

МОНГОЛЫН АНАГААХ УХААН

III

1970

Эрүүлийг Хамгаалах Яам
Монголын эмч нарын нийгэмлэг
Анагаах ухааны хүрээлэн
Анагаах ухааны дээд сургууль

МОНГОЛЫН АНАГААХ УХААН

РЕДАКЦИЙН КОЛЛЕГИ:

доц. Ш. ДОРЖЖАДАМБА (ерөнхий эрхлэгч).
проф. Д. БАЛДАНДОРЖ (орлогч эрхлэгч). А. ДАМДИНСҮРЭН
Ж. ДАШДАВАА (нарийн бичгийн дарга). проф. Б. РАГЧАА
Ц. РИНЧИНДОРЖ, доц. Д. ЦАГААНХҮҮ. доц. Д. ЦЭДЭВ.
акад. Т. ШАГДАРСҮРЭН (орлогч эрхлэгч)

АНХНЫ ЖИЛДЭЭ

III

Улаанбаатар—1971

Министерство здравоохранения МНР
Монгольское общество врачей
Научно-исследовательский институт медицины
Государственный медицинский институт

МОНГОЛЬСКАЯ МЕДИЦИНА

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

доц. Ш. ДОРЖЖАДАМБА (главный редактор),
проф. Д. БАЛДАНДОРЖ (зам. редактора), А. ДАМДИНСҮРЭН,
Ж. ДАШДАВАА (секретарь), проф. Б. РАГЧАА, Ц. РИНЧИНДОРЖ,
доц. Д. ЦАГААНХҮҮ, доц. Д. ЦЭДЭВ, акад. Т. ШАГДАРСҮРЭН,
(зам. редактора)

ГОД ИЗДАНИЯ 1-й

III

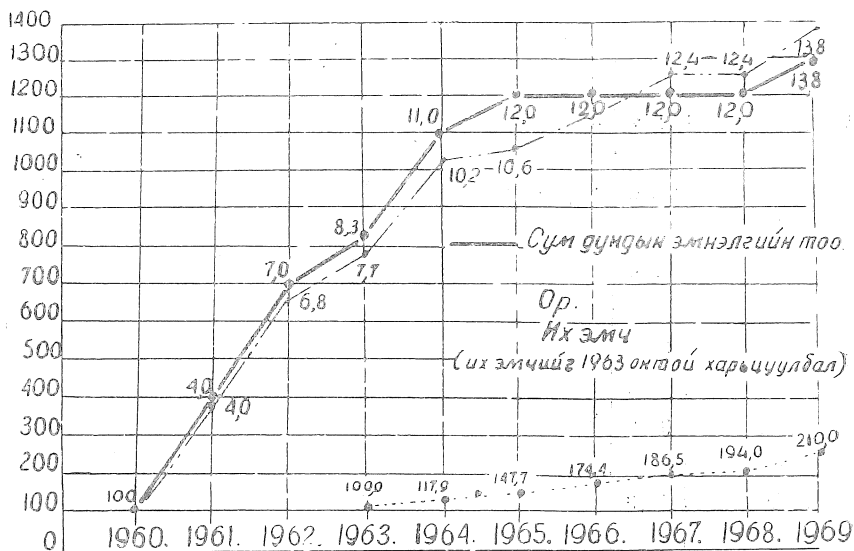
Улан-Батор 1971



СУМ ДУНДЫН ЭМНЭЛЭГ НЬ ХӨДӨЛМӨРЧДӨД
 НАРИЙН МЭРГЭЖЛИЙН ТУСЛАМЖ ҮЗҮҮЛЭХ ТӨВ МӨН

Анагаах ухааны дэд эрдэмтэн,
 доцент Ш. Доржсэдэмба

1969 оны байдлаар манай улсын хэмжээгээр 42 сум дундын эмнэлэг ажиллаж түүний үйлчилгээнд 379852 хүн хамаарагдаж байв. 1964 онд 1969 оныг хүртэлх 6 жилд шинээр сум дундын эмнэлэг 20 байгуулагдаж, сум дундын эмнэлгээр үйлчлүүлж байгаа хүн ам 100000 гаруйгаар нэмэгдэж сум дундын эмнэлгийн ор, их эмчийн хангамж жил дараалан нэмэгдэж байна. 1-р зураг



Цөөн хүн амд (5000 хүртэлх) үйлчилж байгаа сум дундын эмнэлэгт Архангайн Батцэнгэл, Дорноговийн Хөвсгөл, Дундговийн Говь-Угтаал, Өмнөговийн Ноён, Хөвсгөлийн Их-Уулынх; олон хүн амд (15000-аас дээш) үйлчилж байгаа сум дундын эмнэлгүүдэд Завханы Түдэвтэй, Өвөрхангайн Хужирт, Төв аймгийн Жаргалант, Увсын Баруунтурууных орж байна.

а) Сум дундын эмнэлгүүдийн харьяаны хүн амын зүйн байдал. Хүн амын байгалийн хөдөлгөөний байдлыг үзэхэд, улсын хэмжээгээр 1968 онд сум дундын эмнэлгүүдэд 1000 хүн амд төрөлт 42,3, цэвэр өсөлт 33,2 байгаа нь 1968 оны улсын дундажтай бараг адилхан байна. Сум дундын эмнэлэгтэй сумдын хэмжээгээр 1969—1968 онд төрөлт үл ялих өсөх хандлагатай, хүн амын цэвэр өсөлт тогтмол байдалтай байна.

Сум дундын эмнэлэгтэй сумдаас харьцангуй өндөр төрөлттөйд (1000-д 47-оос дээш) Архангайн Батцэнгэл, Дундговийн Говь-Угтаал, Өвөрхангайн Зүйл, Сүхбаатарын Бүрэнцогт, Увсын Баруунтуруун, Хөвсгөлийн Шинэ-Идэр, харьцангуй бага төрөлттэй сумдад (1000-д

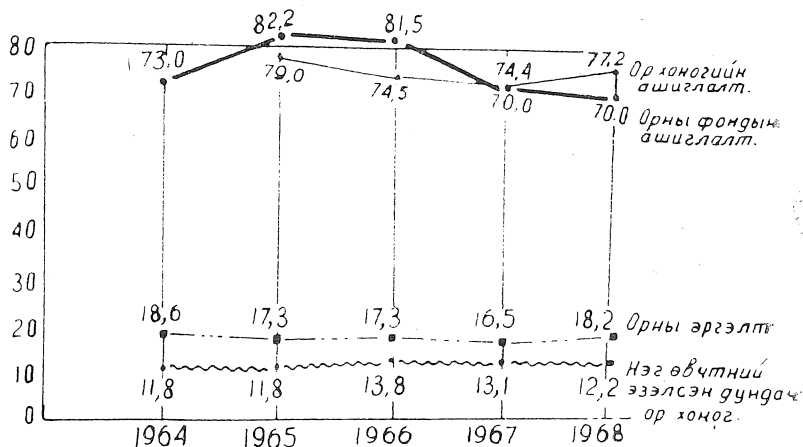
1-р хүснэгт

Сум дундын эмнэлгүүдийн больницын үйл ажиллагааны байдал

	Орны фонд ашиглалт					Нэг өвчтөний эзэлсэн дундаж ор хснэг				
1. Архангай	83,3	92,7	92,7	75,1	81,1	11,6	15,1	17,0	12,4	11,9
2. Баян-өлгий	66,0	62,6	62,6	42,9	56,6	10,3	7,7	10,4	10,2	9,7
3. Баянхонгор	96,3	100,5	88,5	75,0	13,3	14,4	13,4	13,2	12,1	12,1
4. Булган	67,0	82,2	82,2	65,7	64,8	11,2	10,6	10,6	13,3	10,8
5. Говь-алтай	53,0	86,5	86,5	55,5	50,8	12,8	17,7	15,8	15,8	14,9
6. Дорноговь	75,2	59,6	59,6	39,6	75,1	10,1	12,0	15,9	12,5	16,9
7. Дорнод	85,0	58,4	58,4	100,8	107,6	14,0	10,3	16,2	14,8	13,3
8. Дундговь	89,2	84,9	84,9	75,0	70,9	12,5	15,9	16,2	14,8	13,9
9. Завхан	91,7	75,8	75,8	42,9	44,5	12,9	13,5	17,3	13,1	11,4
10. Өвөрхангай	37,0	28,0	32,3	30,5	31,8	12,1	14,0	15,6	16,7	12,3
11. Өмнөговь	46,3	34,3	34,3	37,6	27,3	11,5	11,1	13,2	15,8	13,5
12. Сүхбаатар	82,0	97,0	97,0	87,1	80,2	12,7	13,1	20,1	16,3	13,8
13. Сэлэнгэ	77,0	83,2	83,2	98,7	67,3	24,1	16,6	13,7	14,0	12,1
14. Төв	107,3	10,9	10,9	60,5	82,2	11,6	13,7	10,2	10,7	12,0
15. Увс	65,3	74,7	74,7	51,9	56,8	9,5	11,6	8,1	10,5	11,9
16. Ховд	54,6	84,0	84,0	73,1	65,4	10,3	20,5	18,7	14,8	12,8
17. Хөвсгөл	70,0	63,0	63,0	67,7	79,1	9,1	9,1	10,2	10,2	11,3
18. Хэнтий	78,5	84,3	84,3	60,5	77,2	9,5	10,9	11,3	11,4	11,3
аймгийн дүн	73,0	82,5	82,5	60,3	70,0	11,3	11,8	13,8	13,1	12,2
Он	1967	1965	1966	1967	1968	1964	1965	1966	1967	1968

35-аас доош) Булганы Хутаг, Өвөрхангайн Хужирт, Хэнтийн Биндэр, Батноров орж байна.

б) Сум дундын эмнэлгүүдийн больницын үйл ажиллагаа. Сум дундын эмнэлгүүдийн орны фонд ашиглалт сүүлийн 5 жилд 70—82,5 %-иас хэтрэхгүй байгаа бөгөөд Өвөрхангай, Дорнод аймгуудад нилээд сайн, харин Өмнөговийн Ноён, Сэлэнгийн Ерөө, Увсын Баруунтуруун, Сагил, Өмнөговь зэрэг сумдад больницын орны фонд ашиглалт 60%-иас доош байна (1-р хүснэгт, 2-р зургийг үз.).



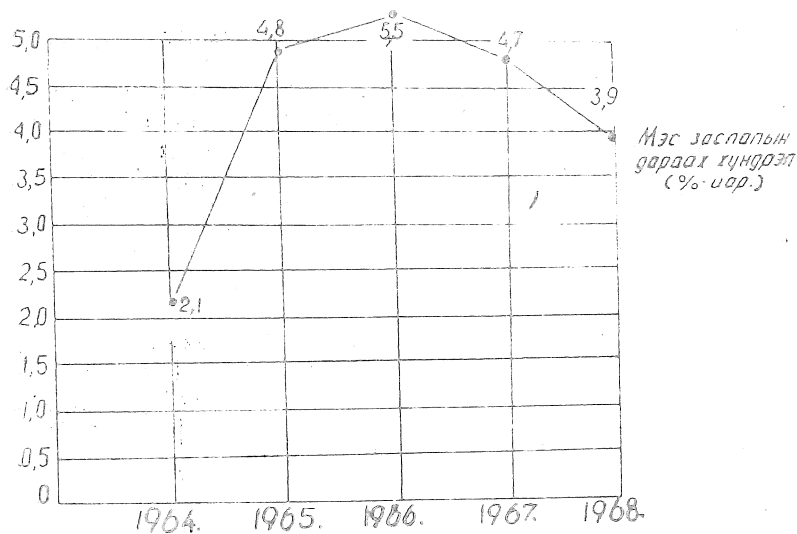
Нэг орны ажилласан дундаж хоног аймгуудын хэмжээгээр дотрын мэргэжлээр 288,8, мэс заслаар 285,8 төрөхөөр 272,6 байхад сум дундын эмнэлгүүдэд дотрын орны дундаж хоног 235,3, мэс заслынх 153,9, төрөхийнх 167,5 байгаа нь мэс засал, төрөхийн нарийн мэргэжлийн больницын тусламж хангалтгүй байгааг харуулж байна. Үүнд: Мэс заслын ор Дундговийн Эрдэнэ-Далай, Завханы Түдэвтэй, Өвөрхангайн Зүйл, Өмнөговийн Ноён, Сэлэнгийн Сант, Ерөөгийн сум дундын эмнэлэгт; төрөхийн ор Өвөрхангайн Хужирт, Хэнтийн Биндэр, Батноров зэрэгт муу ашиглагдсан байна. Энэ талаар Баян-Өлгий, Дорноговь, Хэнтий аймгууд анхаарах хэрэгтэй.

Больницын нэг өвчтөний эзэлсэн дундаж ор хоног сум дундын эмнэлгүүдэд 12,2 байгаа нь аймгуудын дунджаас онц ялгагдахгүй байна. Энэхүү үзүүлэлт Сүхбаатар аймгийн Онгон, Бүрэнцогт сумдад 38—49, Хэнтийн Биндэр, Батноров сумдад 40, Хөвсгөл аймгийн Их Уул, Шинэ идэр, Хатгалд 70,1—81 хүрч байна.

Мөн сум дундын эмнэлгүүдэд төрөхийн дундаж ор хоног 8,1 байхад Архангайн Эрдэнэмандалд 15,0, Дорноговийн Хөвсгөлд 12,2, Өвөрхангайн Хужиртад 14,2, Сүхбаатарын Бүрэнцогтод 11,3 байгаад дүгнэлт хийх хэрэгтэй. Сум дундын эмнэлгүүдийн орны эргэлтийн дундаж улсын хэмжээгээр 18,2 байхад Өмнөговь аймагт 6,4, Говь-Алтайд 10,9, Завханд 12,4 байна.

Задлан шинжилгээний болон оношийн тохирооны хувийг өнгөрсөн 5 жилд бараг бүх сум дундын эмнэлгүүдэд гаргаагүй учир тодорхой дүгнэлт хийх боломжгүй байгаагаас гадна энэ нь сум дундын эмнэлгүүдийн эмчилгээний чанар, эмч нарын мэргэжил мэдлэгийг дээшлүүлэхэд муугаар нөлөөлж байна.

Сум дундын эмнэлгүүдэд хийж байгаа мэс засал аймгийн хэмжээний мэс заслын 24,2%-ийг эзэлж байна. Мэс заслын дараахь хүндрэл, үхлийн хувийг нилээд сум дундын эмнэлэг гаргаагүй байна. 3-р зураг.



Мэдээ гаргаж ирүүлсэн аймгуудын байдлаар, мэс заслын дараахь хүндрэл улсын хэмжээгээр сум дундын эмнэлгүүдэд 3,9 байхад, Дорноговийн Хөвсгөлд 25%, Өвөрхангайн Хужиртад 11,4%, Ховд аймагт 12,1 байна, Мэс заслын дараахь үхэл сум дундын эмнэлгүүдийн хэмжээгээр 2% байхад Дорнодын Баян-Уулд 6%, Сүхбаатарын Онгонд 7,1, Ховдын Булганд 12,1% байна.

Мэс заслын яаралтай тусламж үзүүлсэн байдлыг хугацаагаар нь харьцуулан үзэхэд нилээд сум дундын эмнэлгүүд үүнийг нарийн бүртгэж тооцоолон гаргадаггүй байна. Энэ бүртгэл тооцоог хөтөлсөн 25 сум дундын эмнэлгийн 1968 оны мэдээгээр үзэхэд мэс заслын яаралтай хагалгааг 6 цагийн дотор гүйцэтгэсэн нь 24,7%, 6—24 цагийн дотор гүйцэтгэсэн нь 32,4%, 24 цагаас дээш хугацаанд гүйцэтгэсэн нь 32,6% байлаа. Булган аймгийн Хутаг, Увсын Баруунтуруун, Хөвсгөлийн Их-Уул, Шинэ-Идэрийн сум дундын эмнэлгүүдэд мэс заслын яаралтай хагалгааг 6 цагийн дотор 50—86,6% хүртэл хийж байгаа нь сайн үзүүлэлт гэж үзэх үндэстэй. Харин Баян-Өлгийн Улаанхус, Завханы Түдэвтэй, Өвөрхангайн Зүйлийн сум дундын эмнэлэгт энэ тусламжийг 100% 24 цагаас дээш хугацаанд, Баянхонгорын Жаргалант, Дорноговийн Хөвсгөл, Дорнодын Баян-Уулын сум дундын эмнэлэгт 50—78,7% хүртэл мөн хугацаанд үзүүлсэн нь мэс заслын яаралтай тусламж хожимдож байгааг харуулж байна.

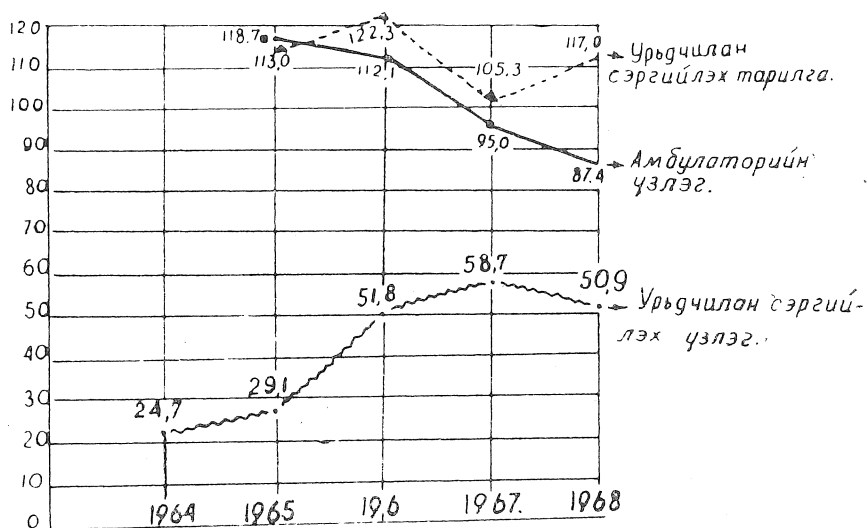
в) Харьяа сумдын хүн амд эмнэлгийн тусламж үзүүлж буй байдал
Сум дундын эмнэлгүүдээс харьяа сумдын хөдөлмөрчдөд эмнэлгийн тусламж үзүүлсэн байдлыг 3—4-р хүснэгтэд харууллаа. Энэ хүснэгтээс үзэхэд харьяа сумдын хүн амд үйлчлэх талаар Баян-Өлгийн Дэлүүн, Баянхонгорын Жаргалант, Дорноговийн Хөвсгөл, Завханы Завханмандалын сум дундын эмнэлгүүд нилээд сайн байна. Гэтэл эдгээр үзүүлэлт Баян-Өлгийн Улаанхус, Булганы Хутаг, Дорнодын Баян-Уул, Дундговийн Эрдэнэдалай, Говь-Угтаал, Төвийн Жаргалант Увсын Баруунтуруун, Сагил, Өмнөговь, Хөвсгөлийн Хатгал зэрэг дахь сум дундын эмнэлгүүдэд 6%-иас хэтрэхгүй байгаа нь тэд харьяа сумдын хүн амд үйлчлэх үүргээ хангалт муутай биелүүлж байгааг харуулж байна. Үүнийг түргэн болон хойшлуулшгүй бүх дуудлаганд харьяа сумдын дуудлагын эзлэх хувь Баянхонгорын Баацагаан, Дорноговийн Хөвсгөл, Өвөрхангайн Зүйл, Хужирт, Сүхбаатарын Бүрэнцогт, Увсын Сагил, Өмнөговь, Хэнтийн Биндэр, Батноровын сум дундын эмнэлгүүдэд 5% хүрэхгүй байгаа явдал гэрчилж байна.

Харьяа сумдын хөдөлмөрчдөд эмнэлгийн тусламж үзүүлж буй
байдал (1968 оны байдлаар)

Аймаг	Сум дундын	У.С. үзлэгт орсон %	Амбулаториор нрж үзүүлсэн хувь	Харьяа сумдын дуудлагын эз- лэх %
1. Архангай	1. Батцэнгэл	—	—	—
	2. Эрдэнэмандал	33,9	12,8	11,8
	3. Тариат	25,4	3,4	10,0
2. Баян-Өлгий	4. Улаанхус	—	3,2	62,3
	5. Дэлүүн	65,3	62,6	69,9
3. Баянхонгор	6. Баацагаан	36,0	24,8	2,1
	7. Жаргалант	67,8	68,0	5,3
4. Булган	8. Хутаг	—	11,1	11,1
5. Говь-Алтай	9. Бэгэр	7,9	12,9	16,7
	10. Төгрөг	52,4	0,3	7,3
6. Дорноговь	11. Хөвсгөл	41,3	55,2	4,7
7. Дорнод	12. Баян-Уул	—	0,08	22,5
8. Дундговь	13. Эрдэнэдалай	2,5	1,2	7,0
	14. Говь-Угтаал	4,6	0,4	30,1
9. Завхан	15. Завханмандал	63,5	49,6	55,5
	16. Түдэвтэй	30,9	1,1	15,8
10. Өвөрхангай	17. Гучин-Ус	40,1	0,8	0,6
	18. Зүйл	17,0	1,0	4,0
	19. Хужирт	14,8	1,4	3,8
11. Өмнөговь	20. Ноён	—	—	—
12. Сүхбаатар	21. Онгон	45,5	2,4	23,0
	22. Бүрэнцогт	38,8	11,9	0,3
13. Сэлэнгэ	23. Сант	24,0	2,8	9,0
	24. Ерөө	—	—	11,1
14. Төв	25. Жаргалант	4,7	0,6	68,6
	26. Лүн	16,5	6,4	6,8

15. Увс	27. Баруунтуруун	—	2,6	26,4
	28. Сагил	—	0,5	0,9
	29. Өмнөговь	—	2,3	2,3
16. Ховд	30. Булган	25,9	—	—
	31. Мөст	47,8	—	10,4
17. Хөвсгөл	32. Их-Уул	46,2	3,4	100,0
	33. Шинэ-Идэр	28,0	15,3	13,3
	34. Хатгал	4,0	6,1	9,3
18. Хэнтий	35. Биндэр	17,6	0,5	4,5
	36. Батноров	44,9	19,5	3,3
Дүн		24,6	16,8	16,3

Энэ хүснэгтээс үзвэл Дорноговь, Хөвсгөл аймгийн сум дундын эмнэлгүүд хөдөөнөөс ирэгсдийг эмнэлгээр үйлчлэх талаар бусдаас давуутай байгаа бөгөөд больницод үйлчлэхдээ Баян-Өлгий, амбулаториор үйлчлэхдээ Завхан аймаг давуутай байна. Харин Булган, Өмнөговь, Сүхбаатар, Сэлэнгэ, Ховд аймгууд эдгээр үзүүлэлтээрээ бусдаас хоцорч байна. (4-р зураг.)

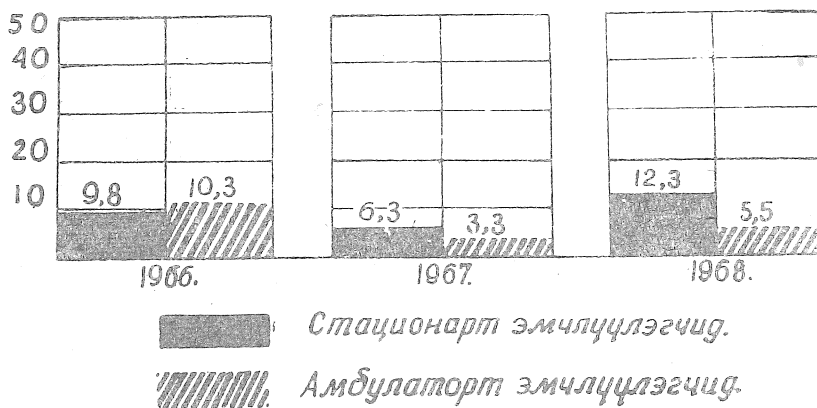


4-р хүснэгт

Сум дундын эмнэлэгт хөдөөнөөс ирэгчдэд үйлчилсэн байдал
(аймгуудын хэмжээгээр)

	Больницод хөдөөнөөс ирж эмчлүүлэгсэд	Амбулаторид хөдөөнөөс ирж үзүүлэгсэд
1. Архангай	—	11,5
2. Баян-Өлгий	55,9	0,6
3. Баянхонгор	9,4	11,5
4. Булган	1,9	3,9
5. Говь-Алтай	7,0	4,9
6. Дорноговь	25,9	24,3
7. Дорнод	17,8	02
8. Дундговь	12,5	1,0
9. Завхан	2,5	26,1
10. Өвөрхангай	19,2	1,2
11. Өмнөговь	—	0,3
12. Сүхбаатар	2,6	2,5
13. Сэлэнгэ	4,6	1,3
14. Төв	12,7	2,9
15. Увс	19,5	2,
16. Ховд	3,5	1,3
17. Ховд	14,8	8,3
18. Хэнтий	8,3	6,2
Аймгийн дүн	12,3	5,5

г) Амбулаторийн үйлчилгээ, диспансерийн хяналтын байдал. Улсын хэмжээгээр сум дундын эмнэлгүүдэд амбулаторийн үзлэгт урьдчилан сэргийлэх үзлэгийн эзлэх хувь 50,9% байхад Архангай аймгийн Эрдэнэмандал, Төв аймгийгч Жаргалант, Увсын Сагилд энэ үзүүлэлт 14,3—20,4 байна. Амбулатори, диспансерийн үйлчилгээний байдлыг 5-р хүснэгт, 4,5-р зургаар харууллаа. (5-р зураг.)



Хүснэгт зургуудаас үзэхэд амбулаторийн үзлэгт урьдчилан сэргийлэх үзлэгийн хувь 2 дахин нэмэгдсэн байна. Сум дундын эмнэлгүүдэд урьдчилан сэргийлэх тарилгын төлөвлөгөө сайн биелэгдэж байгаа боловч амбулаторийн үзлэгийн төлөвлөгөө сүүлийн жилүүдэд тасарч байна.

Харъяа сумдаас урьдчилан сэргийлэх үзлэгт орогсад дөнгөж 4,3%-иар, Эрүүлийг Хамгаалах Яамны гаргасан мэдээгээр больницад харьяа сумдаас ирж хэвтэгсэд сүүлийн 3 жилд дөнгөж 2,5%-иар өсөж, амбулаторит харьяа сумдаас ирж үзүүлэгсэд 2 дахин буурсан байна (5-р диаграммаас үз!).

Өнгөрсөн 5 жилд сум дундын эмнэлгүүдэд их эмчийн тоо 2 дахин өссөн байхад амбулаторид бага эмчийн үзлэгийн хувь ер буурсангүй хэвээрээ байгаа нь сум дундын эмнэлгүүдээс харьяа сумдын хөдөлмөрчдөд үзүүлэх эмнэлгийн болон их эмчийн тусламж хангалтгүй байгааг харуулж байна. Энэ хугацаанд эмнэлгийн хяналтанд авсан өвчтөний тоо 7 дахин нэмэгдэж, эдгэрч хяналтаас гарсан хүний тоо бараг 10 дахин нэмэгдсэн байна.

1968 оны байдлаар бүх сум дундын эмнэлэгт диспансерийн хяналтанд хүн амын 1,1% байгаа нь хангалтгүй харагдаж байна. Харин Архангайн Батцэнгэл, Булганы Хутаг, Дундговийн Эрдэнэдалай, Ховдын Мөстийн сум дундын эмнэлгүүд хүн амын 4% орчмийг хяналтанд авч байхад 10000-аас дээш хүн амтай Архангайн Эрдэнэмандал Тариат, Баян-Өлгийн Улаан хус, Говь-Алтайн Төгрөг, Завханы Түдэвтэй, 26000 хүн амтай Увсын Баруунтуурын эмнэлгүүд 1%-ч хүрэхгүй цөөн хүн хяналтанд авчээ. Харин Баян-Өлгийн Дэлүүн, Дорнодын Баян-Уул, Хөвсгөлийн Шинэ-Идэрийн сум дундын эмнэлгүүд өөрсдийн хяналтанд авсан өвчтөнөө эрүүлжүүлэн эдгэрүүлэх талаар нилээд ажил хийсэн байна.

д) Түргэн тусламжийн үйлчилгээний байдал

Сум дундын эмнэлэг нь үндсэн нарийн мэргэжлийн түргэн болон хойшлуулшгүй тусламжийг хөдөлмөрчдөд үзүүлэх хамгийн ойрын салбар мөн. Түргэн тусламжийн үйлчилгээний байдлыг 6-р хүснэгтэнд харууллаа. Энэ хүснэгтээс үзэхэд Дундговь аймгийн Эрдэнэдалай,

Сум дундын эмнэлгүүдийн амбулатори диспансрын үйлчилгээний байдал

Аймгууд	Амбулаторийн үзлэгт урьдчилан сэргийлэх үзлэгийн эзлэх хувь					Харьяа сумаас урьдчилан сэргийлэх үзлэгт өрсөн хувь					Амбулаторит харьяа сумаас ирж үзүүлсэн хувь				
	1964	1965	1966	1967	1968	1964	1965	1966	1967	1968	1964	1965	1966	1967	1968
ОН	15,7	10,6	33,6	31,8	33,3	60,7	35,7	29,6	36,8	22,9	8,7	7,4	12,7	40,1	16,3
1. Архангай	17,5	14,9	44,2	73,6	62,8	—	75,7	63,0	40,4	46,6	—	53,6	48,5	47,3	47,9
2. Баян-Өлгий	36,0	40,4	79,3	67,5	56,6	33,4	58,8	67,8	73,2	58,1	72,1	69,5	60,3	62,2	65,4
3. Баянхонгор	30,2	20,9	32,2	43,3	58,8	—	—	—	—	10,8	—	—	—	—	—
4. Булган	62,3	36,8	77,2	50,0	50,0	35,7	23,5	43,5	34,5	30,4	20,3	12,0	4,4	15,0	32,4
5. Говь-Алтай	34,6	29,7	78,1	58,6	65,9	63,2	68,7	27,4	60,2	41,3	76,7	56,1	41,5	54,8	56,4
6. Дорноговь	22,4	20,1	60,0	57,4	61,7	—	—	—	—	—	—	017	007	00,4	0,08
7. Дорнод	23,0	40,3	70,1	84,6	70,4	—	1,4	0,8	08	3,3	—	10,5	04	1,2	0,85
8. Дундговь	24,4	39,4	35,4	27,0	32,0	—	22,5	62,1	11,5	44,4	60,3	59,6	20,5	27,3	26,
9. Завхан	20,0	57,2	57,8	74,4	38,4	38,3	29,4	30,1	20,2	19,1	03	1,2	1,2	1,3	2,1
10. Өвөрхангай	24,5	80,2	72,4	50,8	85,3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
11. Өмнөговь	26,1	25,4	34,0	85,8	48,0	52,6	51,3	41,9	39,2	42,4	8,1	10,7	13,5	10,3	8
12. Сүхбаатар	9,6	12,9	18,0	22,9	50,9	—	21,1	20,3	24,0	23,9	—	2,0	3,7	4,2	10,3
13. Сэлэнгэ	22,4	9,8	23,8	33,8	38,4	—	10,4	18,5	7,5	12,1	9,3	3,1	4,9	1,1	—
14. Төв	21,4	24,2	62,1	69,4	49,1	—	—	—	—	—	1,1	1,8	3,0	2,3	2
15. Увс	30,7	19,9	62,3	54,4	66,3	69,9	46,0	55,7	52,7	36,6	—	098	016	—	—
16. Ховд	16,0	26,8	58,8	59,5	53,7	9,4	8,2	5,0	23,8	27,0	4,3	2,9	5,6	6,5	9,6
17. Хөвсгөл	24,8	25,7	53,0	86,1	60,4	—	—	5,5	15,0	24,2	—	—	5,0	4,7	5,1
18. Хэнтий	24,7	29,1	51,8	58,7	50,9	20,3	25,2	26,1	24,4	24,6	14,5	16,2	12,5	15,4	16,8
Аймгийн дүн															

4-р хүснэгтийн үргэлжлэл

	Бага эмчийн үзлэгийн хувь				Амбулаторийн үзлэгийн хэдэн хувьд нь клиник шинжилгээ хийсэн				Өвчний учир хяналтанд авсан өвчтөний тоо						
	1964	1965	1966	1967	1968	1964	1965	1966	1967	1968	1964	1965	1966	1967	1968
ОН	11,5	11,4	8,8	11,6	12,8	3,5	2,0	3,5	12,4	13,2	263	40,2	318	55,5	1968
1. Архангай	39,0	48,5	40	52,5	41,5	—	0,8	0,4	6,5	4,5	—	424	749	424	554
2. Баян-өлгий	23,1	22,7	15,5	16,7	26,7	0,1	1,7	1,6	3,5	2,8	43	226	503	374	243
3. Баянхонгор	—	—	—	—	24,5	—	—	—	—	21,3	—	—	—	—	—
4. Булган	50,0	49,0	32,5	25,0	14,2	—	—	9,9	8,2	11,9	169	210	144	128	247
5. Говь-Алтай	—	16,8	10,0	26,2	33,5	—	—	—	—	1,1	—	35	43	67	69
6. Дорноговь	—	0,6	0,9	7,0	27	—	1,2	1,7	3,4	2,7	—	114	297	191	177
7. Дорнод	55,0	34,9	35,8	30,5	13,7	1,8	5,0	3,8	2,6	3,7	—	154	88	164	391
8. Дундговь	—	—	3,1	12,8	12,5	—	—	0,5	2,3	3,7	—	10	117	72	89
9. Завхан	25,1	39,5	26,1	21,3	12,7	3,3	3,2	4,3	11,1	7,9	179	320	262	785	105
10. Өвөрхангай	—	—	8,4	7,4	25,2	—	—	—	—	—	—	—	62	30	16
11. Өмнөговь	31,7	33,7	25,2	21,9	16,9	2,9	4,7	6,1	6,1	3,5	20	36	82	111	123
12. Сүхбаатар	51,3	18,1	24,5	7,9	20,8	—	9,6	12,3	—	4	—	32	160	201	204
13. Сэлэнгэ	20,0	40,0	41,4	26,3	33,1	8,6	4,1	9,8	2	7,5	11	9	137	470	394
14. Төв	45,5	54,9	45,0	40,5	31,6	—	1,5	—	—	2,2	13	38	43	285	13
15. Увс	10,1	29,5	21,7	37,0	30,0	0,9	2,7	0,1	0,5	4,7	—	—	141	201	313
16. Ховд	35,0	35,0	30,5	22,1	16,8	1,3	1,4	2,1	3,3	—	10	30	29	261	411
17. Хөвсгөл	—	37,0	1,5	16,3	27,2	2,2	5,7	1,8	—	—	—	37	136	174	154
18. Хэнтий	22,0	26,1	21,4	25,0	22,5	1,3	2,3	3,3	4,4	708	726	362	386	4346	4844
А. Дүн															

6-р хүснэгт

Сум дундын эмнэлгийн түргэн тусламжийн
үйлчилгээний байдал

Аймгууд	Дуудлагын гүйцэтгэсэн хувь	Бүх дууд- лаганд эзлэх алсын дууд- лагын хувь	Түргэний машинны тоо	Алсын дуудлагын тоо	
				жилд	нэг ма- шинд
1. Архангай	98,4	11,5	3	495	165
2. Баян-Өлгий	100,0	64,9	2	418	209
3. Баянхонгор	99,0	20,3	2	348	174
4. Булган	99,3	14,1	1	124	124
5. Говь-Алтай	99,1	19,8	2	226	113
6. Дорноговь	100,0	8,0	2	112	56
7. Дорнод	97,3	22,6	1	223	223
8. Дундговь	99,3	54,2	2	462	231
9. Завхан	99,1	20,8	2	158	79
10. Өвөрхангай	100,0	27,8	3	828	276
11. Өмнөговь	100,0	100,0	1	84	84
12. Сүхбаатар	100,0	4,4	2	184	92
13. Сэлэнгэ	98,8	19,5	2	662	331
14. Төв	99,1	20,0	2	296	148
15. Увс	100,0	15,7	3	225	75
16. Ховд	99,8	19,2	2	304	152
17. Хөвсгөл	99,9	29,3	3	309	103
18. Хэнтий	99,7	27,7	2	486	243
Аймгийн дүн	99,4	19,4	37	318	170

Төвийн Жаргалант сумынхаас бусад бараг бүх сум дундын эмнэлэг дуудлагыг 100% биелүүлсэн байна.

Сум дундын эмнэлгүүдийн алсын дуудлагын дундаж тоо улсын хэмжээгээр 318 байхад, Өвөрхангай (828), Сэлэнгэ (662), Архангай (445) Дундговь (462), Хэнтий, (486) аймгуудын сум дундын эмнэлгүүдэд 450-иас дээш дуудлагатай, Өмнөговь (84), Булган (124), Дорноговь (112) аймгуудад 150-иас доош дуудлагатай байна. Энэ нь хүн амын өвчлөл олон цөөнтэй зарим талаар холбоотой боловч 1968 оны улсын хэмжээний өвчлөлийн ерөнхий байдал, аймгуудын хүн амын нягт, сийрэгтэй харьцуулан үзэхэд эдгээр үзүүлэлтүүд тохирохгүй байгаа учир, зам харилцаа, газар орон, нутгийн хэмжээ, дуудлага дуудах шаардлагын ойлголт, дуудлага гүйцэтгэсэн байдал зэрэгт тусгайлсан судалгаа хийж уг асуудлыг тодруулах хэрэгтэй.

е) Эх нялхсын тусламжийн байдал

Архангай, Баянхонгор, Дорноговь, Дорнод, Дундговь, Өмнөговь, Төв, Ховд, Хэнтий аймгууд дахь сум дундын эмнэлгүүд жирэмсэн эмэгтэйчүүдийг 100% эмнэлгийн хяналтанд авчээ. Харин Увс аймагт 66,4%, Сэлэнгэ аймагт 68,9%-тай байна. 7-р хүснэгтээс үзэхэд жирэм-

Сум дундын эмнэлэгт эхчүүдэд үзүүлсэн тусламжийн байдал

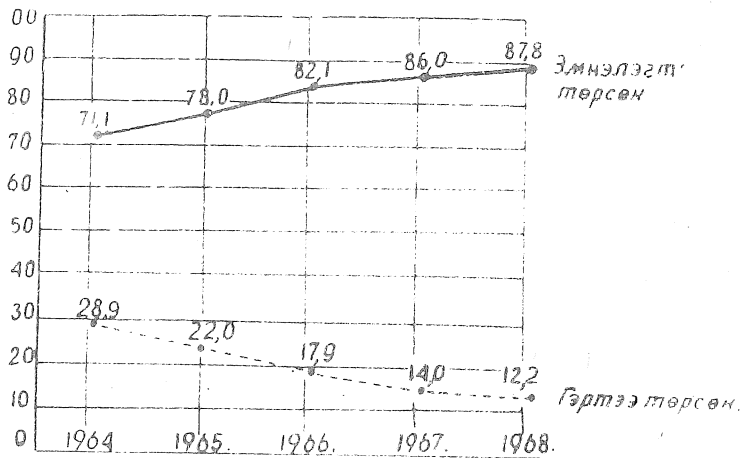
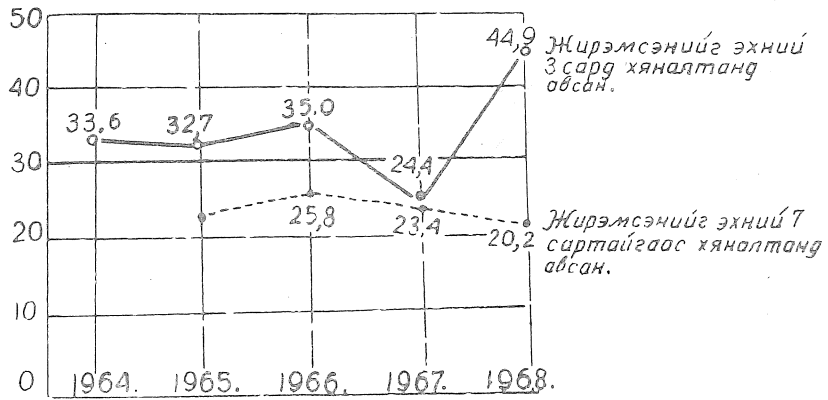
Аймгууд	Жирэмсний 3 сартайд нь хяналтанд авсан хувь	7 сартайгаас нь хойш хяналтанд авсан хувь	Жирэмсний эмнэлэгт төрсөн хувь	Э. Тусламжгүйгээр төрөгсөд бүх төрөгчдөд эзлэх хувь	Төрөхийн хүнд рэлийн хувь
1. Архангай	27,1	35,2	88,2	3,0	9,9
2. Баян-Өлгий	19,8	54,2	65,0	1,9	1,1
3. Баянхонгор	75,7	17,4	93,5	1,9	0,8
4. Булган	32,3	27,8	93,2	—	6,7
5. Говь-Алтай	42,8	13,3	89,2	3,5	25,2
6. Дорноговь	41,5	26,1	82,8	—	6,7
7. Дорнод	47,9	12,4	94,4	—	0,6
8. Дундговь	43,0	18,1	88,7	—	12,0
9. Завхан	35,0	29,1	83,5	5,4	25,0
10. Өвөрхангай	41,2	15,5	87,7	—	6,8
11. Өмнөговь	82,1	—	100,0	—	22,2
12. Сүхбаатар	52,9	10,4	98,1	—	3,7
13. Сэлэнгэ	71,6	9,3	88,3	0,6	6,1
14. Төв	49,2	10,2	91,8	—	6,2
15. Увс	49,8	9,2	100,0	5,9	14,6
16. Ховд	52,1	26,1	72,0	2,9	7,9
17. Хөвсгөл	43,7	14,6	89,2	—	10,3
18. Хэнтий	91,2	1,1	93,5	0,9	6,8
Аймгийн дүн	44,9	20,2	87,8	1,6	7,9

сэний эхний 3 сартайд нь хяналтанд авсан байдал сүүлийн 3 жилээр нэмэгдэх, 7 сартайгаас нь хойш хяналтанд авсан байдал буурах хандлагатай байна. Жирэмсний эхний 3 сард эмэгтэйчүүдийг хяналтанд авсан байдал Баянхонгор, Өмнөговь, Хэнтий аймгуудад хангалтгүй, 7 сартайгаас хойших хяналтанд авсан байдал Баян-Өлгий, Завхан, Булган аймгуудад ихсэх хандлагатай байна. Сум дундын эмнэлгүүдэд жирэмсэн эмэгтэйчүүдийг хяналтанд авч эмнэлэгт төрүүлсэн байдлыг зөвхөн өөрийн сумын үйлчилгээгээр нь 6—7-р диаграммаар үзүүлээ.

Сум дундын эмнэлгүүдэд сүүлийн 5 жилийн байдлаар, эмнэлэгт төрсөн хувь ялангуяа Өмнөговь, Сүхбаатар, Төв аймгуудад ихсэж байхад Баян-Өлгий, Ховд аймгуудад хангалтгүй байна.

Жирэмсний эхний 3 сартайд нь эмнэлгийн хяналтанд авсан байдлаас үзэхэд Хэнтийн Биндэр (100), Сүхбаатарын Онгон, Бүрэнцогт 97,4—94,1%, Увсын Сагил, Өвөрхангайн Хужирт, Сэлэнгийн Сант, Хэн-

6—7-р зураг

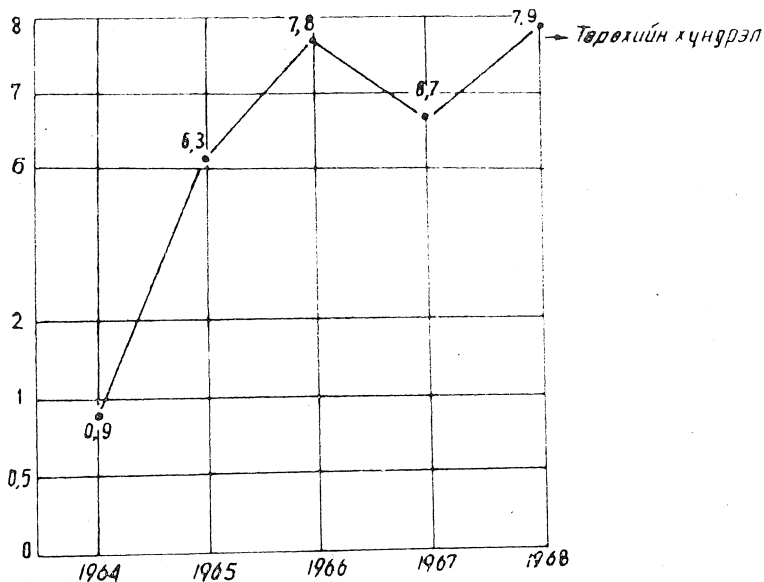


тийн Батноров зэрэг сум дундын эмнэлгүүдэд 72—97,4% хүртэл авсан байна. Гэтэл Архангайн Тариат, Өвөрхангайн Гучин-Ус, Төвийн Жаргалант, Лүн, Увсын Өмнөговь, Хөвсгөлийн Хатгалын сум дундын эмнэлгүүдэд жирэмсэн эмэгтэйчүүдийг эмнэлгийн хяналтанд зөвхөн 8% хүртэл эхний 3 сартайд нь авч Булганы Хутаг, Завханы Түдэвтэй Төвийн Лүн, Ховдын Булган сум дундын эмнэлгүүд жирэмсэн эмэгтэйчүүдийг 60%-иас дээш 7 сартайгаас нь хойш хяналтанд авч байгаа нь эхчүүдэд тавих эмнэлгийн хяналтыг хангалтгүй хийж байгаа явдал мөн.

Бүх жирэмсэн эхчүүдийг эмнэлэгт төрүүлэх нь эхчүүдэд үзүүлэх эмнэлгийн тусламжийн чанарыг харуулах нэг үзүүлэлт мөн. 1968 онд Өмнөговь аймгийн Нсөн, Сүхбаатарын Бүрэнцогтод жирэмсэн эмэгтэйчүүдийг 100%, ихэнх сум дундын эмнэлэгт 90%-иас дээш эмнэлэгт төрүүлж байхад Сүхбаатарын Онгон дөнгөж 12%, Баян-Өлгийн Улаанхуст 55,2%, Дундговь аймгийн Эрдэнэдалай 62,6%, Увсын Сагил 64% байгаа нь хангалтгүй үзүүлэлт мөн.

Жишээ нь: Сум дундын эмнэлэгт эмнэлгийн тусламжгүй гэртээ төрөгсдийн хувь Архангайд 3,0, Говь-Алтайд 3,5, Завханд 5,4, Увсад 5,9 хүрч байхад эдгээр аймгуудад сум дундын эмнэлгүүд дэх төрөхийн хүндрэл 9,9—25,3%, (хүндрэл өндөр хэмжээтэй) байгаа нь тохиолдлын хэрэг бишээ (8-р диаграмм).

Мөн Өмнөговь аймгийн Ноёнд төрөхийн хүндрэл 22,2% хүрч байгааг анхаарах хэрэгтэй.



7-р хүснэгт

Сум дундын эмнэлэгт нялхст үзүүлсэн тусламжийн байдал

Аймгууд	0—1 хүртэлх насны хүүхдийг хяналтанд авсан хувь
1. Архангай	85,5
2. Баян-Өлгий	100,0
3. Баянхонгор	100,0
4. Булган	100,0
5. Говь-Алтай	100,0
6. Дорноговь	98
7. Дорнод	100,0
8. Дундговь	100,0
9. Завхан	71
10. Өвөрхангай	100,0
11. Өмнөговь	100,0
12. Сүхбаатар	100,0
13. Сэлэнгэ	55,8
14. Төв	85,4
15. Увс	99,4
16. Ховд	50,0
17. Хөвсгөл	100,0
18. Хэнтий	100,0
Аймгийн дүн	85,7

Сүүлийн жилүүдэд улсын хэмжээгээр нялхсыг эмнэлгийн хяналтанд авах явдал сайжирч байгаагийн нэг баримт нь 11 аймгийн сум дундын эмнэлгүүд 0—1 хүртлэх насны хүүхдийг 100% эмнэлгийн хяналтанд авсан явдал мөн. Харин Ховд аймгийн сум дундын эмнэлгүүд дөнгөж 50%, Сэлэнгэ аймгийнх 55,8% хяналтанд авсан нь зүй ёсоор анхаарал татаж байна. 0—1 хүртэлх насны хүүхдийг 100% хяналтанд авсан боловч Өмнөговь, Дундговь, Хэнтий аймгуудад хяналтын чанар хангалтгүй байгааг харуулж байна.

Үндсэн дүгнэлт

1. Сум дундын эмнэлэг нь хүн амын нягтрал бага, өргөн уудам нутагтай манай нөхцөлд орон нутгийн хөдөлмөрчдөд эмнэлгийн тусламж үзүүлэх шинэ дэвшилттэй хэлбэр мөн.

2. Сум дундын эмнэлэг нь хөдөөгийн хүн амд их эмчийн үндсэн нарийн мэргэжлийн тусламжийг үзүүлэх гол салбар болж байна.

3. Сум дундын эмнэлгийг манайд говь нутгийн онцгой байдлаас бусад дийлэнх нөхцөлд 8—10 000 хүн амд үйлчлэхээр бодож байршлыг зөв тогтоон дотор, мэс засал, хүүхэд, эх барихын нарийн мэргэжлийн эмчтэй, туслах кабинетуудын бүрэн үйлчилгээтэйгээр 50-иас доошгүй ортойгоор бодож байгуулан ажиллуулах нь зүйтэй байна.

4. Эмнэлгийн байгууллагуудын шинээр боловсрогдож байгаа нормативд сум дундын эмнэлгүүдийн зэрэглэл, орон тооны асуудлыг дахин хянан үзэж боловсронгуй болгох шаардлагатай байна.

5. Одоогоор манай сум дундын эмнэлгүүдээс харьяа сумдын хөдөлмөрчдөд үзүүлэх эмнэлгийн нарийн мэргэжлийн тусламж, идэвхтэй үйлчилгээ хангалтгүй байна.

6. Сум дундын эмнэлгүүдийн үйл ажиллагаа үндсэн үзүүлэлтүүдийг эрс сайжруулахын тулд тэдгээрийг материаллаг бааз, орон байр, боловсон хүчнээр бэхжүүлэх талаар ойрын жилүүдэд тусгайлан анхаарч зориудын төлөвлөгөөт арга хэмжээнүүдийг авах шаардлагатай байна.

МЕЖСОМОННАЯ БОЛЬНИЦА КАК ПЕРВИЧНОЕ ЗВЕНО В СИСТЕМЕ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СЕЛЬСКИХ РАЙОНАХ

Ш.Доржжадамба

РЕЗЮМЕ

В работе дана характеристика основных показателей межсомонных больниц за последние 5 лет. Межсомонные больницы определены как первичное звено оказания специализированной медицинской помощи сельскому населению.

