг хамгаалах салбарт хамтран ажиллах байнгын комиссын 11-р хуралдааны үеэр гарын үсэг зурж, ЭЗХТЗ-ийн гишүүн орнуудын хооронд байгуулсан «Анагаах ухааны иммунобиологийн бэлдмэлүүд судлах асуудлаар явуулах шинжлэх ухаан техникийн хамтын ажиллагааны тухай хэлэлцээр» нь анагаах ухааны иммунобиологийн бэлдмэлийн үйлдвэрлэлийг олон талаар дагнах, хорцоолох тухай гэрээний үндсэн дээр орчин цагийн шинэ вакцин, ийлдэс, тэжээлт орчин, аллерген боловсруулах, тэдгээрийг үйлдвэрлэлд нэвтрүүлэх, харилцан нийлүүлэх асуудлыг иж бүрэн шийдвэрлэх болно.

Уг хэлэлцээрт иммунобиологийн 20 чухал бэлдмэлийг оруулсан бөгөөд чанарын үзүүлэлтээр дэлхийн стандартын хэмжээнд хүрэх юм. Хэлэлцээрээр биелэлтийн явцад саа, мэнэн, улаан бурхан, сүрьеэ, галзуу, татран зэрэг онцгой хүнд халдварт өвчнийг урьдчилан сэргийлэх чухал бэлдмэлүүдээр гишүүн орнууд эдийн засгийн бага зардлаар өөрийн хэрэгцээг хангах болно.

ЭЗХТЗ-ийн эрүүлийг хамгаалах салбарт хамтран ажиллах байнгын комиссын хүрээнд эмэгтэйчүүдийн хөдөлмөрийн эрүүл ахуй, үйлдвэрийн хүчин зүйл эмэгтэйчүүдийн хөдөлмөрийн эрүүл мэндэд хортойгоор нөлөөлөхөөс сэргийлэх асуудлаар шинжлэх-ухаан техникийн хамтын ажиллагаа явагдаж байна.

Одоо эрүүлийг хамгаалах салбарт хамтран ажиллах Байнгын комиссын үйл ажиллагаанд БНБАУ, БНУАУ, БНСВУ, БНАГУ, БНКУ, БНМАУ, БНПАУ, ЗХУ, БНСЧСУ зэрэг улсууд орж байгаа бөгөөд эдгээр оронд эмэгтэйчүүдийн хөдөлмөрийн нөхцөл, аюулгүй байдлыг хуулиар хамгаалж, хүнд хүчир ажил болон эрүүл мэндэд хортойгоор нөлөөлөх мэргэжилд эмэгтэйчүүдийг хөдөлмөрлөхийг хориглохоос гадна эмэгтэйчүүдийн хөдөлмөрт янз бүрийн хөнгөвчлөл үзүүлдэг.

ЭЗХТЗ-ийн гишүүн орнууд хамтран боловсруулж буй «Хүн амд үзүүлэх эмнэлгийн тусламжийн зохион байгуулалтыг боловсронгуй болгох» асуудал нь эмчилгээ-урьдчилан сэргийлэх арга хэмжээний хүрээг өргөтгөж, чанарыг сайжруулахад чиглэгдсэн бөгөөд хүүхэд эмэгтэйчүүдийн өвчлөл, эндэгдлийг бууруулах асуудлыг шийдвэрлэхэд чухал түлхэц өгнө.

Социалист орнуудын эрүүлийг хамгаалахын үндсэн зарчим бол түүний урьдчилан сэргийлэх чиглэл юм.

Энэ чиглэлийг баримтлан эрүүлийг хамгаалахын практик үйл ажиллагаанд нийт хүн амыг диспансерчлах ялангуяа хүүхдийг диспансерчлах арга барилыг өргөн нэвтрүүлж хэрэгжүүлж байна.

ЭЗХТЗ-ийн эрүүлийг хамгаалах салбарт хамтран ажиллах байнгын комиссоос «Хүн амыг диспансерчлах, диспансерт хамрагдсан хүмүүст эрчимтэй ажиглалт явуулах ажлыг хөгжүүлэх тухай» гаргасан зөвлөмж нь социалист орноос хүн ардынхаа эрүүл мэндийн төлөө халамж анхаарал тавьж амьдралд хэрэгжүүлдгийн жишээ болж байна.

ЭЗХТЗ-ийн гишүүн орнуудад хүүхэд, эмэгтэйчүүд үнэ төлбөргүй эмчлүүлэх, зөвлөлгөө авах үйлчилгээнд бүрэн хамрагдсан байдаг. ЭЗХТЗ-ийн эрүүлийг хамгаалах салбарт хамтран ажиллах байнгын комиссын хүрээнд гишүүн орнуудын хамтын хүчээр хүүхдийн төрөлхийн зүрхний гажиг, хүүхдийн хорт хавдар, идэр насанд цусны даралт ихсэх, халдварт өвчнүүд зэрэг хүнд өвчнүүдийг урьдчилан сэргийлэх, эмчлэх шинэ аргыг хайж боловсруулах эрдэм шинжилгээний ажлыг хийж байна.

Эдгээр эрдэм шинжилгээний ажлын үр дүнг практикт нэвтрүүлэх нь эмчилгээний үр ашгийг дээшлүүлж, хүүхдийн өвчлөл, эндэгдлийг багасгахад зохих ёсны нөлөө үзүүлэх болно.

ЭЗХТЗ-ийн гишүүн орнуудад хүүхдийг эхийн хэвлийд байх үеэс эхлэн халамжилдаг. Жирэмсэн эмэгтэйчүүд төрөхөөс өмнө, хойно амрах, амаржсаны тэтгэмж авахын хамт эх нялхас эмнэлгийн төрөлжсөн нарийн мэргэжлийн тусламж үнэ төлбөргүй авах бүрэн эрхээр хангагдсан байна.

Эмч нарыг өргөн хэмжээгээр бэлтгэж байгаа нь энэ үйлсэд тус болж байна. Эмч нарын хангалтын байдал ЭЗХТЗ-ийн гишүүн орнуудад гол капиталист олон орныхоос дээгүүр хувьтай байгаа бөгөөд жил ирэх тутам өсөн нэмэгдсээр байна.

ЭЗХТЗ-ийн гишүүн орнуудын хамтын ажиллагааны хүрээнд шийдвэрлэж буй чухал асуудлын нэг бол хүүхдийн хоолны бүтээгдэхүүн үйлдвэрлэх явдал юм. Хүүхдийн хоолны бүтээгдэхүүн үйлдвэрлэх хөгжлийн хурдац гишүүн орнуудад жил бүр өсч сүүлийн арван жилд сүүн бүтээгдэхүүн 2,5 дахин, ногоо жимсний бүтээгдэхүүн 3 дахин, махан бүтээгдэхүүн 5 дахин нэмэгджээ.

ЭЗХТЗ-ийн гишүүн орнууд хүүхдийн хоолны бүтээгдэхүүн үйлдвэрлэх хамтын ажиллагааны асуудлыг шинжлэх ухааны ололтод түшиглэн орчин үеийн анагаах ухааны шаардлагын дагуу ЭЗХТЗ-ийн хүнсний үйлдвэрийн байнгын комиссын хүрээнд хэрэгжүүлж байна.

Бүгд Найрамдах Унгар Ард Улсад 1979 оны 3-р сард олон улсын хүүхдийн жилд зориулж хийсэн эрдэм шинжилгээ зохицуулалтын зөвлөлгөөн дээр гишүүн орнуудын мэргэжилтнүүд ЭЗХТЗ-ийн хүрээнд хүүхдийн хоолны бүтээгдэхүүн үйлдвэрлэх салбарт явуулсан хамтын

ажиллагааг дүгнэж, цаашдын чиглэлийн талаар санал солилцсон байна.

Шинжлэх ухаан техникийн хамтын ажиллагаанд хүүхдийн хоол тэжээлийн хангамж чанарыг сайжруулах ялангуяа хөхүүл болон бага насны хүүхдийн хоолны нэр төрлийг олшруулах талаар онцгой анхаарал тавьж байна.

ЭЗХТЗ-ийн гишүүн орнууд хүүхдийн хоолны 300 гаруй нэр төрлийн сүү, жимс, ногооны бүтээгдэхүүн үйлдвэрлэж байна. Одоо Зөвлөлийн байгууллагуудад хүүхдийн хоолны бүтээгдэхүүн үйлдвэрлэх 1990 он хүртэлх хөгжлийн хэтийн төлөвлөгөөг боловсруулаад байна.