В работе представлены мнения автора о перспективах межсомонных больниц как специфической для республики формой медицинского центра.

ЦЭЦЭРЛЭГИЙН ХҮҮХДИЙН ХООЛОНД ХАВРЫН УЛИРАЛД „С“ ВИТАМИН НЭМЖ ӨГӨХ ХЭМЖЭЭ

Ц. Ламжав, Г. И. Бондарев
(Эрүүл ахуй, халдвар, нян судлалын улсын институт)

Хүүхдийн хоолны найрлаганд витаминууд тогтмол байх нь бие махбодын хэвийн үйл ажиллагааг хангах зайлшгүй нөхцөл мөн. Витаминууд бодисын солилцоонд идэвхтэй оролцож, бие махбодын ерөнхий тэсвэрлэг чанарыг нэмэгдүүлэн, элдэв өвчнөөс урьдчилэн сэргийлэх үүрэг гүйцэтгэдэг нь тодорхой билээ.

Хүүхдийн бие махбодыг „С“ витаминаар хангах асуудал онцгой анхаарал татдаг бөгөөд энэ нь хэд хэдэн шалтгаантай, тухайлбал, „С“ витаминь агуулагч хүнсний зүйлүүд улирлын чанартай байдаг нь хоол тэжээлийн бүтээгдэхүүнийг удаан хугацаагаар буруу хадгалах, боловсруулах ба чанах үед уг витамин хялбархан задарч чанараа алддаг зэрэгтэй холбоотой.

Хаврын улиралд жимс, ногоог хоолонд хэрэглэх нь эрс хомсдох учраас хүүхдийн бие махбодын хэрэгцээг „С“ витаминаар хангах асуудал маш түвэгтэй байдаг. Түүнчилэн эдийн засаг, газар зүйн хүчин зүйлүүд, хооллох үндэсний хэв заншил, дадал зуршил багагүй чухал үүрэг гүйцэтгэнэ,

Манай оронд мал аж ахуйн үйлдвэрлэл ихээхэн хөгжсөн учраас хүн амын хоол тэжээлд мал аж ахуйн бүтээгдэхүүн зүй ёсоор зонхилдог.

Дээр дурдсаныг харгалзан бид, хүнсний зүйлд „С“ витамин ховордох хамгийн тохиромжгүй хаврын улиралд цэцэрлэгийн хүүхдийн бие махбодод аскорбины хүчлийн солилцоо хэрхэн явагддагийг судлах, цэцэрлэгийн хүүхдэд „С“ витамин нэмж өгөхийн зайлшгүй болохыг үндэслэх, витаминжуулах хэвийн хэмжээг боловсруулан тогтоох оролдлого хийв.

Энэ зорилгоор бид, Улаанбаатар хотын 24 цагийн ажиллагаатай 50-р цэцэрлэгийн 4—6 насны эрэгтэй, эмэгтэй тэнцүү тооны 36 хүүхдэд шинжилгээ ажиглалт явуулав.

Хүүхдийн бие махбодод „С“ витаминь хэрэгцээг тогтоохдоо дараахь үзүүлэлтүүдээр тодорхойлов. Үүнд: Хоногийн шээсэнд аскорбины хүчлийн агууламж, нийлэг аскорбины хүчлийг нэмж өгөхийн өмнө ба өгсний дараа 1 цагт шээсээр ялгарах „С“ витаминь миллиграмм хэмжээ, цусан дахь аскорбины хүчлийн агууламж, хялгасан судасны эсэргүүцэх чанар эдгээр болно.

Шээсэн дэх аскорбины хүчлийн агууламжийг Тильмансын аргаар шээсний ялгаран гарсан хэсэг бүрт, цусан дахь аскорбины хүчлийг Фармер болон Эйбтийн аргаар тус тус тодорхойлов. Хялгасан судасны эсэргүүцэх чанарыг НПК—5 маягийн багажаар Нестровын сорил тавьж шалгасан.

Шинжилгээний дэс дараа. Шинжилгээний эхэнд дээр дурдсан үзүүлэлтүүдийг тодорхойлж, дараа нь хүүхдүүдэд өдөр бүр 200 мг. аскорбины хүчлийг хангагдах хэмжээ хүртэл өгч, хангагдсан эсэхийг хоногийн шээсээр ялгарах аскорбины хүчлийн хэмжээгээр тодорхойллоо.

Дараа нь бүх хүүхдийг 3 бүлэгт ангилав.

1-р бүлэгт: нийлэг аскорбины хүчлийг хоногт 25 мг, 2-р бүлэгт хоногт 50 мг хэмжээтэй өгсөн хүүхдийг оруулав. 3-р бүлэг нь хяналтын бүлэг бөгөөд аскорбины хүчил өгөөгүй.

Нийлэг аскорбины хүчлийг хүүхдэд өдөр бүрийн 9—10 цагт чихэртэй усанд уусган өгч байлаа. Ингэж 3 сар витаминжуулсны эцэст дээрх шинжилгээнүүдийг дахин хийв.

Улаанбаатар хотын 50-р цэцэрлэгийн хүүхдүүдийн аскорбины хүчлийн солилцооны зарим үзүүлэлт

Хүүхдийн бүлэг	Хоногийн шэсэн дэх аскорбины хүчлийн хэмжээ мг				Аскорбины хүчлийн ялгарах хэмжээ мг/цаг				Цусан дахь аскорбины хүчлийн хэмжээ мг,%		Хялгасан судасны эсэргүүцэх чанар цусан толбын тоо			
	Витаминжуулалтын өмнө		Витаминжуулалтын дараа		Витаминжуулалтын өмнө		Витаминжуулалтын дараа		Витаминжуулалтын өмнө	Витаминжуулалтын дараа	Витаминжуулалтын өмнө	Витаминжуулалтын дараа	Витаминжуулалтын өмнө	Витаминжуулалтын дараа
	Нэмэгдэл өгсний өмнө	Нэмэгдэл өгсний дараа	Нэмэгдэл өгсний өмнө	Нэмэгдэл өгсний дараа	Нэмэгдэл өгсний өмнө	Нэмэгдэл өгсний дараа	Нэмэгдэл өгсний өмнө	Нэмэгдэл өгсний дараа						
3-р бүлэг	4,05 (2,63—5,29)	8,46 (3,67—20,29)	19,52 (7,08—85,51)	78,25 (48,34—153,33)	6,12 (5,26—6,85)	12,68 (9,22—17,02)	7,71 (5,45—10,48)	29,56 (7,73—62,58)	87,27 (72,44—106,38)	0,24 (0,02—0,64)	0,51 (0,23—1,02)	0,31 (0,18—0,42)	0,32 (0,25—0,43)	4,3 (1,—18)
2-р бүлэг	4,05 (2,63—5,29)	8,46 (3,67—20,29)	19,52 (7,08—85,51)	78,25 (48,34—153,33)	6,12 (5,26—6,85)	12,68 (9,22—17,02)	7,71 (5,45—10,48)	29,56 (7,73—62,58)	87,27 (72,44—106,38)	0,24 (0,02—0,64)	0,51 (0,23—1,02)	0,31 (0,18—0,42)	0,32 (0,25—0,43)	4,3 (1,—18)
1-р бүлэг	4,05 (2,63—5,29)	8,46 (3,67—20,29)	19,52 (7,08—85,51)	78,25 (48,34—153,33)	6,12 (5,26—6,85)	12,68 (9,22—17,02)	7,71 (5,45—10,48)	29,56 (7,73—62,58)	87,27 (72,44—106,38)	0,24 (0,02—0,64)	0,51 (0,23—1,02)	0,31 (0,18—0,42)	0,32 (0,25—0,43)	4,3 (1,—18)
3-р бүлэг	4,05 (2,63—5,29)	8,46 (3,67—20,29)	19,52 (7,08—85,51)	78,25 (48,34—153,33)	6,12 (5,26—6,85)	12,68 (9,22—17,02)	7,71 (5,45—10,48)	29,56 (7,73—62,58)	87,27 (72,44—106,38)	0,24 (0,02—0,64)	0,51 (0,23—1,02)	0,31 (0,18—0,42)	0,32 (0,25—0,43)	4,3 (1,—18)
2-р бүлэг	4,05 (2,63—5,29)	8,46 (3,67—20,29)	19,52 (7,08—85,51)	78,25 (48,34—153,33)	6,12 (5,26—6,85)	12,68 (9,22—17,02)	7,71 (5,45—10,48)	29,56 (7,73—62,58)	87,27 (72,44—106,38)	0,24 (0,02—0,64)	0,51 (0,23—1,02)	0,31 (0,18—0,42)	0,32 (0,25—0,43)	4,3 (1,—18)
1-р бүлэг	4,05 (2,63—5,29)	8,46 (3,67—20,29)	19,52 (7,08—85,51)	78,25 (48,34—153,33)	6,12 (5,26—6,85)	12,68 (9,22—17,02)	7,71 (5,45—10,48)	29,56 (7,73—62,58)	87,27 (72,44—106,38)	0,24 (0,02—0,64)	0,51 (0,23—1,02)	0,31 (0,18—0,42)	0,32 (0,25—0,43)	4,3 (1,—18)

Бие махбод аскорбины хүчлээр хангагдсаныг ном сударт заагдсан хэмжээг үндэслэн 2 үзүүлэлтээр авлаа. Үүнд өгсөн аскорбины хүчлийн 50 % хоногийн шээстэй ялгарах ба аскорбины хүчил өгсний дараахь 4 цагт 20 мг % аскорбины хүчил ялгарах. Бэлдмэлд аскорбины агууламжийг тооцоолохдоо уусгахад үлдэх аскорбины хүчлийн алимгүй боловч алдагдал, зайлшгүй хэрэглэгдэх хэмжээг эхлэн авахдаа дутуу хэмжих, аяган дахь уусмалын үлдэгдэл зэргийг харгалзан аскорбины хүчлийн 50 % хоногийн шээстэй ялгарсан хэмжигдэхүүн болгож 80 мг-аас багагүй хэмжигдэхүүнийг бид авлаа.

Үүнээс гадна сар бүр 8 хоногийн турш хоол тэжээлд байгаа „С“ витаминь агууламжийг тооцоодж, лабораторийн сонгомол задлан шинжлэх аргаар хоолон дахь „С“ витаминьг тодорхойллоо.

Шинжилгээний дүнг 1-р хүснэгтэд цус ба хоногийн шээсэнд дэх аскорбины хүчлийн агууламж, өлөн шээстэй 1 цагт ялгарах түүний хэмжээ, ялгарсан судасны эсэргүүцэх чанарыг үзүүлэлтээр гарган үзүүлэв.

Дээр дурдсан материалууд нь витаминжуулахын өмнө хүүхдийн биед аскорбины хүчлийн ихээхэн дутагдал байгааг илчиллээ. Харин аскорбины хүчлийг хоногт 200 мг хэмжээгээр нэмж өгөхөд 3 дахь өдөр нь өдөр бүр өгсөн бүх тунгийн 50 % хоногийн шээстэй ялгарч амжсангүй. Гэвч 4 дэх хоногт бие махбод аскорбины хүчлээр хангагдаж эхэлдгийг үнэн баримт дээр тулгуурлан хэлж болох байна.

Хүүхдэд 3 сарын турш нэмэгдэл витамин өгсний дараа огт өөр шинж тэмдэг илэрлээ. 1-р бүлгийн хүүхдүүдэд аскорбины хүчил нэмж өгсний дараа витаминь дутагдал хэвээр хадгалагдсаар байв.

Тухайлбал хоногт ялгарах аскорбины хүчлийн хэмжээ дунджаар 29,56 мг байхад 2-р бүлэгт витамин нэмж өгсөн эхний өдөр бие махбод „С“ витаминаар хангагдсан байлаа (87—27 мг). Цагт ялгарах аскорбины хүчлийн миллиграмм хэмжээний тухайд бол үзүүлэлт 1-р бүлэгтэй харьцуулахад (0,31 ба 0,60) 2-р бүлэгт илүү (0,52 ба 92) байв.

Цусан дахь аскорбины хүчлийн агууламж 1,2-р бүлэгт онцгой ялгаагүй байна. Гэвч хяналтын бүлэг хүүхэдтэй харьцуулбал цусанд аскорбины хүчлийн агууламж нэмэгджээ. 1-р бүлэгт 0,49 мг % 2-р бүлэгт 0,52 мг % байв. Хялгасан судасны эсэргүүцэх чанарын үзүүлэлтэд нэмэлт витаминжуулалт сайн нөлөөлдгийг гэрчиллээ.

Аскорбины хүчил нэмж өгөх хүртэл цус харвалтын тоо дунджаар 5,8 байсан бол витаминжуулсны дараа үүссэн цусан толбын тоо цөөрч, 1-р бүлэгт 3,1 харин 2-р бүлэгт 2,4 болов. Хоногийн хоол тэжээлийн бүтээгдэхүүн дахь „С“ витаминь хэмжээг тооцоолоход түүний хэмжээ өдрөөс өдөрт ихээхэн өөрчлөгдөж (2,8-аас 49,8 мг хүртэл дунджаар 14,9 мг) байв.

Энэ нь хоол тэжээлийн бүтээгдэхүүн—витамин агуулагч бодисууд өдөр өдөрт жигд бус хуваарилагдан тархсантай холбоотой. Бэлэн хоолонд аскорбины хүчлийн агууламжийг лабораторийн сонгомол шалгах аргаар тодорхойлоход цэвэрлэгээ боловсруулалтын дараагаар „С“ витаминь хэмжээ бараг 3 дахин багасчээ.

Дүгнэлт

Улаанбаатар хотод хаврын улиралд цэцэрлэгийн хүүхэд тус бүрт хоногт 50 мг нийлэг аскорбины хүчил өгч витаминжуулах нь чухал гэсэн дүгнэлт хийх боломж олгов.

1 цагт ялгарах аскорбины хүчлийн миллиграмм хэмжээ (0,52) ба цусанд түүний агууламж (0,52) ном сударт заагдсан хэмжээнээс (0,7—1 мг ба 0,7—1,2 мг) бага байдгийг хоолон дахь „С“ витаминь хэмжээ бага байдагт бие махбод дассанаар тайлбарлаж болох юм.

О НОРМАХ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ВИТАМИНИЗАЦИИ ДЕТЕЙ
ДЕТСКИХ САДОВ ВИТАМИНОМ „С“ В
ВЕСЕННИЙ ПЕРИОД

Ц. Ламжав, Г. И. Бондарев

Р Е З Ю М Е

Авторами изучались некоторые показатели обмена аскорбиновой кислоты в организме детей до и после 3-х месячной их витаминизации синтетической аскорбиновой кислотой в дозах 25 и 50 мг на одного ребенка в сутки. До витаминизации в организме детей выявлен значительный дефицит в аскорбиновой кислоте. После дополнительной витаминизации благоприятный эффект получен в группе детей, получавших 50 мг аскорбиновой кислоты. Об этом свидетельствуют быстрое насыщение организма после „нагрузки“ аскорбиновой кислотой (первый день), суточное и миллиграммчасовое выведение аскорбиновой кислоты с мочой (соответственно 12,68 мг и 0,52 мг/час), содержание аскорбиновой кислоты в крови (0,52 мг %). Более низкие уровни выведения аскорбиновой кислоты с мочой и содержания ее в крови по сравнению с литературными данными следует рассматривать как результат адаптации организма к низкому содержанию витамина С в пищевом рационе, связанному с характером питания населения. Полученные данные позволяют сделать вывод о необходимости дополнительной витаминизации детей детских садов аскорбиновой кислотой из расчета 50 мг на одного ребенка в сутки.

ХӨХТӨНИЙ БҮДҮҮН ГЭДЭСНИЙ ҮҮРГИЙН АСУУДАЛД

Ж. Шагж

Хөхтөний бүдүүн гэдэс нугалмайтны бусад ангийн амьтдынхаас ихээхэн хөгжсөн бөгөөд гэдэс ходоодны замын нилээд хувийг (40 хүртэл) эзэлдэг. Хөхтөний бүдүүн гэдсэнд боловсроход түвэгтэй үлэмж хэсгүүдийг агуулсан өтгөн зүйлс хуримтлагдаж тэр нь бактерийн тусламжтайгаар цаашид боловсруулагдан бага зэрэг шимэгдэнэ. Үүссэн үлдэгдлээс нь баас хэлбэржин аажмаар чийгээ алдаж салслагаар хучигдан улмаар ялгаруулах сүвээр шахагдан гадагш гарна (Л.П. Астонин, 1958).

Хүний бүдүүн гэдсэнд хоол боловсруулах ажиллагаа бараг явагдахгүй, шимэгдэх процесс сулардаг (гол төлөв ус шимэгдэнэ) ба хоолны боловсрогдоогүй үлдэгдлээс баас хэлбэрждэг (М. Привес, 1959).

Бүдүүн гэдэс эслэг (клетчатка)-ийг боловсруулахад чухал рольтой гэж ихэнх судлагчид үздэг. Гэвч бүдүүн гэдсэнд шимэгдэх процесс бага зэрэг явагддаг учир эслэгийг боловсруулсны үр дүн тодорхой биш байна. В₁, В₂, В₆, В₁₂, К, биотин пантотен, никотин фолийн хүчлүүд зэрэг витаминууд бүдүүн гэдсэнд байдаг бичил-махбодын тусламжтайгаар бий болдог гэж үздэг.

Энэ бүхнээс үзэхэд бүдүүн гэдэсний гүйцэтгэх роль хэмжээтэй нь харьцуулахад ялимгүй бага байна гэсэн дүгнэлт хийж болох юм. Зарим судлагчид ийм дүгнэлтэд хүрч бүдүүн гэдэсний «жинхэнэ» үүргийг илрүүлэх, тайлбарлах оролдлого хийж байсан. Харамсалтай нь иймэрхүү оролдлого ганц нэгээр хязгаарлагдаж байна. Уг асуудлыг эн түрүүнд И.И. Мечников хөндлөн тавьсан бөгөөд тэрээр «хөхтөн амьтад гүйдэл дундаа гэдсээ суллах гэж зогсох шаардлагагүй болонхын тулд бүдүүн гэдэс нь тийм их хөгжжээ» гэсэн санал дэвшүүлэн тавьжээ. Энэ үзлийн үүднээс авч үзвэл бүдүүн гэдэс бол хоолны үлдэгдлийг агуулах л үүрэгтэй болж байна.

Мөлхөгчид ба газар уснаа явагчид залхуу маягийн амьдралтай, өөрийгөө хамгаалахад зориулсан хор гаргадаг, эсвэл хатуу хуягтай буюу их хүч чадалтай байдаг учраас аажим яаралгүй хөдөлж болдог. Тэгэхэд хөхтөн амьтан олзоо хөөж гүйцэх буюу дайснаас зуг

тахын тулд маш хурдан гүйх шаардлагатай. Ийнхүү хөдөлгөөнтэй байх бололцоог хүчтэй хөгжсөн мөчүүд ба хоолны үлдэгдлийг удаан хугацаагаар хадгалж болох их багтаамжтай бүдүүн гэдэс ямар нэг хэмжээгээр хангадаг байна. Ийнхүү бүдүүн гэдэсний өндөр хөгжил нь бие махбодын амьдралын төлөөний тэмцлийн зайлшгүй шаардлаганд тохирч байгаа юм (И.И. Мечников, 1964). Энэ таамаглалаар бүдүүн гэдэс бол өтгөнийг хадгалах ердийн уут болж байна. Ийм их хөгжсөн эрхтэний үүргийг тийм тайлбар хангаж чадахгүй нь мэдээж. Энэ таамаглал тухайн үедээ зүй ёсоор шүүмжлэгдэж байсан. Энэ таамаглалын эсрэг олон баримт, жишээнүүд дурдаж болно. Араатан амьтад олзоо отох буюу мэдэгдэлгүй мярааж байгаад шийдвэрлэх алхмыг хэдхэн мөчийн дотор хийдэг. Энэ хэдхэн мөчид гэдсээ суллах шаардлага гарахгүй нь мэдээж. Нүхнээсээ хэдхэн арван метрийн зайд идээшилдэг хулгана, зурам, тарвага зэрэг нүхний амьтад дайнаас зугтан аюулгүй газарт орох тэрүүхэн мөчид гэдсээ суллах шаардлага гарахгүй нь мэдээж. Гэтэл яг эдгээр амьтдын бүдүүн гэдэс онцгой их хөгжсөн (40% хүртэл) байдаг.

Ухтомскийн доминантын сургаалаар, тархинд үүссэн илүү хүчтэй цочролын төв нь сул цочролуудыг няцаан зонхилох тул, аюул тулгарсан үед гэдэс суллах төдийн цочрол умартагдан сааталд шилжих нь зүйн хэрэг. Хүний хувьд дээрх тайлбар тохирохгүй нь мэдээж юм. Гэтэл хүн биологийн хувьд хөхтөнд хамрагдах бөгөөд бүдүүн гэдэс нь мөн л их хөгжжээ.

Хөхтөний бүдүүн гэдэсний үүргийн талаар хийгдсэн ажлууд цөөн, энэ талаар дэвшүүлэн тавьж байгаа таамаглал нь бүрэн дүүрэн биш байгаа зэргээс үзэхэд уг асуудал шийдвэрлэгдээгүй болох нь тодорхой байна.

Энэ асуудлыг шийдвэрлэх нь чухал ач холбогдолтой учраас бид одоогоор судлагчдын анхаарлыг төдий л их татаагүй байгаа, бие махбодын энергийн солилцоонд бүдүүн гэдэсний гүйцэтгэх үүргийн талаар таамаглал гаргаж түүнийгээ шалгах зорилгоор нугалмайтны төлөөлөгчдийн анатоми-физиологийн зарим онцлогтой тэдний бүдүүн гэдэсний хөгжилтийн байдлыг харьцуулан үзлээ.

Судалгааны арга зүй, материал. Бид хөхтөний ангид хамаарах 30 орчим зүйлийн 200 гаруй амьтдад задлан шинжилгээ хийж тэдгээрийн хоол боловсруулах замын хэсгүүдийн уртыг нийтээр хэрэглэдэг аргаар хэмжин бүдүүн гэдэсний байрлалтыг ажиглан зурах ба тодорхойлон бичих аргыг хэрэглэв. Гарсан үр дүнг нугалмайтны бусад ангийн төлөөлөгчдийн бие махбодын холбогдох үзүүлэлтүүдтэй харьцуулан үзлээ. Бидний ажиглалтаар гарсан хэмжигдэхүүнүүд нь бусад судлагчдынхтай тохирч байгаа учир жичид нь авсангүй хамтатган үзэв. Одоо бид дэвшүүлэн тавьж байгаа таамаглалаа батлах баримтуудыг дэс дараалан авч үзье.

Биеийн дотоод температур ба бүдүүн гэдэсний хөгжилт- Бидний дэвшүүлэн тавьж байгаа таамаглал ёсоор бол бүдүүн гэдэс их хөгжсөн нь тэдний бүлээн цустай болсон явдал-биеийн температуртай холбоотой байх ёстой.

Хүйтэн цуст амьтдын биеийн температур орчноосоо дөнгөж 1—2°-аар илүү байдаг. Тэгвэл бүдүүн гэдэсний нь хөгжил ямар болохыг авч үзье.

Загасны бүдүүн гэдэс богино, цорго хэлбэртэй, нарийн гэдэснээс ялимгүй бүдүүн, хоол боловсруулахад хамгийн бага рольтой хэсэг нь байдаг.

Газар уснаа явагчдын бүдүүн гэдэс загасныхаас арай том, бүдүүрсэн уут мэт хэлбэртэй болж ирдэг.

Зарим мөлхөгчдийн бүдүүн гэдэс нь улам илүү хөгжиж олгойд тохирох хажуугийн ууттай хүртэл болсон байна.

Бүлээн цуст амьтан-шувууны бүдүүн гэдэс ч бас л бага хөгжсөн, богино, нугачаагүй байна. Олон зүйл шувуудын гэдэсний энэ хэсэгт бага зэрэг хөгжсөн олгой (хоёр) холбогдоно. Харин страус, нанду, казуар зэргийн явган шувуудын бүдүүн гэдэс ихээхэн хөгжсөн байдаг. Үүнээс бусад нисдэг шувуудын бүдүүн гэдэс ер нь бага хөгжжээ.

Хөхтөний бүдүүн гэдэс хамгийн их хөгжсөн байх бөгөөд ганцхан аарцагт багтаж байдаг шулуун гэдэс гэж нэрлэгддэг хэсгийн урт нь харьцангуйгаар доод зэргийн нугалмайтны бүдүүн гэдэсний нийт урттай тэнцдэг. Дээрх баримтуудаас үндэслэн бүдүүн гэдэс, бүлээн цуст амьтдад их, хүйтэн цуст амьтдад бага хөгжсөн гэдэг дүгнэлт хийж болох боловч энэ дүгнэлт явган шувуудад тохирохгүй байна. Бидний саналаар бол хамгийн чухал нь үүнд оршиж байгаа юм. Шувууд бүдүүн гэдэсний хөгжлийн хувьд ингэж 2 хуваагдаж байгаа бөгөөд мөн үүнчлэн биеийн температурын хувьд эрс ялгаатай байна.

Шувуудын биеийн температур 1-р хүснэгт

	Зүйлүүд	Биеийн температур	Тайлбар
Нисдэг шувууд	Нугас	41—43	Москвагийн амьтдын хүрээлэнгээс ирүүлсэн материаллаар
	Галуу	40—41	
	Бор шувуу	42	
	Гагтаа	41—43	
Явган шувууд	Африкийн страус	37,7—38	
	Эму страус	39,2	
	Казуар	32,2	
	Пингвин	37,4	

Гэрийн тэжээмэл шувуудын клоак дахь температур 40—41° (Семенов-Тянь-Шанский, 1960), ер нь шувуудын температур дунджаар 46°, зарим бор шувуудын язгуурт 43—44°, бас 45,5° хүрэх ч байдаг (Г. Дементьев, 1940).

Хоногийн турш шувуудын биеийн температур тогтмол байх бөгөөд дээд цэг нь тэдний хөдөлгөөний идэвхийн дээд цэгтэй тохирно (шөнийн шувуудынх шөнө, өдрийн шувуудынх өдөр, —Г. Дементьев, 1940). Энэ нь шувуудын бүдүүн гэдэс нь төдийлөн их хөгжжөөгүй учир биеийн дулааныг тогтмол барьж байж чаддаггүй гэдгээр тайлбарлагдаж болох талтай. Одоо хөхтөний биеийн температурыг тэдний бүдүүн гэдэс нь ихээхэн хөгжсөн байдалтай харьцуулж үзье.

Хөхтөний биеийн температур ба бүдүүн гэдэсний харьцангуй урт 2-р хүснэгт

Зүйлүүд	Биеийн температур, С°	Бүдүүн гэдэсний харьцангуй урт	Хэний судалгаагаар
Заан	36	37,4х	Обухова, 1948
Гэмээ	36,0—38,5	18,6	Биднийх
Адуу	37,5—38,0	31,2	Биднийх
Илжиг	37,5—38,5	33,4х	Обухова, 1948
Павлин	=	25,5х	
Макак	=	30,8х	
Үхэр	37,5—39,5	16,4	Биднийх
Буга	=	30,0	Обухова 1948
Бор гөрөөс	=	28,5 ; 36,6х	—, —
Хонь	38,0—40,0	18,9	Биднийх
Ямаа	38,0—50,0	21,9	Обухова, 1948
Гахай	38,0—40,0	22,0	Биднийх
Туулай	38,5—39,5	37,1	Биднийх

Молтогчин	38,5—39,5	35,5	36,2х	Обухова—1948
Тарвага	=	41,8		Биднийх
Зурам	37,2	29,1		Биднийх
Усан гахай	37,8—39,5	42,3		Биднийх
Хэрэм	=	25,1		Биднийх
Ондатр	=	14,0		Биднийх
Жирх	=	23,6		Биднийх
Цагаан хулгана		18,9		Биднийх
Гэрийн—“—		18,8		Биднийх
Хар үнэг		22,6	18,5х	Обухова, 1948
Үнэг	=	17,1	17,5х	Обухова,
Муур	38,2	17,8		Биднийх
Шилүүс		11,814х		Обухова, 1948
Нохой	37,5—39,5	14,2		Биднийх
Чоно		13,9	12,4х	Обухова, 1948

Хүснэгтээс үзвэл, хөхтөний бүдүүн гэдэс маш их хөгжсөн бөгөөд ялангуяа ургамал хоолтных хоол боловсруулах замын 40% гаруйг эзэлж байхад махчин амьтдынх түүнээс 2 дахин богино байна. Энэ нь бүдүүн гэдэсний хэмжээ хоол аль хир хялбар боловсордогтой холбоотойг харуулж байна.

А. Бартон, О. Эдхолм нар хүний биеийн халууныг 22,8°-ын дулаан тасалгаанд 20 минут хэвтүүлсний дараа биеийн янз бүрийн хэсэгт хэмжиж гаргасан дүнг 3-р хүснэгтэд сийрүүлэв.

Арьсны температур

3-р хүснэгт

Хаана хэмжсэн	Арьсны температур	Хаана хэмжсэн	Арьсны температур, С°
Дух	33,4	Гойг дээр	32,35
Эгэм	33,60	Шилбэ	32,20
Хүйснээс 2,5 см дээр	34,20	Хөлийн уланд	30,20
Ууцан дээр	33,30	Хөлийн том хуруу	30,95
Атгаал, дээр	32,85	Шулуун гэдсэнд	35,25

Энэ хүснэгтээс үзвэл, хамгийн их халуун (бусад хэсгээс даруй 1,6°-аар илүү) нь хүйснээс дээш 2,5 см-д байна. Энэ нь хөндлөн хүрээ гэдэсний чиг мөн. Үүнээс үзвэл бүдүүн гэдсэнд орчноосоо илүү их халуун байдаг бололтой. Үүнийг бүдүүн гэдэс гауструудтай бөгөөд тэр нь исэлтийн гантай адил (М. Привес, 1959) гэсэнтэй зүйрлүүлэн үзэхэд ойлгомжтой болох юм. Учир нь бүдүүн гэдэсний гаустр бүхэнд микробын тусламжтайгаар исэлдэх процесс явагдахад үлэмж хэмжээний дулаан ялгарч тэр нь орчиндоо шууд шилжихээс гадна ялгадасны массад шилждэг ба дулааныг хадгалахад зориулагдсан гэж үзэж болохоор өөрчлөлтүүд баасанд бий болдог (тодорхой хэлбэр, салслаг бүрхүүл г.м.). Дотор эрхтнүүдийг хүрээлэн байдаг сэмж, хэвлийн хөндийн ханын арьсанд дорх өөх мөн ийм зорилгод чиглэгдсэн байна.

Термодинамикийн хууль ба бүдүүн гэдэсний хөгжил. Бие махбодын амьдрал илчээс шалтгаална. Эцсийн эцэст дулааны хэлбэрээр ялгардаг бүх илч нь тооны хувьд боловсрогдсон хоолны илчээр тодорхойлогддог. Эдгээр урвалын хурд температураас хамаарна. Аррениусын хуулиар урвалын хурдын логарифм абсолют температурын эсрэг хэмжигдэхүүнтэй пропорционал, температур 10° нэмэгдэхэд амьд эсийн дулаан үүсгэлт 2—3 дахин нэмэгддэг байна. Физик-химийн мэр гэжилтнүүд Аррениусын онолыг хөгжүүлэн, урвалын хурдны константын температураас хамаарах нь «идэвхжүүлэх илч» (урвал үүсэ

хэд шаардлагатай илчээр) тодорхойлогдохоос биш, энэ урвалын явцад ялгаран гарах илчээр тодорхойлогдохгүй гэсэн дүгнэлтэнд хүрчээ. Идэвхжүүлэх илчийн хэмжээ нь биологийн урвалд өргөн хэлбэлзэлтэй (Бартон, Эдхолм, 1957) байдаг. Нарийн гэдсэнд явагдаж байгаа хоол боловсруулах ажиллагааны их хурдац нь бусад хүчин зүйлийн зэрэгцээ бүдүүн гэдсэнд (мөн 4 камерт ходоодонд) үүсэж байгаа дулааны нөлөөгөөр тайлбарлагдах талтай юм.

Бодисын солилцооны эрчим ба бүдүүн гэдэсний хөгжил. Залуу бие махбодын бодисын солилцоо нь насанд хүрсэн ба хөгшин бие махбодынхоос илүү эрчимтэй байдгийг харуулсан хэвлэлийн мэдээ нилээд бий. Залуу бие махбодын температур их байдаг, нөгөө талаар тэдний ходоод гэдэсний замын хэсэг бүрийн насанд хүрсэн үед байваас зохих харьцангуй хэмжээ нь хараахан тогтож чадаагүй байдаг. 2 онцлог зүй ёсоор анхаарал татна.

4-р хүснэгт

Хөхтний биеийн температур (Пархон, Пор нарынхаар)

Зүйлүүд	Биеийн температур
Адуу (5 хүртэл насны)	37,5—38,5
Нялх унага	39,3 хүртэл
Тугал (1 хүртэл насны)	38,5—40,0
Хурга —“—	38,5—40,5
Ишиг	38,5—41,5
Гахайн нялх торой	39,5—40,5

Энэ хүснэгтээс үзвэл, нялх ба 1 хүртэл насны амьтдын биеийн температур нь бие гүйцсэн амьтдынхаас даруй 0,5—1,5°-аар илүү байна. Хөхтний ходоод-гэдэсний замын харьцангуй хэмжээ 3 сартайгаас нь тогтдог (Обухова, 1948) байна. Энэ нь бүдүүн гэдэсний байваас зохих харьцаат хэмжээ тогтоогүй үед түүний гүйцэтгэх үүргийг биеийн харьцангуй өндөр температур нөхөн гүйцэтгэж байгаа юм. Өндөр настны биеийн температур буурдгийг бид мэднэ. Нөгөө талаар өндөр настны гэдэс нийтдээ ялангуяа бүдүүн гэдэс нь урт болдог (Ашоф, 1938). Үүнийг мөн компенсацийн механизмаар тайлбарлаж болох юм. Өндөр настанд олонтаа тохиолддог түгжрэлт, ялгадас хаагдалт зэрэг өвчний шалтгааныг чухам энэ үзлийн үүднээс тайлбарлаж болох юм. Гэдэс ходоодны элдэв хямралын үед халуун жин тус болдог, мөн төлд нэмнээ, уут хэрэглэдгийг бид мэднэ. Энэ бүхэн бол бидний дэвшүүлж байгаа таамаглалыг батлах чухал жишээ баримтууд юм.

Хөхтний ходоод гэдэсний замын зохион байгуулалт. 2-р хүснэгтээс үзвэл гэдэс ходоодны замын харьцангуй урт нь хоол тэжээлийн онцлогтой холбоотой бөгөөд бие махбодын найрлагад ойр, шим тэжээл ихтэй хоол (махан, загасан г.м.)-той зүйлийнх богино, боловсруулахад бэрхшээлтэй хоол (өвс, ногоо г.м.)-той зүйлийнх хавьгүй урт байна. Түүнээс гадна ижил тэжээлтэй амьтдын бүдүүн гэдэс нь харилцан адилгүй хөгжсөн тал харагдаж байна. Жишээлбэл: адууны бүдүүн гэдэс үхрийнхээс бараг 2 дахин их байна (32% ба 16,6%). Гэтэл 4 камерт ходоодтой амьтдын гүзээнд хоол боловсрох анхан шатны ажиллагаа исгэгч бактери ба шаахай хэлбэртний тусламжтайгаар явагддаг бөгөөд үүний явцад ихээхэн хэмжээний дулаан ялгаран (В.А. Догель) гарна. Энд тэжээлд байгаа нийт эслэгийн 40 хүртэл хувь нь задарна. Гүзээнд ийнхүү их хэмжээний дулаан ялгаран гарч байгаа нь энд хивэгчдийн илчийн солилцооны 40% орчим нь нөхөгддөг гэж зарим судлагчид үзэхэд хүргэжээ (И.В. Давыдовский, А.Д. Слоним).

2-р хүснэгт ба А.Д. Обуховагийн судалгаанаас үзвэл амьтдыг 2 ангид хувааж болох байна.

Махчин:гэдэсний нийт уртын 80% орчим нь нарийн гэдэс, 15% орчим нь бүдүүн гэдэс, 3%-иас илүүгүй нь олгой.

Ургамал хоолтон:нарийн гэдэс нь 60—70%, бүдүүн гэдэс нь 30%-ийг эзэлдэг. Энэ бүлэг, ходоодны бүтцээрээ 2 хэсэгт хуваагдах бөгөөд 1 камерт ходоодтой (заан, битүү туурайтан), дээд тал нь 4% хүртэл олгойтой. Ургамал хоолтны гэдэс ерөнхийдөө их уртыг харгалзан үзвэл тэд маш том олгой ба бүдүүн гэдэстэй юм. 4 камерт ходоодтой амьтдын бүдүүн гэдэс бага, 1 камерт ходоодтой амьтдынх ихээхэн хөгжсөн байдгийг дулаан үүсгэгчийн компенсацаар тайлбарлаж болно.

Бүдүүн гэдэсний байрлалт. Ажиглалтын үндсэн дээр бидний шинжилсэн бүх амьтдын бүдүүн гэдэсний байрлалт нь хэвлийн хөндийн бүх эрхтнүүдэд хүрэлцэхийг «эрмэлзсэн» байна гэж дүгнэж болох байна. Тэгэхдээ бүдүүн гэдэсний ерөнхий уртаас шалтгаалан нарийн гэдсийг хүрээлэн тойрох буюу дэгээ, тах хэлбэртэй болж нарийн гэдсээр хүрээлүүлсэн байна. Гахайн бүдүүн гэдэс нь нарийн гэдсээ пүрш хэлбэр үүсгэн хүрээлсэн байна. Хамгийн тод жишээ нь хүний бүдүүн гэдэсний байрлалт юм. Энэ нь баруун цавины орчмоос өгсөн элэгтэй холбогдон дугуйрч хөндлөн хүрээ гэдэс болон ходоодны доор «тогооны дорх тулга» мэт байрлан улмаар дэлүүтэй холбогдон дугуйрч уруудах хүрээ гэдэс болон зүүн цавины орчмоос дахин дугуйрч эхэлсэн цэгтээ тулж эргэн шулуун гэдэг нэртэйгээр аарцагт орно. Хөгшрөхөд ходоод улам хэвтээ байдалд ордог бөгөөд энэ нь түүний бүдүүн гэдэстэй наалдаж байдаг талбайг зүй ёсоор нэмэгдүүлдэг нь сонирхолтой. Үүнд нэг талаас өндөр настны биеийн температур буурдаг, хоол боловсруулах ажиллагаа нь сулардаг зэргийг эсэлдэлтээр дулаан ихээр гаргаж байдаг бүдүүн гэдэстэй ходоод ойртож байгаатай холбож үзэхэд хоол боловсруулахад шаардлагатай дулааныг ходоод илүү дулаантай эрхтнээс авч байна уу гэсэн асуулт аяндаа гарна. Үүнд тийм гэсэн хариулт өгч болох нь зарим ажиглалтаас харагдана. Цаа буга хөлдүү хөвд үлэмж ихээр идэхэд түүнийгээ боловсруулж чадахгүй ходоод нь дүүрч үхдэгийг судлагчид тэмдэглэсэн байдаг.

Дүгнэлт

Судалгааны дүн ба түүнийг харьцуулсан анализ дээр үндэслэн бүдүүн гэдэс бол бие махбодын илчийн солилцоонд тодорхой үүрэгтэй бөгөөд хөхтөнд «асар үнэтэйгээр» бий болдог дулааныг хялбар аргаар гаргагч, хадгалагч мөн. Энэ чанараараа хоол боловсруулах шаардлагатай урвалын эхний дулааныг гаргагч мөн гэсэн дүгнэлт хийж болох байна,

НОМ ЗҮЙ

1. Астонин Л.П. Органы тела млекопитающих и их работа. М., 1958. — 2. Бартон А. и Эдхолм О. Человек в условиях холода. Пер. с англ. М., 1957. — 3. Давыдовский И. В. Геронтология. Изд. „Медицина“ М., 1966. — 4. Дементьев Г. Руководство по зоологии. Том 5, изд. АН СССР, 1940. — 5. Мечников И. И. Этюды литимизма. „Наука“, М., 1964. — 6. Мечников И. И. Академическое собрание сочинений. Изд. „Медгиз“, т. XI, М., 1956. — 7. Обухова А. Д. Взаимосвязи типа питания и структуры пищеварительного тракта у различных видов животных. Ж. Вестник животноводства, вып. 2, 1948. — 8. Привес М. Ст. Кишечник. БМЭ, том 12. — 9. Проспер Л., Браун Ф. Сравнительная физиология животных. Пер. с англ. М., 1962. — 10. Семенов-Тянь-Шанский О. И. Экология тетеревиных птиц. М., 1960. — 11. Слоним А. Д. Частная экологическая физиология млекопитающих. Изд. АН СССР, М—Л., 1962.

РЕЗЮМЕ

На основании сравнительного анатомического исследования толстого кишечника около 30 видов млекопитающих и сопоставления с подобного рода данными литературы у других классов позвоночных выдвигается гипотеза о том, что толстый кишечник является производителем и хранителем тепла, которое необходимо для начальных процессов пищеварения, т. е. производителем „энергии активации“ (количество энергии, необходимое для возникновения реакции).

Автором сделана попытка доказать это путем сравнения исключительного развития толстого кишечника млекопитающих и бегающих птиц с одной стороны и слабого развития его у холоднокровных и летающих птиц с другой стороны.

Для трактовки различного развития толстого кишечника у двух групп позвоночных использованы такие моменты как разница температуры тела, интенсивность обмена веществ, развитие различных отделов кишечника, расположение толстого кишечника и т. д.

УЛААНБААТАР ХОТЫН АПТЕКУУДАД ХҮЛЭЭН АВЧ
БАЙГАА АМБУЛАТОРИЙН ЖОРОНД ХИЙСЭН СУДАЛГАА

Н. Доржсүрэн

Анагаах ухааны дээд сургуулийн эмийн зүйн тинхэм (Эрхлэгч Хандсүрэн)

Жоронд бичигдсэн найруулгатай эмийн бүтцэнд байнга судалгаа хийсний үндсэн дээр тэдгээрийг бэлэн хэлбэрт шилжүүлэн үйлдвэрийн ба аптекийн дотоод бэлдмэлийн аргаар бэлдэж бэлэн эмийн нэр төрлийг олшруулах нь хөдөлмөрчдөд хөнгөн шуурхай, чанартай эмээр үйлчлэхэд багагүй туслалцаа өгөх юм.

Улаанбаатар хотын хоёр аптект хүлээн авч байгаа жоронд хийсэн судалгаа нь бичигдэж байгаа жор дахь эмийн хэлбэрийн бүтэц, хувийн жингийн харьцааг тодорхойлох, байнга давтагдаж байгаа найрлагатай жорыг илрүүлэх зорилготой байв. Бид, Улаанбаатар хотын 21,17-р аптек 1967 оны 12-р сар, 1968 оны 1,2-р сарын эхний 15 хоногт хүлээн авсан нийт 25,4 мянган жоронд судалгаа хийж үзэхэд, бүх жорийн 55%-д нь аптек найруулан бэлтгэж олгосон эм бичигдсэн байна. Үлдэх 45%-д бэлэн хэлбэрээр олгосон эм бичигдсэн нь ЗХУ (60%), Ардчилсан Герман (70%)-ынхтай харьцуулахад бага байна.

1-р хүснэгт

Жор дахь эмийн хэлбэрийн харьцаа

Эмийн хэлбэр	Хувийн жинг бүх жоронд харьцуулсан хувь			
	1968=12-р сар	1968=1-р сар	1968=2-р сар	3 сарын дундаж
Дотуур шингэн	62,7	56,0	52,5	57,6
Хуурай	20,7	23,9	30,3	24,9
Дусал	11,6	10,5	7,4	9,8
Гадуур шингэн	4,2	9,0	7,6	6,6
Тосон түрхлэг	0,5	0,6	2,2	1,1

1-р хүснэгтээс үзэхэд, аптек жорын дагуу найруулан бэлдэж байгаа бүх эмийн 57,6%-ийг дотуур хэрэглэх шингэн эмийн хэлбэр, 24,9%-ийг хуурай эмийн хэлбэр эзэлж, энэ хоёр эмийн хэлбэр аптек жорын дагуу найруулсан эмийн 82% болж байна.

Дусал, гадуур хэрэглэх шингэн эм, тосон түрхлэг эмийн хэлбэрүүд нь найруулан олгосон эмийн дөнгөж 18%-ийг эзэлж байгаа нь эдгээр хэлбэрийн эм найрлагатайгаар ховор бичигдэхээс гадна аптекуудад бэлэн хэлбэрээр байгааг гэрчлэх юм. Үүний зэрэгцээгээр, дотуур хэрэглэх шингэн эмийн хэлбэрийн эзлэх хувь сүүлийн 2 сард буурч, аптекийн дотоод нөөцөөр бэлтгэх бэлэн эмийн хэлбэр 2,1—36,7 хувийг эзэлсэн нь судалгаа хийсэн аптекууд жоронд ихээхэн бичигддэг найрлагатай зарим эмийг урьдчилан бэлдэж байгаатай холбоотой юм. Хуурай эмийн хэлбэрийн эзлэх дундаж хэмжээ сүүлийн саруудад ихэссэн нь эмч нарын байнга бичдэг хуурай хэлбэрийн эмүүд аптек бэлэн хэлбэрээр байхгүй учир түүнийг өөрсдөө бэлтгэж байгаатай холбоотой байна. Дотуур хэрэглэх шингэн, хуурай эмийн хэлбэр нь аптекийн ажиллагааг ихэсгэж байгаа учраас түүнийг цаашид нарийвчлан судлах зорилгоор найрлагатай бичигдсэн эмийг оролцсон бодисын тоогоор нь авч үзэв.

2-р хүснэгт

Жоронд бичигдэж байгаа эмийн бодисын тоо
(бүх жоронд харьцуулсан хувь)

Эмийн хэлбэр	Эмийн бодисын тоо	1967=12-р сар	1968=1-р сар	1968=2-р сар	Гурван сарын дундаж
Дотуур шингэн	нэг	30,8	22,8	26,5	27,0
	хоёр	15,6	22,2	17,5	18,4
	гурав	40	45	46	43,0
	дөрөв	13,6	10	10	11,6
Хуурай (тунгаасан)	нэг	12,6	12,6	11,7	12,3
	хоёр	54,3	54,4	77,3	62,0
	гурав	27,9	6,7	15,5	16,7
	дөрөв	5,2	4,3	10,5	9,0

Үүнээс үзэхэд, 1—3 төрлийн бодис орсон найрлагатай шингэн ба хуурай эмийн хэлбэрүүд ихэнх хувийг эзэлж байгаа бөгөөд 4-өөс дээш эмийн бодис орсон найрлагатай эм цөөн байна.

Дотуур шингэнд 3 найрлага (43%), хуурайд хоёр найрлага (62%) зонхилж байна. Нэгээс гурван төрлийн эмийн бодис орсон найрлагатай эмийн ихэнх хувь нь дотуур хэрэглэх хуурай, шингэн эмийн хэлбэрээр бичигдэж байгаа тул эдгээрийг нэг хэв маягийн болгон бэлэн эмийн хэлбэрт шилжүүлж болох юм.

Гурван сарын байдлаар судалж үзэхэд, олон давтагдаж бичигдсэн жорууд аптек хүлээн авч байгаа жорын 43—55%-ийг эзэлж, 1000 жор дутамд 5—11 жор давтагдаж байна. Иймд эдгээр давтагдан бичигдсэн найрлагатай эмүүдийг үйлдвэрийн аргаар ба аптекийн дотоод бэлдмэлээр бэлтгэхийн тулд түүний технологийн нөхцөл, хадгалах хугацааг цаашид боловсруулах нь зүйтэй гэж үзнэ.

Дүгнэлт

1. Аптек ирж байгаа жорын 82%-д бичигдэж байгаа дотуур хэрэглэх хуурай, шингэн эмийг тэндээ найруулан бэлтгэх ажиллагааг хөнгөвчлөхийн тулд эм найруулагчийн хөдөлмөр, ажлын байрны зохион байгуулалтыг сайжруулж, найруулан бэлтгэх ажиллагааг хөнгөвчлөх механикжсан аргуудыг нэвтрүүлэх хэрэгтэй.

2. Олон давтагдан бичигддэг найрлагатай эмүүдийг нэг хэвийн болгож, үйлдвэрийн аргаар бэлдэх нь чухал байна.

НОМЗҮЙ

1. Аптечное дело, 1965, № 1, 2, 5. — 2. Фармация, 1937, 5. — 3. Фармация, 1968, 1

ИЗУЧЕНИЕ АМБУЛАТОРНОЙ РЕЦЕПТУРЫ АПТЕК Г. УЛАН-БАТОРА

Н. Доржсурэн

РЕЗЮМЕ

В течение трех месяцев было изучено 25400 экстремпоральных прописей, поступивших в аптеки № 21 и № 17 г. Улан-Батора.

При изучении рецептуры установили, что удельный вес готовых лекарственных форм в общей рецептуре составляет 45%. В экстремпоральной рецептуре наибольший удельный вес (82%) имеют жидкие и порошкообразные лекарственные формы, а остальные лекарственные формы занимают 18%. Удельный вес лекарств, содержащих 1—3 ингредиента составляет 88,6—91,4%, 4 и более ингредиента — 9—11,4%. Таким образом, основную массу лекарственных прописей составляют рецепты с 1—3 ингредиентами.

При изучении рецептуры было выявлено 10 прописей наиболее часто повторяющихся лекарств, что требует дальнейшего изучения технологии изготовления, сроков и условий хранения этих лекарств.

МОНГОЛ ДАХЬ СУДАС ХАТУУРАЛТ БА ЗҮРХНИЙ ШИГДЭЭС ӨВЧНИЙ ТОХИОЛДОЛ, ЗАРИМ НЭГ ОНЦЛОГ

Их эмч Б. Оргил, доцент И.В. Мамонтов.
Улсын нэгдсэн 2-р эмнэлгийн дотрын тасаг,
(Ерөнхий эмч-А.У. дэд эрдэмтэн Ч. Цэрэннадмид)

Зүрх судасны өвчнөөр өвчлөх явдал дэлхийн бүх хөгжилтэй орнуудад бусад өвчлөлийн дотор тэргүүн байранд орж байна. Нас ахих тутам зүрх-судасны өвчний учир эмчид үзүүлэх явдал улам бүр олширдог.