ЭЗХТЗ-ийн гишүүн орнууд, тэдгээрийн олон улсын байгууллагууд хүүхдийн боловсрол хүмүүжлийн асуудалд онцгой анхаарал тавьж байна. Хүүхдийн боловсролын асуудал нь зөвхөн эх эцгийн хэрэг биш, нийгмийн үйл хэрэг байдаг.

Хүүхдэд зориулан пионерийн ордон, зуслан, театр, номын сан, мэнгэлдэх хүрээлэн, идэр техникчид, залуу байгальчдын ордон, хөгжим, дуу бүжгийн сургууль, биеийн тамир, спортын зэрэг барилга байгууламжийг барьж ажиллуулж байна.

ЭЗХТЗ-ийн барилгын Байнгын комиссоос хүүхдийн цэцэрлэг, хүүхэд саатуулах газрын барилга байгууламжийн дэвшилт төслийг боловсруулсан байна. Зөвхөн 1979 онд социалист хамтын нөхөрлөлийн орнуудад шинээр барьсан хүүхдийн цэцэрлэг, хүүхэд саатуулах газарт 668500 хүүхэд багачуудыг хүлээж авлаа.

ЭЗХТЗ-ийн орнуудын хүүхдийн цэцэрлэг, хүүхэд саатуулах газарт одоо 20 сая хүүхэд хүмүүжиж байна. Дээд зэргийн нөхцөлөөр хангагдсан эдгээр байгууллагад хүүхэд багачуудыг туршлагатай багш нар хүмүүжүүлж, өсөлт бойжилтыг нь өндөр мэргэжлийн эмч нар хянаж байгаа бөгөөд эдгээр байгууллагын зардлыг улсаас гаргаж байдаг юм.

ЭЗХТЗ-ийн гишүүн орнууд сайн сайхан бүхнээ өсвөр үеийнхэндээ зориулж, нам төр, улс олон нийтийн байгууллага нийт хөдөлмөрчдөөс хүүхдийнхээ жаргалтай хувь заяаны төлөө байнга халамжлан анхаарч социалист байгуулалтынхаа чухал зорилтын нэг болгон тавьж байна.

ЭМНЭЛГИЙН ХЭВЛЭЛИЙН НЭГДСЭН РЕДАКЦИЙН ЗӨВЛӨЛ

- Ж. Раднаабазар (Эрхлэгч, доцент)
- Л. Буджав (Анагаах ухааны дэд эрдэмтэн)
- Б. Гоош (Анагаах ухааны дэд эрдэмтэн)
- Ж. Дашдаваа (Анагаах ухааны дэд эрдэмтэн)
- Б. Дэмбэрэл (Анагаах ухааны дэд эрдэмтэн)
- Г. Дашзэвэг (Анагаах ухааны дэд эрдэмтэн)
- Ч. Долгор (Анагаах ухааны дэд эрдэмтэн, профессор)
- Ж. Купул (Анагаах ухааны дэд эрдэмтэн)
- Э. Лувсандагва (Анагаах ухааны дэд эрдэмтэн)
- А. Ламжав (Эм зүйн ухааны дэд эрдэмтэн)
- Б. Мямаржав (Хариуцлагатай нарийн бичгийн дарга)
- П. Нямдаваа (Анагаах ухааны дэд эрдэмтэн)
- Б. Рагчаа (Анагаах ухааны доктор, профессор)
- Г. Цагаанхүү (Анагаах ухааны дэд эрдэмтэн)
- Б. Шижирбаятар (Анагаах ухааны дэд эрдэмтэн)
- Н. Шура

Техник редактор М. Цэдэнжав

Хянагч Ц. Нямжав

1981 оны 10-р сарын 12-нд хэвлэлд шилжүүлж 1766 ш хэвлэв.

Цаасны хэмжээ 70X108 Хяx 5,6 А 81153

Зах № С—103

Д. Сүхбаатарын нэрэмжит Хэвлэлийн комбинатад хэвлэв.

Д. Сүхбаатарын талбай. 6.