А.Л. Мясников бичихдээ: «...Цусны даралт ихсэх өвчин, судас хатууралт ба тэдгээртэй холбоо бүхий титэм судасны дутагдал эдгээр гурвал өвчин нь орчин үеийн хүн төрөлхтнийг хамгаас ихээр хэлмэгдүүлж байна. Энэ өвчнүүдтэй тэмцэх, тэдгээрийг гэтлэх арга замыг судлах явдал анагаах ухаанд 1-р зэргийн асуудал болж байна...» гэсэн билээ.

Сүүлийн үед титэм судасны өвчин, зөвхөн эмч нарын төдийгүй, хүн амын өргөн давхаргын анхаарлын төвд орших боллоо. Английн эрдэмтэн Дж. Н. Моррис мэдэгдэхдээ: «Титэм судасны бөглөрөлт нь барууны соёлжилтийн нэг аюул болж байна» гэжээ. Орчин үеийн боловсронгуй байдалтай холбогдон дэлхийн томоохон төв, хотуудад зүрх-судасны өвчин аймшигтай их өсч байна. 1960 онд АНУ-ын хүн ам зүйн статистикийн үндэсний товчоо «зүрхний ба артерийн өвчнөөр жилдээ 900000 орчим хүн нас барж байна. Энэ нь АНУ-д бүртгэгдсэн бүх үхлийн тохиолдлын 55% гаруйг эзэлж байна» гэж мэдэгджээ. Райт ба түүний хамтран ажиллагсдын судалгаагаар (1954), Америкт жил тутам зүрхний шигдээсээр 600000—800000 хүн хэлмэгдэж гэдгээрээс 200000 нь нас барж байв. Мастерийн судалгаагаар 1962 онд АНУ-д зүрхний шигдээс өвчин өдөр бүр 5000-аас 10000 хүртэл бүртгэгдэж байжээ.

Зүрхний шигдээсээр өвчлөх явдал ЗХУ-д мөн л олон тохиолдог, гэхдээ хөгжилтэй капиталист орнуудыг бодвол арай цөөн байна. М.Д. Ковригины судалгаагаар (1955), ЗХУ-ын хотуудад жилдээ зүрхний шигдээс өвчин 23300 бүртгэгдэж байжээ.

Зүрхний шигдээс нь ихэнхдээ титэм судасны хатууралттай өвчтөнд үүсдэг. П.Е. Лукомский, Е.М. Тареев нарын материалаар, зүрхний шигдээсгүй 1099 өвчтөний 1089-д буюу 99%-д титэм судасны хатуу

ралт оношлогджээ. Задлан шинжилгээгээр, 185 тохиолдлын 179-д нь буюу 96,8%-д судас хатууралт тогтоогдсон ба түүний 58,6%-д титэм судасны бөглөрөлт илэрчээ.

Сүүлийн жилүүдэд титэм судасны өвчнөөс нас баралт хөгжилтэй капиталист орнуудад тогсолтгүй өссөөр байна. Фридбергийн судалгаагаар (1957), титэм судасны өвчнөөр нас барах явдал АНУ-д 1930 онд 100000 хүн ам тутамд 7,9 байсан бол 1952 онд 226,1 болтлоо өсчээ.

Судас хатууралт ба түүнтэй холбоо бүхий зүрхний шигдээс өвчний талаар манай хэвлэлүүдэд тун ховор бичигджээ.

Доктор Н. Дондогийн судалснаар, 1957—58 онд МУИС-ийн анагаах ухааны салбарын бааз эмнэлгүүдэд хэвтэж эмчлүүлсэн 7500 өвчтөний дунд зүрхний шигдээсийн нэг ч тохиолдол ажиглагдаагүй ба харин зүрхний бах дөнгөж 3 өвчтөнд оношлогджээ. Зүрх судасны өвчтэй хүмүүст хийсэн шинжилгээгээр, холестерин дундаж хэмжээ 205,7 мг% байжээ. Задлан шинжилгээгээр зүрх судасны өвчнөөс нас барагчдын 38%-д нь судас хатууралт тогтоогдсон байна. Лувсанноровын (1970) судалгаагаар, шинжлүүлсэн 2000 эрүүл хүний холестерин дундаж хэмжээ 197 мг% болжээ.

Сүүлийн жилүүдэд манай оронд зүрх судасны системийн өвчнүүд, тэр дундаас судас хатууралт ба зүрхний шигдээс нилээд өсөх байдал ажиглагдаж байна. Эрүүлийг хамгаалах яамны дүн бүртгэлийн материалаар, 1967, 1968 онуудад судас хатууралтаар өвчлөх явдал дунджаар 100000 хүн амд 240 тохиолдож байна. Зүрхний шигдээс өвчин улсын хэмжээгээр 1968 онд 65, 1969 онд 55 тохиолдсон буюу 100000 хүн амд дунджаар 5,4—4,6 ноогдож байна.

1967 оноос 1970 он хүртэлх хугацаанд тус 2-р нэгдсэн эмнэлгийн дотрын тасагт хэвтэж эмчлүүлсэн 240 өвчтөний дотор зүрхний шигдээстэй 11 өвчтөн (0,45%) бидэнд ажиглагдсан билээ. Тэдгээрийн 7 нь монгол, 4 нь гадаадын хүмүүс байв. Хүйсний байдлаар, эрэгтэй 9, эмэгтэй, 2; энэ 11 өвчтөний дотор 40 хүртэлх насны хүн байхгүй ба 70-аас дээш настай хүн 2 байлаа. Нэг онцлог шинж гэвэл, ажил төрлийн байдлаар эдгээр өвчтөнүүдийн наймынх нь өдөр тутмын хөдөлмөр мэдрэл сэтгэхүйн их хүч шаардах ажлууд байсан.

Бидний ажигласан өвчтөнүүдэд эмнэл зүйн шинж тэмдэг, туслах шинжилгээнүүдийн талаас ном хэвлэлд бичигдсэнээс онцгой ялгагдах зүйл гараагүй. Ихэнх тохиолдолд (9 өвчтөнд) зүрхний шигдээс нь өвчүүний ар болоод зүрхний ормоор базах юм уу дарах маягтай өвдөх, өвдөлт нь зүүн гар, мөр, дал руу дамжих ба хэдэн цагаар үргэлжлэн өвдөх хэлбэрээр илэрсэн. Нэг өвчтөнд гэдэсний хэлбэрээр, өөр нэг өвчтөнд (72 настай) амьсгаадах, улмаар амьсгаа их бачимдах хэлбэрээр ажиглагдсан. 5 өвчтөнд экстрасистолын хэлбэрээр, 1 өвчтөнд зүрх чичрэгнэх аритми хэлбэрээр зүрхний хэм алдагдах байдал гарсан. Мөн 2 өвчтөн больницод цусны даралт нь хэт буурсан (коллапс) байдалд ирсэн. Эхний 2—4 хоногт бага зэрэг халуурах байдал 6 өвчтөнд ажиглагдсан. Бүх өвчтөнд зүрхний цахилгаан бичлэг хийсэн ба 10-д зүрхний шигдээсийн шинжүүд тодорхой гарсан. Харин 1 өвчтөнд зүрхний булчингийн хуучин сорвижилтын улмаас зүрхний шигдээсийн хурц үед гардаг өөрчлөлт зүрхний цахилгаанжилтын зураглал дээр илрээгүй. Лабораторийн шинжилгээгээр бүх өвчтөнд өвчний эхний өдрүүдэд цусны цагаан цогцос 10000—18600 хүртэл олшрох, аажимдаа улаан цогцсын тунах урвал цагт 15—70 мм хүртэл хурдсах, зарим өвчтөнд протромбины индекс (136% хүртэл), холестерин (270 мг % хүртэл) ихсэх байдал ажиглагдсан билээ.

Бүх өвчтөнд хэвтрийн нарийн дэглэм сахиулж, титэм судас өргөсгөх ба зүрх судасны ажиллагааг дэмжигч эмүүд, шаардлагатай үед цус бүлэгнэлтийг багасгах үйлчилгээ бүхий эмүүд хэрэглэсэн билээ.

Зарим өвчтөнд их өвдөлттэй үед өвчин намдаах эмүүдийг эхний өдрүүдэд хэрэглэж байсан. Дундаж ор хоног 2 сар орчим байв. Эмчилгээний үр дүнд 9 хүн эдгэрэлт, сайжралыг олж эмнэлгээс гарсан. Нэг өвчтөн хүлээн авах тасагт дөнгөж ирээд титэм судас бүрэн бөглөрснөөс болж зүрхний ажиллагаа гэнэт зогссоны улмаас нас барсан. Нөгөө нэг өвчтөн дэглэм сайн сахиагүй ба өвчин нь уушгины шигдээс болон цусны эргэлтийн алдагдлаар хүндэрч нас барсан болно.

Бидний энэхүү судалгаанаас үзэхэд, манай орны нөхцөлд судас хатууралт ба түүнтэй холбоо бүхий зүрхний шигдээс өвчний тохиолдол бусад хөгжилтэй орнуудыг бодвол нилээд бага байна. Гэвч эдгээр өвчнүүд сүүлийн үед ихсэх хандлагатай байна. Харин цаг тухайд нь оношилж, эмчилгээг зөв явуулах юм бол ихэнх өвчтөний амь насыг аварч улмаар хөдөлмөрийн чадварыг нь сэргээх дүүрэн бололцоотой юм.

НОМ ЗҮЙ

1. Атеросклероз и инфаркт миокарда. Под ред. Н. Н. Аничкова и А. Л. Мясникова. М., 1959.— 2. Атеросклероз. Под ред. Д. А. Бирюкова. Л., 1961.— 3. Артур Блюменфельд. Кому угрожает инфаркт миокарда. Перевод с английского. М., 1966.— 4. Лувсанноров. Автореферат дисс. канд. мед. наук. У—Б., 1970.— 5. Лукомский П. Е. Инфаркт миокарда Руководство по внутренним болезням. Том 2, М., 1964.— 6. Мясников А. Л. Гипертоническая болезнь и атеросклероз. М., 1961.

О ЧАСТОТЕ АТЕРОСКЛЕРОЗА И ИНФАРКТА МИОКАРДА И ОСОБЕННОСТЯХ ЕГО ТЕЧЕНИЯ В МОНГОЛЬСКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Б. Оргил, И. В. Мамонтов

РЕЗЮМЕ

В среднем и преклонном возрасте среди заболеваний сердечно-сосудистой системы наиболее частыми являются атеросклеротические поражения сосудов и сердца. Наиболее трагическим среди них является инфаркт миокарда. В нашей отечественной литературе описание атеросклероза и связанного с ним инфаркта миокарда встречается редко. С 1967 по 1970 год среди 2420 больных, находившихся на лечении в терапевтическом отделении 2-ой клинической больницы города Улан-Батора, авторами наблюдалось 11 больных с инфарктом миокарда. Характерной особенностью являлось то, что у 8 больных их повседневная работа была связана с нервным перенапряжением. В клинической картине и данных дополнительных методов обследования у наблюдаемых нами больных не было каких-либо особенностей. На один год в МНР на 100 тысяч населения заболеваемость атеросклерозом (клинически проявляющимся) составляла около 240 случаев и инфарктом миокарда 5,42—4,6. Эти данные показывают, что в условиях МНР заболеваемость атеросклерозом и инфарктом миокарда значительно уступает по частоте таковым в развитых странах Европы и Америки. Однако, в последние годы наблюдается тенденция к их росту.

Вместе с тем авторами отмечается, что своевременная диагностика, правильно проводимое лечение позволяют сохранить жизнь и в последующем работоспособность у подавляющей части больных.

ХОДООДНЫ АРХАГ ҮРЭВСЛИЙГ ОНОШЛОХОД ГАСТРОСКОПИ, ГАСТРОФОТОГРАФИ БА ГАСТРОБИОПСИЙН АЧ ХОЛБОГДОЛ

*Эмч Жамъяншарав
Анагаах ухааны доктор Ю. С. Силаев*

Гастроэнтерологийн ухааны одоо үеийн чухал асуудлын нэг бол ходоодны архаг үрэвслийн тухай асуудал юм. Ходоодны архаг үрэвслийг зөв оношлох, ялангуяа түүний хэлбэрүүд болон салст бүрхүүлийн гэмтлийн тархалт, түүнийг тодорхойлох нь маш түвэгтэй байдаг. Ходоодны архаг үрэвслийн клиник нь харилцан адилгүй, тэр ч байтугай эмгэг анатоми, клиник ба лабораторийн шинжилгээний үр дүн

нь харилцан адилгүй байдаг тухай эрдэмтэд олонтаа дурдсан байдаг (С. М. Рысс 1965, Ц. Г. Масевич, 1967, зэрэг эрдэмтэд).

Ходоодны архаг үрэвсэл гэдэг нь клиник-анатомийн ойлголт бөгөөд, түүнийг оношлоход лаборатори, морфологи ба ходоодны үйл ажиллагааг тодорхойлох хамтарсан шинжилгээ зайлшгүй хэрэгтэй юм. Манай орны хүн амын дотор ходоодны үрэвслээр өвчлөх явдал их байгааг харгалзан бид одоо үеийн хамгийн нарийн аппаратын тусламжтайгаар ходоодыг дурандах, өнгөт фото зураг авах, биопсийн шинжилгээг хийхээр шийдсэн юм. 1969 оны 11-р сараас эхлэн бид 39 өвчтөнг шинжлээд байна. Эдгээр өвчтөнд клиник, лабораторийн ба рентген шинжилгээ хийж, дараагаар нь гастроскопийн шинжилгээнүүд хийв. Шинжилгээг Японы GFS „Олимп“ маркийн уян налархай аппаратаар хийв. Шинжилгээг хийхдээ эхлээд багалзуур, залгиур хоолойд 2—3%-ийн дикаины уусмалаар хэсэг газрын мэдээ алдуулалт хийж, дараа нь аппаратаа улаан хоолойгоор шургуулан ходоодонд оруулна. Шинжлэхдээ эхлээд ходоодны салст бүрхүүлийн ерөнхий байдлыг харж, улмаар гэрэл зургийн хальсанд авч мөн хэрэгтэй гэж үзсэн хэсгээсээ биопсийн шинжилгээ авдаг. Эдгээр шинжилгээг хийхэд ганц ч хүндрэл гараагүй, салст бүрхүүлийн микроскоп ба гистологийн шинжилгээний хариуг ходоодны архаг үрэвслийн талаар В. И. Салупере (1964), С. М. Рысс зэрэг зөвлөлтийн эрдэмтдийн хийсэн ангиллын дагуу дүгнэсэн. Үүнд салст бүрхүүлийн байдлыг атрофи болсон ба болоогүй гэж хоёр хувааж, атрофи болоогүй архаг үрэвслийг дотор нь өнгөц ба түгээмэл гэж, атрофи болсон архаг үрэвслийг атрофи эхэлж байгаа, бага зэргийн атрофи болсон, ихээхэн атрофи болсон гэж гурав хувааж дүгнэсэн.

Бүгд 39 өвчтөний ходоодыг дурандахад 6-д нь салст бүрхүүлд ямар ч өөрчлөлтгүй, 21-д нь атрофи болоогүй архаг үрэвсэл, 11-д нь атрофи болсон архаг үрэвсэл илрэв. Эдгээрийг дотор нь задалбал: Өнгөц үрэвсэл 8 өвчтөнд, түгээмэл үрэвсэл 11 өвчтөнд, атрофи эхэлж байгаа үрэвсэл 5 өвчтөнд, бага зэргийн атрофи болсон үрэвсэл 6 өвчтөнд, ихээхэн атрофи болсон үрэвсэл 2 өвчтөнд тус тус байв. Үүнээс гадна 1 өвчтөнд өмөн үү (скирр) илэрсэн. Өнгөц архаг үрэвслийн үед ходоодны салст бүрхүүл нь улаан өнгөтэй, үрэвслийн бусад шинж тэмдэг харагдаж байсан, гэхдээ салст бүрхүүлийн хуниасууд нь зузаараагүй, ходоодыг хийлэхэд хуниасууд нь хялбархан тэлэгдэж байв. Өнгөц архаг үрэвслийн үед салст бүрхүүлээс авсан биопсид гистологийн шинжилгээ хийхэд стром нь лимфоцит ба плазмт эсүүдээр нэвчсэн байв. Энэ нэвчдэс нь салст бүрхүүлийн зөвхөн субволеолар давхраанаас хэтэрч чадаагүй байдаг.

Ходоодны архаг түгээмэл үрэвслийн үед архаг өнгөц үрэвсэлтэй адил салст бүрхүүл нь улаан өнгөтэй байхаас гадна нилээд хөөнгөдүү, салсаар бүрхмэл харагдана. Мөн хуниасууд нь зузаарч томорсон, хийлэхэд тэдгээр нь гүйцэд тэлдэггүй. Архаг түгээмэл үрэвслийн үед гистологийн шинжилгээгээр үзэхэд салст бүрхүүлүүд нь хөөнгөдүү, лимфоидын эсүүдээр нэвчсэн байдаг. Ходоодны өнгөц ба түгээмэл үрэвслийн үед салст бүрхүүлийн доторхи булчирхайнууд нь атрофи болоогүй, ерийн хэлбэр дүртэй хэвээрээ байдаг. Атрофи болсон архаг үрэвслийн үед салст бүрхүүл нь цайвар улаан өнгөтэй, ихээхэн атрофи болсон бол саарал өнгөтэй харагддаг. Хуниасууд нь нимгэрсэн буюу бараг мэдэгдэхгүй болсноос гадна, ходоодыг хийлэхэд хуниасууд нь амархан тэлэгддэг. Салст бүрхүүл нь нимгэрч зарим хэсэгт салст бүрхүүлийн цаанаас улаавтар өнгөтэй артерийн судас, хөхөвтөр өнгөтэй венийн судас харагддаг. Ийм үед салст бүрхүүлд гистологийн шинжилгээ хийхэд, түүний булчирхайнууд нь их бага ямар нэгэн хэмжээгээр атрофи болсон байдаг. Ходоодыг дурандаж архаг үрэвслийн хурцдаж байгаа юм уу, намжиж байгааг мэдэж

болдог. Хэрэв үрэвсэл нь хурцадсан бол салст бүрхүүл нь улаан өнгөтэй хөөнгөдүү болсон байдаг.

Бидний шинжилсэн хүмүүсийн 7-д архаг атрофи үрэвсэл нь намдаж байгаа үедээ байв. Ходоодыг дурандахад хэсэг газрын ба голомтот үрэвсэл тохиолдож байв. Үүнд, 4 өвчтөнд антрумгастрит тохиолдов. Бид оношлогоонд хэрэглэж байгаа клиник, лаборатори, рентген, гастроскопийн шинжилгээний үр дүн нь ходоодны архаг үрэвслийг оношлоход ямар болохыг хооронд харьцуулж үзсэн. Үүнд, клиникийн шинж тэмдгүүд болон морфологийн үзүүлэлтийн хооронд шууд холбоо байсангүй. Жишээ нь: намдаж байгаа атрофи болсон архаг үрэвслийн үед клиникийн ямар нэгэн шинж мэдэгдэхгүй байхад, атрофи болоогүй архаг үрэвслийн үед үрэвслийн процесс нь их байвал өвчтөний зовиур нь маш их байдаг.

Рентгений шинжилгээнд гипертрофи болсон хуниасууд сайн харагддаг. Сүүлийн жилүүдийн судалгаанаас үзэхэд, хуниасны гипертрофи болох нь салст бүрхүүлийн гиперплазитай огт холбоогүй, харин ходоодны булчинт давхаргын агшилттай холбоотой байх нь нотлогдов. Ийм агшилт нь ихэвчлэн өнгөц ба түгээмэл үрэвслийн үед гардаг.

Хуниасуудын гипертрофийн үед салст бүрхүүлийн үрэвсэл ба атрофийн процесс бий болсон байна. Ийм учраас гипертрофит гастрит гэдэг бол бүрэн үндэслэлгүй юм. Хуниасууд нь ихээхэн атрофи болсон буюу нимгэрсэн үед рентген, гистологи, гастроскопийн оношууд хоорондоо ихэвчлэн тохирдог. Өөрөөр хэлбэл эдгээр шинжилгээний аль алинд нь салст бүрхүүл атрофи болсон нь сайн мэдэгддэг.

Бидний шинжилгээнээс үзэхэд, ходоодны шүүсний хүчиллэг, шээсний уропепсины хэмжээ ба морфологийн өөрчлөлтийн хооронд тодорхой харьцаа байхгүй нь мэдэгдэж байна. Ийм байдал ялангуяа шүүрлийн үйл ажиллагааны алдагдлын үед тодорхойлдог. Жишээ нь: чөлөөт хүчил багассан буюу бүр алга болсон байхад гастроскопи ба гистологийн шинжилгээгээр салст бүрхүүл нь хэвийн буюу атрофи болоогүй архаг үрэвслийн шинжтэй байв. Харин салст бүрхүүл атрофи болоход хүчиллэг багасах ба уропепсины хэмжээ мөн багасна.

Ходоодыг дурандах, зураг авах, биопсийн шинжилгээ хийх нь ходоодны архаг үрэвслийн янз бүрийн хэлбэрийг тодорхойлох, салст бүрхүүлийн гэмтлийн аль зэрэг гүнзгий болох, түүний таралтыг мэдэхэд онолын чухал ач холбогдолтой юм. Тэрчлэн эдгээр арга нь өвчний намдаж байгаа юм уу, хурцдаж байгааг мэдэх, өвчний явцанд хяналт хийхэд ач холбогдолтой. Ходоодны архаг үрэвслийг оношлоход гастроскопийн шинжилгээнээс гадна уул өвчний клиник, лабораторийн шинжилгээнүүдийг харгалзах хэрэгтэй. Ходоодны тонус, контур, шилжилт, хөдлөх үйл ажиллагааг мэдэхэд рентген шинжилгээ чухал ач холбогдолтойг үгүйсгэж болохгүй. Гастроскопи нь салст бүрхүүлийн гадаргуу, түүний өнгө, нүдэнд харагдах өөрчлөлтүүд хуниасны хэмжээ, салс байгаа эсэх, судасны байдлыг мэдэхэд чухал ач холбогдолтой.

Иймээс архаг үрэвслийн хэлбэрүүдийг оношлоходоо дээр дурдсан шинжилгээний аргуудыг хамтатган хийх нь чухал юм.

НОМ ЗҮЙ

Масевич Ц. Г. Диагностика хронического гастрита. Тезисы докладов научной сессии Ленинградского санитарно-гигиенического мед. института, посвященной проблеме хронического гастрита. Ленинград, 1963, стр. 19—20.— 2. Масевич Ц. Г., Власова М. Н. Клинико-морфологические исследования тонкой кишки у больных язвенной болезнью и анацидным гастритом. Клиническая медицина, 1967, № 5, стр. 117—122.— 3. Рысс С. М. Актуальные вопросы гастроэнтерологии. Москва, 1964

— 4. Салупере В. П. Сравнительная оценка рентгенологического, гастроскопического и гастробиопсического методов в диагностике гастрита. Клиническая медицина 1963, № 2, стр. 26—29. — 5. Салупере В. П. Связь гистологических изменений культи желудка с секретией соляной кислоты и уропепсина в поздний резекционный период. Терапевтический архив, 1963, т. XXXV, № 1 стр. 59—65.

ГАСТРОСКОПИЯ, ГАСТРОБИОПСИЯ И ГАСТРОФОТОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА

С. Жамьяншарав, Ю. С. Силаев
РЕЗЮМЕ

Хронический гастрит—понятие клинко-анатомическое, характеризующийся определенными морфологическими изменениями слизистой оболочки желудка и соответствующими клиническими проявлениями. Диагностика хронического гастрита, а также своевременная диагностика предраковых заболеваний желудка представляют значительные трудности, но являются условием своевременного и рационального лечения.

Гастроскопия, гастропотография и гастробиопсия имеют большое диагностическое значение при диагностике различных форм гастрита, глубины и распространенности патологического процесса. Метод имеет большое значение и при распознавании ремиссии или обострения процесса, наблюдении за течением заболевания в процессе лечения. Комбинированное применение гастроскопических, рентгенологических и лабораторных методов исследования является наиболее плодотворным в диагностике различных форм хронического гастрита.

АРТЕРИЙН БИТҮҮРЭЭГҮЙ ЦОРГЫН КЛИНИК БА ОНОШИЙН ЗАРИМ АСУУДАЛД

Д. Эрдэнэ-Чулуун
А. У. Хүрээлэн (захирал, академич Т. Шагдарсүрэн)

Артерийн битүүрээгүй цорго нь зүрхний төрөлхийн гажиг өвчний дотроос хамгийн олон тохиолддог гэж судлагчид (Б. В. Петровский А. А. Кешишева, 1963, А. Н. Бакулев, Е. Н. Мешалкин, 1965: Ф. Х. Кутушев, 1962) үздэг. Иймээс энэ гажгийн клиник, эмчилгээний талаар судлагчдын хийсэн ажиглалт, бичсэн материал зүрхний бусад төрөлхийн гажгийнхаас их байдаг.

Манай оронд 1962 онд акад. Т. Шагдарсүрэн анх артерийн битүүрээгүй цоргыг боох хагалгааг амжилттай хийснээс хойш 1965 оныг хүртэл 13 өвчтөнд мэс заслыг амжилттай хийж энэ талаар урьдчилсан дүгнэлтийг 1967 онд нийтлүүлсэн байна.

Энэ удаа бид нэгдсэн 3-р эмнэлэгт 1965—1969 онуудад артерийн битүүрээгүй цоргын улмаас хэвтэж шинжилгээ эмчилгээ хийлгэсэн 27 өвчтөний материалд судалгаа хийв.

Артерийн цорго нь үр хөврөлийн үед уушгины артери аорт 2-ыг холбож шууд гол судсанд цус дамжуулах чухал үүргийг гүйцэтгэдэг бөгөөд хүүхэд төрж уушги амьсгалд оролцож эхэлснээс хойш цорго битүүрэх ёстой. Хэрэв битүүрэхгүй бол зүрхний төрөлхийн гажгийг үүсгэдэг. Төрснөөс хойш хэдийд артерийн цорго битүүрсэн байх вэ гэдэг талаар хийсэн судалгаа олон байдаг. Тухайлбал: Н. Е. Кушев (1901) артерийн цорго нь хүүхдийн 95%-д төрснөөс хойш 4 сарын дотор, К. Я. Кенигсберг (1947) 6—12 сарын дотор тус тус битүүрэх ёстой гэж үзжээ.

Ихэнх судлагчид энэ гажиг эмэгтэйчүүдэд олон тохиолддог гэж үздэг бөгөөд М. В. Муравьев, Ф. Н. Ромашов, Сүй-Лэ-Тянь нарын судалгаа хийсэн өвчтөний 80% нь охид байжээ. Бидний ажиглалтанд байсан 27 өвчтөний 21 буюу 77,8% нь эмэгтэй байлаа. Ажиглалтанд байсан өвчтөний 7 нь 3—7 настай, 11-нь 8—12 настай, 3-нь 13—17 настай, 3-нь 18—22 настай. 3-нь 23 ба түүнээс дээш настай хүмүүс байв.

Артерийн битүүрээгүй цорго өвчтэй хүмүүсийн 80—90% нь дунджаар 24 нас насалдаг (А. Н. Бакулев, Abbott болон бусад судлагчид) ба үхлийн шалтгааны 36—50%-ийг зүрх судасны ажиллагааны архаг дутагдал, 35%-ийг эндоартерийт, эндокардит өвчнүүд (М. В. Муравьев, Ф. Н. Ромашов зэрэг) эзэлдэг гэж үздэг. Зарим цөөн тохиолдолд ийм гажигтай хүмүүс жирийн хүмүүсийн адил насалдаг байна. Бидний судалгаанд хамрагдсан өвчтөнөөс 29 настай 1, 32 настай 1, 37 настай 1 өвчтөн байсан ба эдгээр хүмүүс нь 1—6 хүүхэд төрүүлсэн. Эхний үед ямар нэгэн зовуургүй байснаа сүүлийн 3—5 жилд эрүүл хүмүүсийн адил ажиллах боломжгүй болж, явахад зүрх дэлсдэг, амьсгааддаг, зүрхээр үе үе хатгаж өвддөг гэсэн зовууртай болсон байна.

Артерийн битүүрээгүй цорго зүрхний бусад гажигтай хавсрах нь ховор, ихэвчлэн дангаараа тохиолддог гэж ихэнх судлагчид бичсэн байдаг. Ажигласан өвчтөнийг оношийн байдлаар авч үзвэл: артерийн битүүрээгүй цорго дангаараа тохиолдсон өвчтөн 24, гол судасны хавхлагын дутагдалтай хавсарсан 1, тосгуур хоорондын таславчны цоорхойтой хавсарсан өвчтөн 1, аорт-уушгины цоорхойтой 1 өвчтөн байв.

Артерийн битүүрээгүй цорго ба аорт-уушгины цоорхойг клиникийн байдлаар нь ялгахад түвэгтэй, үүнд зүрх сэтгүүрдэх, тодотгогч бодисын тусламжтай гол судасны зураг авах (аортографи) шинжилгээ чухал ач холбогдолтой байдаг. Бид, дээрх өвчтөнд артерийн битүүрээгүй цорго гэж онош тогтоосон хагалгаанд ороход аорт-уушгины цоорхой байсан юм. Артерийн битүүрээгүй цорго, тосгуур хоорондын таславчийн цоорхойтой хавсарсан өвчтөнийг бид хавсарсан гажигтай боловч артерийн битүүрээгүй цоргыг бооход харшлах зүйлгүй гэж үзээд артерийн битүүрээгүй цоргыг боох мэс заслыг хийсэн. Хагалгааны дараа зүүн 2—3-р хавирга завсарт өвчүүний зүүн ирмэгт сонсогдож байсан үргэлжилсэн агшилт сулралтын шуугиан үгүй болж 3—4-р хавирга завсарт агшилтын тод шуугиан сонсогдож байсан. Иймд бид тосгуур хоорондын таславчийн цоорхой гажиг хавсарсан байна гэж үзсэн. Иймд оношийг нарийн тогтоохын тулд шаардлагатай үед аортографи, зүрх сэтгүүрдэх, ангиокардиографи зэрэг шинжилгээг хийж байх нь зүйтэй гэдэг нь тодорхой байна.

Артерийн битүүрээгүй цоргын үед илрэх клиникийн шинж тэмдэг, өвчний хүнд хөнгөн байх нь цоргын хэмжээ, уушгины артерийн даралт, өвчний явц, дагалдагч хүндрэлтүүдээс шалтгаалдаг. Артерийн битүүрээгүй цорго өвчтэй хүмүүс нь амьсгалын замын өвчнүүд болон уушгины хатгалга өвчнөөр өвчлөмтгий байдаг. Энэ нь цусны бага эргэлтэнд цусны хэмжээ ихсэж зогссинги үүсэж уушгины альвеолын агааржилт багассантай холбосотой гэж судлагчид үздэг. Бидний ажиглалтанд байсан өвчтөний 9 нь 1—5 удаа уушгины хатгалгаар өвчилсөн байв. Хоёр өвчтөнд ямар нэгэн шаналгаа байгаагүй бөгөөд гажиг нь эмчийн үзлэгээр илэрсэн байлаа. Бусад өвчтөнд илэрсэн клиникийн шинж тэмдгийг 1-р хүснэгтэд үзүүлэв.

Өвчтөнд илэрсэн клиникийн шинжүүд

1 - р хүснэгт

Өвчтөнд илэрсэн зовуурь	Өвчтөний тоо
Бие суларч ядрах	22
Явах, гүйхэд амьсгаадах	20
Явах, гүйхэд зүрх дэлсэх	17
Зүрхээр өвдөх	5
Хамраас цус гарах	1

Бодит үзлэгээр: Ажиглалтанд байсан өвчтөний 6 нь бие бялдрын хөгжилт сул туранхай, өсөлт муутай, 10 өвчтөний арьс цайвар өнгөтэй, 2 өвчтөнд цээжний зүүн талд зүрх орчим цээж овойсон байсны нэгэнд нь өвчин хүндэрч цусны бага эргэлтэнд зогсонги үүсэн, зүрх сэтгүүрдэж уушгины артерийн даралтыг үзэхэд 72 мм мөнгөн усны баганатай тэнцүү байв.

Зүүн 2—3-р хавирга орчим өвчүүний зүүн хэсэгт агшилт сулралтын үргэлжилсэн шуугиан сонсогдох нь артерийн битүүрээгүй цорго өвчний онцлог шинж юм. Гросс, Хельсинген (1958) С. Л. Либов, К. Ф. Ширяева (1957) нар болон бусад ихэнх судлагчид зөвхөн чагнаж дээрх онцлог шинжийг илрүүлснээр өвчтөний 90—95%-д оношийг тогтоож болно гэж үздэг.

Бидний ажигласан 26 өвчтөнд зүүн 2—3-р хавирган завсар өвчүүний зүүн хэсэгт үргэлжилсэн агшилт, сулралтын шуугиан, 1 өвчтөнд агшилтын шуугиан мөн цэгт сонсогдохын хамт 2-р авиа уушгины артерид тодорсон байв. Мөн артерийн битүүрээгүй цорго гол судасны хавхлагын дутагдалтай хавсарсан өвчтөнд дээрх онцлог шинжээс гадна гол судасны орчимд сулралтын шуугиан тод сонсогдож байсан. Судасны цохилт түргэссэн, өндөр, баруун зүүн гарт судасны хүчдэл, дүүргэлт ижил бус байж болно гэж судлагчид үздэг. Бидэнд судасны цохилтын талаар тодорхой өөрчлөлт ажиглагдаагүй. М. В. Муравьев (1963), Н. Г. Зернов, Сюй-Лэ-Тянь (1960) нар болон ихэнх судлагчид артерийн битүүрээгүй цоргын үед артерийн цусны их даралт хэвийн, бага даралт багассан, ялгавар даралт ихэссэн байдаг гэжээ.

Артерийн цорго өргөн, сулралтын үед цоргоор хаях цусны хэмжээ их байх тутам артерийн цусны бага даралт багасаж зарим үед „0“ хүртэл буурдаг байна, Артерийн цусны даралт хөлөнд гарынхаас их, мөн ялгавар даралт их байдаг гэж үздэг.

Ийм өөрчлөлтүүд бидний ихэнх өвчтөнд ажиглагдсан ба 6 өвчтөний гарын артерийн цусны бага даралт „0“ хүртэл буурсан байв. Соколова, Эдгар (1950) нар энэ гажгийн үед зүрхний цахилгаан бичлэг хийхэд 55%-д нь зүрхний цахилгаан тэнхлэг хэвийн, 45%-д зүүн тийш хазайсан байдаг гэж тодорхойлсон. Мөн цусны бага эргэлтэнд зогсонги үүсгэж даралт нь ихэссэн үед зүрхний цахилгаан тэнхлэг баруун тийш хазайдаг байна. Бидний өвчтөний 15-д зүрхний цахилгаан тэнхлэг өөрчлөгдөөгүй (нормокардиограмм), 3 өвчтөнд зүүн тийш хазайсан (левограмм), мөн баруун ховдлын ажиллагаа ихэссэн ба зүрхний цахилгаан тэнхлэг нь баруун тийш хазайсан (правограмм) 7 өвчтөн, баруун зүүн ховдлуудын ажиллагаа ихэссэн 2 өвчтөн байсан.

Н. Г. Зернов (1959), М. А. Иваницкая, В. С. Савельев нар артерийн битүүрээгүй цоргын үед уушгины зураг тодорсон, уг өргөссөн, уушгины артери цүлхийсэн байдаг гэж бичжээ. Гэвч эдгээр шинж нь өвөрмөц биш, зүрхний бусад төрөлхийн гажгийн үед тохиолддог. Бидний ажигласан өвчтөнөөс артерийн судсууд цусаар дүүрсний улмаас уушгины зураг тодорсон 27, зүүн ховдол илүүтэй томорсон 5, зүрх хөндлөн хэмжээ томорсон 22, уушгины артерийн нум цүлхийсэн 20, гол судас өргөссөн 19 өвчтөн байсан. Мөн ихэнх өвчтөний гол судас, уушгины артерийн лугшилт ихэссэн байлаа.

Артерийн битүүрээгүй цоргын үе дэх гемодинамикийн болон клиникийн шинж тэмдгийн өөрчлөлтөд үндэслэн И. К. Охотин (1960) болон бусад судлагчид артерийн битүүрээгүй цорго өвчнийг явцаар нь 3 үе шат болгон үздэг. Үүнд:

1-р үед артерийн битүүрээгүй цорготой 3 хүртэл насны хүүхэд хамрагдана. Энэ үед уушгины артерийн даралт харьцангуй их байдаг. Ихэвчлэн агшилтын шуугиан сонсогдоно. Бидний ажиглалтанд энэ үе шатанд хамрагдах өвчтөн байгаагүй.

2-р үед өвчний бүх шинж тодорхой илэрнэ. Бидний ажигласан өвчтөний 26 нь энэ үе шатанд хамрагдаж байсан.

3-р үед уушгины артерийн даралт ихэссэн, чагнахад гагцхүү агшилтын шуугиан сонсогддог байна. Ийм өвчтөн бидний ажиглалтанд нэг байлаа. 3-р үе шатанд зүрх сэтгүүрдэх шинжилгээ чухал ач холбогдолтой байдаг.

Өвчний явц нь өвчтөний насны байдалтай уялдаж байдаггүй байна. Жишээ нь: Өвчтөн Ц. 37 настай, эмэгтэй, өвчний түүх № 646, өвчний 2-р үед хамрагдаж байсан ба уушгины артерийн даралтыг тодорхойлоход 42 мм мөнгөн усаы баганатай тэнцүү байхад өвчтөн Р. 11 настай, эрэгтэй, өвчний түүх № 627, өвчний 3-р үед хамрагдаж уушгины артерийн даралт 72 мм мөнгөн усны баганатай тэнцүү байв.

Артерийн цорго өргөн, гол судас уушгины артери хоёрын даралтын ялгаа их байх тутам цусны их эргэлтэнд орох цусны хэмжээ багасаж бие бялдрын хөгжилт хоцордог байна. Мэс заслын эмчилгээний дараа ийм хүүхдийн биеийн өсөлт хөгжилт нь сайжирч үе тэнгийнхээ хүүхдийн өсөлтийг гүйцэж ирдгийг бид ажигласан.

Өвчтөний зовуурь, бодит үзлэг болон шинжилгээгээр уушгины артерийн даралт ихэссэн буюу зүрхний бусад гажигтай хавсарсан байж магадгүй гэж үзсэн 6 өвчтөнд зүрх сэтгүүрдэх шинжилгээ хийж дээд доод хөндий вен, зүрхний баруун хөндийнүүд, уушгины артерийн даралт, хүчилтөрөгчийн хангамж зэргийг тодорхойлсон. Үүнд: уушгины артери дахь цусны хүчилтөрөгчийн хангамж, зүрхний баруун хөндийн цусныхаас их, уушгины артерийн даралт хэмжихэд 40—72 мм мөнгөн усны баганын хооронд хэлбэлзэж байлаа.

Артерийн битүүрээгүй цорго өвчнийг мэс заслын аргаар эмчилдэг. Дээрх өвчтөний 16-д нь артерийн битүүрээгүй цоргыг боох хагалгааг хийсэн нь амжилттай болсон. Хагалгааны дараа хүндрэл гараагүй цөм эдгэрсэн. Ер нь өвчин хүндрээгүй үед мэс заслын эмчилгээний үр дүн сайн байдаг.

Дүгнэлт

1. Өвчтөний зовуурь, өвчний анамнез, бодит үзлэг, зүрхний цахилгаан бичлэг, гэрлийн шинжилгээ зэрэгт үндэслэн хүндрээгүй дангаараа тохиолдож буй артерийн битүүрээгүй цорго өвчний оношийг зөв тогтоож болох юм.

2. Артерийн битүүрээгүй цорго өвчний тодорхой бус хэлбэр (хүндэрсэн хэлбэр) болон зүрхний бусад гажуудтай хавсарсан үед ангиокардиографи, зүрх сэтгүүрдэх, аортографи, зүрхний зүүн ховдолд хатгалт хийж тодотгогч бодисын тусламжтай зураг авах зэрэг шинжилгээг хийх нь чухал ач холбогдолтой байна.

3. Артерийн битүүрээгүй цорго өвчин хүндрээгүй, зүрхний бусад гажигтай хавсраагүй үед мэс заслын эмчилгээний үр дүн сайн байдаг.

НОМЗҮЙ

1. Амосов Н. М., Бендет Я. А. Хирургия пороков сердца. 1969, Киев, стр. 86—90. — 2. Бакулов А. Н., Мешалкин Е. Н. Врожденные пороки сердца. М., 1955, стр. 371—381. — 3. Зернов Н. Г., Сюй-Лэ-Тянь. Значение определения артериального давления в диагностике открытого артериального протока у детей и подростков. Грудная хирургия, 1960, № 6, стр. 51—54. — 4. Королев Б. А., Дынник И. Б., Охотин И. К. Клинико-рентгенологическое исследование в распознавании и лечении и неотложная хирургия. Горький, 1960, стр. 184—196. — 5. Королев Б. А., Дынник И. Б. Открытый артериальный проток. Диагностика врожденных пороков сердца и результаты хирургического лечения. Л., 1968, стр. 176—203. 6. Муравьев М. В. Ромашов Ф. Н., Чуева Л. Ф.; Сюй-Лэ-Тянь. Опыт лечения 120 больных с открытым артериальным протоком. Грудная хирургия. 1961, № 1, стр. 28—33. — 7.

Охотин И. К. Клиника и диагностика незаращения артериального протока. Грудная и неотложная хирургия. Горький, 1960, стр. 171—183.—8. Петровский Б. В., Кешишева А. А. Хирургическое лечение открытого артериального протока. М. 1963.—9. Савельев В. С. Зондирование и ангиокардиография при врожденных пороках сердца. М., 1961, стр. 89—109.—10. Труды института грудной хирургии Академии медицинских наук СССР. М., 1959, стр. 214—222.—И. Т. Шагдарсүрэн, Б. Доржготов. Артерийн битүүрээгүй порго өвчний мэс заслын эмчилгээ. Анагаах ухааны эрдэм шинжилгээний бичиг, 1967, № 10/18/, 38—41.—12. Частная хирургия болезней сердца и сосудов. М., 1967, стр. 48—60, Под редакцией Бураковского В. И. и Колесникова С. А.

К ВОПРОСУ КЛИНИКИ И ДИАГНОСТИКИ ОТКРЫТОГО АРТЕРИАЛЬНОГО ПРОТОКА

Д. Эрдэнэ-Чулуун

РЕЗЮМЕ

Автор наблюдала 27 больных (в возрасте от 3 до 37 лет) с незаращением артериального протока. Из них женщин было 21, мужчин 6.

Клиническая картина заболевания зависела в основном от тяжести гемодинамических нарушений и от возникающих осложнений. Данные, полученные при обследовании 27 больных, в основном совпадали с данными других авторов.

У 16 была произведена операция—перевязка открытого артериального протока. Из числа оперированных у 9летней девочки во время операции был обнаружен аорто—легочной свищ и у другого больного также во время операции кроме открытого артериального протока был обнаружен дефект межпредсердной перегородки. Операция и послеоперационный период у всех больных протекали без осложнений.

АЗОТЫН ДУТУУ ИСЛИЙН НАРКОЗЫГ ХЭРЭГЛЭСЭН НЬ

Э/ш ажилтан Ж. Моондой

Анагаах ухааны хүрээлэн (захирал, академич Т. Шагдарсүрэн)

Аливаа мэс заслын хагалгаа хийхэд мэдээгүйжүүлгийн аргыг зөв сонгон хэрэглэх явдал нэн ач холбогдолтой бөгөөд энэ нь хагалгааны үр дүнд олон талын нөлөөтэй байдаг. Сүүлийн үед анестезиологид тодорхой чиглэлтэй үйлчилгээ бүхий наркозын олон бодис нээгдэж, өдөр тутмын ажиллагаанд өргөн хэрэглэгдэх болсон нь наркозыг улам бүр сонгон хэрэглэхийг шаардаж байна.

Наркозын бодисыг сонгон хэрэглэнэ гэдэг бол тодорхой цаг уур, газар зүйн нөхцөлд тухайн өвчтөний биеийн байдалд тохируулан хамгийн хоргүй бөгөөд хагалгааг хийх бүх нөхцөлийг бүрдүүлж чадахуйц эм хэрэглэл, наркозын аргыг шилэн авах зарчим юм. Наркозын олон бодисыг үр ашигтай хамтатган хэрэглэж бодис бүрээс биед орох хэмжээг багасгах замаар наркозын хор нөлөөг үлэмж багасгах боломжтой. Наркоз гүнзгийрэх тутам бие махбодын амьдралын үйл ажиллагаанд хүнд дарамт үзүүлж хордуулах аюул нэмэгдэнэ. Иймд хагалгааны үеийг зөв зохистой явуулж чадсанаар мэс заслын хагалгааны эмгэг чанарыг багасгах боломжийг олно (Е. Н. Мешалкин, 1959). Мөгөөрсөн хоолойгоор эфир-хүчилтөрөгчийн наркоз өгч булчин сулруулагчийн тусламжтай амьсгалыг зохиомлоор удирдах нь нэн хүнд хагалгааг амжилттай хийх нөхцөлийг бүрдүүлэх боловч цусны эргэлт, хийн солилцоо хямарч хүндрэх явдал цөөнгүй тохиолдоно. Иймд эфирийн муу нөлөөг багасгахын тулд азотын дутуу ислийн хольцтой хэрэглэн, наркозын хүндрэлийг багасгах боломжтой гэж үздэг (Е. Н. Мешалкин, 1959). Цээжний хөндийн томоохон хагалгааг хүртэл азотын дутуу ислийн хийн хольцыг булчин сулруулагчтай хавсран хэрэглэхэд сайн үр дүнд хүрдэг (И. С. Жоров, 1964).

Мөгөөрсөн хоолойн наркозын үед гемодинамик өөрчлөлт гарах нь юуны өмнө амьсгал буруу явагдаж, хүчилтөрөгчгүйдэл болох ба

нүүрсхүчлийн хийн хуримтлал үүссэнээс шалтгаалдаг (Т. Е. Гнило-рыбов, 1966) байна. Тэрчлэн булчин бүрэн суларсан нөхцөлд биеийн хүчилтөрөгчийн хэрэгцээ буурч, наркозыг өнгөц түвшинд байлгах бололцоо олгоно (А. Ф. Данилов, 1960).

Орчин үеийн анестезиологид хэрэглэж байгаа наркозын олон бодис дотроос азотын дутуу исэл нь хорт чанар багатайн дээр олон талын сайн нөлөө бүхий бодис юм. Азотын дутуу исэл өвдөлт намдаах үйлчилгээ сайтай боловч наркозын чанараар сул байдаг. Орчин үед булчин сулруулагчдыг өргөн хэрэглэж наркозыг өнгөц түвшинд барих зарчмын үүднээс үзвэл энэ сул талыг өөр бодисоор нөхөх боломжтой. Азотын дутуу исэл нь цусны хүчилтөрөгчийн хангамж сайн байхад амьсгал, зүрх-судасны ажиллагаанд дарамт үзүүлэхгүй, мөн зүрхний булчин, элэг, бөөрний ажиллагаанд муугаар нөлөөлдөггүй, хоргүй, тэсрэлт үүсгэх аюулгүй. Азотын дутуу ислээр наркоз гүнзгийрүүлэх нь хүчилтөрөгчийн дутагдал болгох аюултай. Азотын дутуу исэл хүчилтөрөгчийн хольцыг 4:1-ийн харьцаатай өгөхөд (хийн хольцын дотор хүчилтөрөгч 20%) хүчилтөрөгчийн дутагдал үүсгэх болзошгүй учир (И. С. Жоров, 1964; В. М. Виноградов, П. К. Дьяченко, 1962) түүнийг 3:1-ээс ихгүй харьцаатайгаар хэрэглэх нь зүйтэй гэж үзэж байна.

Манай орны эмнэлгүүдэд азотын дутуу ислийг 1960-аад оноос эхлэн хэрэглэж сүүлийн жилүүдэд улам бүр өргөн дэлгэр хэрэглэж байгаа боловч наркозонд хэрэглэсэн байдлыг бичиж нийтийн хүртээл болгох нь бага байна.

Нөгөө талаар, өндөрлөг газрын нөхцөлд төрөл бүрийн наркозын бодисын бие махбодод үзүүлэх нөлөөг судалж зарим онцлог байгааг тогтоожээ. ЗХУ-ын Памирын уулархаг газар явуулсан судалгаанаас үзвэл, өндөр газрын нөхцөлд дан эфирээр наркоз өгөхөд хүчилтөрөгчийн дутагдал үүсдэг. Мөн амьсгалын төвд теопентал натрийн үзүүлэх хортой нөлөө нэмэгддэгээс амьсгал зогсох хүндрэл элбэг тохиолддог төдийгүй 2000 метрээс дээш өндөрт буюу агаарын даралт 600 мм мөнгөн усны баганы өндрөөс бага үед азотын дутуу ислээр наркоз өгөх нь аюултай тул хэрэглэж болохгүй гэж Ю. И. Датхаев (1965) бичжээ. Үүнээс гадна, туйлшрал арилгач булчин сулруулагчдын үйлчилгээ 2—3 дахин нэмэгддэг ажээ. Иймд өндөрлөг газрын нөхцөлд наркозын сонгомол арга нь эфир-хүчилтөрөгчийн хольцоор наркоз өгч амьсгалыг 150—200% хүртэл нэмэгдүүлэн амьсгалуулах явдал гэдэг дүгнэлтийг дээрх судлагч хийжээ.

Дээрхээс үндэслэн бид, наркозыг өнгөц түвшинд барьж, булчинг сайтар сулруулан амьсгалыг зохиомлоор явуулж, хийн солилцоог хэвийн байлган, хагалгаа ба наркозын улмаас үүсэх хүндрэлийг багасгах зорилт тавьсан. Ингээд дурдсан аргаар наркоз өгч эмчлүүлсэн өвчтөний материалыг судлан үзэх зорилт тавив. Судалгааны материал нь Улсын нэгдсэн 2-р тусгай эмнэлэг, Цацраг туяа эмнэлэг, гэмтэл согогийн тасагт хийсэн наркозын хуудаснууд болно.

Наркоз өгсөн аргыг товч дурдвал: наркозод хэрэглэх эмийн бэлдмэлд хүчтэй нөлөө бүхий эм оруулахаас зайлсхийн хамгийн хялбар бөгөөд хүртээмжтэй эмээр бэлтгэх аргыг сонгон авсан. Үүнд: хагалгааны урьд орой унтахын өмнө люминал 0,1—0,2, димедрал 0,05—0,03 уулган, хагалгааны өглөө хагалгаа эхлэхээс 0,5—1,5 цагийн өмнө промедол 5—10 мг, атропин 0,25—0,5 мг арьсанд тарьсан. Наркоз эхлэхийн өмнө 3 мин. турш цэвэр хүчилтөрөгч амьсгалуулсан. Наркозыг 2,5—5% теопенталын уусмалыг 350—500 мг хүртэл вена судсанд аажим тарьж эхлээд миарелаксин буюу сукцинилхолиныг биеийн жингийн 1 кг-д 1—1,5 мг-аас ихгүй хийж бүх булчинг суларгал зохиомол амьсгал хийсний дараа мөгөөрсөн хоолойн интубаци хийсэн. Эхэн үед хүндрэл гараагүй. Наркозыг хагас задгай системээр нүүрсхүчлийн хий шингээгчийг

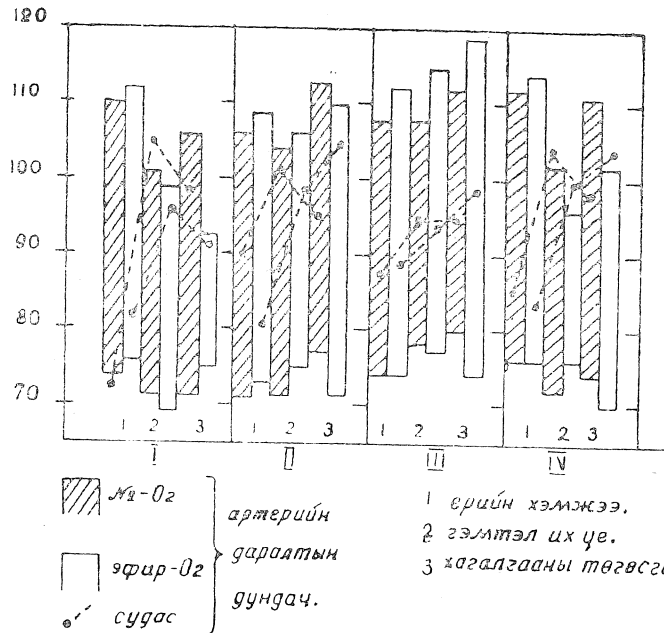
залган азотын дутуу исэл, хүчилтөрөгчийн хольцыг 3:1;2:1;1:1-ийн харьцаагаар өгч үргэлжлүүлсэн. Үүнд 3:1 харьцаагаар бүх өвчтөний 14%-д, 2:1 харьцаагаар 77%-д, 1:1 харьцаагаар 9%-д тус тус наркоз өгсөн байна. Эфир-хүчилтөрөгчийн хольцот наркозыг өнгөц түвшинд барьж байсан. Хагалгааны туршид булчин сулруулагчдыг хэрэглэн амьсгалыг зохиомлоор явуулсан. Бидний материалд булчин сулруулагчдыг хэрэглэсэн байдлыг авч үзвэл бүх өвчтөний 97%-д булчин сулруулагч хэрэглэсний дотор үл туйлшруулагч 38%-д, туйлшрал арилгагчдын бүлгээс 49%-д 50—75 мг-аар хэсэгчлэн хийх аргаар, 13%-д вена судсанд дуслаар тасралтгүй хийх аргаар хэрэглэсэн байна. Наркозын үед үүсэх гемодинамикийн өөрчлөлт нь ихэвчлэн хийн солилцоо, гадна амьсгалын ажиллагааны хямралтай холбоотой (Е. Н. Мешалкин, 1959; Т. П. Макаренко, В. Д. Малышев, 1960) байдгийг харгалзан амьсгалыг зохиомлоор тасралтгүй удирдахын тулд булчин сулруулагчдыг ийнхүү өргөн хэрэглэсэн юм. Азотын дутуу исэл бидний хэрэглэсэн хольцын хэмжээнд төдий гүн бус наркоз өгөхийг харгалзан бүх өвчтөний 50%-д эфир, 30%-д промедол (судсаар), 8%-д флюотан болон ганглиоблокаторыг хагалгааны гэмтэл ихтэй үед нэмэн хэрэглэж наркозыг гүнзгийрүүлсэн. Наркозын явцыг хянах жирийн аргын зэрэгцээ цусны даралт, судасны цохилтын тоог 15 мин. тутамд хэмжсэний дээр венийн даралтыг флеботонометрийн аргаар тасралтгүй хэмжсэн. Мөн 40-өөд өвчтөнд цусны хүчилтөрөгчийн хангамжийн байдлыг оксигеометрээр хэмжсэн.

Азотын дутуу исэл, хүчилтөрөгчийн хольцоор наркоз өгсөн өвчтөнийг хагалгааны төрөл, байрлалын байдлыг харгалзан 4 бүлэгт хуваасан. Үүнд: 1-р бүлэгт цээжний хөндий нээж хийсэн хагалгаанууд, 2-р бүлэгт хэвлийн хөндийн дээд хэсгийн хагалгаа, 3-р бүлэгт эмэгтэйчүүдийн ба бөөрний өвчний үе дэх хагалгаа, 4-р бүлэгт биеийн бусад хэсэгт хийсэн хагалгаанууд орсон. Үүний ихэнх нь үе мөчний гэмтэл согогийг засах хагалгаа байв. Бүх өвчтөнийг биеийн байдлаар хэвийн, дунд, хүнд гэж 3 хувааж үзсэн. Онцгой бэлтгэл шаардахгүй, төлөвлөгөөт хагалгаанд орсон өвчтөнийг биеийн байдлаар хэвийн гэж үзсэн. Ийм өвчтөн бүх өвчтөний 59%-ийг эзэлж байв. Үндсэн өвчний хажуугаар эмчилгээ шаардах дагалдах өвчинтэй буюу их биш цус багадалт, эсвэл хордолт бүхий өвчтөнийг биеийн байдлаар дунд гэж үзсэн. Ийм өвчтөн 24% байв. Цочмог цус алдалттай буюу идээт үрэвсэлтэй, давс усны солилцооны тэнцвэр алдагдсан, зүрхсудас, амьсгалын дутагдал бүхий өвчтөнийг хүнд гэж үзсэн. Эдгээр нь бүх өвчтөний 17% байв.

Ажиглалт явуулсан 313 өвчтөний 126 нь эрэгтэй, 187-нь эмэгтэй, 0—15 настай 22, 16—30 настай 56, 31—45 настай 135, 46—60 настай 76, 60-аас дээш настай 24 байв. Наркоз үргэлжилсэн хугацаагаар авч үзвэл 1 цаг хүртэл 28%, 2 цаг хүртэл 36%, 2-оос дээш цаг үргэлжилсэн 36% байв. Азотын дутуу исэл ба эфирийн наркозын үед гемодинамикийн өөрчлөлт байгаа эсэхийг үзэх зорилгоор наркозын явцыг арифметикийн дундаж үзүүлэлтээр харьцуулан үзэв.

Артерийн даралт нь гемодинамикийн ерөнхий үзүүлэлт боловч наркозын явцын байдлыг хянахад үлэмж тус болдог. Азотын дутуу ислээр наркоз өгч хийсэн хагалгааны хамгийн гэмтэл ихтэй үед 2-р ба 3-р бүлгийн өвчтөнд артерийн даралтын дундаж онц өөрчлөлтгүй байхад 1 ба 4-р бүлгийн өвчтөнд артерийн даралт 5—10 мм-ээр буурч хагалгааны төгсгөлд хэвийн болох нь илүү үзэгдэж байв. Харин эфир хүчилтөрөгчийн наркозын үед 2 ба 3-р бүлгийн өвчтөнд артерийн даралт онц өөрчлөлтгүй байсан атлаа 1 ба 4-р бүлгийн өвчтөнд хагалгааны гэмтэл ихтэй үед үзэгдэх өөрчлөлт азотын дутуу ислийнхээс илүү байна (1-р зураг).

Артерийн даралтын өөрчлөлтийг хувиар үзүүлсэн 1-р хүснэгтээс үзвэл, артерийн даралт 10 мм-ээс илүү буурах нь эфирийн наркозын үед үзэгдэж байна. Ер нь артерийн даралтын өөрчлөлт өвчтөний ихэнхэд үзэгдэж байгаагийн дотор 1 ба 4-р бүлгийн өвчтөнд 10 мм Hg-ээс илүү бууралт өвчтөний 1/3—1/2-д үзэгдсэн байна.



Судасны цохилтын тоог хэвийн хэмжээтэй харьцуулж үзвэл, хагалгааны гэмтэл ихтэй үед бүх бүлгийн өвчтөнд судасны цохилтын тоо азотын дутуу ислийн наркозын үед хурдсах нь илүү үзэгдэж байна (1-р хүснэгт, 1-р зураг)

1-р хүснэгт
Хагалгааны гэмтэл ихтэй үед артерийн даралт, судасны цохилтын өөрчлөгдсөнийг хувиар үзүүлсэн нь

		Артерийн даралт			Судасны цохилт			Бүгд	
		10 мм Hg дотор өөрчлөгдсөн	10 мм Hg -ээс дээш		15-ийн дотор өөрчлөгдсөн	15-аас дээш өөрчлөгдсөн			
			нэмэгдсэн	буурсан		хурдан	улаан		
I	$N_2O \cdot O_2$	44	8	36	89	44	40	=	84
	Эфир · O_2	28,8	2,6	44,7	76,1	10,4	50	5,2	66
II	$N_2O \cdot O_2$	34,2	16,3	16,3	69	40	29	=	69
	Эфир · O_2	44,8	20,6	20,6	82,6	34,4	48,2	=	82,6
III	$N_2O \cdot O_2$	34	25	5	72	34	38	=	72
	Эфир · O_2	35,2	17,6	17,6	85,2	49,8	35,4	=	85,2
IV	$N_2O \cdot O_2$	33,7	19	19	68	24,2	9	=	33
	Эфир · O_2	45	18	27	99	54	45	=	99

Азотын дутуу исэл ба эфир хүчилтөрөгчийн хольцоор наркоз өгсөн 4 бүлэг өвчтөнд венийн даралтын дундаж 100–150 мм усны баганын өндрөөс илүүгүй байна. Энэ нь булчин сулруулагчдыг хэрэглэн зохиомол амьсгалтай хийх өнгөц наркозын үед венийн даралт нилээд тогтвортой хэвийн дээд хэмжээнд байдаг (А. Н. Мартынчев, 1959) гэж үздэгтэй тохирч байна. Наркозын үеийн гемодинамикийн байдалд нөлөөлөх нөгөө нэг зүйл бол хагалгааны явцад хийсэн цус шингэний хэмжээ бөгөөд энэ нь дурдсан 4 бүлэг өвчтөнд онц ялгаагүй байв (2-р хүснэгт).

2-р хүснэгт

Хагалгааны үед вена судсаар хийсэн цус шингэний дундаж хэмжээ

Бүлэг	N ₂ · O ₂		Эфир · O ₂	
	Цус	Шингэн	Цус	шингэн
1	313	491	350	925
2	320	717	403	806
3	241	580	321	480
4	350	575	180	610

Гэмтэл ба цус алдалтаар илүү 1,4-р бүлгийн өвчтөнд хийсэн цусны дундаж хэмжээ харьцангуй бага байгаа нь гемодинамикийн үзүүлэлтэд нөлөөлсөн байж болох юм. Дурдсан аргаар наркоз өгөхөд оксигеометрийн заалт хэмжсэн тохиолдлуудад өөрчлөгдөөгүй байна

Дүгнэлт

1. Азотын дутуу исэл хүчилтөрөгчийн хольцыг 1 : 1—3 : 1 харьцаатайгаар булчин бүрэн сулруулж амьсгалыг зохиомлоор явуулж наркоз өгөхөд явц тогтвортой бөгөөд хийн солилцоо, амьсгалын талаас мэдэгдэхүйц өөрчлөлт үзэгдэхгүй байна.

2. Азотын дутуу исэл хүчилтөрөгчийн хольцот наркозыг эфир хүчилтөрөгчийн өнгөц наркозтой харьцуулж үзэхэд хагалгааны гэмтэл ихтэй үед артерийн даралтын бууралт эфир хүчилтөрөгчийн наркозын үед илүү үзэгдэж байна.

3. Азотын дутуу исэл хүчилтөрөгчийн хольцот унтуулгын үед венийн даралт тогтвортой байна.

НОМ ЗҮЙ

1. Т. Е. Гнилорыбов. Гемодинамические изменения при эндотрахеальном наркозе. Журнал физиологии и патологии сердечно-сосудистой системы. 1966, Минск, стр. 120.-2. Ю. И. Датхаев. Общее обезболивание в условиях высокогорья. Дисс. докторская, 1965, Москва, — 3. Дьяченко и Виноградов. Основы современной анестезии. Руководство, 1, 2 том, 1963. Москва. — 4. И. С. Жоров. Общее обезболивание. Руководство для врачей. 1964. Москва, 2-е изд. — 5. Г. П. Макаренко. Особенности гемодинамики во время наркоза. Хир. 1960, 10, 107. — 6. А. Н. Мартынчев. Динамика венозного давления у больных во время операции при различных видах обезболивания. Вестник хирургии. 1959, 8, 70. — 7. Е. Н. Мешалкин, И. Смольников. Современный ингаляционный наркоз, 1959, Москва. — 8. С.К. Удалов, Е. Н. Пронина. Изменение гемодинамики во время наркоза у больных костно-суставным туберкулезом. Хирургия. 1968, 2, 76.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭНДОТРАХЕАЛЬНОГО НАРКОЗА ЗАКИСЬЮ АЗОТА

Ж. Моондой.

РЕЗЮМЕ

В статье приведен опыт проведения эндотрахеального наркоза закистью азота с управляемым дыханием более 200 больным при различных оперативных вмешательствах. Для сравнения течения наркоза закистью азота подвергнуто анализу 100 случаев поверхностного эндотрахеального эфир-кислородного наркоза с управляемым дыханием.

Во время наркоза зафиксированы через каждые 15 минут артериальное давление, пульс, у части больных—венозное давление и оксигеметрия. По характеру оперативного вмешательства больные распределены на 4 группы: в 1-ую группу включены грудные операции, во вторую—операции, выполненные в верхнем этаже живота, в 3-ю—урологические и гинекологические операции, в 4-ю—ортопедические операции и операции на конечностях. При описанном методе наркотизации не отмечено отчетливых изменений со стороны газообмена и дыхания. При сравнительном изучении средних данных этих показателей при эфирном наркозе более выражена тенденция падения артериального давления, а при наркозе закистью азота—учащение пульса. Периферическое венозное давление при наркозе закистью азота в соотношении 1:1—1:3 было стабильным.

НУРУУНЫ ТӨРӨЛХИЙН «БУРУУ-ДУТУУ ХӨГЖЛИЙН» СОГОГИЙН РЕНТГЕН ОНОШЛОЛЫН АСУУДАЛД

Т. Пүрэвжав (Нэгдсэн 1-р эмнэлэг)

Хүний биеийн янз бүрийн эрхтний хөгжлийн төрөлхийн согогийг судлах талаар эмч нар онцгойлон анхаарч нилээд амжилтанд хүрч байгаа боловч зарим эрхтний байрлалтын өвөрмөц байдлаас шалтгаалан судалгаа хангалтгүй байгаа юм. Үүнд нурууны ясны төрөлхийн янз бүрийн буруу дутуу хөгжлийн согогууд хамаарна.

Анх 1844 онд Ректанский нурууны ясны урд талаараа сэтэрсэн согогийн тухай бичсэн боловч цаашид судлах нь маш удаашралтай байлаа. Нэгэнт нас барсан хүний цогцсоос нурууны ясыг тусгаарлан авч судлах явдал ажиллагааны бэрхшээлтэйгээс энэ нь зөвхөн цөөн тооны сонирхогч задлан шинжлэгч эмч нарын хүрээнд байв.

Ийнхүү уг судлагааны тоо цөөн, хувийн сонирхлын чанартай, эрдэм шинжилгээ-онолын ашиг тусаар бага ба нэгэнт нас барсан хүний цогцост судалгаа хийж байснаас практикийн ямар ч ач холбогдолгүй байжээ.

Харин сүүлийн жилүүдэд зөвлөлтийн болон гадаад орны хэвлэлд рентген туяаны тусламжтайгаар нурууны төрөлхийн буруу-дутуу хөгжлийн согогийг хүний амьдралын үед нь зөвөөр тодорхойлон судалж байгаа тухай онол практикийн чухал ач холбогдол бүхий сэдэв-материал гарч байгаа нь бидний сонирхлыг зүй ёсоор татаж байна.

Нурууны төрөлхийн согогийг эрт танин зөв оношлох нь практикийн чухал ач холбогдолтой юм. Оношийг цаг хугацаанд нь зөв тогтоосноор уг согогоос болж хүндрэл үүсэх, мөн таамгаар өөр онош тавьж тухайн хүнд ямар ч ашиггүй эмчилгээг удаан хугацаагаар үргэлжлүүлэхээс урьдчилан сэргийлэх болон зарим хэлбэрт нь ортопед арга хэмжээ авах боломжтой болов.

Нурууны ясны төрөлхийн согогийн рентген шинжийг зөвөөр тодорхойлж ангиллын асуудлыг боловсруулахад И. С. Рыжак (1931), И. Л. Тагер (1937), В. А. Дьяченко (1949), С. А. Рейнберг (1949), Б. Г. Михайловский (1951), К. Б. Платконова (1962), И. И. Шаков (1965), Шморля, Юнгханс (1931) зэрэг зөвлөлтийн болон гадаад орны эрдэмтдийн оруулсан нэмэр хандив асар их юм.

Ажиглалтын үед тохиолдож байгаа нурууны төрөлхийн буруу-дутуу хөгжилтийн согогоос эрвээхэй хэлбэрт нуруу, хойт ба хажуу талын хагас нуруу, нийлмэл нуруу байгаагаас гадна нурууны хойт талын

сэтэрхий, үелэх сэртэнгийн хоорондох нумын сэтэрхий, ууцны төгсгөл. нурууны талын сэтэрхийнүүд байна.

Бид нурууны ясны төрөлхийн буруу-дутуу хөгжлийн согогтой 22 хүнд ажиглалт хийв. Эдгээрийн 10 нь радикулит гэдэг оношоор 1—14 жил эмчлүүлж, 7 нь богино хугацаатай боловч сүрьеэгийн спондилитийн эсрэг эмчилгээг үе үе хийдгэж байжээ. Зарим нь тодорхой шинж тэмдэггүй байв.

Клиникийн хувьд тодорхой ойлгоц авахын тулд 3 өөр төрлийн согогтой хүмүүсийн товч түүхийг үзье.

1. Өвчтөн Ц. 50 настай, эмэгтэй, 1964 оны 9-р сарын 20-нд тус больницын мэдрэлийн тасагт ууц нурууны радикулит гэдэг оноштой хэвтжээ. Зовуур нь: ууц нуруу чилж өвдөнө. Хоёр ташаан толгой, суудал ясны орчим өвчин их, хүнд доргионт ажил хийх, гүйх юм үүрэх зэрэг үйлдлүүдэд өвчин нь нэмэгдэнэ. Өвдөөд 10 гаруй жил болсон Энэ хугацаанд цахилгаан ба тосон шарлага хийлгэж, олон төрлийн эм ууж, тариулж байсан. Өвчин засрах боловч дахидаг. 1959 онд зураг авч стрептомицинээр тариулж паск ууж байжээ. 1960 онд дахин зураг аваад ясны сүрьеэ биш гэсэн. 1962 онд зүү тавиулсан ба 1962—1963 онуудад Хужиртын рашаанд сувилуулж нилээд сайжирснаа дахисан гэнэ. Лабораторийн шинжилгээгээр өндөгний цус, шээсэнд онц өөрчлөлтгүй. Рентгенд зураг авахад: ууцны төгсгөлийн 3 нурууны ар талын сэтэрхий—*Spino bifida sacralis posterior* байлаа.

2. Өвчтөн И. 39 настай, эрэгтэй, Улаанбаатар хотын нэг үйлдвэрт эд шалгагч. Шинжилгээнд явуулсан онош-ууц нурууны радикулит сүрьеэгийн спондилит. Зовуур: Ууц нуруу сүвээ рүү өвдөж хөл рүү дамжиж өвдөнө. Хөдөлгөөнд өвчин ихсэнэ. Өвчний түүх: 1952 онд 2 хөл өвдөж Өвөрхангай аймгийн больниц, Хужиртын рашаан сувилалд эмчлүүлж гайгүй болсон. 1954 онд дахин өвчин орж олон төрлийн эм ууж тариа хийлгэж цахилгаан ба тосон шарлага хийлгэж сайжирсан. 1959—64 оны хооронд тус больницын амбулаториор тогтмол эмчлүүлж байсан. 1962 онд ясны зураг авч сүрьеэ байж болшгүй гэж 60 сая стрептомицинээр тариулж нилээд хэмжээний паск ууж, 1962, 1963 онуудад Хужиртын рашаан сувилалд дахин сувилуулсан. Үзэхэд, биеийн байдал идэвхтэй, мах булчингийн хөгжилт ердийн, үе-мөчний хөдөлгөөн чөлөөтэй, нуруу хотгордуу, хөдөлгөөн нь хязгаарлагдмал, дарахад ууц-нурууны доод талаар хөндүүр, тонгойлгоход өвчтэй, бусад эрхтэнд онц өөрчлөлтгүй. Лабораторийн шинжилгээнд онцын өөрчлөлт гараагүй. Рентгенд бүслүүр нурууны зургийг 2 байрлалаар авахад 5-р нурууны хойт үелэх сэртэнгийн хоорондох нум сэтэрхий, хажуу зурагт бүслүүр нуруу урган түнхийж хотойсон, бага зэргийн гулгалттай байв.

Эдгээрээс үзэхэд нурууны төрөлхийн буруу-дутуу хөгжлийн согог клиникийн шинжээр голдуу радикулит гэж оношлогдох ба заримыг нурууны сүрьеэгийн спондилит гэж оношлох нь ховор биш байна.

Олон нурууны төрөлхийн согогийн үед клиникийн ямар нэгэн шинж илрэхгүй байх тал байдаг. Жишээ авъя.

Өвчтөн Ц. 19 настай, эрэгтэй, төмөр замын сургуульд ажилтай, нуруу нь мурийсан учир зохих шинжилгээ хийлгэхээр гэмтэл-согогийн тасагт хэвтжээ. Түүх нь: Хэд хоногийн өмнө гудамжинд ачаатай машины ачаанд цохигдож ухаан алдаж унаад гэмтлийн тасагт хэвтэж зохих тусламж авч 2 хоноод онц юмгүй учир гарсан. Ажилдаа очиход нь хамт ажилладаг хүмүүс нуруу чинь мурийсан байна, гэмтэлтэй байх гэснээр дахин шинжилгээ хийлгэхээр хэвтжээ. Рентгенд 2 байрлалаар зураг авахад сээрний 3—11-р нуруунд төрөлхийн гажуу хөгжилт байв.

22 хүнийг нас, хүйсний хувьд авч үзвэл эрэгтэй 12, эмэгтэй 10, 40 хүртэлх насны 18; 40-өөс дээш насны 4 байв. Сээр нурууны сого-

тийн байрлалын хувьд үзвэл: сээр нурууны согогтой 9, бүслүүр нурууны согогтой 5, сээр-бүслүүр нурууны хавсарсан согогтой 5, ууцны согогтой 3 хүн байв.

Шинжилгээнд ирүүлсэн оношийн хувьд үзвэл: Радикулиттэй 10, сүрьеэгийн спондилиттай 4, хавсарсан оноштой 3, тодорхой оношгүй 5 байлаа.

Гажгийн байдлаар-эрвээхэй хэлбэрийн ба урьд талын сэтэрхий 5, хойт талын сэтэрхий 6, нийлмэл нуруу 4, хажуугийн ба хавсарсан согог 7 байлаа.

Нурууны төрөлхийн буруу-дутуу хөгжлийн согог нь голдуу нуруу үе хамарсан органик бүтцийн өөрчлөлт болон үгдэрч улмаар радикулит болдог учраас мэдрэлийн эмчээр эмчлүүлэх нь олонтаа байдаг.

Товч дүгнэлт

1. Нурууны төрөлхийн буруу-дутуу хөгжлийн согог нь клиникийн хувьд голдуу радикулит, спондилит гэж оношлогддог байна. Иймд дурдсан өвчнүүдийн шинж бүхий хүмүүст ялангуяа эмчилгээний үр дүн муу байвал нурууны ясны төрөлхийн согог байж болохыг анхаарч байх нь уг өвчний оношийг зөвөөр тогтооход практикийн ач холбогдолтой юм.

2. Амьдралын үед нь нурууны төрөлхийн согогийг зөвхөн рентген туяаны тусламжтайгаар зөв таньж болох бөгөөд эрт оношлох нь цаг алдалгүй хөдөлмөрийг зохицуулж цаашдын хүндрэлээс сэргийлэх ба зарим согогт ортопед арга хэмжээ авахад ашигтай.

3. Нурууны согогийг тодорхой зөв оношлоход зохих бэлтгэлтэйгээр заавал 2 байрлалаар зураг авах шаардлагатай байдаг.

НОМ ЗҮЙ

1. Дьяченко В. А. Аномалии развития позвоночника в рентгеновском освещении. Медгиз. М., 1949. — 2. Михайловский Б. Г. Варианты и аномалии развития позвоночника. Дисс. докт. Курск, 1958. — 3. Полатханова К. Б. К рентгенодиагностике врожденных клиновидных позвонков. Сборник трудов Азербайджанского государственного института усовершенствования врачей. Т. 3. 1957. — 4. Полатханова К. Б. К клинико-рентгенологическому изучению врожденных аномалий развития тел позвонков. Автореферат канд. дисс. Баку, 1962. — 5. Рейнберг С. А. Об одном еще не описанном типичном клинико-рентгенологическом синдроме-раннем осложнении врожденного сращения шейных позвонков деформирующим спондилезом. Труды научной сессии Центрального научно-исследовательского института рентгенологии и радиологии. Изд-во АМН СССР, М., 1949, стр. 50—60. — 6. Рыжаксв И. С. Варианты аномалии и деформации позвоночника. Журнал современной хирургии. 1931, Т 6, стр. 610. 7. Тагер И. Л. и Куприянов В. Ф. Аномалия суставных отростков позвонков, их классификация и значение. Хирургия, 1937, стр. 88—100. 8. Чакин В. Д. Врожденные деформации и аномалии развития. Ортопедия, КГ. 1, стр. 88—97

К ВОПРОСУ РЕНТГЕНОДИАГНОСТИКИ ВРОЖДЕННЫХ АНОМАЛИЙ РАЗВИТИЯ ПОЗВОНОЧНИКА

Т. Пурэвжав

РЕЗЮМЕ

Несмотря на то, что длительное время изучение различных врожденных аномалий развития позвоночника привлекает к себе внимание специалистов, многие вопросы этой проблемы все еще остаются не ясными.

Клиническая диагностика аномалий развития тел позвонков трудна из-за частых вторичных осложнений, чаще диагностируется радикулит, реже—туберкулезный спондилит.

Рентгенологическому методу исследования принадлежит огромное значение в различных вопросах прижизненного распознавания врожденных аномалий развития тел позвонков, в уточнении вида и формы аномалий.

ТӨРӨХ ХҮЧ СУЛРАХ ҮЕД ЦУСАН ДАХЬ ЗАРИМ ЭЛЕКТРОЛИТИЙН КОНЦЕНТРАЦИЙН ӨӨРЧЛӨЛТ

Эрдэм шинжилгээний ажилтан *Б.Лувсан-Ёндон* (Анагаах ухааны хүрээлэн)

Жирэмсний үед бодисын солилцоонд маш нарийн уялдаа бүхий хувилууд бий болдог нь илэрхий билээ. Организм дахь электроли-туудын хэмжээ, тэдгээрийн хоорондын харьцаанаас булчингийн аг-ших чадвар ялангуяа умайн булчингийнх ихээхэн шалтгаалдаг болох нь судалгаагаар нотлогдсоор байна.

Калийн ионы тодорхой хэмжээний концентраци мэдрэл булчин-гийн цочрохуй чанарыг нэмэгдүүлэхээс гадна мэдрэлийн төгсгөлөөс ацетилхолины ялгарахыг сайжруулдаг (С.Н.Саркисян, Б.Л. Штейн-дерман, Ю.Р. Вайнштейн), харин кальцийн ион бол булчингийн тону-сыг нэмэгдүүлдэг (А.П.Николаев, 1966) байна.

Жирэмсэн ба төрж байгаа эхийн цусанд зарим электролитийг тодорхойлон үзсэн судалгаа манайд хараахан үгүйг харгалзан бид, төрөх насны жирэмсэн бус эрүүл эмэгтэйчүүд (37), 18—37 долоо хо-ногтой жирэмсэн (49), хэвийн гүйцэд төрөлт (63), төрөх хүч нь су-ларсан төрөлт (45), төрсний дараахь эх (50), нийт 244 хүний ийлдэс дэх натри, кали, кальци, улаан цогцос дахь кали, натрийн концент-рацийн байдлыг дөлт фотометрээр тодорхойлон материалаа статис-тикийн аргаар боловсруулсан юм (дүнг 1-р хүснэгтэд бусад судлагч-дынхтай харьцуулан үзүүлэв).

Цусны улаан цогцос дахь электролитийн хэмжээ, организмын эд эсийн дотор байх электролитийн хэмжээг харуулж болох бүрэн үндэстэй болсон учир сүүлийн жилүүдэд улаан цогцсын электроли-тийг тодорхойлох явдал өргөссөн байна.

Тайлбар; Судалгаанд авсан эмэгтэйчүүд нь тухайн үед ямар нэгэн өвчнөөр өвч-лөөгүй, төрөх насны жирэмсэн бус эрүүл эмэгтэйчүүд, жирэмсний ямар нэгэн хүндрэл-гүй эхчүүд байсан.

Дээрх харьцуулалтаас үзэхэд, манай төрөх насны жирэмсэн бус эрүүл эмэгтэйчүүдийн ийлдэс дэх кали, кальцийн хэмжээ гадаадын судлагчдынхтай тохирч байна. Харин улаан цогцос дахь натрийн хэмжээ зарим судлагчдынхаас дээгүүр, кали нь доогуур-В. Н. Куке-сийхээс (1963) 5 %-ийн зөрүүтэй байгаа боловч В.Н.Бриккер (1963) G.Ricker, P.Уильямс зэрэг ихэнх судлагчдынхтай тохирч байна.

Энэ бага зэргийн зөрүүтэй байгаа явдлыг манай хүмүүсийн хэ-рэглэж заншсан хоол унд, манай орны цаг агаарын байдалтай хол-бон үзэж болох боловч, гадаадын судлагчдын тодорхойлсон хэмжээ мөн харилцан адилгүй, ихээхэн хэлбэлзлэлтэй байгааг дурдах нь зүйтэй юм.

Бидний судалгаанаас үзэхэд, төрөх насны жирэмсэн бус монгол эмэгтэйчүүдийн ийлдэс дэх натри, кали, кальци, улаан цогцос дахь натри, калийн концентрацийг дөлт фотометрээр тодорхойлоход дээрх хэмжээнд хэлбэлзэх байдалтай (2-р хүснэгт).

Бидний судалгаанаас үзэхэд, төрөх насны жирэмсэн бус эмэг-тэйчүүдийн ийлдэс дэх натрийн концентраци, жирэмсэн болон гүй-цэд хэвийн төрөгчийнх нэгэн хэмжээнд байна. Харин төрөх хүч су-ларсан төрөлтийн үед ийлдсийн натри бага зэрэг багасаж байна.

В. Петреску, Д. Обрештяну (1962), Б. И. Гринберг (1966) нар гүйцэд хэвийн төрөлт болон төрөх хүч суларсан төрөлтийн үед ийлдэс дэх натри бараг хувирахгүй буюу үл мэдэг нэмэгдсэн бай-лаа гэж бичсэн байна.

Улаан цогцос дахь натри, жирэмсэн бус эмэгтэйчүүдийнхээс их-сэх боловч жирэмсний 35—37 долоо хоногт байсан натрийн хэмжээ-гүйцэд хэвийн төрөлт ба төрөх хүч сулралтай төрөлтийн 1 дүгээр үед өөрчлөгдөхгүй байна. Нөгөө талаар, гүйцэд хэвийн төрөлт, тө-

1-р хүснэгт

Жирэмсэн бус төрөх насны эрүүд эмэгтэйчүүдийн цусан дахь
натри, кальцийн хэмжээ

Судлагчид	Цусан дахь натри, кали, кальц						Улаан цогцос дахь					
	Ийлдэс дэх			Кальци			Натри			Кали		
	мг %	мэк/л	мг %	мэкв/л	мг%	мэкв/л	мг %	мэкв/л	мг %	мэкв/л	мг %	мэкв/л
Р. М. Тальвик		4,13 ±0,007 (1756х)		140,000 ±0,21 (1766х)				14,00 ±0,079 (612х)			88,76 ±0,237 (617х)	
В. Г. Кулес	18,2 ±2,1	4,6 ±0,7	327,4 ±12,1	142,1 ±5,3			29,3 ±2,9	12,7 ±1,1		369,2 ±10,2	94,4 ±3,7	
С. Д. Балаховский И. С. Балаховский	16—22				8,5 11,0					360—420		
В. Петреску Д. Обрештяну	16,45 18,40	4,2 4,71	32,2 336	140 146								
Т. Н. Герчикова		3,52 5,0		134 150				9,0—14,5			88,0 106	
В. Н. Бриккер							56—80			294—336		
Р. Уильямс							20—66			314—394		
Биднийхээр	18,07 ±0,65		359—43 ±14,55		0—55 0,4						303,35 ±8,59	

Төрөх насны жирэмсэн бус эрүүл эмэгтэйчүүдийн цусан дахь зарим электролитийг жирэмсэн болон төрж байгаа эхийнхтэй харьцуулбал:

Төрөлтийн ялгаа	хүний тоо	Цусан дахь натри, кали, кальци				
		Ийлдэс дэх			Улаан цогцос дахь	
		Натри	Кали	Кальци	Натри	Кали
		мг%	мг %	мг %	мг %	мг %
Жирэмсэн бус эрүүл, төрөх насны эмэгтэйчүүд	37	359,43 ± 14,55	18,07 ± 0,65	10,55 ± 0,4	48,35 ± 2,39	303,35 ± 8,59
Жирэмсэн эх, 18—37 долоо хоног	49	356,29 ± 7,8	20,33 ± 0,33	10,47 ± 0,41	57,47 ± 2,38	303,93 ± 10,28
Гүйцэд хэвийн төрөлтийн 1-р үед	63	347,16 ± 4,62	21,59 ± 0,21	7,14 ± 0,54	60,11 ± 2,04	319,58 ± 1,02
Төрөх хүчний сулралтай төрөлтийн 1-р үе	45	322,13 ± 13,75	16,75 ± 0,38	6,8 ± 0,18	59,44 ± 11,62	281,59 ± 17,8

рөх хүч сулралтай төрөлтийн үед улаан цогцос дахь натрийн концентрацид өөрчлөлт гарахгүй байгаа явдал бидэнд ажиглагдлаа. Энэ нь Б. И. Гринбергийн (1966) судалгаатай тохирч байна.

Жирэмсэн болоход ийлдэс дэх кали ихсэж гүйцэд хэвийн төрөлтийн 1 дүгээр үед $21,59 \pm 0,21$ хүртэл нэмэгдэж байна. Харин төрөх хүч суларсан төрөлтийн 1 дүгээр үед $16,75 \pm 0,38$ хүртэл буурсан байдал ажиглагдсан юм. Бидэнд ажиглагдсан энэ байдал Ю.А.Пайлодзе, М. А. Петров - Маслаков, Б. И. Гринберг, Д. А. Ширман, Г. А. Бакист, А. И. Петченко, В. Г. Чахова (1966) нарын судалгааг нотолж байна.

Харин улаан цогцос дахь кали жирэмсэн ба жирэмсэн бус эхэд нэгэн хэмжээнд байгаад төрөлтийн 1 дүгээр үед бага зэрэг ихсэж байна. Төрөх хүч суларсан төрөлтийн 1 дүгээр үед улаан цогцос дахь кали хэвийн гүйцэд төрөлтийнхээс $(281,59 \pm 17,8, \text{мг } \%, 391,58 \pm 1,02 \text{ мг } \%)$ бага байлаа. Ийлдэс дэх кальцийн хэмжээ жирэмсэн ба жирэмсэн бус эхэд ижил хэмжээнд $(10,47 - 10,95,5 \text{ мг } \%)$ байна. Харин төрөлтийн үйл ажиллагаа эхлэх үед багасаж $(7,14 \text{ мг } \%)$ байна.

Гүйцэд хэвийн төрөлтийн үед $(9,8 \text{ мг } \%)$ ийлдэс дэх кальци, төрөх хүч суларсан төрөлтийнхээс бага $(10,5 \text{ мг } \%)$ байна гэж (М. А. Петров—Маслаков) бичсэн байхад В. Н. Хмелевский, А. И. Петченко, Д. А. Ширман болон бусад судлагчид төрөх хүч суларсан эхийн ийлдэс дэх кальци хэвийн гүйцэд төрөлтийнхээс бага байна гэж бичсэнтэй бидний материал тохирч (гүйцэд хэвийн төрөлтийн үед ийлдэс дэх кальци $7,14 \text{ мг } \%$ байхад төрөх хүч нь суларсан үед $6,8 \text{ мг } \%$) байна.

3-р хүснэгтээс үзэхэд, хэвийн гүйцэд болон төрөх хүч суларсан төрөлтүүдийн дараахь 4—6 хоногт цусны натри, кали, кальци төрөхийн өмнөх хэмжээндээ бүрэн хүрч чадаж байна.

А. Genpari (1966), хэвийн гүйцэд төрөлтийн дараахь 5 дахь хоногт ийлдсийн натри 310—350 мг %, кали 16—22 мг % байх нь ердийн хэмжээнд хүрсэн нь юм гэж бичсэн байна.

Төрсний дараахь болон төрөх үеийн цусны зарим электролитийг харьцуулбал (мг %-иар)

Төрөлтийн ялгаа	Хүний тоо	Цусан дахь натри, кали, кальци				
		Ийлдэс дэх			Улаан цогцос дахь	
		Натри	Кали	Кальци	Натри	Кали
Гүйцэд хэвийн төрөлт 1-р үед	63	347,16 ±4,62	21,59 ±0,21	7,14 ±0,54	60,11 ±2,04	319,58 ±1,02
Хэвийн төрөлтийн дараахь 4—6 хоногт	32	337,25 ±7,57	21,89 ±0,53	8,95 ±3,75	63,07 ±0,79	320,48 ±7,29
Төрөх хүч суларсан төрөлтийн 1-р үед	45	322,13 ±13,75	16,75 ±0,33	6,8 ±0,18	59,44 ±11,62	281,59 ±17,8
Төрөх хүч суларсан төрөлтийн дараа 4—6 дахь хоногт	18	320,34 ±8,34	20,94 ±1,01	8,8 ±0,5	65,17 ±2,92	317,75 ±15,22

Төрөхөөс өмнө ийлдэс болон улаан цогцос дахь калийн хэмжээ бага байсан эхчүүдийн төрөлт бусдаасаа илүү хүндрэлтэй явагдаж байв.

Дүгнэлт

1. Төрөлтийн үйл ажиллагааны үүсэх болон түүний явцад кали тодорхой нөлөө үзүүлдэг байна.

2. Жирэмсний сүүлийн сард цусан дахь кали, кальцийг тодорхойлох нь төрөлтийн үед төрөх хүч суларч болохыг урьдчилан мэдэж, тухайн үед сэргийлэх арга хэмжээ авах боломжийг өгөх практикийн ач холбогдолтой.

НОМ ЗҮЙ

1. Балаховский С. Д., Балаховский И. С. Метод химического анализа крови. Медгиз, Москва, 1953, 209 стр. —2. Бриккер В. Н. Определение содержания электролитов в эритроцитах человека. Лаб. дело, 1963, 1, стр. 14—16. —3. Герчикова Т. Н. Определение содержания натрия и калия в эритроцитах методом пламенной фотометрии. Лаб. дело, 1963, 1, стр. 5—8. —4. Гринберг Б. Н. Содержание некоторых электролитов в крови и активность сывороточной холинэстеразы в динамике родов. В кн. „Регуляция родовой деятельности“ Киев, 1966, стр. 63—67. —5. Кукес В. Г. Методика определения калия и натрия в эритроцитах методом пламенной фотометрии. Лаб. дело, 1963, 1, стр. 9—13. —6. Петреску В., Обрештяну Д. Значение ионов калия для динамики матки. Акуш. и гинек. 1962, стр. 65—68. —7. Тальник Р. М. Нормальное содержание натрия и калия в плазме и эритроцитах. Лаб. дело, 1966, 12, стр. 716—719. —8. Gennari A. Sul Sompportamento del sodio del potassio e del cloro serici nel puerperio fisiologico. —9. Mielnik J. Minerva ginec, 1966, 18, 21, 1207—1211. Porod normalny i przedfuzony a wzpofzaleznosc miedzy stezeniem potasu w osocz i zawartoscia w szyjce macicy. —10. Mielnik J. Ginek, pol, 1966, 37, 12, 1287—1291. Jod, patas, chlor i wapn w osocz kodiet z porodem przedfuzonym. Ginek, pol, 1966, 36, 3, 259—264.

ДИНАМИКА КОНЦЕНТРАЦИИ НЕКОТОРЫХ МИКРОЭЛЕМЕНТОВ В КРОВИ ПРИ СЛАБОСТИ

РОДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Б. Лувсан-Ёндон

РЕЗЮМЕ

По данным автора, с увеличением сроков беременности у здоровых женщин увеличивается концентрация калия в плазме и эритроцитах. В первом периоде родов содержание калия в плазме и эритроцитах в среднем равно соответственно $21,59 \pm 0,21$ мг %, $319,58 \pm 1,02$ мг %, а при первичной слабости родовой деятельности ниже, чем при нормальных родах (соответственно $16,75 \pm 0,28$ мг %, $281,59 \pm 17,8$ мг %). Определенная в результате исследований концентрация кальция в плазме при слабости родовой деятельности ниже чем при нормальных родах.

Эти данные показывают, что концентрация ионов калия, кальция в плазме и калия в эритроцитах имеет большое значение для нормального развития родовой деятельности.

Автор делает заключение, что определение концентрации калия, кальция в плазме и калия в эритроцитах на последнем месяце беременности имеет практическое значение в оценке предстоящей родовой деятельности.

УМАЙН ХҮЗҮҮНИЙ ӨМӨНГИЙН ЦИТОЛОГИ ОНОШ ЗҮЙН АСУУДАЛД

Д. Самбуунпүрэв

Улсын цацраг туяа эмнэлэг

(Ерөнхий эмч А. У дэд эрдэмтэн Б. Доржготов)

Умайн хүзүүний өмөн нь эмэгтэйн бэлэг эрхтэний хорт хавдрын дотор элбэг тохиолддог хэлбэрийн нэг бөгөөд түүгээр ихэвчлэн 2—5 удаа төрсөн 35—40 насны эмэгтэйчүүд өвчилдөг. А. М. Мерковын судалгаагаар 1930—1961 онд ЗХУ—д эмэгтэйчүүдийн бүх хорт хавдрын дотор умайн хүзүүний өмөн 25,1 %-ийг эзэлж байна.

Умайн хүзүү нь байрлалын хувьд шинжлэхэд илүү дөхөмтэй тул энэ хэсгээс гарсан өмөнг эрт оношлож, төгс эмчлэх боломжтой байдаг. Ихэнх орны мэдээгээр, умайн хүзүүний өмөнгийн 1-р үеийн 70—80 % нь бүрэн эмчлэгдэж байна. Иймд умайн хүзүүний өмөнг эрт илрүүлэн оношлох явдал төгс эмчлэхийн үндэс болдог. Умайн хүзүүний өмөнг эрт илрүүлэн төгс эмчлэхэд чухал үүрэгтэй оношийн аргын нэг бол цитологи шинжилгээ юм.

Өмөнгийн онош нотлохоор умайн цитологийн шинжилгээг 1942—1943 оноос зарим орны эрдэмтэд (2,3,6) хэрэглэж эхэлжээ. Умайн цитологийн шинжилгээ нь хийхэд хялбар, түргэн хугацаанаа олон дахин хийх боломжтой, хямд, өмөнг эрт илрүүлдэг ашигтай учраас эмнэлэгийн практикт богино хугацаанд дэлгэрчээ. Цацраг туяа эмнэлгийн 1968 оны тайлангийн материалаар умайн хүзүүний өмөн бүх хорт хавдрын дотор 13,2 % болж 3-р байранд орж байна.

Тус улсад урьд өмнө умайн цитологийн шинжилгээ хийгдэж байгаагүй. Үүнээс үндэслэн бид, умайн хүзүүний өмөнгийн оношийг эрт тогтоон, эмчилгээний асуудлыг аль болох түргэн шийдвэрлэхэд цитологийн шинжилгээ манай нөхцөлд хир зэрэг үр нөлөөтэй болохыг тодотгох зорилгоор Цацраг туяа эмнэлэгт үзүүлсэн буюу урьдчилан сэргийлэх үзлэгт хамрагдсан сэжиг бүхий ба клиникийн хувьд шинж тэмдэг илэрхий хүмүүст 1963 оноос эхлэн цитологийн шинжилгээ хийж ирлээ. Өмөнг илрүүлэхээр хийсэн цитологийн шинжилгээний үр дүнг 1-р хүснэгтэд үзүүлэв

1-р хүснэгтээс үзэхэд, бүгд 707 өвчтөнд цитологи шинжилгээ хийж, 563 тохиолдолд өмөн байгааг илрүүлжээ. Бүх илрүүлсэн өвч-

төний 70 %-д онош нь патогистологийн шинжилгээгээр нотлогдсон юм.

1-р хүснэгт

Цитологийн шинжилгээний тоо, өмөн илрүүлсэн хувь

ОН	Цитологийн шинжилгээний тоо	Илэрсэн өмөнгийн тоо	Илэрсэн өмөнгийн хувь	Эдийн шинжилгээгээр нотлогдсон тохиолдлын тоо
1963	110	78	70,8%	59
1964	60	48	80%	37
1965	68	53	75%	36
1966	165	134	81%	104
1967	192	159	83%	122
1968	112	91	81%	61
БҮГД	707	563	80%	419

Гадаадын орны эрдэмтдийн судалгаагаар (2,3,4) үтрээнээс бэлтгэж будсан наалдцанд А. А. Кельман 93,5 %-д Рарапиколаои 96,8 %-д Lumburg (1964) 92 %-д, Graham (1963) 95,7-д, Альтгаузен (1962) Мандельштам (1958) 96 %-д тус тус өмөнгийн эс илрүүлжээ. Энэ үзүүлэлт бидний шинжилгээгээр, өнгөрсөн 8 жилд дунджаар 80 % орчим болж гадаадын орны эрдэмтэдийн судалгааныхаас 10 %-иар бага байна.

Цитологийн шинжилгээнд умайн хүзүүний сүвийн гадна амсраас буюу нүхнээс тусгай савх, хавчаарын тусламжтайгаар материал авч түрхэц бэлтгэх, умайн хүзүүний үтрээн хэсгийн сэжигт газраас хусах, үтрээн ар хүнхэрийн шингэнээс наалдац бэлтгэх журмаар материал цуглуулав. Илэрсэн өмөнгийн байрлалын ялгааг 2-р хүснэгтэд үзүүлэв.

2-р хүснэгт

Өмөнгийн байрлалын ялгаа

ОН	Үтрээн ар хүнхэр	Хүзүүний үтрээн хэсэг	Умайн хүзүүний амсар
1963	30	30	18
1964	18	20	10
1965	10	31	12
1966	32	88	14
1967	22	108	29
1968	11	61	19
Бүгд	123	338	102

2-р хүснэгтээс үзэхэд үтрээн ар хүнхрээс авсан шинжилгээний тоо цөөрч, умайн хүзүүний үтрээн хэсэг, гадна амсраас авсан шинжилгээний тоо нэмэгдсээр ирсэн байна. Энэ байдал нь бидний шинжилгээ авах арга техник сайжирч, цитологийн шинжилгээний өмөн илрүүлэх үр дүн нэмэгдэж ирсний баталгаа юм.

Цитологийн шинжилгээнд гематоксилин-эозиноор будах аргыг голчлон хэрэглэв. Микроскопоор шинжлэхэд наалдац дотор цусны улаан цогцос, үрэвслийн эсийн хамт хэсэг бөөгнөрөл, бүлгээрээ буюу нэгээрээ байрласан хэвийн бус эсүүд харагдаж байв. Хавдрын эс, түүний бөөм нь хэмжээ, хэлбэрийн хувьд эрс тэс зөрүүтэй, олон дүрст нүцгэн буюу олон бөөмт, аварга бөөмтэйгээр тодорхойлогдов. Эсийн бөөм жигд биш будагдах, эсийн буруу хуваагдал, дистрофи-өөрчлөлт зэрэг илэрч байв. Гэвч наалдцанд протоплазмын нарийн хүрээ бүхий фиброциттэй төсөөтэй ээрүүлэн ба шанаган хорхой хэл-

бэрийн эсүүд олонтаа тохиолдож байлаа. Эдгээр эсүүд нь хавдрын эс бөгөөд уул хавдрын гол шинж болно. Эсийн шинж байдалд тулгуурлан сүүлийн жилд ямар эс гаралтай өмөн болохыг эдийн шинжилгээний нэгэн адил цитологт нозологи нэрээр тодорхойлж байна.

Сүүлийн үед умайн хүзүүний өмөнг оношлохын зэрэгцээгээр тэрхүү хавдрын эс, түүний ойролцоох эдүүд туяа эмчилгээний нөлөөнд хэрхэн урвалжин хувирч, өөрчлөгдөж буйг тодорхойлох зорилгоор цитологийн шинжилгээг хэрэглэж байна. Энэ талаар зөвлөлтийн эрдэмтэн Е. Я. Ставская, Д. В. Левина (1949), Т. И. Журковская (1952), Е. А. Стафива (1959) нар нилээд судалгаа явуулжээ (1,5).

Энэ судалгааг үндэслэн өмөнгийн явцад цацраг идэвхт бодис хэрхэн нөлөөлж, туяа эмчилгээний үр дүн ямар байгааг тодорхойлох зорилгоор туяа эмчилгээ хийлгэсэн өвчтөнд цитологийн шинжилгээ хийв.

3-р хүснэгт

Туяа эмчилгээний дараа хийсэн цитологийн шинжилгээний үр дүн

ОН	Шинжилсэн өвчтөний тоо	Өмөнгийн эс илэрсэн	Туяаны өөрчлөлттэй эс	Илрээгүй
1963	7	2	—	5
1964	10	2	2	6
1965	15	4	6	5
1966	21	3	12	6
1967	26	3	7	16
1968	23	4	11	8
Бүгд	102	18	38	46

3-р хүснэгтээс үзэхэд, туяа эмчилгээ хийлгэсэн 102 өвчтөнд цитологийн шинжилгээ хийхэд хавдрын эс 18-нд нь илэрсэн, 46-нд нь илрээгүй, 38-д нь туяаны өөрчлөлттэй байна. Иймээс цитологийн шинжилгээ нь умайн хүзүүний өмөнг эрт илрүүлэхийн зэрэгцээ туяа эмчилгээний үр дүнг тодорхойлох шалгавар-хяналт болж байна.

Дүгнэлт

1. Умайн цитологийн шинжилгээг бүгд 707 хүнд хийж 567 тохиолдолд өмөн байгааг илрүүлснээр бидний оношлолт 80%-ийн үр дүнтэй байна.

2. Цитологийн шинжилгээ нь умайн хүзүүний өмөнгийн оношийг асар богино хугацаанд, энгийн нөхцөлд тодорхойлох арга болохыг бидний ажлын үр дүн харуулж байна.

3. Цитологийн шинжилгээ нь умайн хүзүүний өмөнгийн туяа эмчилгээний чанарын үр дүнг тодорхойлон, улмаар алсын үр дүнг ажиглахад тус бэлэх чухал арга бэлэх нь бидний ажлаас харагдав.

НОМ ЗҮЙ

1. Каюмова Р. Э. Вопросы онкологии. 1933, 7, 71—78.— 2. Крыстина виды и Юзеф Керски. Диагностика рака шейки матки. Варшава, 1934, 22—56.— 3. Мандельштам В. А., Свиндлер Е. А. Цитологическая диагностика рака женских половых органов. М., 1936.— 4. Терцано Г. Тезисы докладов VIII международного противоракового конгресс. М., 1932, 35.— 5. Шведкова-Роше Т. С. В кн.: «Новые методы диагностики в онкологии и рентгенологии» Киев, 1957, 91—99.— 6. Шиллер-Волкова Н. Н. и др. Цитологическая диагностика злокачественных новообразований. Атлас, М., 1964.

К ВОПРОСУ ЦИТОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ

Д. Самбуурэв

РЕЗЮМЕ

Автором произведено цитологическое исследование мазков из влагалища у 707 больных раком шейки матки и цервикального канала матки. Указание в уверенной форме на наличие рака было у 576 случаев, что составило 80%. Результат работы показывает, что цитологическое исследование мазков из влагалища является достаточно достоверным, простым, легкодоступным и быстрым методом в диагностике рака шейки и может свободно применяться в любых условиях.

Были также изучены влагалищные мазки у 102 больных, подвергавшихся лучевой терапии по поводу рака шейки и цервикального канала. Автор отмечает, что цитологическое исследование мазков из влагалища является качественным критерием эффективности лучевого лечения рака шейки и цервикального канала матки.

МОНГОЛ ОХИДЫН АНХНЫ САРЫН ТЭМДЭГ ИРЭХ ХУГАЦААНЫ ТУХАЙ

Х. Лхагважав

Анагаах ухааны дээд сургуулийн эмгэг анатом, шүүх эмнэлгийн тинхэм
(Эрхлэгч дэд эрдэмтэн, доцент Д. Цэдэв)

Охидын бэлгийн бойжилт олж эхэлж буй чухал шинж тэмдгийн нэг нь анхны сарын тэмдэг ирэх явдал бөгөөд анхны сарын тэмдэг гадаад дотоод олон нөхцөлөөс хамаарч олон ястан, үндэстэнд харилцан адилгүй насанд ирдэг.

В. М. Тарновский (1891), Ф. Штрассман (1901), В. М. Смольяников (1935) Н. В. Попов (1946), Н. Ш. Булатова (1952), М. Г. Сердюков (1957), Н. М. Данилович (1959), И. И. Богоров (1960), В. С. Соловьева (1964) Б. Братонов. К. Кубота (1965), Н. Хэйнци, Г. Ольвер (N.Heintz, G.Olivier (1965) зэрэг олон эрдэмтэн, судлаачдаас охидын бэлгийн бойжилтыг олоход нийгэм, эдийн засаг, газар нутаг, цаг уурын байдал, хот, хөдөөгийн ялгаа, биеийн ерөнхий өсөлт, хөгжилт, эрүүл мэндийн байдал, яс, үндэс, удамшил, орон сууц, хоол хүнс, хүмүүжлийн байдал зэрэг олон нөхцөл нөлөөлдөг гэж үздэг ба мөн дээрх нөхцөлүүдээс гадна нарны илч хангалттай эсэх (Н. Ш. Булатова), амьтны гаралтай уургийн зүйл хэрэглэх (Н. Хэйнци, Г. Ольвер) зэрэг зүйлүүд ач холбогдолтой тухай дурдсан байдаг. Олон ястан, үндэстний охидын анхны сарын тэмдэг ирэх нас сүүлийн 50-иад жилд түргэсэж, 1,6 жилээр эртэссэн тухай О. Страшер (O.Stracker), Н. Д. Гольдберт, Г. Ковальша (G.Kowalska), Ш. Михаль К. Лайош, (Sas. Mihaly, K.Lajos) зэрэг хүмүүс сүүлийн жилүүдэд бичиж байгаагаас гадна А. Вэйрд (A.Ward), В. Беннет (W. Bennet) 1966) нар сүүлийн 50 жилд охидын бэлгийн бойжилт олж эхлэх нас 10 жил дутам 4—6 сараар эртсэж байна гэж үзжээ.

Монгол охидын анхны сарын тэмдэг ирэх насны талаар 1922 онд Э. Велчек (E. Yelcek) судалгаа явуулж, халх-монгол охидын анхны сарын тэмдэг дунджаар 15 нас 10 сартайдаа ирдэг гэж тогтоосон ба мөн 1965 онд халх-монголчуудад антропологийн судалгаа явуулж бичихдээ, анхны сарын тэмдэг монгол охидын 30 гаруй хувьд 16 насанд, 26%-д 17 насанд, 18%-д нь 18 насанд ирдэг гэжээ. Мөн Ч. Чүл-тэмдорж 1963 онд Улаанбаатар хотын сургуулийн насны охид, хөвгүүдэд бие бялдрын судалгаа явуулахад сарын тэмдэг ирсэн охидын ихэнх хувийг (54,75%) 14 насны охид эзэлж байжээ.

Бид монгол охидын анхны сарын тэмдэг ирж буй дундаж нас, хугацаа зэрэг асуудлыг тогтоох зорилгоор Улаанбаатар хот, Өмнөговь аймгийн суурин суугч сургуулийн сурагч, оюутан, ажилчин, мал-

чин 12—25 насны 1269 охид, эмэгтэйчүүдэд судалгаа явууллаа. Судалгаанд хамрагдсан охид, эмэгтэйчүүдийн анхны сарын тэмдэг ирсэн насыг вариацийн аргаар боловсруулж гаргахад судалгаанд орсон монгол охид, эмэгтэйчүүдийн анхны сарын тэмдэг ирэх дундаж нас 14—25 ($\delta \pm 1,2$) байлаа. Хөт хөдөөгөөр нь ялган үзвэл Улаанбаатар хотын охид, эмэгтэйчүүдийн анхны сарын тэмдэг ирэх дундаж нас 14—15 ($\delta \pm 1,0$), Өмнөговь аймгийн охид, эмэгтэйчүүдийнх 14,48 ($\delta \pm 1,4$) тус тус байлаа.

Судалгааны дүнгээс үзэхэд, Улаанбаатар хотын охидын анхны сарын тэмдэг, Өмнөговь аймгийн охидынхоос хэдэн сараар эрт ирж байгаагаас гадна Э. Велчекийн (1922) судалгааны дүнтэй харьцуулан үзэхэд сүүлийн 47 жилд монгол охидын сарын тэмдэг ирэх нас 1 нас 7—8 сараар эртэссэн байна. Ингэж анхны сарын тэмдэг ирэх нас эртэссэн нь ардын хувьсгалын жилүүдэд манай улсын нийгэм эдийн засаг үндсээрээ өөрчлөгдөж, ард түмний аж амьдрал эрс дээшилж, хүүхдийн бие бялдрын хөгжилт сайжирсантай холбоотой юм.

1-р хүснэгт

Олон ястан, үндэстний охидын анхны сарын тэмдэг ирэх нас

Аль улс	Яс угсаа	Анхны сарын тэмдэг ирэх нас	Хэн хэдийд тодорхойлсон
Европын	Болгар охид (Софи хот)	13,0	Хр. Сеизов (1957)
	Герман охид (Майнц)	13,3	Г. Гримм (1958)
	Чехословак (Братислав)	13,11	И. Дровни (1965)
	Польш охид (Варшав)	13,01	Г. Милькер (1965)
Улсууд	Румын охид (Яссы хот)	13,02	А. Кристеску, С. Антони (1965)
	Унгар охид	13,23	Ш. Михаль, К. Лайош (1967)
Зөвлөлт	Орос охид (Москва хот)	12,9	Ю. Ф. Борисова (1964)
	Грузин охид (Тбилис хот)	13,15	В. С. Соловьева (1965)
холбоот улсын үндэстэнүүд	Армян охид (Ереван хот)	13,85	В. М. Мусаелян (1965)
	Литов охид (Вильныс хот)	13,6	С. Павилонис (1965)
	Карелийн охид	13,10	Т. С. Норейко (1965)
	Украин охид	13,0	А.Н.Самойличенко (1966)
	Казак охид (Алма-Ата хот)	14,8	Е. И. Пономарев (1955)
	Киргиз охид	15,64	Н. Ш. Булатова (1952)
	Узбек охид (Ташкент хот)	15,6	О. Т. Ушнурцева (1956)
Монгол	Монгол охид	14,25	1969 оны бидний судалгаагаар
	а) Улаанбаатар хотын охид	14,15	
	б) Өмнөговь аймгийн охид	14,48	

Дээрх хүснэгтээс үзэхэд Европын улсууд болон Зөвлөлт Холбоот Улсын олонхи ястан, үндэстний охидоос монгол охидын анхны сарын тэмдэг ирэх нас 4 сараас 1 нас 4 сараар хожуу байгаа ба казак, узбек, киргиз охидтой бараг адил буюу монгол охидод анхны сарын тэмдэг их биш хугацаагаар түрүүнд ирж байна. Гэвч харьцуулан үзэж буй зарим материал олон жилийн өмнөх гэдгийг бодолцох нь зүйтэй билээ.

Сарын тэмдэг ирсэн байдлыг насаар нь ялган үзүүлбэл: (%-иар) 12 насанд 4,4; 13 насанд 23,7, 14 насанд 56,6; 15 насанд 80,2; 16 насанд 97,8; 17 насанд 98,6; 18 насанд 98,7; 19 насанд 100,0 байна. Судалгаанд хамрагдсан охид, эмэгтэйчүүдийн 79,7%-д сарын тэмдэг тогтмолжсон, 20,3%-д тогтмолжоогүй байсан ба анхны сарын тэмдэг ирэх нь жилийн улирлаар адилгүй, ихэвчлэн дулаан улиралд эхлэн ирж байна. Тухайлбал: хавар 30,9%-д зун 28,9%-д намар 18,0%-д өвөл 22,2%-д тус тус ирж эхэлжээ. Сарын тэмдэг тогтмолжсон хүмүүст

сарын тэмдэг ирэх хугацааг авч үзвэл 21 хоноод ирдэг—3,3%, 21—25 хоноод 3,3%, 25—28 хоноод 24,8%, 28—30 хоноод 56,5% 30-аас дээш хоноод 1,8%; сарын тэмдэг үргэлжлэх хугацаа нь 1—3 өдөр—6,2%, 3—5 өдөр 84,0%, 5—7 өдөр 7,9%, 7 өдрөөс дээш 1,9% тус тус байлаа.

Дүгнэлт

1. Монгол охидын анхны сарын тэмдэг ирэх дундаж нас 14,25 (δ—±1,2) болно.

2. Монгол охидын анхны сарын тэмдэг ирэх нас сүүлийн 50-иад жил дунджаар 1 нас 7—8 сараар эртэссэн байна.

3. Монгол охидод анхны сарын тэмдэг Европ ба ЗХУ-ын олонхи үндэстэн, ястны охидоос дунджаар 4 сараас 1 нас 4 сар хүртэл хугацаагаар хожуу ирж байна.

4. Анхны сарын тэмдэг хотын охидод, хөдөөний охидоос эрт ирж байна.

НОМЗҮЙ

1. Богоров И. И. Гинекология детского возраста. Л., 1960.—2. Борисова Ю. Ф. О половом развитии школьниц г. Москвы. Автореферат дисс. М., 1965.—3. Булатова Н. Ш. Материалы обследования половой сферы женщин некоторых районов Киргизии. Фрунзе. Автореферат дисс. 1952.—4. Гольдберг Н. Д. Сб. „Вопросы травмат. токсикол. скорпостиж. смерти и деонтологии в экспер. практике“. Вып. 3, М., 1966.—5. Гримм Г. Основы конституциональной биологии и антропометрии. М., 1967.—6. Данилович Н. М. Вопр. антропологии. Вып. 13. 1963.—7. Михель Ш. Лайош К. Гинекология детского возраста. М., 1967.—8. Мусаелян В. Н. Сб. трудов бюро глав. суд.мед. экспертизы и каф. суд. мед. Ереван, мед.ин-та. Вып. 4. 1964.—9. Норейко Т. С. Сб. трудов науч.об-ва медиков Литов. ССР. Т. 2, 1965.—10. Павлонис С. Тезисы докл. II-го Респ. съезда врач. педиатров. Лит. ССР. Вильнюс, 1965.—11. Пономарева Е. И. Физическое развитие Алма-Атинских школьниц (1946—47 гг.) Автореф. дисс. 1955.—12. Попов Н. В. Учебник суд. медицины. М., 1946.—13. Самойленченко А. Н. Актуал. вопр. суд. мед. и криминалистики. Труды Лен. ГИД.УВа. Вып. 49, Л., 1966.—14. Сердюков М. Г. Судебная гинекология и акушерство М., 1957.—15. Смольняков В. М. В кн.: „Суд.мед. акушерство-гинекологичес. экспертизы“. М., 1935.—16. Соловьев В. С. Вопросы антропологии. Вып. 19, 1965.—17. Тарновский В. М. Половая зрелость, ее течение, и отклонение и болезни. СПб, 1891.—18. Ушнурцева О. Т. Физическое развитие и состояние здоровья учащихся ремесленных училищ г. Ташкента в 1950—56 гг. Дисс.канд. Ташкент, 1959.—19. Физиология и патология пубертатского возраста. Под. ред. Б. Братскова и К. Кубова. София 1965.—20. Чүлтэмдорж Ч. Физическое развитие школьников и новорожденных детей г. Улан-Батора в 1961 г. Автореферат дисс. 1963.—21. Штраассман Ф. Учебник судебной медицины. СПб. 1901.—22. Cristescu M. Antoniu. S. Quelques aspects de la croissance et du developpement des enfants de la ville de Jassy — 23. Drobny. J. An. stiint. Univ. Lasi. 1965. 2. Niektoare aspekty maturacie dratis lavskej mladeze. Acta. Fac. rerum. natur. Univ. comeniana Anthropol. 1965. 1. — 24. Kowalska. G. Wiek i pora roku menarche u kobiet wiejskich i miejskich. Prace i mater nauk Inst. matki i dziecka. 1966. 8. — 25. Milicer. H. Szczotka. F. Age at menarche in warsaw girls in 1965. Human. Biol. 1966. 3. — 26. Stracker. O. Rorpermasse der. Kinder uñd gugendlichen. unserer. Tage. Meg. Mschr. 1966. 11. — 27. Vicek. E. Menarche, Klimax, Gelurtanzab und Zahl der lebenden kinder bei den chälcha-Mongolen. Arztl. Jugdkde. 1922. 52. 229—232. — 28. Vicek. E. A contribution to the anthropology of the Khaikha-mongols. Acta. Fac. rerum. natir. Univ. comeniana Anthropol. 1965. 6—7.— 29. Warb A. Bennet G Physical maturation a study of secon bary school children in Fife.—30. Heintz. N. Olivier. G. Pull. Hlth (Lond). 1964. 79. Lage de la puberte dans les pays sousdeveloppes. Acta. Fac. rerum. natir. Univ. comeniana Anthropol. 1965 1.

О СРОКАХ НАСТУПЛЕНИЯ ПЕРВОЙ МЕНСТРУАЦИИ
У ДЕВУШЕК МОНГОЛИИ

Х. Лхагважав

РЕЗЮМЕ

С целью установления характера и сроков появления первой менструации у девушек Монголии обследовано в 1969 году 1269 девочек и девушек г. Улан-Батора, Южно-Гобийского аймака. Выявлено, что первая менструация у девушек Монголии наступает позже в среднем от 4 месяцев до 1 года 4 месяцев по сравнению с девушками различных географических районов СССР и европейских стран. Чаше всего первая менструация наступает весной (30,9%), реже—осенью (18,0%).

Регулярные менструации были у 89,7% обследованных, у 20,3%—менструация еще не установилась. Отмечено, что у 6,2% девушек менструация продолжается 1—3 дня, у 84,0%—3,5 дней, у 7,9%—5—7 дней и лишь у 1,9%—выше 7 дней. Менструальный цикл у 56,5% девушек 28—30 дневный, у 14,8% 25—28 дневный, у 6,6%—21—25 дневный и лишь у 1,8%—выше 30 дневный.

ЯСНЫ МЭДРЭЛ ШАЛТГААНТ ТЭЖЭЭЛ ХЯМРАХ
(ДИСТРОФИ) ӨӨРЧЛӨЛТҮҮДИЙН ӨВЧИНЗҮЙД

А. У. доктор *Е. П. Загоровский*, ассистент *Г. Цагаачхүү*
А. У. Дээд сургуулийн мэдрэл-сэтгэц гэм судлалын тинхэм
(тинхэмн эрхлэгч А. У. дэд эрдэмтэн, доц. *Ш. Доржжадамба*)

Орчин үед эрдэмтэд ясны мэдрэлийн шалтгаант тэжээл хямрах өөрчлөлтүүдийг зах хязгаарын мэдрэлийн судлууд, дотоод эрхтэний архаг үрэвслийн улмаас үүсэх цочролуудтай холбон тайлбарлах болжээ (P. Sudeck, 1900; O. Sfeinbroker, N. Stipzer and H. Friedman, 1948; E. П. Загоровский, 1968).

Дотоод эрхтэний удаан хугацааны цочрол нь нурууны ясанд өөрчлөлт (деформаци) үүсгэдэг тухай асуудлыг Е. П. Загоровский 1967 онд нохой дээр явуулсан туршлагаараа нотолсон юмаа. Висцерорефлексийн шалтгаант ясны тэжээл хямрах өөрчлөлт бүхий эмгэг үүсгэхийн тулд Е. П. Загоровский 1967 онд 10 нохойд туршлага үйлджээ. Тэрээр 8 нохойны дэлүүг, 1 нохойны цөсний хүүдий, элгийг, 1 нохойны ходоодыг химийн бодисуудаар цочруулан хэвлийн хөндийд цочролыг дамжуулагч байнгын голомтыг бий болгосон байна. Туршлагыг 1,5—2 жилийн турш үргэлжлүүлсний эцэст нохдыг алж задлан шинжлэхэд тэдний нурууны ясанд дистрофи өөрчлөлтүүд хэлбэр алдуулагч спондилоз, остеохондроз байдлаар илэрснээс гадна, эрхтэнүүдэд дистрофи өөрчлөлт үүссэн байжээ.

Нохойн мэдрэлийн системийн янз бүрийн хэсэгт (наран сүлжээ, симпатикийн хэлхээнүүд, нугасны зангилгаанууд, тархи нугасны бор цагаан бодисууд) эмгэг гистологийн шинжилгээ хийхэд эсийн цочролын шинж тэмдэг (эсийн хроматин хайлах-хроматолиз, мэдрэлийн эсийн сэртэнгүүд бүдүүрч томрох, олшрох, протоплазм хэлбэрт ургацаг гарах) зэргээс гадна дегенератив өөрчлөлт (эсүүд вакуолизаци болох, хайлах „сүүдэр“ төдий эсүүд гарах, тоо нь цөөрөх, залгигч эсүүд-нейронофаги үзэгдэх) ажиглагдсан байна. Тархи нугасны цагаан бо-

дист (ялангуяа тархины голд, гипоталамусын бөөмүүдэд) бүтэц зохион байгуулалтын өөрчлөлт гарч зарим хэсэгтээ хөндийрч хоосрох шинж Status Spongiosus тод илэрсэн байна.

Висцеро-рефлексийн шалтгаант ясны тэжээл хямрах өөрчлөлт үүсэн хөгжихөд дээр дурдсан мэдрэлийн системийн янз бүрийн хэсгүүдэд гарч байгаа гистологийн өөрчлөлтүүд урьдчилсан нөхцөл болдог нь туршлагаар нотлогдсон байна.

Бид энэ ажилдаа гавлын духны хэсгийн доод ялтасны гиперостозтой 78 өвчтөнд хийсэн клиникийн ажиглалт судалгаандаа үндэслэн уг өвчний шалтгаан, өвчин-зүйг судалж тайлбарлахыг оролдсон юм.

Духны дотоод ялтасны гиперостозын шалтгаан, өвчинзүй одоо хүртэл бүрэн судлагдаагүй байна. F. Morel (1930), гавлын духны хэсгийн дотоод ялтасны гиперостозтой өвчтөнд толгой өвдөх, эргэх, таргалах, нойргүйдэх, ховдоглох зэрэг завсрын тархины (Diencéphalon) гэмтлийн шинжүүд гардгийг анх ажигласан бөгөөд духны ясны гиперостозыг гипсфиз-гипсталамусын гэмтлийн нэг шинж гэж үзжээ.

S. Moore (1935), духны дотоод ялтасны гиперостозтой 72 өвчтөнд судалгаа хийж, эрдэс бодис (кальц, калий), өөх тосны солилцооны хямрал гардгийг илрүүлэн, уг өвчний өвчинзүйг дотоод шүүрлийн булчирхайн үйл ажиллагааны хямралын үр дүн гэж үзсэн боловч, гиперостозыг мэдрэлийн шалтгаантай байж болзошгүйг үгүйсгээгүй байна.

Ийм саналыг бусад эрдэмтэд (З. П. Панфилова, 1957; Е. П. Платонова, 1960) зөвшөөрч байна. Е. П. Загоровский (1969), духны ясны гиперостозтай 58 өвчтөнд висцеро-рефлексийн шалтгаант эмгэгийн үед илэрдэг клиникийн хам шинж гарч байсныг ажигласан.

Гавлын духны хэсгийн дотор ялтасны гиперостозын шалтгаан, өвчинзүйг тодруулан шийдвэрлэх нь онцгой чухал асуудал юм. Учир нь нэгдүгээрт, энэ өвчний хөгжих жамыг тодруулснаар ясны системийн дистрофи өөрчлөлтийн үүсэх ерөнхий зүй тогтоолыг зөвөөр ойлгох бололцоог олгох юм.

Хоёрдугаарт, мэдрэлийн өвчтөнүүдэд хамгийн элбэг тохиолддог зовуурийн нэг нь толгой өвдөлт гэдгийг хэн бүхэн мэднэ. Гэвч түүний зарим шалтгаан, өвчинзүй судлагдаж тодроогүй учраас ийм өвчний үед эмч нар одоо хүртэл өвчтөнд бүрэн тусламж үзүүлж чадаагүй байна.

Бидний ажиглалтаас үзэхэд, толгойн байнга өвдөлттэй өвчтөний гавлын рентген зураг авахад духны гиперостоз илрэх нь олонтаа (30%-д) тохиолдож байна.

Хэвлийн хөндийд эмгэг импульсийг дамжуулагч голомт байгаа үед гавлын духны хэсгийн дотоод ялтасны гиперостозтой өвчтөнд бас нурууны нь ясанд мэдрэл шалтгаант дистрофи өөрчлөлт үүсдэг болохыг бидний ажиглалт харууллаа.

Сүүлийн 4 сарын дотор бидний ажигласан, духны дотоод ялтасны гиперостозтой 20 өвчтөний өвчний шалтгаан нь хэвлийн хөндийд байсан архаг голомтоос үүсвэрлэсэн висцеро-рефлексийн гаралтай мэдрэлийн системийн эмгэг болохыг клиникийн ажиглалт үзүүлж байна.

Судалсан бүх өвчтөнд гавлын ясны мэдрэл шалтгаант дистрофи өөрчлөлтөөс гадна зөвхөн висцеро-рефлексийн шалтгаант мэдрэлийн өвчнүүдийн үед илэрдэг мэдрэл-гэм шинжүүд ажиглагдсан. Эдгээр шинжүүдийг доор товч сийрүүлбэл: Цочролыг дамжуулагч голомт хэвлийн хөндийн баруун талд байвал наран сүлжээний баруун талын хагас сар хэлбэрт зангилгаанд дарахад өвдөлтэй, цочролыг үүсгэгч голомт хэвлийн зүүн талд байвал зүүн талын хагас сар хэлбэрт зангилгаанд дарахад өвчтэй, цочирч эмгэгшсэн эрхтэний орчимд дарахад эмзэг өвчтэй байлаа (бидний ажиглалтаар дэлүү, мухар олгойд эм-

гэг илэрсэн). Хагас саран зангилгааны цочирсон талд бүх өвчтөнд арьсны өвдөх мэдрэхүй D_5 — D_{10} бүсийн хооронд багасаж (гипалгези) өвдөх цочруулын дасалтын хугацааны уртсалтай, энэ бүсэнд пилототорын рефлекс ихэссэн, нурууны хажуугийн цэгүүдээр дарахад өвдөлттэй байсан. Симпатикийн хэлхээгээр эмгэг импульс тархаж байгаа талдаа хүзүүний симпатикийн зангилгаануудад дарахад өвчтэй, ихэнх өвчтөнд Лапинскийн цэгт дарахад өвдөлттэй байснаас гадна шөрмөсний рефлексүүд ихэссэн байлаа. Мөн ирритацтай талдаа нүдний эвэрлэг бүрхэвчийн рефлекс суларсан буюу ихэвчлэн үүсгэгдэхгүй болсон, гурвалсан мэдрүүлийн дээд цэг, дагзны мэдрүүлийн цэгт дарахад өвдөлттэй, духны үстэй, үсгүй хэсгийн арьсны өвдөх мэдрэхүй багассан (гипалгези), нүдний угт харах мэдрүүлийн дискийг тойрон, голдуу гадна талаасаа хагас сар хэлбэрээр нөсөө хуралдсан, хүүхэн хараа ялимгүй өргөссөн байлаа.

Бидний ажиглалтад байсан 78 өвчтөний 71-д нь хэвлийн хөндий дэх эмгэг цочролын голомт нь амьдралын өнгөрсөн хугацаанд халдварт өвчнөөр (маляри, халдварт гепатит, эсэргэнэ, гахай хавдар, гэдэсний балнад, цусан суулга г. м.) өвчилсний уршгаар эмгэгжиж өөрчлөгдсөн дэлүү, 7 өвчтөнд мухар олгойн архаг үрэвсэл байсан нь бодит шинжилгээнүүдээр илэрсэн. Гавлын ясны дистрофи өөрчлөлтийг висцеро-рефлексийн шалтгаантай болохыг гэрчилж байгаа бас нэг баримт нь ийм өвчтэй хүмүүсийн хэвлийн хөндийд байгаа цочрол дамжуулагч архаг голомтыг эмчлэн устгахад ихэнх өвчтөн (44) бүрэн эдгэрсэн явдал юм. Үлдсэн 34 өвчтөнд висцеро-рефлексийн шалтгааныг харгалзан эмчилгээг явуулахад (делагил, ганглиоблокатор, биостимулятор) клиникийн сайжрал олж хөдөлмөрийн чадвартай болсон. Иймээс бидний клиникийн ажиглалт бол ясны мэдрэл шалтгаант дистрофи өөрчлөлт, тухайлбал гавлын духны хэсгийн дотоод ялтасны гиперостоз нь висцеро-рефлексийн механизмтэй гэж магадлах бололцоог олгож байгаа бөгөөд, бүр тодруулбал, хэвлийн хөндийд байгаа цочролын архаг голомттой холбоотой болохыг гэрчилж байна. Иймд ясны мэдрэл шалтгаант тэжээл хямрах (дистрофи) өөрчлөлтүүдийн шалтгаан, өвчинзүйг тодруулах асуудал нь уг өвчнөөс урьдчилан сэргийлэх, тухайн өвчтөнг эмчлэхэд шинэ боломжийг өгч байна.

НОМ ЗҮЙ

1. Загоровский Е. П. Идеи невризма, как проявление материалистической диалектики в медицине. В сб. Философские вопросы медицины и биологии. В. 2, Киев, 1967, стр. 89—96. — 2. Загоровский Е. П. Висцеро-рефлекторные заболевания (классификация и диагностика). В кн.: „Вопросы диагностики и лечения“. Изд. Здоровья. Киев, 1968, стр. 156—157. — 3. Загоровский Е. П. Невропатологические синдромы висцеро-рефлекторного происхождения. Докт. диссертация. Киев, 1969. — 4. Панфилова З. П. К вопросу о клинической симптоматике при лобном гиперостозе. В кн.: «Вопросы неврологии». Л., 1957, стр. 184—187. — 5. Платонова Е. П. Головные боли. Медгиз. М., 1960.

К ПАТОГЕНЕЗУ НЕЙРОГЕННО-ДИСТРОФИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ КОСТЕЙ

Е. П. Загоровский, Г. Цагаанхуу

РЕЗЮМЕ

В работе приводятся данные о развитии нейрогенно-дистрофических изменений костей у собак при хроническом раздражении внутренних органов (в течение 1,5—2 лет) и дается патогистологическое описание морфологических изменений на различных уровнях нервной системы у этих собак.

У некоторых больных (78 наблюдений) с нейрогенно-дистрофическими поражениями костей (внутренний лобный гиперостез) авторы констатировали своеобразный невропатологический синдром (болезненность при надавливании на полулунный узел солнечного сплетения на стороне очага хронического раздражения в брюшной полости, гипалгезия в дерматоммах D₅—D₁₀, болезненность при надавливании на шейные симпатические узлы, выпадение корнеал ного рефлекса, отложение пигмента вокруг диска зрительного нерва, расширение зрачка при взгляде вверх, повышение сухожильных рефлексов с этой же стороны).

Исходя из того, что наблюдаемый невропатологический синдром характерен только для больных с висцеро-рефлекторными поражениями нервной системы и учитывая наличие терапевтического эффекта у больных с нейрогенными дистрофиями костей, у которых удавалось ликвидировать очаг патологической ирритации в брюшной полости, а также возможность развития дистрофии костей у собак при хроническом раздражении внутренних органов, авторы высказывают мнение о том, что во многих случаях нейрогенно-дистрофические поражения костей у человека имеют висцеро-рефлекторный патогенез.

ТАРХИНЫ ЦУСАН ГҮЙДЛИЙН ГАЖУУДАЛ ҮҮСЭХЭД ХҮЗҮҮНИЙ СИМПАТИК ЗАНГИЛГАА НӨЛӨӨЛӨХ НЬ МЭДЭЭЛЭЛ I

Эмч Р. Дарьсүрэн

Анагаах ухааны доктор Е. П. Загоровский
Монгол улсын анагаах ухааны дээд сургууль
(ректорпроф. Д. Балдандорж), Мэдрэл-сэт-
гэл-мэдрэлийн өвчний тинхэм (Эрхлэгч доцент
Ш. Доржжадамба)

Уураг тархины цусан гүйдлийн гажуудал үүсэх патогенезийн тухай тодорхой ойлголттой байж гэмээж нь тохирсон зөв эмчилгээг хийх бололцоотой болно.

Тархины цусан гүйдэл өөрчлөгдсөн зарим тохиолдолд хүзүүний симпатик зангилааны хэвийн биш ажиллагаа гол шалтгаан болжээ гэсэн заалтууд хэвлэлд (Рене Лериш, 1958; Е. П. Загоровский, 1964) бий.

Сүүлийн үед бид тархины цус харвалт үүсэхэд хүзүүний симпатик зангилааны эмгэг ирритацийн байдал нөлөөлсөн таван өвчтөнг ажигласан билээ. Эдгээр өвчтөний хүзүүний симпатик зангилааны ажиллагааг эмчилж хэвийн байдалд оруулсаны дараа эмчилгээний үр дүн тодрон бидний ажиглалтын үнэн зөвийг баталж өглөө. Энэ мэдээлэлдээ бид нэг өвчтөний өвчний түүхийг танилцуулахын хамт уул өвчтөнд үүссэн тархины цусан гүйдлийн гажуудал нь хүзүүний симпатик зангилааны ажиллагаа хэвийн биш байдалд байж дотоод эрхтэнээс рефлексийн замаар нөлөөлөх механизмаас шалтгаалсан гэдгийг батлах боломжтой гэж үзлээ.

Өвчтөн Г. 30 настай. Говь-Алтай аймагт төрсөн. Эхийн 6 хүүхдийн анхны хүүхэд, багадаа эрүүл бойжсон. 7-р анги төгссөн. 1961—1965 онуудад цэргийн алба хаасан. 1965 оноос Налайхад уурхайчнаар, дараа нь хотын банкинд шалгагчаар ажиллаж байсан. Эхнэртэй, гурван эрүүл хүүхэдтэй, эхнэр нь эрүүл. Тамхи бага хэмжээгээр татдаг, архи уудаггүй. 1965, 1966, 1968 онуудад шаралсан. Багадаа улаан бурхнаар өвдсөн.

1969 оны 5-р сарын 16-наас одоогийн энэ өвчин хурцаар эхэлсэн. Өглөө бие нь сулавтар, толгой бага зэрэг өвдөж байсан боловч ажилдаа очсон байна. Өдөр хоолны цагаар гэртээ ирээд айлынхаа хүнтэй бага зэрэг муудалцсанаас хойш биеийн байдал эвгүй болов. Эхнэрийн нь ярьсанаар, олон удаа эвшээж, хэл яриа нь суларч ойлгогдохгүй болсон, баруун гараа сэгсэрч асуултанд хариулахгүй байв. Мөн өдөр «түргэн тусламж»-ийн тэргээр нэгдсэн 1-р эмнэлгийн хүлээн авахад хүргэгдэн ирж, мэдрэлийн дасагт «Тархины тодорхой биш гаралтай цусан гүйдлийн гажуудал, зүүн тал саажил» гэсэн оноштой хэвтсэн билээ.

Хэвтэх үед биеийн байдал хүнд, ярьж чадахгүй, толгой нь хүчтэй өвдөж байгаа байдалтай толгойгоо барьсан, ёолж байв. Үзэхэд: Орчныг ажиглахгүй, асуултанд хариулахгүй, ухаан алдаагүй, бага зэрэг хөгжсөн, хөдөлгөөнтэй байдалтай, өвчтөний биеийн тогтоц зөв, дунд зэргийн нуруутай, туранхайвтар, арьс ба салст бүрхэвч цэвэр, ердийн өнгөтэй, тунгалгийн булчирхайнууд тэмтрэгдэхгүй байна. Яс, булчин, үеийн сис-

темд эмгэг өөрчлөлтгүй. Зүрхний авиа бүдэг, цэвэр. Судасны дүүрэлт сул, 1 минутанд 64 удаа лугшина. Цусны даралт 110/80 мм мөнгөн усны баганаар. Уушгинд цулцангийн цэвэр амьсгалтай. Биеийн халуун 36,5°

Мэдрэлийн статус: хүүхэн хараа зөв хэлбэртэй, ялимгүй анизокари болсон, $S > D$, гэрлийн урвалууд хэвийн, нүдний алимын хөдөлгөөн хязгаарлагдаагүй, нистагм илрээгүй. Афазийн улмаас нүүрний мэдрэхүйг шалгаж болсонгүй. Тайван байдалд ба шүдээ ярзайлгахад хамар-уруулын зүүн нугалаа гөлгөр, залгих, дуугарах нь хэвийн. Хэлний үзүүр зүүн тийш хазайсан. Афази (хэлгүйдэл) тод илэрсэн. Зүүн гүн тал саарал (гемиплеги). Зүүн гар хөлний булчингийн тонус бага зэрэг ихэссэн. Гарын шөрмөсний рефлексүүд хурдан, $S > D$, хэвлийн рефлекс хурдан, $D < S$, өвдөгний ба борвины рефлекс хурдассан, $S > D$, зүүн улны рефлекс суларсан. Зүүн талд Бабинскийн эмгэг рефлекс илрэх төлөвтэй. Афазийн улмаас өвдөх мэдрэхүйг шалгах аргагүй байсан. Мэнэнгийн шинж илрээгүй. Ушаар, Уйламхай.

Нэмэлт шинжилгээнүүд: Цус, шээсний ерөнхий шинжилгээнд эмгэг өөрчлөлтгүй. Нугасны шингэн өнгөгүй, тунгалаг, хурдан биш дусна. Пандийн урвал тодроогүй, уураг 0,132%, эсийн тоо 1 мм^3 -т 1 эс. Цус ба нугасны шингэнд Вассерманы урвал илрээгүй. Нүдний угийг харахад: харах мэдрэлийн хөхлөгийн хязгаар тод, ердийн өнгөтэй, хөхлөгийн орчим бага зэрэг хавантал илэрсэн, артери нарийссан, мушгиралдсан венүүд жигд өргөссөн, энэ өөрчлөлт нь зүүн талд илүү илэрсэн байна.

Өвчний хурц үед хийсэн эмчилгээ: судсанд аминофилинтай глюкоз, булчинд витамин B_1 ба B_{12} , арьсан дор дибазол, кордиамин тарьж аминазин, антибиотик хэрэглэсэн байна.

Өвчний дөрөв дэх өдөр өвчтөний байдал дунд зэргийн хүнд болж сайжран, ганц нэгэн үг хэлж, зүүн хөлний хуруунд ялимгүй идэвхт хөдөлгөөн үүссэн байв. Энэ үеэс эмчилгээний биеийн тамир, зүүн гар хөлний иллэг эхэлсэн. Өвчтөний биеийн байдал хүндрээгүй. Энэ хугацаанд саарсан гар хөлд аажмаар идэвхт хөдөлгөөн нэмэгдэн, хөлх үгийн тоо олширсоор өвчтөнтэй бүрэн ойлголцож ярих боломжтой болов.

Мэдрэлийн тасгаас 53 хоногийн дараа нилээд сайжралтай гарахдаа явж чаддаг болсон боловч зүүн гүн тал саажил, Верник Маннын алхаа үлдсэн байлаа. Бабинскийн шинж зүүн талд тогтвортой илэрсэн байв. Өвчтөн тахир дутуугийн 2-р группэд орлоо.

1970 оны 1 сар хүртэл өвчтөн эмчлүүлээгүй. Энэ хугацаанд өвчтөний биеийн байдал ямар нэгэн өөрчлөлт гараагүй. 1 сарын 15-нд өвчтөн амбулаториор зөвлөлтөө авч «Гархины цусан гүйдлийн архаг гажуудал тархины баруун дунд артерид үүссэн нь дотоод эрхтэнээс рефлексийн гаралтай хүзүүний баруун симпатик зангилааны сэдэрлэтийн улмаас болсон, сэдэрлэтийн голомт нь мухар олгойд байна» гэдэг онош тогтоогдов. Үзэхэд: Судас 1 минутад 88 удаа лугшина, дүүрэлт нь сайн, цусны даралт баруун гарт 100/70 мм, зүүн гарт 95/70, хэл нимгэн цагаан өнгөртэй, гэдэс зөөлөн, хэвлийг тэмтрэхэд баруун доод хэсэгт хөндүүр. Мэдрэлийн статуст: анизокари, $S > D$ гэрлийн урвалууд хурдан. Шүдийг ярзайлгахад зүүн хамар-уруулын нугалаа тэнгисэн, Варрегийн сорилд зүүн гар хөл хоочорч байна. Зүүн гар хөлний булчингийн тонус ялимгүй ихэссэн. Гарын шөрмөсний рефлексүүд хурдассан $S > D$, өвдөг ба борвины рефлекс хурдан $S > D$, зүүн тавагны клоноид, хэвлийн рефлексүүд хурдан $D = S$, зүүн хөлд Бабинскийн эмгэг рефлекс илэрсэн байна. Биеийн зүүн талд өвдөх мэдрэхүй ялимгүй сул, булчингийн зохицол алдагдаагүй, мэнэнгийн шинж илрээгүй, ой ухаан өөрчлөлтгүй.

Эдгээр өөрчлөлтөөс гадна голчлон баруун талд вегетатив шинж илэрсэн байна. Үүнд:

1. Баруун одон ба наран сүлжээний баруун хагас саран хэлбэрийн зангилааг дарахад нилээд хөндүүр.
2. Нүдний эвэрлэг бүрхэвчийн рефлекс суларсан, зүүн талын рефлекс сэргэг, хурдан.
3. Нүдний угт: харах мэдрэлийн цагиргийг будагт бодис хүрээлсэн байв. Зүүн нүдний үг хэвийн.
4. Сээр хөхний орчим өвдөх мэдрэхүй суларсан.
5. Лапинскийн өвдөх цэгт дарахад хөндүүр байсан.

Ингээд баруун вегетатив зангилаанд дотор эрхтэнээс байнга сэдэрэлт өгч байгаа эрхтэнг мухар олгой гэж үзэж өвчтөнд мухар олгойгоо авахуулахыг зөвлөв. Өвчтөнд мухар олгойн үрэвслийн зовуурь байгаагүй. Мэс засалчидтай тохиролцсон ёсоор өвчтөн 1970 оны 2-р сарын 4-нд Т Н 1-р эмнэлгийн мэс заслын тасагт хэвтэж 2-р сарын 7-нд мухар олгойн мэс засал хийлгэжээ. Мэс засал хүндрэлгүй өнгөрсөн. Авсан мухар олгойг харахад хаван болон үрэвслийн шинжгүй байв. 2-р сарын 17-нд оёдлы нь авсан, шарх анхны таталтаар эдгэрчээ. Мухар олгойн эсийн судалгаанд: микроскопоор харахад мухар олгойн салст бүрхэвч бага зэрэг хавантай, уг бүрхэвчний дор фиброзт судал, зарим газар гиалинозын байдал илэрсэн, бас их биш хэмжээгээр үрэвслийн инфильтрат илэрсэн. Салст бүрхэвчний дорхи фолликул нилээд томорсон, үр хөврөлийн төв ялгагдахгүй байв. Салст бүрхэвчний өвдх судасны хана зузаарсан. Мухар олгойн эсийн судалгаанд үндсэн оношоос зөрөөгүй гэж үзэв.

Мухар олгойн талаас зовуурилах зүйлгүй учраас 2-р сарын 20-нд өвчтөнг мэдрэлийн тасагт цаашдын эмчилгээнд шилжүүлэв.

Мухар олгойн мэс засал хийснээс 2 хоногийн дараа өвчтөний байдал сэргэлэн, санаа сэтгэхүй нь тайван, саатай гар хөлний хүч нэмэгдсэн, толгой өвдөлт намдсан.

нойр сайжирсныг тэмдэглэх хэрэгтэй. Цаашид биеийн байдал өдөр хоногоор сайжирсаар байв.

Сүүлчийн үзлэгээр: хоёр гарын хүч адил, мөчнүүдийн хөдөлгөөн үеэр хязгаарлагдаагүй, булчингийн тонус ба гэжээрэл алдагдаагүй. Гарын шөрмөсний рефлексүүд хурдан $S > D$, хэвлийн рефлекс адил хурдан, улны рефлекс хурдан $S = D$, Бабинскийн эмдэг рефлекс илрээгүй. Мэдрэхгүй бүх хэлбэрүүд алдагдаагүй. Булчингийн хөдөлгөөний зохицол алдагдаагүй, баруун талд хүзүүний симпатик ба наран сүлжээний хагас саран хэлбэрийн зангилааны хөндүүрлэх нь үгүй болсон. Нүдний эвэрлэгийн рефлекс сэргэсэн байна.

Залуу, эрүүл хүнд онцын шалтгаангүйгээр зүүн тал саажил, хэлгүйдэлтэй үүссэн нь энэ өвчний онцлог тал болж байна. Өвчтөний цусны даралт ихсэж байгаагүй учир цусны даралт ихсэх өвчин байхгүй гэж үзэж болно. Судасны хатуурал манай өвчтөнд байхгүй нь ойлгомжтой.

Халуураагүй, цусны ерөнхий шинжилгээнд өөрчлөлтгүй, өвдөхөөс өмнө ямар нэгэн халдварт өвчин байгаагүй зэргээс үндэслэн бид тархины судасны үрэвсэлт өвчин биш гэж үзлээ. Гэтэл өвдөлт өвчний байдлаар манай өвчтөнд тархины судас агшилтын ба тэр орчмын тархины хавантлын байдлаар тархины цусан гүйдлийн гажуудал илэрсэн нь ойлгомжтой байна. Өөрөөр хэлбэл цусан гүйдлийн гажуудал болсон эхний өдөр баруун нүдний угийг харахад илэрсэн байдал тархинд адил үүссэн гэж үзэж болно. Бид ихэвчлэн тархины цусан гүйдлийн гажуудал цусны даралт ихсэх өвчтэй буюу тархины судасны хатууралтай, тархины судасны үрэвслийн улмаас, эсвэл судасны эмболи зэргээс шалтгаалдгийг сайн мэднэ. Энэ бүх өвчлөл манай өвчтөнд байхгүй байгааг бид тодорхойлсон.

Ингээд манай өвчтөнд эхлээд хурцаар илэрч, хожим нь архаг болсон тархины цусан гүйдлийн гажуудлын патогенез нь юу болох нь вэ гэдэг асуудал өөрийн эрхгүй гарч ирнэ. Өвчтөний мэдрэлийн системийн бодит үзлэг ба вегетатив мэдрэлийн системийг үзэх орчин үеийн шинэ аргууд, вегетатив өвдөх цэгүүд болон адаптацийн өөрчлөлтийг олсноор биеийн баруун талд хүзүүний симпатик зангилаа эмгэг сэдэрлэтийн байдалтай байгааг илрүүлээ. Гэтэл хүзүүний зангилаа нь өөрийн талын тархины судсыг мэдрэлжүүлдгийг бид мэднэ. Ийнхүү манай өвчтөнд үүссэн тархины цусан гүйдлийн гажуудлын механизм ойлгомжтой байлаа.

Хүзүүний симпатик зангилгааг зорнод сэдэрээсний улмаас тэр талд цус харвалт үүсэх боломжтойг Рене Лериш (1958), Е. П. Загоровский (1964) нар баталснаар барахгүй, ийм үед эдгээр зангилгаанд новокаины блокад хийж цусны гүйдлийн гажуудлыг зогсоож хэвийн гүйдэлд оруулахад тал саажил ч үгүй болсон тохиолдлууд бий.

Манай өвчтөнд бодит үзлэг дээр мэдрэлийн системийн дотоод эрхтэнээс рефлексийн замаар үүсэх өвчлөлд илрэх мэдрэлийн тусгай шинж байсан. Энэ нь наран сүлжээний хагас саран зангилгааг дарахад хөндүүр, хүзүүний симпатик зангилгааг дарахад хөндүүр, нүдний эвэрлэгийн рефлекс суларсан, сээрний доод сегментийн орчимд өвдөх мэдрэхүй суларсан, Лапинскийн өвдөх цэг хөндүүрлэх зэрэг юм.

Бид, манай өвчтөнд наран сүлжээний баруун хагас саран зангилаа хөндүүрлэх, мухар олгойн хэсэгт дарахад хөндүүр, Ровзингийн шинж илэрсэний дүнд архаг мухар олгой нь эмгэг ирритацийн голломт уурхай болж түүний улмаас хүзүүний симпатик зангилаа баруун талд сэдэргдсэн гэж үзсэн.

Мухар олгойн эсийн судалгаа ба мухар олгойн мэс засал хийсний дараа өвчтөний биеийн бахдал эрс сайжирч, мэдрэлийн системийн зарим эмгэг шинж тэмдэг арилсан нь дээрхийг баталж өгөв.

Бидний ажигласан бусад 4 өвчтөнд хүзүүний симпатик зангилааны эмгэг сэдэрэлт, 3-т нь өвдөж өнгөрүүлсэн халдварт өвчний дараа дэ-

лүүнд архаг сэдрээлтийн голомт үүссэнээс, 1-д нь архаг үрэвсэлтэй мухар олгой байв.

Энэ ажиглалтыг бид, дэлүүндээ сэдрээлтийн голомттой өвчтөнд дэлүүний сэдрээлтийг курс делагилын тусламжтай бууруулсны дараа, мухар олгойнд эмгэг сэдрээлтэй өвчтөний (дурдсан өвчтөн) мухар олгойг мэс заслаар авсаны дараа эдгээрийн биеийн байдал нилээд сайжирснаар баталсан юм.

Ийнхүү, манай цөөн ажиглалтаас харахад тархины цусан гүйдлийн гажуудлын зарим тохиолдолд дотоод эрхтэний архаг өвчлөлийн улмаас хүзүүний зангилаа сэдрэгдэн мэдрэлийн системийн дотоод эрхтэнээс рефлексийн замаар үүсэх өвчлөл патогенезийн гол шалтгаан болж байна.

НОМ ЗҮЙ

1. Многотомное руководство по неврологии. Т. 1—2. Е. П. Загорский. Автореферат докт. диссертации. 1969.

ВЛИЯНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ШЕЙНЫХ СИМПАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ НА ПАТОГЕНЕЗ

РАЗВИТИЯ МОЗГОВОГО ИНСУЛЬТА

Р. Дарьсүрэн, Е. П. Загорский

РЕЗЮМЕ

Авторы пришли к выводу об активном участии функционального состояния шейных симпатических узлов в развитии острых нарушений мозгового кровообращения. Очень часто причиной функциональных нарушений шейных симпатических узлов с одной стороны являются висцерорефлекторные механизмы, возникающие при наличии очаго-хронической ирритации в брюшной полости.

БАГА НАСНЫ ХҮҮХДИЙН ГЭДЭСНИЙ ХАЛДВАР ҮҮСГЭГЧИЙН АНТИБИОТИКТ МЭДРЭМТГИЙ ЧАНАРЫГ СУДАЛСАН ДҮНГЭЭС

Ж. Алтанцэцэг

Бага насны хүүхдийн гэдэсний халдвар үүсгэгчийн антибиотикт мэдрэмтгий чанарыг тодсрхсйлох нь тухайн өвчтөнд аль нэгэн антибиотикийг хэрэглэх эсэхийг шийдвэрлэх, эмчилгээний аргыг сонгон авахад тус нэмэр болдог учир онол-практикийн чухал ач холбогдолтой байдаг. Антибиотикт тэсвэртэй нянгийн тоо олширч буй одоо үед тэдгээрийн чанарыг тодорхойлох нь бүр ч их чухал асуудал болж байна.

З. В. Ермольева (1961), И. Н. Краснова (1961), Н. В. Гладкова, А. Д. Семенова, В. Н. Чернова (1962), Г. Жамба (1957), Г. Санжмятав (1967) нар мономицин, полимиксин, ксалимицин, мицерин, гриземин ба нитрофураны бэлдмэлүүдэд гэдэсний бүлгийн нянгууд илүү мэдрэмтгий байдаг гэж бичжээ.

Одоо неомицины эгнээний антибиотикт тэсвэртэй нянгуудын төрөл бий болсон тухай мэдээ нийтлэгдэх болов (А. Б. Черномсрдик, 1964; А. Д. Коваленко, 1965). Е. А. Ведьмина, Н. М. Фурер (1964) нар бичихдээ стрептомицин, пенициллинд нян маш түргэн дасдаг ба неомицины эгнээний антибиотикт удаан дасдаг гэжээ. Нянгийн мэдрэмтгий чанарын өөрчлөгдөх нь тэдгээрийн төрөл, серотип, ялгарсан газраас шалтгаалдаг байна. Тухайлбал, гэдэсний бүлгийн нянгууд антибиотикт түргэн дассан байхад стрептококкийн мэдрэмтгий чанар нь бараг өөрчлөгдөөгүй ажээ.

Шинжилгээг бид, Grave a Randall-ийн (1958) тодорхойлсон цуврал найрлалын аргаар хийсэн юм. Тэжээлийн зүйлд мах пептоны шөл

хэрэглэсэн. Бид, гэдэсний халдварт өвчний үед ялгаж авсан 125 өсгөврийн мэдрэмтгий чанарыг тодорхойлов. Судалсан омгуудын бүрэлдэхүүнийг 1-р хүснэгтэд үзүүлэв.

1-р хүснэгт

Омгуудын төрөл зүйлийн бүрэлдэхүүн

Эшерихи								Шигелл		Сальмонелл тифи муриум	Стефило- кокк	
086	408	055	145	0111	026	126	125	А	В			
1	1	18	18	10	3	2	1	1	46	Д 8	2	14

2-р хүснэгт

Ялгарсан нянгийн мэдрэг чанар

Омгууд	Эшерихи				Шигелл				Стафилококк			
	Бүгд	Мэд- рэмтгий		Дасалтай	Бүгд	Мэд- рэмтгий		Дасалтай	Бүгд	Мэд- рэмтгий		Дасалтай
		Өндөр	Дунд			Өндөр	Дунд			Өндөр	Дунд	
Эмүүд												
Колимицин	54	38	8	8	55	26	13	16	14	4	3	7
Мицерин	=	36	12	6	=	30	17	8	=	4	5	5
Мономицин	=	33	14	7	=	35	11	9	=	4	4	6
Полимиксин	=	29	9	16	=	31	9	15	=	6	=	8
Окситетрациклин	=	=	13	41	=	=	2	53	=	=	2	12
Левомицетин	=	4	24	26	=	4	9	42	=	=	5	9
Фурациллин	=	28	19	7	=	26	18	11	=	4	8	2

Шинжилгээний дүнгээс үзэхэд (2-р хүснэгт), Эшерихийн ихэнх өсгөвөр колимицин, мицерин, мономицин, полимиксинд өндөр мэдрэмтгий, тэгэхдээ полимиксинд өндөр мэдрэг чанартай эшерихийн өсгөвөрийн тоо хамгийн цөөн, левомицины төрлийн антибиотикт дунд зэргийн мэдрэмтгий омгийн тоо мөн л бага байна.

Эшерихийн омгууд ихэвчлэн полимиксинд дассан байлаа. (54-оос 16 буюу $\frac{1}{3}$). Эшерихийн өсгөврүүдийн дотор окситетрациклинд өндөр мэдрэмтгий өсгөвөр илрээгүй, зөвхөн 4 нь левомицетинд өндөр мэдрэмтгий чанартай байв. Харин левомицетинд дунд зэргийн мэдрэмтгий өсгөвөрийн тоо нь бүх судлагдсан өсгөвөрийн $\frac{1}{2}$ болж байлаа. Фурациллинд бүх өсгөвөрийн хагасаас илүү нь өндөр мэдрэмтгий чанартай, мөн $\frac{1}{3}$ нь дунд зэргийн мэдрэмтгий байлаа. Шигеллүүдээс мономицин (55-аас нь 35 нь), полимиксин, мицеринд хамгийн олон омог өндөр мэдрэмтгий, харин колимицинд өндөр мэдрэмтгий омгийн тоо цөөн (55-аас 26 нь) байв. Мицерин, окситетрациклинд өндөр мэдрэмтгий шигеллийн омог үгүй байгаа нь хэв шинжтэй бөгөөд тэдний дийлэнх нь дасалтай байлаа. Зөвхөн ганц нэгэн омгууд левомицетинд өндөр ба дунд зэргийн мэдрэмтгий байгааг тэмдэглэх хэрэгтэй юм. Энд ч гэсэн дасалтай өсгөврүүд зонхилж байна,

Фурациллинд мэдрэмтгий чанарыг тодорхойлоход шигеллийн бүх омгийн 1/2 нь түүнд өндөр мэдрэмтгий, 1/3-нь дунд зэргийн мэдрэмтгий байсныг хэлэх хэрэгтэй юм.

Стафилококкийн мэдрэг чанарын тухайд бол тэд нь неомицины бүлгийн антибиотикт ихэвчлэн мэдрэмтгий ба полимиксин, тетрациклин, левомецетинд ихэвчлэн дасалтай байсан. Үүнийг 2-р хүснэгтэд нилээд тодорхой үзүүлсэн.

Нянгуудын хэлбэр төрөл, мэдрэмтгий чанарын хооронд ялгаа байна уу үгүй юу гэдэг асуудлыг бид сонирхож үзсэн юм. Үүнийг 3-р хүснэгтэд үзүүлэв. Эшерихийн өсгөврүүд неомицины зэргийн эмүүдэд, полимиксинд нэгэн адил хэмжээгээр өндөр мэдрэмтгий байгааг харж болох юм. Харин энэхүү антибиотикт 145 серотипийн омгууд дассан нь илүү олон байлаа. Левомецетин, окситетрациклинд тэсвэртэй омгийн тоо бүх төрлүүдэд нэгэн адил олон тоотой байна. Шигелл Флекснерийн тухайд гэвэл бидний судалгаагаар колимицин, полимиксинд дасалтай омгийн тоо нилээд олон байгаа нь хэв шинжтэй юм. Левомецетин, окситетрациклинд Флекснер, Зоннегийн төрлийн өсгөврүүд адил хэмжээний дасалтай байна.

3-р хүснэгт
Антибиотикт мэдрэг чанар нянгийн төрлөөс хамаарах нь

Эмийн нэрс	Өндөр мэдрэгтэй						Дунд мэдрэгтэй						Дасалтай								
	Эшерихи			Шигелл			Эшерихи			Шигелл			Эшерихи			Шигелл					
				стафилококк						стафилококк						стафилококк					
	055	145	0111	026	В	Д	стафилококк	055	145	0111	026	В	Д	стафилококк	055	145	0111	026	В	Д	стафилококк
Колимицин	14	13	8	3	25	1	4	2	1	1		8	5	3	2	4	1	13	2	7	
Мицерин	15	10	8	3	26	4	4	1	6	2		15	2	5	2	2		5	2	6	
Мономицин	15	11	4	3	32	3	4	3	3	6		9	3	4	4			5	2	5	
Полимиксин	12	6	3	3	25	6	6	3	4	2		8		3	8	5		13	2	8	
Окситетрациклин					2			3	5			11		2	15	13	10		33	8	12
Левомецетин		3	1		3			10	7		1	8	1	5	8	8	9		23	7	9
Фурациллин		5	4	1	10	2	4	11	13	6	2	27	4	8			2	9	2	2	

Дүгнэлт

1. Нялх хүүхдийн гэдэсний халдварыг үүсгэж буй нянгуудын ихэнх нь неомицины төрлийн антибиотик, полимиксин, фурациллинд өндөр мэдрэмтгий байв

Шигелл, стафилококкийн ихэнх өсгөврүүд нь окситетрациклин, левомецетинд дасалтай. Эшерихийн 54 өсгөврөөс 28-нь левомецетинд мэдрэмтгий байсан.

3. Шигеллийн төрлийн омгууд нь неомицины төрлийн антибиотикт адилхан мэдрэмтгий сөгөөд левомецетин, окситетрациклинд дасалтай байсан.

4. Антибиотикт дасалтай өсгөврийн ихэнх нь 145 серотипд хамаарна.

5. Стафилококкийн өсгөврийн ихэнх нь фурациллин, мономицин, мицеринд мэдрэмтгий ба колимицин, полимиксин, левомецетин, окситетрациклины антибиотикт дасалтай юм.

6. Нялх хүүхдийн гэдэсний халдварт өвчнийг эмчлэхдээ дээрх байдлыг анхааран үзэх нь зүйтэй.

НОМ ЗҮЙ

1. Г. Санжмята в. БЧМА Улсад ялгарч байгаа шигеллын шинж чанар ба хими эмчилгээний эмүүдэд мэдрэх чанар. 1967—2. Гров Д. С. Рендалл В. А. Руководство по лабораторным методам исследования антибиотиков. М., 1958.—3. Вельмина Е. А., Фурер Н. М. Руководство по микробиологии, эпидемиологии и клинике инфекционных болезней т. 8.—4. Коваленко А. В., Черномордик А. Б. Журнал „Антибиотики“ 1961, 11, 1021.—5. Г. Жамба. Действие химио-терапевтических веществ на дизентерийные бактерии Ньюкестл в эксперименте. М., 1957.—6. Краснова И. Н. Журнал «Антибиотики». 1961, 2, 158.—7. Ермольева З. В. и др. Антибиотики. М., 1956, 134.

РЕЗУЛЬТАТЫ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К АНТИБИОТИКАМ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ КИШЕЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ

Ж. Алтанцэцэг

РЕЗЮМЕ

В данной статье описаны результаты определения чувствительности к антибиотикам и нитрофурановому препарату возбудителей детских кишечных инфекций методом серийных разведений. Большинство их оказалось высокоустойчивыми к антибиотикам колимицину, мицерину, мономицину, полимиксину и фурациллину, и приобрели устойчивость к левомицетину и тетрациклину. Из различных серотипов эшерихий, содержащим наибольшее количество устойчивых культур, оказался 145-ый серотип, а из шигелл-флекснер.

АРХАГ ДИЗЕНТЕРИЙТЭЙ БАГА НАСНЫ ХҮҮХДИЙГ СУВИЛЛЫН НӨХЦӨЛД ЭМЧИЛСЭН ДҮНГЭЭС

Т. Сосор—Халдвартын эмч

Одоо үед цочмог дизентеритэй тэмцэх талаар ихээхэн амжилт олж энэ хэлбэрийн дизентеригээр үхэх явдлыг эрс багасгаж чадсан боловч архаг дизентерийг эмчлэх оновчтой сайн арга бий болоогүй байна.

Дизентерийг эмчлэхийн тулд одоо үед өргөн хэрэглэж байгаа антибиотик, сульфаниламидын бэлдмэлүүдийн нөлөөгөөр цочмог дизентерийн эмнэл зүйн шинж тэмдэг түргэн арилах боловч уг өвчний гол шалтгаан болсон үүсгэгч микроб нь бие махбодоос бүрэн гүйцэд цэвэршигдэн арилахгүй өвчин улмаар дахих явдал үзэгддэг. Үүний зэрэгцээгээр, бага насны хүүхдийн цочмог дизентери архаг хэлбэрт шилжихэд зөвхөн дизентери үүсгэгч микробоос гадна гэдэсний хэвийн микробууд зохих үүрэг гүйцэтгэдэг. Ялангуяа архаг дизентерийн үед сүү исгэгч микроб үгүй болж, гэдэсний хэвийн бусад микробууд тоо, чанарын талаар ихээхэн өөрчлөгдөж тэдгээрийн хоруу чанар, хор үүсгэх болон цус задлах идэвх нь ихсэж мөн эмгэг төрөгч микробыг эсэргүүцэх, харшлах шинж нь багасдаг гэж Л. Г. Перетц (1955), И. В. Голубева (1956) зэрэг олон судлагчид нотолжээ. Тэрчлэн хэвлэлийн мэдээнээс үзэхэд, өвчин удаахрах тутам дисбактериоз ихэсдэг ба энэ нь гэдэсний хямрал үүсгээд зогсохгүй, дизентерийн эдгэрэлтийг удаашруулдаг байна. Энэ талаар Ж. Алтанцэцэг, Ж. Самданцоодол нар (1968) мөн ийм дүгнэлт хийснээс гадна, энэ нь антибиотیکیг удаанаар хэрэглэсэнтэй холбоотой гэж үзжээ. Ийм учраас архаг дизентеритэй өвчтөнг эмчлэхдээ антибиотуудыг дахин дахин хэрэглэхээс аль болохоор зайлсхийж, хэвийн микробын бүрэлдэхүүнийг сайжруулахад гол анхаарал тавих нь чухал юм.

Дээрх байдлыг харгалзан бид архаг дизентерийн эмчилгээнд гэдэсний савханцраар манай эх орны үйлдвэрт бэлтгэсэн колибактерийн хэрэглэсэн бөгөөд энэ бэлдмэлийн анагаах үйлчилгээг судлахын

тулд 1968—1969 онуудад Улаанбаатар хотын архаг дизентеритэй хүүхдийн сувилалд сувилуулж байсан архаг дизентеритэй 0—3 хүртэлх насны 120 хүүхдэд зохих ажиглалт хийв. Колибактеринийг 1—3 хүртэлх насны хүүхдэд хоногт 100 мл, 6 сараас 1 хүртэлх насны хүүхдэд хоногт 50 мл-ээр бодож хоногийн тунг 2 хувааж сүүн бэлдмэлээр уулгаж байв. Ихэнх хүүхдэд 10—12 хоногийн завсарлагатайгаар 2—3 сар эмчилгээ хийв. Үүний зэрэгцээгээр, колибактеринийг тетрациклинтэй хосолж эмчлүүлсэн, бас дан ганц левомецетинээр эмчлүүлсэн хүүхдэд ажиглалт хийв. Антибиотикийг гол төлөв өвчин хурцадсан, хүндрэлтэй хүүхдэд өгсөн бөгөөд 1 кг биеийн жинд 0,02 г-аар бодож өдөрт 4 удаа, 5—6 хоног уулгаж байв. Тэрчлэн бүх хүүхдэд чухам ямар аргаар эмчлүүлсэнээс шалтгаалалгүй витамин С, В₁, В₆, В₁₂ өгч байснаас гадна зарим хүндрэлтэй, биеийн жингийн нэмэгдэлт сааталтай хүүхдэд сүүн кали, глюкоз, гаммаглобулин, пенициллин тарьж байв. Хүүхдийг яслийн эрүүл хүүхдэд зориулсан хоолны нормыг баримтлан хослож, хоолны дэглэмийг сайн баримталсан.

Бидний эмчилсэн 120 хүүхдийн 67 (55,8%) нь эрэгтэй, 53 (44,2%) нь эмэгтэй байснаас гадна насны байдлаар ялгаж үзэхэд 0—6 сар хүртэлх насны 10 (8,3%), 6—12 сартай 26 (21,7%), 1—2 настай 70 (58,3%), 2—3 насны 14 (11,7%) хүүхэд байв. Янз бүрийн аргаар эмчлүүлсэн бүлэг тус бүрд бараг адил 1—2 насны хүүхэд зонхилж байсан.

Сувилалд ирэхээс өмнө антибиотик ба сульфаниламидын бэлдмэлүүдийг бүх хүүхэд удаан хугацаагаар хэрэглэж байжээ. Үүнд бүх хүүхдийн 32% нь нэг төрлийн антибиотик, 68% нь 2—3 төрлийн антибиотик хэрэглэжээ. Тэрчлэн бүх хүүхдийн 76,2% нь тэжээвэр, 56,3% нь гипотрофитой, 45,5% нь рахитын илрэлтэй байв. Бүх хүүхдийн өвчний ягц мэдэгдэхүйц архаг, ялгадас хэвийн байдалд орсох нь удаашралтай. Үе үе өвчин дахин бүх хүүхдийн 85% нь гэдэс өвдөх, дүлүүлэх 58,3% нь хоногт 1—2 удаа, 25,8% нь хоногт 2—3 удаа, 14,2% нь хоногт 3—6 удаа суулгаж байснаас гадна сүх хүүхдийн 75%-д нь ялгадас залхагтай, 35,5%-нд цустай байсан зэрэг эмнэл зүйн шинж илэрч байв. Бүх хүүхдийн 19,1% нь хүндрэлтэй байсан. Бидний эмчилгээ хийсэн хүүхдийн ихэнх нь хөнгөн хэлбэрийн дизентеритэй байв. Үүнд колибактерианаар эмчлүүлсэн хүүхэд 50 байсан ба үүнээс хөнгөн хэлбэрийн дизентеритэй 38%, дунд зэргийн 12, зөвхөн левомецетинээр эмчлүүлсэн хүүхэд 45, үүнээс хөнгөн 32, дунд зэрэг 11, хүнд хэлбэр 2, колибактерин, тетрациклин хоёроор эмчлүүлсэн 25 байснаас хөнгөн 13, дунд зэргийн дизентеритэй 12 хүүхэд тус тус байв.

Эмчлүүлсэн хугацаагаар нь үзвэл 2—3 сар сувилуулсан хүүхэд 26; 4—6 сар 81; 7—12 сар 11; 1—2 жил сувилуулсан хүүхэд 2 байна. Ингэж ихэнх хүүхдэд удаан хугацаагаар эмнэл зүйн ажиглалт, эмчилгээ, сувилгааг хийхийн зэрэгцээ бүх хүүхдэд бактериологийн шинжилгээг 1440 удаа хийсэн бөгөөд (1 хүүхдэд дунджаар 12 шинжилгээ) 28 (23,3%) хүүхдээс дизентерийн флекснерийн бактери олджээ. Үүнээс гадна, бүх хүүхдийн биеийн жинг сард 2 удаа хэмжиж биеийн байдал яаж сайжирч өөрчлөгдөж байсныг ажиглаж байсан.

Эмчлүүлэхээс өмнө ба дараа нь хийсэн бактериологийн шинжилгээний дүн, эмнэл зүйн ажиглалтуудыг нэгтгэн үзэхэд колибактерин ба түүнийг антибиотиктай хослон эмчлүүлсэн хүүхэд дан ганц левомецетинээр эмчлүүлсэн хүүхдийг бодвол түргэн сайн эдгэж байгаа нь ажиглагдлаа.

1-р хүснэгтээс үзэхэд, дизентерийн бактери ялгагдах нь колибактерианаар эмчлүүлсэн хүүхдийн бүлэгт 4 дахин, колибактерин ба тетрациклин хоёрыг хослуульж эмчлэхэд 5 дахин тус тус багассан бол дан ганц левомецетинээр эмчлүүлсэн хүүхдийн бүлэгт дөнгөж 3,3 дахин багассан байна. Тэрчлэн колибактерин ба хослох аргаар эмч-

1-р хүснэгт

Эмчилгээний үр дүнг харьцуулсан нь

Эмчилсэн арга	Өвчтэй хүүхдийн тоо	Дизентерийн бактери ялгагдсан нь		Өвчний дахилтын тоо
		Эмчлэхийн өмнө	Эмчилсний дараа	
Колибактерин	50	12(24%)	3(6%)	4(8%)
Колибактерин + Тетрациклин	25	5(20%)	1(4%)	2(8%)
Левомецетин (хяналт)	45	11(22,2%)	3(6,7%)	6(13,3%)
Бүгд	120	28(23,3%)	7(5,8%)	12(10,0%)

лүүлсэн хүүхдүүдэд өвчний дахилт адилхан (8%) тохиолдож байсан бол левомецетинээр эмчлүүлсэн хүүхдэд бараг 1,7 дахин их байв.

Эмчилгээний үр дүнг харуулах гол үзүүлэлт болсон ялгадас сайжралтын байдал, ялгадас хэвийн байдалд орсон дундаж хоног, биеийн жин нь нэмэгдсэн байдлыг нэгтгэн дүгнэж 2-р хүснэгтэд үзүүлэв.

2-р хүснэгт

Эдгэрэлтийн байдал

Эмчилсэн арга	Бүх хүүхдийн тоо	Ялгадас сайжирсан бүх хүүхдийн тоо	Ялгадас хэвийн байдалд орсон дундаж хоног	Биеийн жин 1 сард нэмэгдсэн дундаж хэмжээ (г-аар)
Колибактерин	50	46(92%)	80,7	127
Колибактерин + Тетрациклин	25	24(96%)	79,5	140
Левомецетин (хяналт)	45	35(77,8)	145,7	85
Бүгд	120	105(87,5%)	104,7	114

2-р хүснэгтээс үзэхэд, колибактерин ба хослох аргаар эмчлүүлсэн бараг бүх хүүхдийн ялгадас сайжирч дунджаар бараг адилхан 3 орчим сарын хугацаанд хэвийн байдалд орж байжээ. Харин левомецетинээр эмчлүүлсэн хүүхдийн 77,8%-д ялгадас сайжирсан боловч хэвийн байдалд орох хугацаа нь дунджаар 5 орчим сар хүртэл удааширч байв. Эмчлүүлсэн бүх хугацаанд нэмэгдсэн биеийн жинг бодож нэг сард нэмэгдсэн дундаж хэмжээг гарган харьцуулсан бөгөөд колибактеринаар, ялангуяа хослох аргаар эмчлүүлсэн хүүхдийн биеийн жингийн дундаж нэмэгдэлт левомецетинаар эмчлүүлсэн хүүхдийнхээс бараг хоёр дахин их байна. Дээр дурдсан баримт мэдээг харьцуулан үзэхэд, архаг дизентеритэй хүүхдийг колибактеринаар, ялангуяа антибиотиктай зөв хоосон эмчлэх нь ганц антибиотикаар эмчилснээс илүү сайн байна гэдэг дүгнэлтэд хүргэж байна.

Үүнээс гадна, анагаах үйлчилгээтэйн зэрэгцээгээр хоол тэжээлийн зүйл болох колибактеринаар эмчлүүлсэн бүх хүүхдэд ямар нэгэн хортой, тохиромжгүй нөлөө бидэнд ажиглагдаагүй, харин ялгадас тогтвортой сайжирч, өвчин дахих нь эрс цөөрч, хүүхэд түргэн тэвээрч таргалдаг байна. Архаг дизентерийг эмчлэхдээ гэдэсний хэ-

вийн микробын бүрэлдэхүүнийг сайжруулан эдгэрүүлэхэд голлон анхаарч колибактеринийг хэрэглэх, үүнийг бэлтгэх хэрэглэх аргыг улам боловсронгуй болгох, шинэ шинэ бэлдмэлүүдийг турших зэрэг нь архаг дизентерийг эмчлэх оновчтой аргыг боловсруулах өргөн бололцоог бий болгох юм.

Дүгнэлт

1. Бидний судалгаанаас үзэхэд архаг дизентеритэй бага насны хүүхдэд колибактеринийг хэрэглэхэд дан антибиотик хэрэглэснээс илүү үр дүнтэй нь хүүхдийн баас сайжрах, эдгэрэх хугацаа богиносх, өвчин дахих нь цөөрөх байдлаар нотлогдож байна.

2. Архаг дизентеритэй хүүхдийг колибактеринаар эмчилж байгаа үед өөр өвчин хавсрах буюу хүндрэлт үүсвэл өвөрмөц эмчилгээ хийж, комплекс аргыг хэрэглэх нь ашигтай.

3. Архаг дизентеритэй хүүхдийг эмчлэхдээ антибиотикийг дахин дахин хэрэглэхээс аль болохоор зайлсхийж, гарцаагүй шаардлагатай үед хэрэглэж байгууштай.

НОМЗҮЙ

1. Перетц Л. Г. Значение нормальной микрофлоры для организма человека. М. 1955, —2. Голубева И. В. Дизентерия. М., 1956. —3. Ж. Алтанцэцэг, Ж. Самдан-цоодол. Анагаах ухааны эрдэм шинжилгээний бичиг. 1958, № 11, 12.

НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ДИЗЕНТЕРИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Т. Сосор

РЕЗЮМЕ

Проведено лечение отечественным препаратом колибактерином 120 детей с хронической дизентерией следующим образом: назначали детям от 1—3 лет 100 см³, от 6 мес. до 1 года —50 см³ молочного колибактерина в сутки в 2 приема в течение 2—3 месяцев с перерывом 10—12 дней. Также были и дети, у которых колибактерин сочетался с тетрациклином, и дети, которые получали только левомицетин.

Наилучшие результаты в смысле нормализации стула, укорочения сроков выздоровления и уменьшения бактериовыделения наблюдались у детей, лечившихся одним колибактерином и колибактерин-тетрациклином. У детей, получивших только левомицетин, результаты оказались ниже. Автор рекомендует более широко применять колибактерин в лечении детей с хронической дизентерией.

ЭРҮҮЛ ХҮМҮҮСИЙН ЦУСНЫ УУРГИЙН БҮРЭЛДЭХҮҮНИЙГ СУДЛАХ АСУУДАЛД

Анагаах ухааны дэд эрдэмтэн *С. Ямаахай*
(Анагаах ухааны хүрээлэн)

Цусны химийн найрлагад олон төрлийн бодис байх бөгөөд тэдгээрийн дотроос уураг хамгийн их хэмжээтэй учир гүйцэтгэх үүрэг нь маш өргөн байдаг.

Монгол хүмүүсийн цусны уураг хэдий хэмжээтэй байдгийг нарийвчлан тогтоож хараахан амжаагүй байна.

Хүний цусны уургийг хүйсний байдлаар ялган тодорхойлсон зүйл хэвлэлд цөөн бичигдсэнийг харгалзан бид энэ удаа эрүүл эрэгтэйчүүдийг шинжилгээнд хамруулж түрүүчийн судалгааныхаа материалтай харьцуулах зорилго тавьсан юм.

53 эрэгтэйчүүдийн цусанд уургийн нийт хэмжээг рефрактометр РДУ-аар, уургийн бүлгүүдийг электрофорезийн аргаар тодорхойлсон. Манай шинжилгээнд хамрагдагсад нарийн мэргэжлийн эмч нарын бүрэн үзлэгээр эрүүл гэж нотлогдсон залуучууд байв.

Насны байдлаар авч үзвэл, 19 хүртэлх насны 39, 20—26 насны 14 хүн байлаа. Уургийн нийт хэмжээг г %-иар, бүлгүүдийг абсолют ба харьцангуй хэмжээгээр зэрэгцүүлэн гаргаж харууллаа.

1 - р хүснэгт

Эрэгтэйчүүдийн уурагийн бүрэлдэхүүн

Шинжилсэн хүний тоо	Статистикийн үзүүлэлтүүд	Нийт уураг г %	Уургийн бүлгүүд				А/Г-ын коэффициент	
			Альбуминууд	α_1	α_2	β		γ
53	Харьцангуй хэмжээгээр							
	M	7,53	50,4	7,0	10,1	14,0	18,5	1,0
	σ_{\pm}	0,33	1,1	0,5	2,0	2,86	4,29	0,34
	m \pm	0,04	0,15	0,07	0,27	0,39	0,59	0,05
	Абсолют хэмжээгээр							
	M	7,53	3,8	0,53	0,76	1,05	1,39	1,0
σ_{\pm}	0,33	0,71	0,15	0,23	0,34	0,50	0,34	
m \pm	0,04	0,09	0,02	0,03	0,05	0,07	0,05	

2-р хүснэгт

Эрэгтэй ба эмэгтэйчүүдийн цусны уургийг харьцуулсан нь

Хүйс	Хүний тоо	Статистик үзүүлэлт	Нийт уураг %	Уургийн бүлгүүд				А/Г коэффициент	
				Ал-буминууд	Глобулинууд				
					α_1	α_2	β		γ
Эмэгтэй	50	Харьцангуй хэмжээгээр							
		M	7,60	55,2	5,0	8,1	11,9	20,0	1,21
		σ_{\pm}	0,21	1,56	0,75	0,77	1,17	1,30	0,13
m \pm	0,03	0,22	0,10	0,11	0,16	0,18	0,02		
Эрэгтэй	53	M	7,53	50,4	7,0	10,1	14,0	18,5	1,0
		σ_{\pm}	0,33	1,1	0,5	2,0	1,86	4,29	0,34
		m \pm	0,04	0,15	0,07	0,27	0,39	0,59	0,05
		P бага	0,3	0,01	0,003	0,01	0,01	0,3	0,01
Эмэгтэй	50	Абсолют хэмжээгээр							
		M	7,60	4,20	0,38	0,60	0,90	1,52	1,2
		σ_{\pm}	0,21	0,18	0,53	0,65	0,12	0,2	0,13
m \pm	0,03	0,03	0,07	0,09	0,02	0,03	0,02		
Эрэгтэй	53	M	7,53	3,8	0,53	0,76	1,05	1,39	1,0
		σ_{\pm}	0,33	0,71	0,15	0,23	0,34	0,50	0,34
		m \pm	0,04	0,09	0,02	0,03	0,05	0,07	0,05
		P бага	0,3						

Шинжилгээний дүнгээс харахад (1-р хүснэгт), эрэгтэйчүүдийн цусны уургийн нийт хэмжээ $7,53 \pm 0,07$ г % гарсан нь гадаадын судлаачдынхтай (1,2,4,5,6) тохирч байгаа ба эмэгтэйчүүдийнхтэй адил (7,6 г %) бөгөөд үүнд статистикийн ялгаа байхгүй ($P < 0,3$) байна.

Уургийн бүлгүүдээс альбуминууд 50,4% буюу 3,8 г %, глобулинуудаас α_1 —7,0% буюу 0,53 г%, α_2 —10,1% (0,76 г%), β —14,0% (1,05 г%) γ —18,5% (1,39 г%) тус тус байна. Эдгээр дунджуудыг түрүүчийн судалгаагаар тодорхойлсон эрүүл 50 эмэгтэйчүүдийн цусны уургийн хэмжээтэй харьцуулан үзвэл, (2-р хүснэгт) альбуминууд бага ($P < 0,01$) α_1 ($P < 0,001$) ба γ ($P < 0,001$) глобулинууд ($P < 0,01$) их байлаа. Альбуминуудын хэмжээ эрэгтэйчүүдийн цусанд бага байснаас А/Г коэффициент $P < 0,01$ байв.

Цусны нийт уураг, түүний бүлгүүдийн хэмжээ нь хүйсний ялгаанаас шалтгаалж болох тухай К. И. Степашкина (6), Е. Н. Круглов (3) нар бичсэн байна. Нийт 103 хүнд хийсэн шинжилгээний дүнгээс үзэхэд, хүйсний байдлаас болж ялгаа гарсан тал байгаа юм.

Хэвлэлд бичигдсэнээр, альбуминуудын дундаж хэмжээ 60% орчим (4,0 г%—5,0 г%), глобулинууд 35—40% буюу 2,0—3,0 г% байна (1,5,6,8). Дээрхтэй жишихэд манайд альбумины хэмжээ бага, глобулиных нийтдээ их байна. Харин глобулинуудын дотроос γ бүлэг бусдаасаа давуутай байгаа юм.

Уургийн бүрэлдэхүүний хэмжээг хүмүүсийн насны байдлаар ялгахад онцын өөрчлөлт гардаггүй байна. 14—48 насны үед уургийн бүлгүүдийн хэмжээ жигд байдгийг А. Силласту, 18—40 насанд уургийн нийт хэмжээ ба бүлгүүд өөрчлөгддөггүй, харин 70 насны үед альбуминууд багасдгийг Д. Ф. Чеботарев, О. В. Коркушко нар нотолжээ. Манайд шинжлэгдсэн хүмүүсийн цусны уураг ч гэсэн насны байдлаар мэдэгдэхүйц хувиралтгүй байв.

Дүгнэлт

Монгол хүмүүсийн цусны уургийн альбуминуудын хэмжээ, хэвлэлийн дунджаас арай бага, глобулинуудаас γ бүлэг их байна.

Эрүүл хүмүүсийн цусны уургийн бүрэлдэхүүнийг цаашид судлахад хүйсний ялгаа, насны байдлыг тусгах, мөн оршин суугаа орчны нөхцөл, цаг агаарын байдлыг харгалзах нь зүйтэй юм.

НОМ ЗҮЙ

1. Балоховский С. Д. Балоховский И. С. Методы химического анализа крови, Москва, 1953, стр. 342—723. —2. Косяков К. С. Клиническая биохимия. Ленинград, стр. 9—13. —3. Круглов Е. Н. Материал 45-ой научной сессии Астрах. мед. института. Астрахань, 1963, стр. 40—42. —4. Тодоров Й. Клинические лабораторные исследования в педиатрии. София, 1963, стр. 566. —5. Травина О. В. Руководство по биохимическим исследованиям. Москва, 1955. —6. Степашкина К. И. Клиническое толкование сдвигов белков крови. Киев, 1963. —7. Силласту Х. Уч. зап. Тартуун-та Тариу. 1961, вып. 103, стр. 111—117. —8. Чеботарев Д. Ф. и Коркушко О. В. Материал 7-ой научной конференции по вопросам возрастной морфологии, физиологии и биохимии. М. 1965, стр. 480—481.

К ВОПРОСУ О СОСТОЯНИИ СЫВОРОТОЧНЫХ БЕЛКОВ КРОВИ У ПРАКТИЧЕСКИ ЗДОРОВЫХ ЛЮДЕЙ

С. Ямахай

РЕЗЮМЕ

Проведено исследование общего белка и его фракций в сыворотке крови у 53 практически здоровых мужчин.

Анализ результатов работы показал, что содержание общего белка не зависит от пола, отдельные фракции в сыворотке крови имеют некоторые колебания. Так получено, что количество альбуминов несколько ниже, а из глобулинов гамма-фракция несколько выше по сравнению с данными литературы.

ПРАКТИК АЖИГЛАЛТ

ЦӨСНИЙ УУТНЫ БЭТЭГ

Анагаах ухааны доктор *В. Ичинхорлоо, Б. Гэлэл, Д. Жодов*
(Улаанбаатар хотын 3-р нэгдсэн эмнэлэг)

Цөсний уутны анхдагч бэтэг маш ховор тохиолддог. Үүнд, дэлхий нийтийн хэмжээгээр гарсан хэвлэлийн мэдээнд цөсний уутны бэтэг 175 бүртгэгдсэн (Deve, 1925); орос зөвлөлтийн хэмжээгээр гарсан хэвлэлийн мэдээгээр бүгд 33 тохиолдол цуглуулсан (В. А. Скляр, 1946); 539 бэтэгт 1 тохиолдол (И. Д. Даниляк, 1935), 512 бэтэгт 3,3% тохиолдол (В. К. Финкльштейн, 1948), 773 бэтэгт 5 тохиолдол (А. Г. Соснов, 1950), 5330 бэтэгт 3,56% (М. Я. Дейнека, 1969) зэргийг дурдахад хангалттай. Мөн Киргиз ССР-т бэтэг өвчнийг судлах хамтарсан удаан жилийн ажлын явцанд 736 бэтэг өвчнийг илрүүлэхэд цөсний уутны бэтэг өвчин нэгч удаа тохиолдсонгүй байна (Ю. А. Волох, 1958).

Ерөөс цөсний замын янз бүрийн хэсгүүдэд бэтэг харилцан адилгүй байрладаг. Цөсний цоргонд 55%, цөсний уутанд 22%, элэгний цөсний замд 7,6% цөсний уутаны цоргонд 3,3%, эдгээр хэсгүүдийн хавсармал байрлал 12% байдаг гэж И. Я. Дейнека (1969) бичжээ.

Тус гуравдугаар нэгдсэн эмнэлэгт сүүлийн арван жилийн дотор хэвтэж эмчлүүлсэн янз бүрийн эрхтэний бэтэгшилтэй 375 өвчтөний зөвхөн нэг нь цөсний уутны анхдагч бэтэгтэй байжээ.

Өвчтөн М. 38 настай, эрэгтэй, өвчний түүхийн № 400, 1969 оны 3-р сарын 26-нд мэс заслын тасагт «Элэгний идээлсэн бэтэг» сноштой хэвтсэн. Хэвтэх үед баруун сүврэгний доор тодорхой бус байрлалтай өвдөх, тогтмол халуурах, хоолонд дургүй болж турсан зэрэг шаналгаатай байв. 1969 оны 2 сарын эхээр ноцолдож байтал элэгний тус газар хүчтэй өвдөж тэр нь ар гол руу дамжихын хамт бие бүрзийж, огиулж бөөлжүүлжээ. Урд нь удаанаар явган явах, хүнд ажил хийсний дараа баруун сүврэгний доогуур унжиж өвддөг байсан боловч өөдөө харж хэвтэхэд намжиж онцын шаналгадаггүй байсан учир анхаарал тавилгүй явж иржээ. Ийм байдлаар арав гаруй жил болох завсар 1962 онд өөрт мэдэгдэхүйц ямар нэгэн шалтгаангүйгээр биед төдий л зовуургүй ихээр загатнуулсан түр хугацааны тууралт болж өнгөрсөн байна. Өвчтөн бага залуу насандаа мал аж ахуй дээр ажиллаж байсны гадна 1951, 1963 онуудад арав хснөгийн хугацаатайгаар шаралсан гэж эмнэлэгт хэвтэж шарлагын эсрэг эмчилгээ хийлгэсэн боловч сайжрал олоогүй тул халдвартын эмчийн зөвлөлгөөнөөр мэс заслын тасагт шилжүүлжээ.

Бодит үзлэг; биений байдал дунд зэрэг, туранхайвтар, арьс салст бүрхэвч нь гуулин цар өнгөтэй, баруун сүврэгний доогуур дарахад хөндүүр, доргиулахад эмзэглэнэ. Элэг баруун хавирганы нумнаас доош хоёр хуруу томорсон, зөөлөвтөр, эмзэглэлтэй. Гэрэлд: баруун өрц нийтдээ ялимгүй дээшилсэн, хөдөлгөөн нь муудсаны гадна цээж-өрцний булангийн зай тэлэгдэхгүй байжээ. Өндөгний цус: улаан бөөм 360000, геомоглобин 10%, УБТУ 54 мм, цагаан бөөм 7400, зозинофил 3, савханцар 4, хэсэглэсэн 67, лимфоцит 23, моноцит 5. Шээсний пинжилгээ: хувийн жин 1020, хавтгай эс 3—5, цагаан бөөм 7—9, уратын давс элбэг Цусны биохимийн шинжилгээ: билирубин 1,6 мг % шууд, хурдассан, Вельтманы урвал 1—9 шилэнд, Такат-Арынх ++ ++, сулемагийн сорилт 1,2 мг%, тимолынх 13,2 мг%, формолын сорилт хэт илэрсэн байв. Каццоны сорилт сэжигтэй. Эдгээр байдлаас үндэслэж «цөсний заманд ойрлооох идээлсэн бэтэг» эсвэл «элэгний хавдар» гэсэн онош тогтоож, элэгний ажиллагаа, биений эсэргүүцэл сайжруулах болон шинж тэмдгийн эмчилгээ хийж байгаад өвчний явцанд эөрчлөлт гарахгүй, халуун нь нэг хэвт 38 градус тогтмолжин, өтгөний өнгө цайж, шарлалт үнэхээр цөсний замын саатлаас болж байгаа учраас оношийг тодруулж эмчилгээг шийдвэрлэх зорилгоор өвчтөнийг хагалгаанд оруулахаар шийдвэрлэв. Хагалгааг 1969 оны 4 сарын 16-нд азотын исэл наркстин ба булчин судл уулагчийн хавсарсан унтуулгын доор хийлээ. Федоровын зүслэгээр хэвлийн хөндийг нээхэд цөсний уут хэмжээгээрээ томорч, зузаарч үрэвсээд эргэн тойрон сэмжинд наалдаж хучигдсан байв. Цөсний уутны хэсгийг сэмжинд сал-

гаж тэр хэсгээр уутыг онгойлгоход цөс, идээтэй холилдсон бэтгийн үхжсэн эдүүд, навс, уйланхай нийлсэн 40—50 грамм орчим шингэн гарав. Хагалгааг түүгэр хязгаарлан цөсний уутанд хаймран гуурс шургуулж, хэвлийн хөндийг гуурс хүртэл үечлэн битүүлэв.

Peve Zecene, Mondon нар ийм үед эхлээд цөсний замыг гуурсдах нь зүйтэй гэж үзсэн боловч нэг явдлаар бэтгийг авч дараа нь гуурс тавих ашигтай гэж үздэг Аргентиныхны (Finochictta, Zasalala) аргыг хэрэглэсэн нь хожим тэр арга ашигтай болох нь бидэнд мэдэгдлээ.

Хагалгааны дараа өвчтөний биений байдал эрс сайжирч дээрх шинж тэмдгүүд шагналгаа огт арилсан боловч эмнэлгээс гарахдаа үе үе цөс гоожихоос өөр зовууригүй байсан тул өвчтөн дахин хагалгаанд орохоос бэрхшээж явсаар зургаан сар болсны дараа эмнэлэгт дахин хэвтлээ. 1969 оны 11-р сарын 29-нд хэвтэх үед $1,5 \times 1$ см хэмжээтэй, боолт нэвтрэх төдий тунгалаг цөс гарсан цорго байлаа. Биений байдал сайн, зовууригүй, өндөгний цусанд УЦТУ 32 мм-ээс өөрөөр цус, шээсний шинжилгээнд хазайлтгүй. Цоргонд тодруулагч бодис шахан зураг авахад цөсний уут нарийхан суваг болон хувирсан ба цөсний цоргонууд чөлөөтэй болох нь батлагдлаа. Хагалгааг унтуулгын доор хийж нарийхан цорго болон хувирсан цөсний уутыг эргэн тойрны наалдаас эд ба элэгнээс салгаж авлаа. Дээд гэдэс рүү орох цөсний ерөнхий цоргоны өрц чөлөөтэй байгааг магадлаад хагалгааг дуусгав. Хагалгааны явцад элгийг шалгахад түүнд бэтэг, хатууралт, зэрэг алив согог тодорхойлогдсонгүй. Хагалгааны дараа өвчтөний биений байдал сайн анализгаагүй, шарах нь өссөн янзаараа эдгэж эмнэлгээс гарав. Мэс заслаар авсан зүйл нь: $9 \times 2, 5 \times 3$ см хэмжээтэй гонзгой хэлбэрийн $1,5-2$ см орчмын хөндий сүв бүхий хатууувар эд байв. Түүнд гистологийн шинжилгээ хийхэд: салст бүрхэвчний оронд гялгар холбогч эд үүссэн ба булчингийн давхарга харагдана. Энэ давхаргад жижиг эст нэвчдэс голдуу судасны эргэн тойронд дүүрснээс гадна мэдрэлийн судас их байв. Эд, эсийн завсарт лимфоцит, лейкоцитүүд байх ба судаснууд нь цусаар дүүрчээ. Энэ дүгнэлтээс үзэхэд, мэс засал хийлгэсний дараа зургаан сар болох хугацаанд цөсний уутны салст устаж гялгар холбогч эд үүссэн, цөсний уут архаг үрэвслийн байдлаар өөрчлөгджээ.

Бэтэг өвчний талаар он удаан жил үр бүтээлтэй ажилласан хүмүүс үзэхдээ цөсний уутны анхдагч бэтэг маш ховор тохиолдох ба харин элэгний бэтэг цөсний цорго буюу уут руу цоорч орох явдал элбэг тохиолддог байна. Цөсний зам руу бэтгийн уйланхай, эд орсноос болж идээлэлт, үрэвсэл үүсэх, цөсний цорго бөглөрсөнөөс шарлах, хатгаж өвдөх цөсний уутны бэтгийн үед элэг томрох зэрэг шинж тэмдэг уул өвчтөнд байсан байна.

Эхний хагалгааны үед элэг том байсны гадна элэгний үйл ажиллагааг шалгах биохимийн сорилд гарсан өөрчлөлтүүд сүүлчийн хагалгааны үед арилсан байсныг дурдах хэрэгтэй. Цөсний уутны бэтэг өвчин нэгэнт ховор тохиолдох учир оношлогдохгүй өнгөрөх эсвэл оношлоход хялбар биш байдаг байна. Цөсний уутанд байрласан бэтэг өссөөр нэг литр болох хүртлээ ямарч зовиургүй байсан (И. Я. Дейнека), 16 жилийн турш байсан хавдар эцэсдээ цөсний уутны бэтэг болох нь хагалгаагаар нотлогдсон (А. Р. Шурино) баримтууд байна. Манай тохиолдол эхний үед үнэхээр халдварт гепатит, дараа нь тодорхой биш шалтгаантай цөсний замын саатлын шарлалт гэх зэргээр оношлогдож байсан нь тухайн үедээ үгүйсгэх үндэсгүй байжээ. Нэгэнт орой оношлогдох учраас элдэв хүндрэлүүд гарч нас барах явдал ч их байдаг байна (Б. К. Финкельштейн, 25—47%, С. В. Гейнца), хагалгааны дараахь үхэл 34,5—50%-д хүрдэг (Э. С. Мартикан. А. А. Хачатрян). Харин манай тохиолдолд хагалгааны өмнө шарлах, хагалгааны дараа удаан хугацаагаар идээ-цөс гоожсон цорго үүсч хөдөлмөрийн чадвар жил гаруй алдагдуулсан хүндрэлт үүссэсэн.

LUPUS ERYTHEMATOSUS

Анагаах ухааны дэд эрдэмтэн А. Өлзийхутаг
их эмч З. Эрдэнэцогт

Коллагеноз өвчнүүдийн хүрээнд багтах түгээмэл чоно яр гэж бидний нэрлэдэг Lupus Erythematosus нь бие махбодын эд эсүүдэд гүнзгий өөрчлөлт үүсгэдэг. Энэ өвчин ихэвчлэн 15—30 насны эмэгтэйчүүдэд тохиолддог байна.

Энэ өвчний үед л тохиолддог LE гэдэг эсийг 1948 онд Harglaves нөхдийнхөө хамт олсноос хойш уул өвчнийг танихад нилээд хялбар болсон бөгөөд энэ эс өвчтөний 75—80%-д олддог байна (E. M. Tarpеев, B. A. Насонова, Л. И. Несговорелова, E. И. Новоселова, Dubois; Althoff).

Хэрэв нэгэн өвчтөнд 4—5 удаа ойр ойрхон LE-эсийг эрээд байхад уул өвчин мөн л бол заавал олдоно гэж Vachtenheim (1967) номлосон байдаг. Уул өвчний идэвхтэй үед энэ эс голдуу олдох боловч зарим үед идэвхжээгүй байхад олдоод, идэвхжсэн үед нь олдохгүй байх тохиолдол хааяа байх учир өвчний клиникийг сайн мэдэж байх нь чухал юм (Dubois, 1964).

Сүүлийн жилүүдэд LE элбэг тохиолдох болсон нь зөвхөн оношлох явдал сайжирсантай төдийгүй, бас уул өвчний тодорхой хэлбэрүүд нилээд элбэгшиж байгааг гэрчилнэ. Зөвхөн өнгөрсөн 1967 онд Нэгдсэн 1-р эмнэлэгт 4 өвчтөн оношлогдсон юм.

Lupus Erythematosus-ын үүсэх шалтгаан, явц тодорхой судлагдаж шийдвэрлэгдээгүй боловч үүнд харшлын өөрчлөлт нөлөөтэй гэдэг онол нилээд анхаарал татаж байна. Тухайлбал: антиген шинж чанартай вакцин, ийлдэс, сульфаниламид, антибиотик зэргийг хэрэглэсэнээс уул өвчний явц идэвхждэг тал бий. Иймээс ч сүүлийн үед дээрх эм тариануудыг тодорхой хяналтгүй хэрэглэсэнээс LE элбэгшиж байна гэж зарим эрдэмтэд үзэх болов. Түүнчлэн нарны хэт ягаан туяа, рентген туяа болон янз бүрийн физик эмчилгээнүүд LE өвчнийг дэврээдэг байна. Одоо үед энэ өвчний үүсэл явцын талаархи судалгааны гол үр дүн нь өвчтэй хүний цусанд эсийн цөмийн эсрэг зүйл-антителийг олсонд оршино. Түүнийг илрүүлэх нь уул өвчнийг оношлох гол баталгаа болж байна.

Өвчний шинж тэмдгийн хувьд өвчтөн эхний үед ядрах, эцэх турах, үе мөч булчин, шөрмөсөөр өвдөх, бага зэрэг халуурах, арьсан дээгүүр үе үе тууралт гарах, хараа муудах, сэтгэл мэдрэлийн талаас өөрчлөлт гарах зэрэг шинжүүд үзэгддэг. Заримдаа дотор эрхтэний талаас өөрчлөлтүүд нилээд эрт үзэгдэнэ. Энэ нь гол төлөв зүрх орчим өвдөх, амьсгаадах, шээсэнд уураг, улаан бөөм тодорхойлогдох, цусанд цагаан бөөмийн тоо цөөрөх, улаан бөөмийн тунгах урвал хурдсах зэрэг чухам юунаас болсон нь тодорхойгүй, шинж тэмдгүүд үзэгдэнэ. Энэ өвчний ямар нэгэн шинж тэмдэг хэдэн 7 хоног буюу сар, жилээр ганцаараа тогтмол байдгийг онц анхаарвал зохино.

Иймэрхүү зүйлийг эртнээс анхаарч чадвал онош тавихад нилээд дөхөмтэй боловч, өвчний эхний үе нь янз бүрээр илэрдэг учир заримдаа бөөрний үрэвсэл, хэрлэг, үе мөчний үрэвсэл зэрэгтэй андуурах явдал цөөнгүй тохиолддог. Зарим үед их халуурах, тамирдах, ядрах, хөлрөх, эцэж турах учраас хурц-түгээмэл сүрьеэ гэж бодох явдал ч байдаг. Энэ үед арьсанд өөрчлөлт үүсэх, амны салст шарлах, булчин өвдөх, үеэр өвдөж хавдах, гялтангууд үрэвсэх, элэг, дэлүү, булчирхай томрох зэрэг уул өвчний үеийн онцлог шинжүүдийг ажиглаж болох юм.

Иймэрхүү янз бүрийн шинж тэмдэгтэй байхад онош төөрөлдөх явдал олонтаа байх учир архаг ба хурц хэлбэрийн LE-тэй зарим өвчний түүхтэй товч танилцаж.

Нэгдүгээр жил ээ: Өвчтөн Ц, А. 45 настай, эмэгтэй, өвчний түүхийн № 5690, 824. 1967 оны 12-р сарын 3-нд Нэгдсэн 1-р эмнэлгийн дсстрын тасагт ходосд гэдэсний үрэвсэл, хордогч цус багадалт, бөөрний тэвгийн үрэвсэл гэдэг оноштой ирж хэвтсэн. Хэвтэх үедээ огиулдаг, цустай улаан ягаан зүйлээр бөөлжүүлдэг, бүх бие бадайрдаг гэсэн зовууртай, хоолонд дургүй, халуурдаг байв.

Анх 11-р сарын 23-ны үед чээжээр өвдөж шээс улайж өвчин эхэлсэн бөгөөд стрептомицин тариулж аскофен ууж байсан боловч засрал аваагүй учир түргэн тусламж дүүдаж эмнэлэгт хэвтжээ.

Өвчтөн 1955 оноос эхлэн кассын эрхлэгч хийдэг байсан ба 6 удаа хүүхэд хэвийн байдлаар төрүүлсэн. 1965 оноос Реногийн өвчин гэдэг оноштой эмчлүүлж байсан. Үзэхэд: Биеийн байдал хүнд, ухаан саруул, арьс цайвар, нүүр чээжээр жижиг тууралттай, баруун гарын хуруунууд хөх, хүйтэн, гарын царвуунууд үеэр хавдартай, хөндүүр, мэдээ муудсан, нүдний салст улайсан, бучирхайнууд томроогүй байв. Зүрхний авиа бүдэг жигд, цусны ерөнхий шинжилгээ: Эр—2590000, л—12700, с—87, лф—11, м—2, гемоглобин—54 ед, өнгө илтгэгч 1,0, ЭТУ цагт 34 мм, цусны нөжрөлтийн хугацаа 1 мин урсах хугацаа 8 мин, тромбоцит 121730, шээсний өнгө шар булингартай, уураг 0,33% бөөрөний хучаас эс-1-2, Э-маш их, рентгенд уушги зүрхэнд үзэгдэх өөрчлөлтгүй- сарвууны ясны рентген зурагт өөрчлөлтгүй LE эс олноогүй.

Өвчтөний биеийн байдал улмаар доройтож цэвэр цусаар бөөлжих, суулгах, хэвлийгээр маш хүчтэй өвдөх зэрэг «дотоод цус алдалт, Шенлэн-Генохын өвчин, Реногийн өвчин, ходоодны гярах цоорох, ходоодны өмөн үү» мэтийн өвчний шинжүүд байсан боловч хурц хэлбэрийн Lupus Erythematosus гэдэг онош хэвтсэний 2 дахь өдрөөс тавигджээ.

Холдугаарт: Өвчтөн Т,П, 53 настай, эмэгтэй, Өвчний түүх № 3414,527. 1967 оны 7-р сарын 28-нд дотрын тасагт ирж хэвтсэн. Хэвтэх үедээ дөрвөн мөчөөр өвдөнө. Хэл амны дотор тал шархалсан, үг хэлж болохгүй, ууц нуруугаар өвдөнө. Хөл гарын үзүүр хүйтэн оргиж өвдөнө гэдэг зовуурьтай байв. Энэ өвчин анх 1960 оноос бүх бие суларч хөл гарын булчин өвдөж хурууны үе хавдах байдлаар эхэлсэн. Сүүлд нь хуруу шархалж, толгойн үс унадаг болжээ. Үүнээс өмнө дотрын тасагт 4 удаа хэвтэж эмчлүүлсэн. Сүүлийн жилүүдэд хэл хавагнаж аман дотуур болон хөл гараар шарх гарсан. Үе мөчний хөдөлгөөн муудсаар 2 хөл, баруун гар татанхай болжээ.

Үзэхэд: Ухаан саруул, нүүр ялимгүй цэлхэрсэн, нүүр, хэл амны дотор тал хөл гараар олон жижиг шархтай, арьс нь цайвар, зарим газраа улайсан, хурууны мах шуугдаж үзүүр нь шовчийсон, 2 гарын хурууны үеүүд, баруун гарын тохой, 2 хөл өвдөгний үеэр гүйцэд тэнийхгүй.

Амьсгал сулавтар, цулцангийн хэрчигнүүргүй, зүрхний авиа бүдгэвтэр, шуугиангүй, зүрхний цохилт хурдассан, жигд биш, судасны лугшилт минутад 40 удаа, А/Д—100/75, хэвлий зөөлөн, элэг, дэлүү том, бөөр, ууц нуруугаар ялимгүй хавантай.

Шинжилгээ: Эрит—2620000, лейкоцит 6200, гемоглобин -42 нэгж, өнгө илтгэгч 0,8, УЦТУ цагт 40 мм, э—3, с—62, мн—4, п-1, шээсний ерөнхий шинжилгээ 7-р сарын 29-нд, хэмжээ 250,0 өнгө гяар, хувийн жин 1004, уураг 0,66%, дугираг эс—1—2 х/т

Хавтгай хучаас эс 5—7 х/т, лейкоцит 20—25 х/т. Гергерсенений сорил сөрөг.

Рентген гэрэлд чээжийг харахад уушгины талбай цэвэр, өрц хөдөлгөөнтэй, хэвлийгээс ялимгүй дээш байрлалтай, зүрх гол судсанд өөрчлөлтгүй. Өвчтөнд гормон, витамин, антибиотик болон бусад шинж тэмдгийн эмчилгээнүүд тасралтгүй хийснээр биеийн байдал нь түр зуур засарч байсан. Эмгэг анатомийн шинжилгээгээр дотор эрхтнүүдэд холбогч эдүүд ихээр үүссэн байв.

Одоо энэ өвчний зарим гол шинж тэмдгийг авч үзье.

Хэрэв өвчний эхнээс сайн эмчлүүлээгүй бол бараг бүх өвчтөн халуунтай байх бөгөөд тэр нь тогтворгүй, үе үе аяндаа буурах буюу ямарч хүчтэй эмэнд дарагдахгүй удаанаар үргэлжлэх жишээтэй. Ер нь өвчтөн заавал халуурдаг онцлогтой. Хэдийгээр саяхан болтол LE-ийг арьсны өвчин гэж байсан боловч бүх өвчлөгсдийн 15% орчимд нь арьсны өөрчлөлт илэрч болно. Гол төлөв нүүрний арьсан дээр эрвээхэй хэлбэртэй, зах нь тодорхойгүй, голдоо улаантай, наранд түлэгдсэн маягийн толбо гарна. Толбон дээр нь тав үүсэх бөгөөд түүний хууран унахад сорогдсон сахар шиг сорви үлдэнэ. Толбо нь нүүр, хацраас гадна чих, хумсны зах, хурууны өндөг, алга, хүзүү, үсэн дотор гарна. Бусад газруудаар толбо гарах нь төдий л элбэг биш. Хумс эвдрэх, үс унах явдал байна. Булчирхайнууд ялимгүй хөндүүр, зөөлөн байдалтай, томрох нь нилээд элбэг байдаг. Өвчлөгсдийн бараг 90%-д үе мөчний өөрчлөлт үзэгдэх бөгөөд энэ нь өвчний эхний ганц шинж байх нь цөөнгүй. Том жижиг үе улайж хавдах, халуу оргих зэрэг үрэвслийн шинж илэрч, үдэш орой тийшээ тогтмол, маш хүчтэй өвдөнө. Хүчтэй өвдөлтөөс болж удаан хугацаанд хөдөлгөөнгүй байснаас үений хөдөлгөөн муудах, булчин хатангирах явдал тохиолддог. Ийм үед үений шингэнийг шинжлэх нь оношийн их ач холбогдолтой бөгөөд түүнд цагаан бөөм маш бага, нейтрофил бараг байхгүй, хэлбэр дүрсээ өөрчлөсөн эсүүд их байдаг байна. Эхний үед төдий л тодорхойгүй боловч зүрхний талаас нилээд өөрчлөлт илэрч зүрхний булчин гэмтэх, амьсгаа давхцан зүрх орчмоор өвдөх, зүрх дэлсэх, зүрхний авиа бүдгэрэх, цохилтын хэм алдагдаж

сүүлдээ зүрх тэлэгдэн агшилт сулралтын шуугиан сонсдох, цусны эргэлтийн дутагдал үүсэх зэрэг шинж илэрнэ.

Мөн захын судаснуудад өөрчлөлт гарч Реногийн өвчний шинжүүд гардаг. Энэ өвчин өвчтөний 40—90%-д уушгины өөрчлөлт, пневмони, гялтангийн үрэвсэл маягтай илэрдэг.

Хоол боловсруулах эрхтэний талаас уруул, ам, салст шархлаж улайх, юм залгихад хөндүүрлэх, хоолонд дургүй болох, бөөлжих, бөөлжис цутгах, суулгах зэргээс гадна ходоодны шарх цоорох, гэдэсний түгжрэлт, хэвлийн гялтангийн үрэвсэл зэргийн шинж тэмдэг үзэгдэнэ. Элэг дэлүү томрох нь цөөнгүй (15—30%) байдаг. Бөөрний талын өөрчлөлтүүд өвчлөгсдийн 60—100%-д үзэгдэх бөгөөд гол төлөв шээсэнд уураг, улаан бөөм, бортгон эс үзэгдэж байснаа сүүлдээ даралт ихдэх, хавагнах шинжүүд илэрнэ.

Өвчтөн үе үе татаж унах, ууртай цухалдуу, мартамтгай болох, мэнэнгийн шинж илрэх зэрэг төв ба захын мэдрэлийн өөрчлөлтүүд үзэгдэхээс гадна элэг дэлүү томрох, цус гоожимтгой болох, цус багадах, нүдний салст үрэвсэх, нүдний эвэрлэг шарлах зэрэг эмгэг өөрчлөлт гарна. Өвчний явц нь хурц, ужиг янз бүр байна. Онош тавихад дараахь зүйлийг заавал анхаарах ёстой. Үүнд:

1. Ялангуяа залуухан эмэгтэйчүүдийн дунд илүү тохиолддог.
2. Ультра ягаан туяа ба зарим эмүүд, цус сэлбэх зэрэгт цочромтгой эсэх
3. Тогтмол бус халуурах.
4. Онцын шалтгаангүй эцэж турах.
5. Үс унах.
6. Үе мөч булчингаар хүчтэй өвдөх.
7. Нүүр гарын арьсанд тууралт үзэгдэх.
8. Салстууд улайх, шархлах, үхжих, үрэвсэх.
9. Булчирхай, элэг, дэлүү томрох.
10. Гялтангууд үрэвсэх
11. Бөөрөнд өөрчлөлт гарах
12. Цусны дүрс элементүүд цөөрөх
13. Улаан бөөмийн сунах урвал хурдсах
14. Лабораторийн шинжилгээнд өөрчлөлт үзэгдэх боловч эрхтэнүүд өөрчлөлтгүй байх.
15. Цусанд LE олдох зэргийг анхааран үзвэл түгээмэл чоно ярыг оношлоход төдийлөн төвөгтэй биш болно. LE нэг удаагийн шинжилгээнд олдохгүй ч байж болно. Иймээс түүнийг 5-аас доошгүй эрэхэд заавал олдох ёстой юм.

АНАГААХ УХААНЫ ДЭД ЭРДЭМТНИЙ ЗЭРЭГ ХАМГААЛСАН ЗОХИОЛЫН ХУРААНГУЙ

МОНГОЛЧУУДЫН АРТЕРИЙН ДАРАЛТ БАГАДАЛТ-ГИПОТОНИ

Анагаах ухааны дэд эрдэмтэн Я. Дондог

Артерийн цусны даралт багадалтын эзлэх хэмжээ, орчин тойрны нөлөө, шалтгаан, патогенез, клиник явц хэлбэр болон ангилалт, эмчилгээ зэргийн талаар олон орны эрдэмтэд ихээхэн ажиллаж сонирхолтой дүгнэлтүүдийг хийсэн ба хийсээр байна. Гэвч артерийн даралт багадалтын үндсэн чухал асуудлуудын нэгийг нь ч өнөө болтол санал нэгтэй шийдвэрлэж чадаагүй байна. Үүнд:

1. Артерийн даралт багадалт-гипотонийн заагийг чухам ямар хэмжээгээр авах вэ? гэдэг дээр санал зөрүүтэй байгаа учир артерийн бага даралт гэдгийг янз бүрээр авцгаажээ. Энэ нь артерийн даралт багадалтын эзлэх хэмжээг шинжлэгч бүрийн ажил дээр ихээхэн хэлбэлзэлтэй гарах нөхцөлийг бүрдүүлж байна (Хэлбэлзлэл нь барагцаалбал 1%—40% хүртэл байгаа). Зарим эрдэмтэд (А. В. Исаев, В. В. Трунин) даралт багадалт эрэгтэй, эмэгтэй хүмүүсийн дунд адил тоотой байна гэдэг байхад нөгөө хэсэг нь (А. Г. Диордица, М. С. Образцова, А. Я. Наумова, А. М. Козловский) артерийн даралт багадалт эмэгтэйчүүдийн дунд зонхилдог гэж үздэг. Гэтэл бас хэсэг эрдэмтэд (Страссери, Левенштейн, Г. А. Гельфер нар) даралт багадалт эрэгтэйчүүдийн дотор олон байдаг гэлцэнэ.

2. Эдгээрээс гадна шалтгаан, патогенезийн талаархи онолууд зөрүүтэй байна. Гипотони нь тархи мэдрэл, сэтгэл санааны үйл ажиллагаа, түүний гэмтэл, доройтлууд (А. М. Корицкий, М. С. Образцова мэтийн хүмүүс), мөн хоол хүнс, хөдөлмөрийн байдал (А. А. Мелик-Адамян, П. А. Невзоров нар) зэргээс болж үүсдэг гэх буюу уургаар дутмаг хоол хэрэглэдэг хүмүүсийн дунд гипотони их байдаг (Л. И. Фогельсон) гэх мэт маш олон янзаар тайлбарладаг. Мөн атмосферийн даралт багатай өндөр уулархаг газар, цаг уурын онцгой нөхцөлүүд, зэрэг цусны даралтанд нөлөөлж болох байгалийн олон хүчин зүйлүүд байдаг гэж эрдэмтэд бичжээ.

3. Цаашид цусны даралт багадалт нь өвчин үү, бусад өвчний шинж тэмдэг үү, эсвэл физиологийн үзэгдэл үү гэдэг дээр их маргаантай байна.

4. Түүгээр ч үл барам даралт багадалтыг олон янзаар нэрлэдэг байна.

Артерийн цусны даралт багадалтын гол гол асуудал ийм маргаантай байгаа нь эмч бид нараас артерийн даралт багадалтын талаар ойлгох ойлголтыг хүндрүүлж цаашид улам гүнзгийрүүлэн судлахыг шаардаж байна. Манай улсын хүн амын артерийн цусны даралтын хэвийн байдал, ихдэлт, багадалтыг судалсан ажлууд өнөө хир нь төдий л элбэг биш билээ.

Судалгааны арга. Бидний ажил артерийн даралт багадалтыг судлахад чиглэгдсэн боловч ихдэлт ба хэвийн хэмжээ ямар байгааг хэрэгсэхгүй орхиогүй. Бид далайн түвшнээс дээш янз бүрийн өндөрт байдаг бөгөөд цаг уурын хувьд өөр хоорондоо ялгагдах онцлогтой тус орны хэд хэдэн хэсэгт оршин суугчдын артерийн цусны даралтыг хэмжиж үзсэн юм. Далайн түвшнээс 2000 метрээс дээш өндөрт өргөгдсөн уулархаг хэсэгт Хөвсгөл аймгийн зарим сумд, мөн далайн түвшнээс 1200-аас 1600 метрт өргөгдсөн тэгш тал нутагт Дундговь аймгийн зарим сумд, Улаанбаатарын район, далайн түвшнээс 600-гаас 800 метрт өргөгдсөн нам дор газарт Сэлэнгэ аймгийн зарим сумдыг хамааруулан авч тэдгээрт оршин суугчдын цусны даралтыг хэмжин үзэж харьцуулан дүгнэсэн болно. Артерийн цусны даралт улирлаар яаж өөрчлөгддөгийг мэдэх зорилгоор тодорхой тооны хүмүүсийг авч цусны нь даралтыг жилд 4 удаа Коротковын аргаар хэмжиж үзсэн.

Материал. Өмнө дурдсан 4 районы үзлэгт хамрагдсан хүний тоо бүгд нийлж 2967 болсон бөгөөд, эрэгтэй нь 1257, эмэгтэй нь 1710 байв. Судалгаанд 16-аас 70 хүртэлх насны хүмүүс хамрагдсан юм. Энэ үзлэгийн дүнд бид манай хүмүүсийн артерийн их даралтын хэмжээ нь 101-ээс 140, бага даралт 61-ээс 90 мм мөнгөн усны баганын хэмжээнд байдаг, өөрөөр хэлбэл манай хүмүүсийн артерийн цусны даралтын хэвийн хэмжээ нь гадаад орны ном хэвлэлүүдэд бичигдсэн эрүүл хүмүүсийн даралтын хэвийн хэмжээтэй тохирч байна гэдэг дүгнэлт хийхэд хүрлээ. Мөн энэ судалгааны байдал, гадаадын ном хэвлэлд бичигдсэн гол санаануудыг үндэс болгож артерийн цусны их даралт нь 100-аас бага, бага даралт нь 60-аас доош байвал бид цусны даралт багатай гэж үзэх болсон юм. Үзлэгт хамрагдсан 2967 эрүүл хүмүүсийн дотор артерийн даралт багатай 358 хүн байсныг илрүүлсэн. Эдний 214 нь эмэгтэй байснаас гадна 40-өөс доош насны хүмүүс зонхилж байв.

1 - р хүснэгт

Артерийн цусны даралт багадалт (насаар)

	Насны байдал					
	20 хүртэлх	21—30	31—40	41—50	51—60	61-ээс дээш
Үзлэгт хамрагдсан хүний тоо	397	821	668	536	330	215
Үүнээс даралт багатай (тоо)	85	135	94	50	17	4
Хувиар	17,1	16,4	14,0	9,3	5,1	1,8

Үүнээс үзэхэд, даралт багатай хүмүүсийн хамгийн олон нь 20 хүртэлх насанд байгаа бөгөөд 40 нас рүү дөхөөд ирэхээр багасаад 40өөс хойш болохоор бүр бага болж байна

Энэ хүснэгт артерийн цусны даралт багадалт оюутан сурагч албан хаагчдын дунд их, малчин, гэрийн ажилтай хүмүүсийн дунд байгааг харуулав.

Далайн түвшнээс янз бүрийн өндөрт оршдог хэсгүүдэд хийсэн үзлэгүүдийн дүнг харьцуулж үзэхэд өндөр газар оршин суугчдын дунд даралт багадалт их байдаг гэсэн (М. Э. Эфендиев, С. М. Бадалова, Т. Я. Мамаладзе, Н. А. Курдиан зэрэг) олон эрдэмтдийн то-

Даралт багатай хүмүүсийг ажил төрлийн байдлаар ялгавал

	Малчид	Ажилчид	Албан хаагч, оюутан сурагч	Гэрийн ажилтан
Үзлэгт хамрагдсан хүний тоо	990	1402	348	227
Үүнээс даралт багатай (тоо)	61	210	70	17
(Хувиар)	6,0	14,9	20,0	7,4

дорхойлолтыг бид харахан баталж чадаагүй юм. Жишээ: далайн түвшнээс 2000-аас 3000 метр өндөрт өргөгдсөн Хөвсгөл аймгийн зарим сумдад оршин суугчдын дотор даралт багатай хүмүүсийн эзлэх хувь нь 8,7- оос хэтрэхгүй байхад далайн түвшнээс 600-аас 800 метр өргөгдсөн Сэлэнгэ аймгийн зарим газруудад оршин суугчдын дунд даралт багатай хүмүүсийн тоо 18% хүртэл тохиолдож байснаас тодорхой байна. Энэ үзлэгт хамрагдсан хүний тоо, нас хүйсний байдал ойролцоо байсныг дурдах хэрэгтэй юм. Үзлэгт хамрагдсан бүх хүний 12% нь артерийн даралт багатай байсан бөгөөд барагцаалвал манай орны насанд хүрэгсдийн 10 хүн тутмаас нэг хүн даралт багатай байна гэж үзэж болохоор юм. Гэтэл бас цусны даралт ихтэй, өөрөөр хэлбэл дээд, доод даралт нь 140/90 мм мөнгөн усны баганын хэмжээнээс дээш байсан хүний тоо мөн иймэрхүү хэмжээнд байгаа байдал бидний ажиглалтаар илэрсэн юм.

Үүнд харин даралт ихтэй нь 40-өөс дээш насны хүмүүсийн дунд элбэг болж байлаа. Энэ байдлаас үзэхэд цусны даралтын хэвийн байдал алдагдах явдал ихээхэн суурийг эзэлж байгаа нь илэрхий байна.

Хоолондоо ургамал, ногооны зүйл их хэрэглэдэг хүмүүсийн цусны даралт бага байдаг гэж зарим эрдэмтэд үздэг. Гэтэл бидний ажил үүнийг баталж чадаагүй. Яагаад гэвэл манай орны хөдөлмөрчдийн хүнсний гол зүйл нь амьтны гаралтай уураг, өөх байдаг атлаа даралт багатай хүний тоогоор дээгүүрт орж байна. Манай оронд жилийн дөрвөн улиралд цаг уур эрс тэс өөр байдгийг харгалзан больницын ажилчдын цусны даралтыг 2,5,8,11-р саруудад хүн нэг бүрт 4 дахин хэмжиж үзсэн юм. Даралт багатай хүний тоо 5,8,11-р саруудад үндсэндээ ойролцоо байхад 2-р сард болохоор эрс нэмэгдэж ирлээ. 2-р сар бол атмосферийн нилээд өөрчлөлттэй хүйтний градус өндөр байдаг, салхи шуурга элбэг үүсдэг болохоор энэ нөхцөлүүд цусны даралтанд нөлөөлдөг байж болох юм. Улирлаар артерийн даралт хэмжээний дүнд бид даралт хэмжих ажлыг хэдийд зохиовол дээр юм бэ? гэдгийг тогтоож авахыг оролдлоо. 8—9-р сард манай хүмүүсийн цусны даралт тогтвортой жигд байх шиг бидэнд ажиглагдсан. Ийм ч учраас бид цусны даралт хэмжих ажлаа энэ үеүдэд голдуу хийлээ.

Эдгээр нь манай ажлын ерөнхий хэсэг бөгөөд үүнээс бид, цусны даралтыг, ялангуяа артерийн даралт багадалтыг өөрийн нөхцөлд хэрхэн үзвэл зохих, мөн энэ талаар нарийвчлан судлахын чухал болохыг олж мэдсэн юм. Бид цусны даралт багадалтыг нарийвчлан судлах зорилгоор даралт нь багадсан 219 хүнийг эмнэлэгт хэвтүүлэх;

амбулаториор үргэлжлүүлэн ажиглалт хийх замаар судалгаа явуулсан. Ердийн ерөнхий үзлэгээс гадна гэрэлд харах, зүрхний цахилгаан бичлэг хийх, цусанд сахар, холестерин, протромбин, аскорбины хүчил, уураг ба, түүний задрал, цусны сийвэнд минералууд, шээсэнд кетостероид-17 үзэх ажлуудыг зохиосон юм. Энэ судалгааг ид явуулж байх үед биохимийн эдгээр шинжилгээнүүдийн хэвийн хэмжээ норм гэж баримжаалах юм манай нөхцөлд байгаагүй нь манай ажлыг үлэмж хүндрүүлж байсныг тэмдэглэх хэрэгтэй. Ийм учраас бид эрүүл хүмүүс дээр хэвийн хэмжээг мэдэх зорилгоор өмнөх шинжилгээнүүдийг хийх шаардлагатай болсон юм. Эрүүл хүмүүс дээр хийсэн шинжилгээний үр дүнд доор дурдсан үзүүлэлтүүдийг бид норм болгон авсан. Үүнд: цусанд сахар 70—100 мг%, сийвэнд холестерин 170—250 мг%, протромбин (Квиклинхаар) 90—150%, уургийн ерөнхий хэмжээ 7,2—8,2 г%, альбумин 4,03—4,94 г%, глобулин 2,5—3,57 г%, альбумин глобулины коэффициент 1,13—1,84.

Манай монголчуудын хоол тэжээл бусад орныхоос ялгагдах нилээд онцлогтой авч холестериний хэмжээ нилээд өндөр байгааг эс тооцвол биохимийн үндсэн үзүүлэлтээр гадаад орнуудын ном хөвлөлд бичигдсэн нормоос гойд ялгагдах юмгүй байна. Цусны сийвэнд байгаа минералуудыг ч аваад үзэхэд ЗХУ бодоод баруун Европын орнуудынхаас зөрөх юм алга. Тухайлбал: фосфор 3,4—5 мг%, кали 18,0—24,0 мг%, кальци 9,0—11 мг%, натрий 286,0—358 мг%, хлор 347—394 мг% тус тус байна. Харин цусанд аскорбины хүчил үзэхэд ихээхэн хэлбэлзэлтэй байгаа нь ажиглагдсан. Аскорбины хүчил 0,12—1,65 мг% хооронд байсан боловч ихэнхийнх нь 0,12—0,69 мг% байв. Бид больницын нөхцөлд цусны даралт багатай 219 хүнийг хэвтүүлж эмчилсэн. Үүндээ бид Н. С. Молчановын (1962) ангиллыг баримталж цусны даралт багадалтыг анхдагч ба хоёрдогч гэж ангилсан бөгөөд анхдагчид нь тооцогдох өвчтөн 70, хоёрдогчид нь тооцогдох өвчтөн 149 байлаа. Эдгээр 219 хүний 152 нь эмэгтэй, 70 орчим хувь нь 40 хүртэлх насных байв. Энэ тоонууд бол даралт багадалт хоёрдогч хэлбэрээр их тохиолддог, эмэгтэйчүүдэд ба 40-өөс доош насны хүмүүст зонхилж байна гэдэг дүгнэлт хийхэд хүргэсэн юм. Нас хүйсний хувьд гарч байгаа энэ ялгаа бидний хийсэн өмнөх судалгаанд нэгэн адил дайралдаж байсан билээ.

Артерийн даралт нь багасан өвчтөнүүд голдуу толгой өвдөх, бие сулрах, толгой эргэх, зүрх цохих, нойргүйдэх, цочимтгой ууртай болох, амрхан ядрах зэрэг шаналгаатай байдаг. Үүний зэрэгцээгээр толгой өвдөх, бие сулрах, толгой эргэх, зүрх их цохих шаналгаа анхдагч даралт багадалттай өвчтөнд тохиолддог бол амьсгаа давхацдаг гэсэн шаналгаа хоёрдогч даралт багатай хүмүүст элбэг тохиолддог болохыг бид ажигласан юм. Гипотонийн анхдагч хэлбэрийг этиологийн хувьд судлах гэж орсон судалгааны дүнд бид тодорхой юм юу ч олж тасгааж чадаагүй. Харин гипотони хоёрдогч байдлаар үүсч буй тохиолдлын этиологийг судалж үзэхэд ихэнх нь хоодоод гэдэс дотрын архаг өвчин, уушгины хурц ба архаг өвчнүүдтэй холбоотой болох нь анхаарагдлаа. Тодорхой зарим нэгэн жишээг авч үзвэл: Хоёрдогч гипотонитой өвчтөнүүдээс ходсонны үрэвсэлтэй 20, цөсний архаг үрэвсэлтэй 19, уушгины архаг мэнгэртэй 14, уушгины ба булчирхайн бусад эмгэгтэй 13 хүн тус тус байв. Хоёрдогч гипотонийн этиологийн эдгээр хүчин зүйлүүд нь хөвлөлд бичигдсэнээс онцын зөрөөгүй байгаа юм. Анхдагч гипотонийн явц хэлбэрийг ажиглаж үзэхэд, тархины хэлбэр 70-аас 45 нь буюу хамгийн олонхи нь, дараа нь холимог хэлбэр 13, зүрхний хэлбэр 3 байв.

Энэ нь Монголд титэм судасны өвчин ховор байдаг гэсэн зарим хүмүүсийн тодорхойлолттой тохирч байгаа болно. Нийт даяар хэрэглэж байгаа ангиллын энэ гурван хэлбэрээс гадна, анхдагч гипотонид

астеник гэж нэг хэлбэрийг бид нэммээр санагдсан юм. Учир нь бидний өвчтөнүүдийн дотор 5 хүн бие сул ядаргаатай байна гэхээс өөр ямар ч шаналгаагүй байсан.

Анхдагч болон хоёрдогч гипотонитэй бүх өвчтөнд рентген, электрокардиограммын шинжилгээ хийсэн боловч онош тогтоох ба ялгах онош тавихад тус болмоор ямар ч зүйлийг олоогүй. Зарим нэг хурц өвчтэй хүмүүсийг эс оруулбал цус, шээсний шинжилгээнд эрүүл хүмүүсийнхээс ялгагдах юм гараагүй.

Артерийн даралт багатай хүмүүст бид, биохимийн нилээд хэдэн шинжилгээ хийсэн. Анхдагч гипотонитэй хүмүүст үзсэн холестерин, протромбин нь эрүүл хүмүүсийнхээс ялгагдах юмгүй байсан. Харин цусан дахь чихэр нь анхдагч гипотонитэй хүмүүсийн ихэнхэд багадаа хандлагатай байлаа. Цусны сийвэнгийн уургийг судалж үзэхэд нилээд сонирхол татмаар байдал ажиглагдсан. Альбумин, глобулины харьцаа барагцаалбал хэвийн хэмжээнд байсан атал уургийн ерөнхий хэмжээ мэдэгдэхүйц бага байсан юм. Энэ нь анхдагч гипотонитэй бүх хүмүүсийн 3/4 хувьд цусан дахь уургийн ерөнхий хэмжээ 7,0 г %-иас бага байснаас тодорхой байна.

Эдгээрээс үндэслэж анхдагч гипотонитэй хүмүүсийн цусанд чихэр, уураг хоёр багадаа хандлагатай байдаг гэсэн дүгнэлт хийх боломж бидэнд олдлоо. Анхдагч гипотонитэй хүмүүсийн цусны сийвэнгийн фосфор, кали, кальци, натрий, хлор зэрэг минералуудыг үзэхэд эрүүл хүмүүсийнхээс онцын ялгаагүй байлаа. Манай судалгааны ажлын нилээд хэсгийг бөөрний дээд булчирхайн ажиллагааны чадлыг шинжлэх явдал эзэлсэн юм, Үүнд: Торны сорилт, шээсээр кетостероид 17-г ялгаруулах зэргийг үзсэн. Торнын сорилтыг анхдагч гипотонитэй 55 хүнд үзэхэд зөвхөн 14-т нь бөөрний дээд булчирхайн ажиллагаа суларсан юм шиг, 23-т нь зүгээр, бусдад нь эргэлзээтэй гэхээр байдлууд ажиглагдсан. 42 өвчтөнд шээсээр ялгарч байгаа кетостероидыг үзэхэд хэлбэлзэл нь 3,2—17,4 мг болж байсан. Энд бид кетостероид-17 нь шээсээр ялгарахдаа нас, хүйснээс хамаардгийг харгалзан өөрийн нормыг эрүүл хүмүүс дээр урьдчилан үзсэн. Үүнийг дараа нь харьцуулж үзэхэд манайд даралт багатай хүмүүсийн шээсээр ялгарч буй кетостероид-17 хэвийн хэмжээнд байгаа нь дөнгөж 7, багавтар байгаа нь 19, эрс багадсан нь 10 байв. Энэ хоёр сорилт шинжилгээг хооронд нь харьцуулж үзэхэд Торны сорилт оношийн холбогдлоор бага юм уу гэмээр байна. Учир нь: 42 өвчтөнд уул хоёр шинжилгээг харьцуулж үзэхэд тсхирсон үр дүн дөнгөж 14-т нь өглөө. Гэтэл кетостероид-17 багатай хүн бүхний цусанд уураг бага байжээ. Аскорбины хүчлийг даралт багатай хүнд үзэхэд хэлбэлзэл нь 0,41—1 мг% орчим буюу эрүүл хүмүүсийнхээс гойд ялгаагүй байв. Аскорбины хүчил агуулах, кетостероид-17 шээсээр ялгаруулах байдлыг харьцуулан үзэхэд энэ хоёр хоёулаа бага байгаа нь даралт багатай хүмүүст нилээд элбэг дайралдлаа. Өмнөх шинжилгээнүүд ба сорилтыг хоёрдогч гипотонитэй хүмүүст нэгэн адил хийсэн бөгөөд гарсан үр дүн нь зарим талаараа анхдагч гипотонитэй хүмүүсийнхээс ялгагдаж байгаа юм. Цусанд чихэр мэдэгдэхүйц багадаа төлөв энд гараагүй хир нь протромбин багадаа хандлагатай тохиолдол олон гарчээ.

Цусны сийвэн дэх уургийн ерөнхий хэмжээ 7,2 мг%-иас дээш байгаа нь бүх өвчтөний тал хувийг эзэлж байсан ба глобулин руу хэлбийсэн нь арай дийлэнх байв. Үүнийг бид эдгээр өвчтөнүүдэд үрэвсэл өвчин байгаатай холбон тайлбарлаж болох юм гэж үзлээ. Сийвэн дэх холестерин хэмжээ анхдагч гипотонитэй эрүүл хүмүүсийнхтэй адил байв.

Торнын сорилтыг хоёрдогч гипотонитэй 70 өвчтөнд хийхэд, уушгины хатгалгаа зэрэг хурц өвчтэй хүмүүсийг бодвол гэдэс дотрын

архаг өвчнүүдэд бөөрний дээд булчирхайн үйл ажиллагаа илүү сулардаг боловч уу гэмээр үр дүн гарлаа. Гэтэл хоёрдогч гипотонитэй хүмүүсийн шээсэнд кетостероид үзэхэд ихэнхэд нь багадах байдалтай байсан ба ялангуяа хурц үрэвсэлт өвчнүүдийн үед мэдэгдэхүйц доод хэмжээнд хүрч байжээ.

Цусны сийвэн дахь минералын шинжилгээ хоёрдогч гипотонийн үед өөрчлөгдсөн явдал гарсангүй. Эцэст нь бид даралт багадаалтыг эмчлэх эмчилгээнд нилээд хэдэн төрлийн (кофеин, стрихнин дуплекс аскорбины хүчил, витамин В₁ хлор натрийн давс, хүн орхоодойн ханд, преднизолон, зөгийн сүү зэрэг) эмүүдийг хэрэглэсэн юм. Эмчилгээний үр дүнд ажиглалт хийж доор дурдсан дүгнэлт хийх боллоо

1. Эмчилгээгээр даралт нэмэгдүүлэхээс субъектив зовуурийг арилгах нь хялбар байсан.

2. Хоёрдогч гипотонитэй өвчтөнд үндсэн өвчин ба даралт багадаалтыг эмчлэх эмүүдийг хослуулан өгөхөд үр дүн нь илүү сайн байсан.

3. Преднизолон, зөгийн сүү, хлорт, натрийн давс зэргийг хэрэглэхэд шаналгаа түргэн арилах, даралт нэмэгдэх хамгийн сайн үр дүн ажиглагдав.

4. Хүн орхоодойн ханд, стрихнин, кофеинээс олигтой сайн үйлчилгээ бидэнд ажиглагдсангүй.

Товч дүгнэлтийг дурдвал: Манай оронд даралт багадаалт дэлгэрэнгүй тохиолддог эмгэгийн нэг бөгөөд 40-өөс доош насны залуу хүмүүс, эмэгтэйчүүдийн дунд элбэг байна. Торнын сорилт, кетостероид 17, аскорбины хүчил зэрэг клиник-биохимийн шинжилгээнүүдийг хийсний дүнд цусны даралт багатай хүмүүсийн бөөрний дээд булчирхайн үйл ажиллагаа сулардгийг ажиглав.

Цусны даралтыг багадуулахад бөөрний дээд булчирхайн үйл ажиллагаа сулрах явдал чухал суурь эзэлдгийг хэлэх хэрэгтэй юм. Үүнийг баглах зүйлүүд гэвэл даралт багатай хүмүүст кетостероид—17 шээсэнд бага ялгардаг, эмийн эмчилгээний үр дүн сул буюу богино хугацаатай байдаг, преднизолон, хлорт, натрийн давс сайн үйлчилдэг зэрэг болно.

Хурц үрэвсэлт өвчнүүдийн үед бөөрний дээд булчирхайн үйл ажиллагаа суларч болдгийг бид зохиолуудаас мэднэ. Энэ мэтчилэн хоёрдогч гипотони үүсдэг шалтгаан бидэнд тодорхой, харин анхдагч гипотони манайд элбэг байгаагийн шалтгааныг тайлбарлах асуудал бэрхшээлтэй юм.

Бидний бодож байгаагаар манай орны эрс тэс уур амьсгал, хүйтэн урт өвөл, цаг уурын (халуун, хүйтэн, агаарын даралт, салхи, тундас зэрэг) үндсэн үзүүлэлтийн түргэн өөрчлөлт нь бие махбодын дасаж зохицох үйл ажиллагааг хүндрүүлдэг нь мэдээж юм. Энэ зохицож дасах үйл ажиллагаанд бөөрний дээд булчирхай чухал үүрэг гүйцэтгэдэг. Бөөрний дээд булчирхайн эрчимтэй ажиллагаа зарим хүмүүст уул булчирхайн чадлыг сулруулж эцэст нь даралт багадах боломжийг бий болгодог байж магадгүй юм.

Даралт багадаалтыг бид Н. С. Молчановын ангилалтыг үндэслэж 2 анги болгосон. Үүнд:

а) Цусны даралт багадах өвчин. Энэ бол өвөрмөц шаналгаа үүсгэдэг биеэ даасан өвчин юм. Этиологи нь одоо хир тодорхой биш боловч гадаад орчны харш үйлчилгээ, сэтгэл санааны тавгүй байдал, айж эмээх, гэмтэх зэрэг зүйлүүдтэй холбоотой байж болох юм.

б) Даралт багадаалтын байдалд байгаа үе. Үүнд даралт тогтвортой бага байвч ямар ч шаналгаагүй байдаг үүнийг бид даралт ихдэлтийн «дуугүй» хэлбэртэй адилаар нэрлэх гэж үзлээ.

Даралт багадаалтын хэлбэр явцыг тархины, зүрхний, холимог гэж нэрлэхээс гадна бид астеник хэлбэр гэж нэмбэл зүйтэй юм уу гэж

үзсэн. Хоёрдогч гипотонийг бас хоёр дэд бүлэг болгож «хурц үрэвсэлт өвчнүүдийн үе дэх гипотони, архаг өвчнүүдийн үе дэх гипотони» гэж ангилсан.

Бидний хийсэн ажлын дүнгээс үзэхэд монголчуудын артерийн даралтын хэвийн дээд хэмжээ 101-ээс 140, доод хэмжээ нь 61-ээс 80—85 мм мөнгөн усны баганын даралттай тэнцэж байна. Даралт багадалтыг дээд даралтаар нь бол 100 ба түүнээс доош, доод даралтыг нь 60 буюу түүнээс доошхоноор авах нь зүйтэй юм. Энэ хэмжээгээр авч үзэхэд даралт багадалт 16-гаас дээш насны хүмүүсийн дотор 12 орчим хувийг эзэлж байна.

Энэ бол их тоо бөгөөд ургамлын гаралтай хоол хүнс их хэрэглэдэг оронд л даралт багадалт их тохиолддог гэсэн зарим эрдэмтдийн тодорхойлолт манай нөхцөлд бидний ажлаар батлагдсангүй.

**ХҮҮХДИЙН ХОДООД ГЭДЭСНИЙ ӨВЧНИЙ
ТАЛААР ХИЙСЭН СИМПОЗИУМ**

Манай улсын нийслэлд 1969 оны 8-р сард бага насны хүүхдийн ходоод гэдэсний өвчний талаар олон улсын симпозиум болсон билээ. Симпозиумд ЗХУ, ардчилсан Герман, Унгар, Польш, Болгар улсаас тус бүр 1—3 төлөөлөгч ирсний дотор Л. Рачёв, У. В. Оклитц зэрэг нэрт эрдэмтэд оролцсон юм.

Симпозиумд хүүхдийн ходоод гэдэсний почмог өвчний үүсэл, тархал зүй, онош эмчилгээ, анатоми, урьдчилан сэргийлэх зэрэг асуудлыг хамарсан 20 шахам илтгэл тавигдав.

Тус улсын эрүүлийг хамгаалах ажилд эх үрсийн эрүүл мэндийг сахин хамгаалахад олсон амжилт цаашдын зорилтын тухай БНМАУ-ын Эрүүлийг хамгаалах яамны Эх нялхсын хэлтсийн эрхлэгч н. Должинсүрэн ерөнхий илтгэлийг тавилаа.

Илтгэгч эх нялхсын эрүүл мэндийг хамгаалах талаар авч явуулсан арга хэмжээний үр дүнд манайд хүүхдийн нас баралт 8 дахин буурч, эх нялхсын байгууллагууд үндсэний боловсон хүчнээр бэхжиж хүүхдийн эмчилгээ үйлчилгээний практикт орчин үеийн эмнэлэг, урьдчилан сэргийлэх арга барилыг эзэмшиж буйг дурдав. Гэвч манайд нялхсын нас баралт ах дүү социалист орнуудынхаас их байгаа бөгөөд нас баралтын гол шалтгааны 61 илүү хувийг амьсгалын замын, дараахь байрыг ходоод гэдэсний өвчнүүд эзэлж буйг дурдлаа. Ходоод гэдэсний өвчнөөр өвчлөгчдийн дийлэнх нь 0—1 насны хүүхэд байгаа бөгөөд хүүхдийн хоол ундны тохироо алдах, тэжээлийн доройтол, сульдаа зэрэг хүчин зүйлүүд гэдэсний өвчний явц тавиланг муутгахад ихээхэн нөлөөтэй байна. Илтгэгч, 0—1 насны хүүхдийн өвчлөл нас баралтын голлох шалтгаан болох гэдэс ходоодны өвчнөөс урьдчилан сэргийлэх эмчлэх арга барилыг цаашид нягтлан судлахын дээр хүүхдийн хоолны нэр төрөл, хүрэлцээг сайжруулж аливаа өвчний үндсэн суурь болсон тэжээлийн доройтол, сульдаа зэрэг хүчин зүйлсийг арилгахын чухлыг зааж, хүүхдийн өвчлөл нас баралтыг багасгахад ах дүү орнуудын хамтын ажиллагаа чухал ач холбогдолтойг тэмдэглэв.

Хүүхдийн гэдэсний почмог хямрал үүсгэгчийн бүрэлдэхүүний талаар АХУ-ийн эрдэм шинжилгээний ажилтан Ж. Алтанцэцэг өөрийн судалгааны арвин материалд тулгуурлан ярихдаа, гэдэсний хямралтай нийт хүүхдийн 35—36 хувьд үүсгэгчийг тогтоож түүний дотор дизентери 13%, колиэнтерит 12,6%, стафилококк 4,8%, сальмонелл 0,9% протей 2,7% мөөгөнцөр 0,8%, гэдэсний иж савханцар 1,4%-ийг тус тус эзэлж байгаа ба сүүлийн жилүүдэд гэдэсний өвчин үүсгэгчийн бүрэлдэхүүнд мэдэгдэхүйц өөрчлөлт гарч стафилококк ихсэх хандлагатай байгааг дурдав. Гэдэсний өвчин үүсгэж буй олон төрөл нянгуудын омгуудын эзлэх хувийн жинг тодорхойлж дизентерид флексерийн В бүлгийн савханцар зонхилж (80—92%) байгаа ба гэдэсний савханцарын омгуудын эзлэх хувийн жин жил бүрийд харилцан адилгүй байгаа ажээ. Гэдэсний янз бүрийн өвчнүүд цаг улирал, хүүхдийн насны байдалтай уялдаатайг илтгэгч заагаад гэдэсний хямралын үү-

сэлд гэдэсний эмгэг үүсгэгч савханцар голлох нөлөөтэй байна гэж дүгнэв.

Манай орны хүүхдийн хоололтын байдал, хойшид авах арга хэмжээний тухай хүүхдийн хоолны эмч Д. Дамба ярихдаа, бага хүүхдэд юугаар ч сольшгүй хоол болох эхийн сүүг холимог хоол ба угжаар солих явдал Улаанбаатар хотод илүүтэй байгаа бөгөөд ходоод гэдэсний өвчнөөр өвчлөгчдийн 50 орчим хувийг угжны ба холимог тэжээлтэй хүүхэд эзэлж байгааг тэмдэглэв. Хүүхэд угжихад олон төрлийн сүү хэрэглэж байгаагийн дотроос ингэний сүүг хэрэглэх нь нилээд хэдэн талын давуутай байна. Үүнд: Ингэний сүү ширгэх хугацаа удаан (17,5 сар орчим), амархан гашилддаггүй, фосфор, кальцийн давсаар илүүтэй ажээ. Ингэний сүүгээр хүүхэд угжиж зуршсан говь нутагт хүүхдийн сульдаа ховор байдаг байна. Сүүнээс гадна сүүн бүтээгдэхүүн (ааруул, эээгий), манай оронд ургадаг зэрлэг жимсгэнийг (нэрс, мойл, үхрийн нүд, гүзээлзгэнэ, аньс) ашиглах сайхан боломж байгаа боловч түүнийг бүрэн дүүрэн ашиглах явдал хангалтгүй байгааг илтгэгч тэмдэглэв.

Тэжээлийн доройтолтой хүүхдийн хоолон дахь уураг тослогийн шингэцийн талаар АУХ-ийн эрдэм шинжилгээний ажилтан Н.Цэдэнжав илтгэл тавилаа. Ходоод гэдэсний янз бүрийн өвчтэй, тэжээлийн доройтолтой хүүхдийн хоолон дахь уураг, тослогийн шингэц хүүхдийн тэжээлийн доройтлын зэрэг, өвчний явцын үе шатнаас шалтгаалж харилцан адилгүй байсан ба уургийн шингэц тураалын 2 ба 3-р зэрэг, гэдэсний хямралын эхний үед муу байжээ. Гэдэсний хурц хямралын үед тэжээлийн доройтлын 1—2-р зэрэгтэй хүүхдийн хоолны уураг тослогийн шингэц эмчилгээний эхэн үед 0—30% байгаад өвчин намдах үед уураг 70—75%, тослог 77—79 хүртэл нэмэгдэж байсан боловч хоногт алдаж буй уургийн хэмжээ мөн хугацаанд хэрэглэсэн уургийн хэмжээнээс их байжээ. Гэдэсний өвчин эдгэрэх үед азотын хасах баланс олонтаа тохиолдож буйг илтгэгч өвчтөний хоолыг зөв тохируулж чадаагүйтэй холбоотой гэж үзжээ.

Ингэний сүүний онцлог, түүнийг хүүхдийн тэжээлд хэрэглэж байгаа тухай хүүхдийн эмч С. Бат-Очир илтгэж ингэ элбэгтэй нутагт угжны хүүхдийн 90% нь ингэний сүүгээр тэжээгдэж байгааг дурдав. Ингэний сүү нь нийт уураг, тос, өөх, нүүрс-усны хэмжээгээр бусад малын (үнээ, ямаа) сүүнээс онцын ялгаагүй боловч триптофан, лизин органин мэгийн амьдралын чухал амин хүчлүүдтэй байдаг, альбумины хэмжээгээр үхрийн сүүнээс үлэмж давуу бөгөөд харин эхийн сүүтэй ойролцоо байгаа нь хүүхдийн биеийн уургийн хэрэгцээ, боловсруулах чадварт нилээд тохиромжтой байна. Түүнээс гадна ингэний сүүний тосон бөмбөлгийн диаметр 3,25 микрон байхад үнээний сүүнийх 5,3 микрон ажээ. Мөн ингэний сүүний тослогийн хайлах дулаан доогуур (24С°) эмульсийн байдалд хялбархан орж ходоод гэдэсний шүүсэнд хялбархан задардаг нь түүний түргэн шимэгдэх нөхцөлийг бүрдүүлж болох ажээ. Ингэний сүү С. А. витамин кальций фосфор зэрэг эрдсээр баялаг байна. Илтгэгч ингэний сүүгээр тэжээгдсэн 16 хүүхэд явуулсан ажиглалт судалгаандаа үндэслэж энэ сүүг хүүхдийн тэжээлд өргөн хэрэглэж болох хийгээд цаашид нарийвчлан судлахыг дурдав.

Амьсгалын замын өвчний шинж бүхий гэдэсний хямарлын тухай анагаах ухааны дэд эрдэмтэн Л. В. Феклисова (СССР) ярихдаа энэ өвчний зонхилох хувьд (62%) аденовирус, энтеровирус, миксовирусууд дизентери, колиинфекци, сальмонелл зэрэг гэдэсний өвчинтэй хавсарсан байдаг ба амьсгалын замын салст үрэвсэх, удаанаар халуурах, гэдэсний өөрчлөлт удаашрах зэрэг хүндрэл ихтэй гэлээ. Амьсгалын замын эрхтэнд үүсэх шинж тэмдгийн байдал үргэлжлэх хугацаа нь үүсгэгч вирусээс ихээхэн хамаардаг байна. Хэрэв аденовирустэй гэ-

дэсний өвчин хавсарсан бол амьсгалын замын өвчний шинж тун тодорхойн дээр шүүдэс, амьсгаа багтрах, нүд улайх, нуухгах шинж үзэгдэж 2—3 долоо хоног үргэлжилнэ. Энтеровирустэй хавсарсан үед амьсгалын замын шинж 7 хоногоос хэтэрдэггүй ажээ. Энэ үед гэдэсний хямрал нянгийн уг чанараар тодорхойлогдоно. Жишээлбэл: Дизентерийн үед цус залхагтай суулгах, хошногны хуниас сулрах, гэдэс базлах гэх мэт. Ер нь амьсгалын замын халдвартай хавсарсан гэдэсний өвчин хүнд явцтайгаас гадна үүсгэгч нянгаас гэдэс цэвэрших нь удаан байжээ. Амьсгалын ба ходоод гэдэсний зам нэгэн зэрэг өвчлөхөд бактер, вирусын шинжилгээг нягт нямбай хийж өвчний үүсвэрийг тодорхойлсноор уул өвчний оношийг зөв тогтоож болно гэж илтгэгч дүгнэж хэлэв.

Стафилококкийн үүсэлтэй гэдэсний өвчин биеэ даасан халдварбайхын зэрэгцээ үжил мэтийн өвчний нэг шинж болж илэрдгийг хүүхдийн эмч Ж. Раднаабазар, 2 сар хүртэлх насны 112 хүүхдэд хийсэн судалгаагаар нотлон ярилаа. Стафилококкийн халдвар нь үжлийн нийтлэг шинжийн зэрэгцээ гэдэс дотрын хямрал зонхилж хоолонд дургүйцэх, бөөлжих, олон удаа суулгах, гэдэс дүүрэх байдлаар илэрчээ. Биеийн жингийн нэг килограммд хонгт 100000 нэгжээр бодож пенициллин тарихад эмчилгээний нөлөө илүү байсан ба эндэгдлийн хувь гэдэсний хямрал бүхий стафилококкийн үжилтэй хүүхдэд өндөр байгаа ажээ (23%). Илтгэгч дүгнэн хэлэхдээ, стафилококкийн үжлийн үед ходоод гэдэс хямрах нь нярай хүүхдэд зонхилж ажиглагддаг ба өвчний тавиланг хүүхдийн биеийн жин нэмэгдэх, фагоцитозын идэвх сайжрахар хянаж болно гэв.

Хүүхдийн больницын эмч Н. Чулуунбат, бага насны хүүхдийн стафилококкийн үүсэлтэй гэдэсний өвчний клиникийн талаар хийсэн илтгэлдээ манай оронд энэ өвчин хүүхдийн дунд сүүлийн жилд нэмэгдэж байгаа, ер нь газар бүрийд стафилококкийн өвчин ихсэж буйг өргөн үйлчилгээтэй антибиотиктой холбон тайлбарлагдгийг өөрийн ба гадаад орны судлаачдын материалгаас иш татаж ярилаа. Илтгэгчийн ажигласан 35 хүүхдийн 31 нь янз бүрийн өвчний улмаас антибиотикийг гэрээр 15—30 хоног хэрэглэсэн байжээ. Баасанд илэрсэн эмгэг үүсгэгч стафилококк нь пенициллин, стрептомицин, биомидин, левомидетинд илүү дасалтай гарчээ. Стафилококкоор үүссэн гэдэсний өвчин цочмог эхэлж, огиулж бөөлжих, суулгах, гэдэс дүүрэх, халуурах зэрэг гэдэсний өвчний нийтлэг шинжээр илэрч цаашдаа уул өвчин дахилт ихтэй долгион хэлбэртэй явагддаг байна. Эдгээр хүүхдийн цусны ерөнхий шинжилгээний нэг онцлог бол цагаан цогцосын тоо 13—25 мянга хүрч, эозинофил алга болж байжээ. Илтгэгч өөрийн материалд тулгуурлан дүгнэхдээ стафилококкийн гаралтай гэдэсний өвчин нь хүүхдэд хоёрдогч (аутоинфекци) хэлбэрээр тохиолддог бөгөөд хүнд явцтай гэв.

Стафилококкийн үүсэлтэй гэдэсний өвчний талаар доцент Х. Мохманн (БНАГУ) илтгэхдээ, энэ өвчин маш хүнд явцтайгаас гадна ялган оношлоход бэрхшээлтэй учир онц анхаарагдаж байгаа ба стафилококкийн үүсэлтэй гэдэсний өвчнийг хоолны хордлого, стафилококкийн энтероколит, стафилококкийн биж гэж гурав хуваадаг гээд тус бүрийн үүсэл, клиникийн шинж тэмдгийг товч дурдав. Стафилококкийн үүсэлтэй хоолны хордлогыг эмчлэхдээ антибиотик хэрэглэж болохгүйг онцлон тэмдэглэв. Стафилококкийн энтероколитийг анхдагч ба хоёрдогч гэж хуваагаад сүүлийн хэлбэр нь антибиотикийг хэргэлсний дараа үүсдэг гэв. Стафилококкийн хоёрдогч халдвар үүсэхэд урьдчилсан 3 нөхцөл бүрдэх үүнд:

1. Антибиотикийн нөлөөгөөр гэдэсний дисбактериоз үүсэх.
2. Эд эрхтэний өвчин эсэргүүцэх чадал сулрах,

3. Биеийн ерөнхий эсэргүүцэл муудах. Стафилококкийн энтероколитыг оношлоход бааснаас энтеротоксин үүсгэгч стафилококкийг илрүүлэх нь чухал бөгөөд одоо үед 4 янзын энтеротоксин (А — Д) илрүүлээд байгаа байна. Илтгэгч эдгээр токсыны чанар, энтеротоксыны сийвэн бэлтгэх тухай дэлгэрэнгүй ярилаа.

Анагаах ухааны дэд эрдэмтэн Б. Гомбо, стафилококкийн үүсэлтэй гэдэсний өвчний үед зонхилж фибринт-үхжмэл-шархт үрэвсэл байдаг онцлогтой бөгөөд морфологийн хувьд колинефeksi, дизентеригээс нилээд онцлог гэж ярилаа. Энэ өвчний үед нарийн гэдэсний доод, бүдүүн гэдэсний дээд хэсгүүд зонхилж гэмтдэгийн дээр гэдэс цоорч хүндрэх нь цөөнгүй ажээ. Гэдсэнд гарах өөрчлөлтийн хүнд хөнгөн нь хүүхдийн нас, өвчин үүсгэгчийн халдсан байдал (гадаад дотоод халдвар) зэргээс шалтгаалахгүй, харин өвчний үргэлжилсэн хугацаа дахилтын тооноос хамаарна. Клиникийн хувьд олон дахисан буюу долгион хэлбэртэй явагдсан өвчин хамгийн гүнзгий өөрчлөлт үүсгэж дахилт бүрийн өөрчлөлт нь үхжил, фибрин ихтэй байжээ. Энэ явдлыг илтгэгч, хүүхдийн хэт мэдрэмтгий чанар ихссэнээс харшил урвал үүсэж байгаатай холбоотой бололтой гэж тайлбарлав. Харшил урвалын үүсдэгийг харуулах нэг баримт нь өвчтөний дундаж ор хоног 6 долоо хоног орчим байгаа бөгөөд энэ нь халдварын харшил илэрдэг ерөнхий хугацаатай тохирч байгаад оршино гэв.

Симпозиум хүүхдийн дизентерид ихээхэн анхаарав.

Хүүхдийн цусан суулгын тархал зүйн талаар халдвар судлагч Б. Очир илтгэж, сүүлийн 2 жилд 0 — 3 насны хүүхдийн өвчлөл 23%-иар буурсан боловч 7—12 сартай хүүхдийн өвчлөл нэг түвшинд байнга байгаа нь энэ насны хүүхдийн арчиллагаа сувилгааны онцлогтой холбоотой гэж ярилаа. Мөн яслид хамрагдсан хүүхдийн өвчлөл гэрийн хүүхдийнхээс илүүтэй, зуны улиралд өвчний гаралт ихсдэг зэргийг илтгэгч эрүүл ахуйн дэглэмийг сахихын дутагталтай холбон тайлбарлав. Хүүхдийн дунд дизентери тууштай буурахгүй байгаагийн нэг шалтгаан нь түүнийг гэдэсний бусад өвчнөөс ялган оношлох, өвчтөнг эрт тусгаарлах явдал хангалтгүй байгаатай холбоотой гэж дүгнэв. Дизентеригээр 1 хүртэлх насны хүүхэд багагүй өвчилж байгаа ба Улаанбаатарын нөхцөлд дизентерийн 94% нь флекcнерийн савханцраар үүсдэг хийгээд өвчлөгчдийн зонхилох хувьд (85%) өвчин хөнгөн буюу хүндэвтэр хэлбэрээр явагдаж буйг халдвартын эмч Б. Цэсрэн илтгэлдээ дурдлаа. Хэдийгээр манайд дизентерийн хөнгөн, хүндэвтэр хэлбэр зонхилж байгаа боловч энэ өвчин өөрийн клиникийн илэрлээ бүрэн хадгалж байгааг шинж нэг бүрээр нь тодорхой яриу. Дизентерийн эдгэрэлт удаашрах, тавилан муудах зэрэгт хүүхдийн тэжээлийн доройтол, сульдаа, эмчилгээг хожуу эхлэх явдал муу нөлөөтэй байгааг тэмдэглэлээ.

Чухамхүү сульдаа, тэжээлийн доройтол дизентерийн явцад ихээхэн нөлөөлж буйг их эмч Д. Мядаг нотлон ярилаа. Дизентерийн хоёрдогч хордлогод орж буй хүүхдийн 78-аас доошгүй хувьд нь сульдаа, тэжээлийн доройтолтой байжээ. Хоёрдогч хордлого ихэвчлэн хоёр дахь долоо хоногоос эхэлж явц хүндтэй, удаан үргэлжилдэг байна.

Доктор Герда Вальчук (Польш). Польшид хүүхдийн гэдэсний өвчин үүсгэгчийн дотор сальмонеллийн савханцар зонхилдог болсныг дурдаад сальмонелл энтеритис хэмээх савханцраар өвчлөгсдийн 70 хувь нь нэг хүртэлх насны хүүхэд байсныг тэмдэглэв.

Энэ савханцар түргэн халдварладгаас эмэнд амархан дасдаг байна. Өвчин дотроо хэд хэдэн хэлбэртэй: Үүнд:

- 1) Хамгийн хөнгөн буюу шинж тэмдэг илэрдэггүй хэлбэр.
- 2) Хөнгөн хэлбэр-хүүхдэд 2—3 хоног суулгадаг, биеийн жингээ алддаггүй.

3) Хүндэвтэр, 4—5-р хэлбэр нь хүнд хордлоготой, хүүхэд татах ухаан алдах зэргээр мэдрэлийн үйл ажиллагааны ихээхэн өөрчлөлттэй. 6) Үсэрхийлэлтэй цусан халдварын хэлбэр (септицеми). Сүүлийн хэлбэрт тархины хальсны идээт үрэвсэл үүсэх нь тунэлбэг байдгийг заасан боловч сальмонеллын савханцар тархины бүрхүүлийг илүү гэмтээдгийн учрыг илтгэгч тайлбарласангүй. Сальмонелл энтеритисээр өвчилсөн хүүхэд халуурч их хэмжээний, заримдаа цусан хольцтой шингэнээр суулгадаг байна. Бактериологийн шинжилгээ оношийг тодруулахад чухал, мөн өвчилсөнөөс хойш 3 долоо хоногийн дараа тавьсан агглютинацийн урвал чухал ач холбогдолтой ажээ. Энэ өвчний нэг онцлог бол өвчилсөн хүүхэд ихэвчлэн нян хадгалагч болж үлддэг бөгөөд тэр нь эдгэрсэний дараахь эхний 3 сар хүртэл үргэлжилдэг байна. Сальмонелл энтеритисийн халдах замыг тоос шороо гэсэн сонирхолтой дүгнэлт хийв. Энэ өвчнөөр хүүхэд нас барах явдал илт гэгчийн ажиглалтаар 10% байгаа ажээ.

Доктор М. Броинунг (БНГАУ), шигелл ба сальмонеллээр үүссэн „дизентерийн“ халдвар зүй, онош, эмчилгээний талаар ярьж „дизентери“ (dys and enteria) гэдэг ойлголт бол ерөнхий бөгөөд энэ өвчин шигелл, сальмонелл, вирус, эгэл биетэн зэргээр үүсч болно гэлээ. Илтгэгч сальмонеллийн ба шигеллийн дизентерийн тухай тодорхой ярих. Сүүлийн жилүүдэд герман улсад дизентери өвчнийг үүсгэгчийн бүрэлдэхүүнд Зоннегийн савханцар ноёрхож (85%) бусад савханцруудаа түрж эхэлж байна. Чухам яагаад ийм өөрчлөлт болж буйг илтгэгч тайлбарлахдаа дизентерийн савханцрын А, С бүлгийг бодвол Зоннегийн савханцар тэжээлт орчинд хялбар үрждэг, хүмүүсийн эрүүл ахуйн нөхцөл сайжирснаар бусад төрлийн савханцар эрүүл хүнд халдварлах зам эрс буурсантай холбоотой гэв. Үүнтэй уялдаж хоол унданд түргэн үрждэг Зонне ба сальмонеллийн дизентери их байна. Дизентерийн клиникийн шинж тэмдэг нь үүсгэгчээс төдий л шалтгаалдаггүй, харин өвчтөний нас, биеийн байдлаас хамаардаг байна. Бага насны хүүхдэд энэ 2 өвчнийг бактериологи, агглютинацийн шинжилгээгүйгээр ялган оношлох бололцоогүй ажээ. Сальмонеллийн үед бааснаас гадна шээс, цусанд бактериологийн шижилгээ хийхэд нилээд үр дүнтэй байгаа ба шигеллд эдгээрийг шинжлэх хэрэггүй гэв.

Бага насны хүүхдийн колиэнтеритийн клиник явцын тухай АУХ-ийн эрдэм шинжилгээний ажилтан Н. Цэрэинадмидын илтгэлд, мөлхөж байгаа буюу явж эхэлсэн хүүхэд энэ өвчнөөр зонхилж өвчилдөгийг дурдаж манайд колиэнтерит хүнд, хүндэвтэр хэлбэрээр явагдаж буйн гол шалтгаан нь өвчлөгчийн биеийн эсэргүүцэл султай холбоотой гэж үзжээ. Өвчний явцад гэдэсний савханцрын омгийн ялгаа нөлөөгүй гэж илтгэгч бичсэн байна.

Хөхүүл насны хүүхдийн энтерит өвчний шалтгааны талаар Ю. Во-жана (Унгар) ярихдаа, Будапештийн Хейм Палын нэрэмжит хүүхдийн больницын материалаар нярай ба хөхүүл насны хүүхдийн гэдэсний өвчнийг үүсгэгч нянгийн бүрэлдэхүүнд зарим өөрчлөлт гарч урьд гэдэсний өвчин үүсгэдэггүй гэж байсан Грамаар будагддаггүй нянгууд одоо гэдэсний хүнд өвчин үүсгэгч болжээ. Ийм нянд Клевсиелла пневмони, псевдомоноз арегенс, протеус зэрэг орж байна. Эдгээр нянгийн хоруу чанар өөрчлөгдсөн нь антибиотик өргөн дэлгэрсэнтэй холбоотой ажээ. Илтгэгч хэлэхдээ, одоо үед стафилококк их анхаарлыг татаж байгаагийн адил дээр дурдсан нянгуудаар үүссэн гэдэсний өвчин шийдвэрлэх шинэ асуудал болон тавигдах нь дамжиггүй гэв.

Профессор Х. В. Оклицц (БНАГУ), өөрийн илтгэлдээ, колиэнтеритийг оношлох, урьдчилан сэргийлэх талаар дэлгэрэнгүй ярилаа. Онош-

долтын сийвэнг гаргаж авах, баасанд гэдэсний савханцрыг хэт ягаан туяаны микроскопоор илрүүлэх тухай яриад колиэнтеритээс урьдчилан сэргийлэх нь юуны өмнө өвчний голомтыг олж таслах, өвчтөнийг тусгаарлаж өвчин үүсгэгч савханцраас цэвэршүүлэх явдал бөгөөд үүний тулд өвчтэй хүүхдэд тавих ариун цэврийн хяналтыг сайжруулж бүх төрлийн ариутгал хийхийн дээр ялаа шавьжийг устгах хэрэгтэй гэв.

Колиэнтеритээс урьдчилан сэргийлэх нөгөө хэлбэр бол эрүүл хүүхдийг энэ өвчний эсрэг дархлаа (иммунитет)тай болгох асуудал юм. Колиэнтеритээр өвчилсөний дараахан буюу аажимдаа хүүхдэд дархлаа тогтдог ажээ. Энэ байдлыг ашиглаж нярай хүүхдэд колиэнтеритийг эсэргүүцэх дархлаа бий болгох асуудлыг шийдвэрлэхэд Берлин-Бухын хүүхдийн халдварт өвчний институт (захирал нь Х. В. Оклитц) эрдэм шинжилгээнийхээ ажлыг чиглүүлж колиэнтеритийн вакцин гаргаж түүнийг лабораторийн амьтдад туршиж үзээд одоо хөхүүл хүүхдэд хэрэглэж байна. Одоохондоо 5 хоногтой нярай хүүхдэд нэг цэнэгт вакциныг уулгаж байгаа ба үүний дүнд 3 долоо хоногийн дотор дотор гэдэсний өвчин үүсгэгч савханцарын эсрэг антител үүсэж байна. Мөн хоёр цэнэгт экстрактыг (O_{111} ба O_{55}) таван мянга гаруй хүүхдэд тариад дүнгий нь судалж байгаа ажээ. Профессор Оклитц, тэрхүү вакциныг гаргаж авах, хэрэглэх аргыг өнгөт киногоор үзүүллээ.

Хүүхдийн гэдэсний хордлогын үед ус-давсны солилцооны өөрчлөлтийг тодорхойлох явдлын клиникийн ач холбогдлын талаар эрдэм шинжилгээний ажилтан Г. Данзан ярихдаа, хордлого нь янз бүрийн үүсэлтэй гэдэсний өвчний үед тохиолддог бөгөөд тэжээвэр, сульдаа, тураалтай хүүхдэд илүүтэй хүнд явагддаг байна. Илтгэгч, хордлого, гүнзгийрч буй нэг шалтгаан хүүхдийг больницад хожуу хэвтүүлж эмчилгээг оройтуулж байгаа явдал гэж тэмдэглээд хордлогын үеийн ус-давсны ба уураг, түүний бүлгүүдийн өөрчлөлтийг өвчний явцын үе шат хэлбэртэй холбон судалсан дүнгээ тодорхой ярих. Ийлдэс ба улаан цогцсын электролитийг тодорхойлж байх нь хордлогын эсрэг эмчилгээг зөв хийх, өвчний тавиланг хянахад чухал байна. Хордлого ужгирсан буюу өвчний тавилан муудах үед ийлдэс, улаан цогцос дахь калийн хэмжээ буурдаг бөгөөд хордлогоос гарч хүүхдийн бие сайжрах үед натри хэвийн хэмжээнээс дээшилж эхэлдэг байна. Уураг түүний бүлгүүд, гематокритыг шинжилж байх нь хордлогын явц, эмчилгээний үр дүнг хянахад чухал ач холбогдолтой байна. Манайд хордлогын изо-гипотоник дегидратаци зонхилж (81%) байгаа тул шингэн сэлбэлтийг явуулахдаа 5% глюкозыг рингерийн буюу физиологийн уусмалтай адил хэмжээгээр хийх нь илүү үр дүнтэй гэж илтгэгч зөвлөлөө.

Анагаах ухааны дээд сургуулийн багш, дэд эрдэмтэн Э. Лувсандарва, биеийн хүчил шүлтийн тэнцвэрийн ач холбогдол, түүний өөрчлөгдөхийн эмгэг зүйн талаар илтгэж хүчилжилтийг (ацидоз) рихиттай хүүхдэд микро-Аструнын аппаратын тусламжтай судалсан дүн гэдэсний хордлогод түүний холбогдлын тухай ярилаа. Ходоод гэдэсний өвчний үед үүсэх хүчилжилт нь өвчний тавиланд муугаар нөлөөлдөг тухай эрдэмтдийн судалгааг иш татаад энэ өвчний үеийн хүчилжилтийн эмгэг зүйд дараахь нөхцөлүүд нөлөөлдөг байж болно гэж илтгэгч үзлээ. Үүнд:

1. Олон удаа шингэнээр суулгаснаас шүлтлэг бодисууд алдагдах.
2. Цусны эргэлтийн дутагдлаас эд эсүүд хүчилтөрөгчөөр дутагдах.
3. Бөөрний ажиллагааны дутагдлаас органик хүчлүүдийн гадагш ялгаран гарах нь багасах.

Ходоод гэдэсний хордлоготой хүүхдийн ихэнх нь сульдаатай байдаг учир сульдаагийн хүчилжилт нь гэдэсний хордлогын хүчилжилтийг улам гүнзгийрүүлэн хүүхдийн хордлогын явцыг хүнд болгодгийг илтгэгч сануулаад сульдаагийн хүчилжилтийг эмчлэхэд нимбэгийн хүчил, түүний хүчилт натрийн холимогуудыг хэрэглэсэн нь үр дүнтэй байгааг тэмдэглэв.

Нярай хүүхдийн хордлогын онош эмчилгээний талаар сүүлийн жилүүдэд ихээхэн амжилт олсон боловч уг асуудал шийдвэрлэгдээгүй хэвээр байгааг профессор Л. Рачёв (Болгар) заалаа. Одоо үед хордлогыг ямар нэг тодорхой өвчний үед үүсдэг өвөрмөц хам шинж гэж үзэхгүй, харин гэдэсний болон гэдэсний бус гаралтай аливаа өвчний үед гардаг шинж гэж үзэж болно. Хордлогын эмчилгээ бол хариуцлагатай нарийн ажиллагаа, арвин туршлага, физиологи, эмгэг зүйн ихээхэн мэдлэгийг шаарддагийг профессор дурдав. Хордлогын үед ус-давсны тэнцвэр алдах, бие махбодын үйл ажиллагаа хямрах, үндсэн өвчин дэврэх зэрэг өөрчлөлт явагддагийг тус бүрийд нь тайлбарлан ярих. Хордлогын эсрэг эмчилгээний үндсэн хэсэг нь шингэн сэлбэх-ус-давсны сэхээн амьдруулалт гэж профессор онцлон заагаад энэ эмчилгээг өөрийн туршлагаар аргачлан ярилаа. Цааш профессор хэлэхдээ, хордлогын үед өөрчлөгдсөн эд эс хордлогын дараахь үед уураг, тос, давсыг ихээхэн шаарддаг бөгөөд хэрэв энэ үед хүүхдийн хоолыг эс нэмэгдүүлбэл өвчтөн эдгээр бодисыг өөрийн биенээс нөхөн авч тэдний дутагдлыг улам гүнзгийрүүлдэг тул хооллолтыг эрт зөв хийх нь чухал гэж заалаа.

Шингэн сэлбэлтийн дүнг клиник-лабораторийн ажиглалт шинжилгээгээр хянаж байхын чухалыг заагаад арьс, түүний уялаг, зулай, биеийн жин, цусны хүчил-шүлтлэг, рН,СО₂, гематокрит, сийвэний хлор, натри, кали, уураг түүний бүлгүүд, шээсний жин хэмжээ, альбумин, сахар, ацетон, седимент зэргийг шинжилж байхын зэрэгцээ зүрх судасны цахилгаан бичлэг (ЭКГ) хийх хэрэгтэй гэв.

Илтгэлүүдтэй холбогдуулан төлөөлөгчид болон хуралд оролцогчдоос олон хүмүүс үг хэлэв.

Илтгэлүүдийг товчлон хэвлэлд бэлтгэсэн Анагаах ухааны хүрээлэнгийн хүүхдийн секторын эрдэм шинжилгээний ажилтан, анагаах ухааны дэд эрдэмтэн Б. Гомбо

АНАГААХ УХААНЫ НЭР ТОМЬЕОНЫ ТУХАЙ

С. Загдсүрэн Н. Дондог, Ө. Готов

Сүүлийн жилүүдэд улсын нэр томьёоны комиссоос анагаах ухааны нэр томьёоны хэд хэдэн мэдээ гаргажээ. Нэр томьёог нэг мөр болгох нь сургалт, практик, эрдэм шинжилгээний ажилд чухал ач холбогдолтой билээ.

Нэр томьёо бол шинжлэх ухааны үзэгдэл, процесс, зүйлсийн онож төлөөлсөн үг байдаг. Нэр томьёогүйгээр шинжлэх ухааны хэл байж чадахгүй юм. Ийм учраас нэр томьёо нь тодорхой утгыг хадгалж байнга (тогтвортой) хэрэглэгддэг байх шаардлагатай.

Шинжлэх ухааны нэр томьёо, түүний дотор анагаах ухааны нэр томьёо нь олон улсын чанартай бөгөөд латин, эртний грек хэлэнд тулгуурлан тогтоогдсон байдаг. Анагаах ухааны нэр томьёог 2500 шахуу жилийн өмнө анагаах ухааныг үндэслэгч Гиппократ түүвэрлэн бичжээ. Энэ үеэс эхлэн анагаах ухааны нэр томьёо нь латинаар бичигдэж шинжлэх ухааны хөгжилтэй зэрэгцэн хөгжиж ирлээ. Латин хэл олон улсын шинжлэх ухааны хэл болж түүний ачаар анагаах

ухааны нэр томьёо нь дэлхийн анагаах ухааны эрдэмтдийн харилцаа холбоог үлэмж ихээр хөнгөвчилжээ.

Орчин үед латин хэлний (хэдийгээр мөхсөн хэл боловч) дэлхий дахины ач холбогдол буураагүй ба шинжлэх ухааны, түүний дотор анагаах ухааны нэр томьёог тогтоох эх булаг болсоор байгаа юм.

Манай оронд орчин үеийн анагаах ухаан дэлгэрч эхэлсэн тэр цагаас сургалт, эмнэлгийн практик ажиллагаа, эрдэм шинжилгээний ажилд нэр томьёог хэрэглэн заншиж ирсэн нь олон улсын нэр томьёог эзэмших, дэлхийн анагаах ухааны эрдэмтдийн сор бүтээлтэй танилцах боломжийг үлэмж хөнгөвчилж манай эрдэмтэд, эмч, эмнэлгийн бусад ажилтанг бэлтгэх, хүмүүжүүлэхэд их үүргийг гүйцэтгэсэн билээ.

Манай хэл, бусад хэлний нэгэн адил, бусад хэлийг баяжуулж, мөн өөрөө бусдын хэлээр баяжсаар ирснийг хэлний мэрэгжилтэн, эрдэмтэд баталсан бөгөөд шинжлэх ухаан үзэгдээгүй асар хурдацтай хөгжиж, олон улсын харилцаа холбоо өсөн нэмэгдсэн энэ үед ямар ч орны хэл шинэ үг, шинэ нэр томьёогоор баяжсаар байгаа юм.

Манайд эрт үеэс судар, шатар, эрдэнэ, цамц, бүс, архи, саван дэн, чийдэн, байцаа, цай, шил, цонх гэх мэтийн бусад хэлний гаралтай олон үгийг хэрэглэж ирсэн бөгөөд хувьсгалын жилүүдэд социализм, коммунизм, диктатур, интернационал, академич, профессор, доцент, ассистент, радио, кино, кило, геолсги, машин, трактор, комбайн бетон зэрэг маш олон нийтлэг үгийг хөгжлийн дагуу бусад хэлнээс авч хэрэглэсэн байна. Энэ нь манай төрөлх хэлийг муутгаагүй, харин түүний үгийн санг баяжуулсан юм.

Анагаах ухааны нэр томьёог цэгцлэх, нэг мөр болгох талаар олон улсын байгууллагууд ч чармайлт тавьж байна. Жишээ нь: анатомийн нэр томьёог 1955 онд Парижд, 1960 онд Нью-Йоркд баталсан ба мөн олон улсын фармакологийн нэр томьёо батлагдсан байна. Олон улсын өвчний ангилал гарч түүнийг нийт улсууд түүний дотор Зөвлөлт Холбоот Улс, БНМАУ авч хэрэглэж байгаа юм. Энэ нь юуны өмнө олон орны анагаах ухааны эрдэмтэд, эмч нарын харилцан бие биеэ ойлгоход тус дөхөм болох, олон орны эрдэм шинжилгээний байгууллагуудаас гарч байгаа бүтээлүүдийг харьцуулах, нэгтгэн дүгнэх, эмийг нийтийн нэг нэртэй болгох, түүнийг нэг стандартанд оруулах зорилготой бөгөөд шинжлэх ухаан, худалдаа, эдийн засгийн томоохон ач холбогдолтой юм.

Улсын нэр томьёоны комиссоос гаргасан анагаах ухааны нэр томьёоны мэдээнүүд олон талаар утга учир дутагдалтай болжээ.

С. Наваансамдан боловсруулж, Б. Содномын эрхэлсэн „Анагаах ухааны эх барих, эмэгтэйчүүдийн нэр томьёо“ гэдэг нэртэй цуврал улсын нэр томьёоны комиссын 56, 64, 65 дугаар мэдээнүүдэд хэвлэгджээ.

1. Энэ гурван үргэлжилсэн мэдээнд нэр томьёо маш олноор давтан бичигджээ. Жишээ нь: абсцесс, аборт, трубный, аденомиома, аменоррея, вентрофиксация, влагалищная перегородка, гиперменоррея, гипогалактия первичная гэх мэт олон зуун үг давтагджээ.

2. Зохиогчид түрүүчийн тэмдэглэсэн нэрээ мартаж нэг нэр томьёог янз бүрийн хэсэгт олон янзаар өөрчлөн бичсэн нь хүмүүсийг төөрөгдүүлэн будлиулахад хүргэж байна. Үүнд: 56-р мэдээний 11-р хуудсанд плод гэдгийг ураг гэж нэрлэсэн мөртлөө мөн хуудасны 32-р мөрөнд хүүхэд гэсэн ба матка-гэснийг заримдаа сав, заримдаа умай гэжээ. Мөн мэдээний 6-р хуудсанд безыменная кость гэдгийг аарцаг яс гэсэн мөртлөө 21-р хуудсанд кость лонная гэдгийг мөн аарцагны яс гэж аль алиныг буруу нэрлэжээ. Ийнхүү будилсаар аарцаг, умдаг, ташааны яс зэрэг нэр томьёоны утга бүрмөсөн алдагдсан байна.

3. Мөн бидний дээр үеэс хэрэглэж хэвшсэн нэр томьёог өөр нэрээр солихыг оролдсон явдал мэдээнд цөөнгүй тохиолдож байна. Отделение гэдгийг тасаг, пункт гэдгийг салбар гэж бүх хууль ёсны албан баримтуудад тэмдэглэгдэж одоо болтол баримталсаар ирсэн билээ. Гэтэл зохиолчид гинекологическое отделение гэдгийг эмэгтэйчүүдийн салбар, акушерский пункт гэснийг эх барих тасаг гэжээ. Ийнхүү сольсоны ашиг юунд байна Бас резина гэдгийг резин гэж хэвээр нь хэрэглэсээр ирсэнийг зохиолчид хаймар гэж солих нь илүү тохиромжтой гэж үзэж резиновый напальчник гэдгийг хаймар хуруувч гэжээ.

4. Зохиолчид үгийн утгыг ойлгоогүй буюу хайнга хандсанаас алдаатай орчуулах нь олонтаа тохиолдож байгаагийн заримыг дурдвал: нэр томьёоны 56-р мэдээнд аненцефалия буюу тархигүй гэсэн үгийг тархины ясгүйдэл, антистерильный буюу ариутгагдаагүй гэдэг утгатай үгийг үргүй бологшил, бимануальное исследование буюу хоёр гарын үзлэг гэдэг утгатай үгийг дотуур үзлэг, вагинит трофический-тэжээлээс хамаатай гэсэн утгыг тэжээвэр үтрээтэс, девственность буюу хурьцал эдлээгүй, бүтэн аглаг, ариун гэсэн утгатай үгийг охинсог (өөрөөр хэлбэл хүүхэнсэг), конфигурация головки-толгойн дүрс, хэлбэр гэсэн утгатай үгийг толгой багасах метроэндометрит-умайн булчин ба салстын үрэвсэл гэдэг утгатай үгийг савны дотуур-тас, цитодиагностика в гинекологии буюу эмэгтэйчүүдийн өвчнийг эс судлалаар оношлох гэснийг буруу ухаж түргэн онош гэж, гигантизм-хэт том болох, асар том болох гэснийг том болох гэж орчуулжээ. Плодовитость-эмэгтэйчүүдийн төрөх чадвар, үржих чадвар гэсэн утгатай үгийг үргүйдэл, малигнизация-хорт хавдар болон шилжих гэсэн үгийг хордох гэж утгыг гуйвуулжээ. Пикническая женщина гэдгийг тарган эмэгтэй гэж, половое сожителство-гэр бүл болоогүй атлаа бэлгийн холбоотой болох гэсэн утгатай үгийг бэлэг нийлэлцэх гэж, сосок втянутой-татагдан орсон, хонхойсон товчтой хөх гэсэн утгатай үгийг шовгор хөх гэж буруу орчуулжээ. Улсын нэр томьёоны мэдээний 70-д арьс өнгөний өвчний нэр томьёо түүвэрлэгджээ. Мөн л энэ мэдээнд нэр томьёог давтах, нэг утгыг олон янзаар нэрлэх, хэвшсэн нэрийг солих зэрэг дутагдал дээрхийн нэгэн адил их байгаагийн зэрэгцээ утгыг гуйвуулах алдаа тун их байна.

Агранулоцитоз-гранулоцит цусанд багадах буюу үгүй болох гэсэн утгатай үгийг хөвсгөр эсгүй цагаан цогцос гэж, дерматмиозитийг арьсны мөөгөнцөр гэж, доброкачественное новообразование-хоргүй хавдар гэсэн утгыг хоргүй хувирах гэж, саблевидные ноги-хянга ургаш түрж махир сэлэм хэлбэртэй болох буюу сэлэм хэлбэртэй хөл гэдгийг майга хөл гэжээ.

Энэ мэтээр утгыг гуйвуулсан алдаатай нэр томьёо мэдээний аль ч хэсэгт, аль ч хуудсыг сөхөхөд дайралдаж нэр томьёоны чанар ямар болохыг илчилж байна.

5. Зохиогчид нэр томьёог тогтоохдоо олон улсын нэр томьёоны хэл-латин хэлийг эх болгож аваагүй нь тэдний ажлыг хүндрүүлэн давхардуулах, хэмжээг ихэсгэх, будлих нэг нөхцөл болсон юм. Зохиолчид нэр томьёог тогтоохдоо латин үг бүрийг, клиникийн нэр томьёо бүрийг голдуу махчлан орчуулж монголчлох, тодорхой нэрийг түүний тайлбар ярианы үгээр солихыг оролдсон зэрэг нь утга учир ойлгомжгүй, унжирч нурушсан, жирийн уншигчид байтугай нарийн мэргэжлийн эмч мэргэжилтэн нар ч ойлгоход бэрхтэй болжээ.

Гемофилия гэдэг нэр томьёог цусны нөжрөлт удам дагаж бага-сах өвчин гэж эмч хүн бүхэн ойлгодог билээ. Гэтэл энэ нэр томьёог зохиогчид цус гоожимтгой гэж орчуулсан нь янз бүрийн өвчинд байж болох шинж тэмдэг болгон хувиргажээ.

Клонус матки гэдгийг савны таталдаа, тетанус новорожденных гэдгийг нялхасын татганаа, эклямпсия гэдгийг таталдан унах, хорей беременных гэдгийг жирэмсэний татганаа гэж тус тус нэр томъёо тогтоожээ. Эдгээр таталдааны зарим нь бие даасан өвчин, зарим нь өвчний шинж тэмдэг билээ. Өвчний түүхэнд таталдан унах гэсэн онош бичигдсэн байвал түүнийг экямпси, тетани, тетанус, истери, эпилепси. г. м. олон өвчний алин болохыг тогтооход тийм ч амаргүй хэрэг. Ингэж олон таталдааны дунд бусдыг ч төөрүүлж өөрсдөө ч будлиж байхын оронд тетани (Tetania), эклямпси, (Eclampsia)тетанус (Tetanus), эпилепси (Epilepsia), истери (Hysteria) гэж дассан сурснаараа нийтийн хэлэнд байгаагаар хэрэглэвэл болохгүй нь юундаа байна?

Инфантильная матка гэдгийн давжаа умай, дутуу хөгжилтэй умай, хүүхдээрээ умай гэж нэрлэсэн ба периметрий-гэснийг умай ийлдэстэс, вестибулит гэдгийг үрийн цулцантас, вестибулит гонорейный гэдгийг үрийн цулцангийн хүйтэн гэх мэт учир утгагүй нэрлэжээ.

Биопсия гэдгийг махбодоос нь үзэх, биомеханизм родов гэдгийг толгойноос эхлэн авах, депрессия климактерическая гэдгийг цэвэрших үеийн галзуу, тромбофлебит гэдгийг хураагууртас, флеботромбоз послеродовой гэдгийг амаржсаны дараа хураагууртах, гонококк гэдгийг дусал бөөм гэх мэт буруу буюу өөрчлөх шаардлагагүй нэр томъёог тогтоожээ. Цаг хэмнэх зорилгоор зохиогчдын тогтоосон хэдэн монгол нэр томъёог дор сийрүүлье.

- Цагираг гөвгөр эсэн бундуу
- Ясны гол дундын яршлаа тэмбүү
- Ясны булууны яршлаа тэмбүү
- Үсэрхийлэх хэлбэрийн арьстас
- Цэврүүсэг арьстах
- Сэвэг зарман арьс ширхэггэр
- Нэвт төөнөн нөжрүүлэх
- Өнгөн хөрс эвэршихгүй
- Настайн эвэртэх
- Эвэр мөөгөнцөртөх
- Арьсны цавуун ширхэг
- Арьсны тунгалгийн судас гөвгөр эстэх (лимфогрануломатоз)
- Хар арьсгар
- Төмсөг засааны дагалтас
- Яршлаа тэмбүүний яс чөмөгтөс
- Яршлаа тэмбүүгийн яс, яс тойронтос
- Арын цочмог шээсний сүвтэс
- Арьс өмрөх (пеллагра)
- Зангилаат тараагуурын тойронтос
- Арьс торлог дотор биетэх

Үүнийг уншихад чухам юуг яаж нэрлээд байгаа нь бараг буюу огт ойлгогдохгүй байна. Латин анатомийн нэрийн ард итис (itis) дагавар залгахад тэр эрхтэн үрэвсэлтэй байгааг заадаг. Жишээ нь: Hepatitis, ostitis, Carditis. Хэрэв үгний өмнө пери (peri) угтвар залгавал уг эрхтний гадна бүрхэвч, эндр (endo) угтвар залгавал дотор давхарга үрэвсэлтэйг заана. Жишээ нь: Perihepatitis, endocarditis, periostitis. Мөн рага-орчим, ante-урд, anti-эсрэг гэх мэт олон угтварууд байдаг.

Ингэж угтвар, дагавар хэрэглэн ганц нэр томъёогоор ямар эрхтэн үрэвсэлтэй байгааг заагаад зогсохгүй, уг эрхтний чухам аль хэсэгт буюу ямар эрхтний орчим байгааг зааж өгдөг. Мөн ома (oma) хавдар гэсэн дагавар залгаж чухам ямар эрхтэн, яс, эслэгээс хавдар үүссэнийг заана. Жишээ нь: Ostitoma-ясны нэхмэлийн хавдар, myomatobулчингийн хавдар, hondroma-мөгөөрсний хавдар гэх мэт. Ийнхүү нэг

үгээр олон тодотгол хамруулж чаддагаараа ашиглахад тун ч энгийн, эвтэй болох нь ил тод байна.

Зөвлөлт, Болгар, Польш зэрэг бусад ихэнх орон энэ ашигтай талыг өөрийнхөө хэлэнд буулган хэрэглэсэн байдаг. Зөвлөлтийн анагаах ухаанд итис гэдгийн ит-ийг дагавар болгон хэрэглэсэн нь тун ч эвтэйхэн болсон.

Зөвлөлтийн анагаах ухаан латин үг авч хэрэглэхдээ түүний угтвар ба дагаварыг авч хэрэглэсэн бөгөөд үрэвслийг заах итис дагаварыг ит болгон хэрэглэжээ. Жишээ нь: Зөвлөлтийн клиникийн нэр томъёонд adenitis гэдгийг аденит, adenoma-аденома, acromegalia-акромегалия, anuria-анурия, asthma-астма, granulocytis-гранулоцит, diabetes-диабет, diatermia-диатермия, biopsia-биопсия, parametritis-параметрит, periostitis-периостит гэх мэт.

Манайд шинжлэх ухааны эмнэлэг нэвтэрснээс нааш 50 шахуу жил, үндэсний их эмч нар бэлтгэж эхэлсэн 20 гаруй жилийн турш тус улсад олон улсын нэр томъёогоор сурч, түүнийг албан хэрэгцээнд хэрэглэж заншсан билээ.

Зохиогчид латин үг бүрийг сольж тохирсон тохироогүй шинэ нэр санаанаас авч зохиосноор анагаах ухааны нэр томъёог жирийн хүмүүст ойртуулав, эмнэлгийн ажилтан нарын ажилд тус нэмэр боллоо гэж бодож байгаа бол эндүү хэрэг бизээ. Хэдэн ботид багтахгүй нэр томъёог нэгмөсөн зохиож манай ажиллагаанд нэвтрүүлнэ гэдэг бол үл гүйцэлдэх хоосон санаашрал мөн.

Зохиогчид тохиолдсон латин нэр бүрийг солисноор зогсоогүй itis-дагаварыг тас, тос, тэс, төс, түс, ста-дагаврыг гар, гор, гэр, гөр, гүр гэж төлөөлүүлсэн нь ямар ч шаардлагагүй, илүү, нийтийн нэр томъёоноос холдуулах, салгах, олон улсын анагаах ухааны ололт амжилттай танилцах явдалд их бага боловч саад боолт болохоос өөр ашиггүй зүйл болжээ.

Үүний оронд зөвлөлтийн анагаах ухааны жишээгээр itis, oma, um, а дагаварыг хэвээр нь хэрэглэхэд тас, төс, гар, гэрээс юугаараа муу байна вэ? Фибромиома гэдгийг ширгэн булчингар, лимфогрануломатоз гэдгийг тунгалгын судас гөвгөр эстэс, гуммозный остеопериостит гэдгийг яршлаа тэмбүүгийн яс тойронтос гэх нь жирийн уншигчид, эмнэлгийн ажилтан нарт илүү ойлгомжтой байна гэж үү? Үгүй! Жирийн уншигчдад тус хүргээгүйгээр барахгүй эмнэлгийн олон мянган уншигчдад ойлгомжгүй болгож байна.

Бид нэр томъёог санааны зоргоор зохиох замаар биш манай хэлэнд байгаа эквивалент үгийг авч хэрэглэх замаар, олон улсын чанартай үгнүүдийг ашиглах, түүгээр эх хэлээ баяжуулах замаар тогтоох нь зүйтэй билээ. Энэ талаар зохиогчид хэт өрөөсгөл тал баримталсан нь уул бүтээлийн үнэ цэнг бууруулахад хүрчээ.

М. А. Х. Намын Төв Хороо, БНМАУ-ын Сайд нарын Зөвлөлийн 1964 оны 5-р сарын 3-ны өдрийн 125/221-р тогтоолоор батлагдсан улсын нэр томъёоны комиссын дүрэмд «нэр томъёо тогтоохдоо манай ажилчин, нэгдэлчин, сэхээтнүүдэд орчин цагийн шинжлэх ухаан, соёл техникийн ололт амжилтыг эзэмшихэд хялбар дөхөм болгох, дэлхий нийтэд түгээмэл хэрэглэдэг нэр томъёогоор эх хэлээ баяжуулах зарчмыг хатуу баримтлан, судлал шинжилгээний тодорхой үндэслэлтэйгээр нарийвчлан боловсруулна» гэжээ.

Зохиогчид анагаах ухааны нэр томъёог тогтоохдоо дүрмийн энэ заалтыг огт биелүүлсэнгүй. Мөн дүрэмд «нэр томъёо тогтоох ажилд мэргэжлийн хүмүүсийн санал авах ба нэр томъёоны асуудлыг нарийвчлан боловсруулах, нэгэнт тогтоосон нэр томъёог цаашид хэрэгжүүлэх зорилгоор эрдэм шинжилгээний олон нийтийн зөвлөлгөөнийг хийлгэж байна» гэжээ.

Зохиогчид энэ заалтыг бас л биелүүлсэнгүй.

Улсын тэр томъёоны комиссын дүрмийн заалтыг биелүүлээгүй, анагаах ухааны байгууллага, хүмүүсийн шаардлагыг хангаж чадаагүй дээрх нэр томъёог засварлан өөрчлөх комисс байгуулан боловсруулж улмаар улсын нэр томъёоны комисст дахин оруулан хэлэлцүүлэх нь зүйтэй байна.

Г А Р Ч И Г

Шинжилгээ, судалгаа

Ш. Доржжадамба. Сум дундын эмнэлэг нь хөдөлмөрчдөд нарийн мэргэжлийн тусламж үзүүлэх төв мөн . . . 3

Ц. Ламжав, Г. И. Бондарев. Цэцэрлэгийн хүүхдийн хоолонд хаврын улиралд С витамин нэмж өгөх хэмжээ 18

Ж. Шагж. Хөхтөний бүдүүн гэдэсний үүргийн асуудалд 21

Н. Доржсүрэн. Улаанбаатар хотын аптекуудад хүлээн авч байгаа амбулаторийн жоронд хийсэн судалгаа 27

Б. Оргил, И. В. Мамонтов. Монгол дахь судас хатууралт ба зүрхний шигдээс өвчний тохиолдол, зарим нэг онцлог 29

С. Жамъяншарав, Ю. С. Силаев. Ходоодны архаг үрэвслийг оношлоход гартроскопи, гастропотографи ба гастробиопсийн ач холбогдол 31

Д. Эрдэнэчулуун. Артерийн битүүрээгүй цоргын клиник ба оношийн зарим асуудалд 34

Ж. Моондой. Азотын дутуу ислийн наркозыг хэрэглэсэн нь 38

Т. Пүрэвжав. Нурууны гөрөлхийн «буруу-дутуу хөгжлийн» согогийн рентген оношлын асуудалд 43

Б. Лувсан-Ёндон. Төрөх хүч сулрах үед цусан дахь зарим электролитын концентрацийн өөрчлөлт 46

Д. Самбуунпүрэв. Умайн хүзүүний өмөнгийн цитологи онош зүйн асуудалд 50

Х. Лхагважав. Монгол охидын анхны сарын гэмдэг ирэх хугацааны тухай 53

Е. П. Загоровский, Г. Цагаанхуу. Ясны мэдрэл шалтгаант тэжээл хямрах (дистрофи) өөрчлөлтүүдийн өвчин зүйд 56

Р. Дарьсүрэн, Е. П. Загоровский. Гархины цусан гүйдлийн гажуудал үүсэхэд хүзүүний симпатик зангилаа нөлөөлөх нь 59

Ж. Алтанцэцэг. Бага насны хүүхдийн гэдэсний халдвар үүсгэгчийн антибиотикт мэдрэмтгий чанарыг судалсан дүнгээс 62

Т. Сосор. Архаг дизентеритэй бага насны хүүхдийг сувиллын нөхцөлд эмчилсэн дүнгээс 65

СО Д Е Р Ж А Н И Е

Оригинальные исследования

Ш. Доржжадамба. Межсомонная больница как первичное звено в системе специализированной медицинской помощи в сельских районах 3

Ц. Ламжав, Г. И. Бондарев. О нормах дополнительной витаминизации детей детских садов витамином С в весенний период 18

Ж. Шагж. К вопросу о роли толстого кишечника у млекопитающих 21

Н. Доржсүрэн. Изучение амбулаторной рецептуры аптек г. Улан-Батора 27

Б. Оргил, И. В. Мамонтов. О частоте атеросклероза и инфаркта миокарда и особенностях его течения в МНР 29

С. Жамъяншарав, Ю. С. Силаев. Гастроскопия, гастробиопсия и гастропотография в диагностике хронического гастрита 31

Д. Эрдэнэчулуун. К вопросу клиники и диагностики открытого артериального протока 34

Ж. Моондой. Опыт применения эндотрахеального наркоза закисью азота 38

Т. Пүрэвжав. К вопросу рентгенодиагностики врожденных аномалий развития позвоночника 43

Б. Лувсан-Ёндон. Динамика концентрации некоторых микроэлементов в крови при слабости родовой деятельности 46

Д. Самбуунпүрэв. К вопросу цитологической диагностики рака шейки матки 50

Х. Лхагважав. О сроках наступления первой менструации у девушек Монголии 53

Е. П. Загоровский, Г. Цагаанхуу. К патогенезу нейрогенно-дистрофических поражений костей 56

Р. Дарьсүрэн, Е. П. Загоровский. Влияние функционального состояния шейных симпатических узлов на патогенез развития мозгового инсульта 59

Ж. Алтанцэцэг. Результаты определения чувствительности к антибиотикам возбудителей кишечных инфекций у детей 62

Т. Сосор. Некоторые вопросы лечения хронической дизентерии у детей раннего возраста 65

С. Ямаахай. Эрүүл хүмүүсийн цусны уургийн бүрэлдэхүүнийг судлах асуудалд 68

Практик ажиглалт

В. Ичинхорлоо, Б. Гэлэл, Д. Жодов. Цөсний уутны бэтэг 71

А. Өлзийхутаг, З. Эрдэнэцогт. Lupus Erythematosus 72

Анагаах ухааны дэд эрдэмтний зэрэг хамгаалсан зохиолын хураангуй 76

Я. Дондог. Монголчуудын артерийн даралт багадайт-гипотони 76

Бусад

Б. Гомбо. Хүүхдийн ходоод гэдэсний өвчний талаар хийсэн симпозиум 83

С. Загдсүрэн, Н. Дондог, Ө. Готов. Анагаах ухааны нэр томъёоны тухай 89

С. Ямаахай. К вопросу о состоянии сывороточных белков крови у практически здоровых людей 68

Наблюдения из практики

В. Ичинхорлоо, Б. Гэлэл, Д. Жодов. Первичный эхинококкоз желчного пузыря 71

А. Өлзийхутаг, З. Эрдэнэцогт. Lupus Erythematosus 72

Реферат диссертации 76

Я. Дондог. Артериальная гипотония у монголов 76

Прочее

Б. Гомбо. Симпозиум по детским кишечным инфекциям 83

С. Загдсүрэн, Н. Дондог, У. Готов. О медицинской терминологии 89

СЭТГҮҮЛИЙН РЕДАКЦИЙН КОЛЛЕГИЙН ХАЯГ:

Улаанбаатар хот, Марксын гудамж,
Эрүүлийг хамгаалах яам, 206-р өрөө

АДРЕС РЕДАКЦИОННОЙ КОЛЛЕГИИ:

МНР, г. Улан-Батор, ул. К. Маркса, ком. 206

Министерство здравоохранения МНР

МОНГОЛЫН АНАГААХ УХААН

Уран сайхны редактор *Д. Доржнамжин* Техник редактор *Д. Юмжав*
Хянагч *Д. Ринчинхорлоо* *Д. Наранцэцэг*

А—42476. Өрөлтөнд 1971 оны 1-р сарын 6-нд

Хэвлэлтэнд 1971 оны 3-р сарын 21-нд

Цаасны хэмжээ 70X108/16. Хэвлэсэн тоо 1000

Х. х. 7,5, Х. н. Х. 10,5 X Г № 371/71, Зах. № 001

Улсын Хэвлэлийн Газар, Улаанбаатар
Их сургуулийн гудамж 1.

Сүхбаатарын нэрэмжит Хэвлэлийн Комбинат,
Улаанбаатар Сүхбаатарын талбай, 2.

ҮНЭ 7 ТӨ 60 МӨ