

МОНГОЛЫН АНАГААХ УХААН

II

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

II

Улаанбаатар—1970

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

МОНГОЛЬСКАЯ МЕДИЦИНА

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

доц. Ш. Доржжамба (главный редактор)
проф. Д. Балдандорж (зам. редактора), А. Дамдинсурен,
Ж. Дашлаваа (секретарь), проф. Б. Рагчаа, Ц. Ринчиндорж,
доц. Д. Цагаанхүү, доц. Д. Цэдэв, акад. Т. Шагдарсүрэн,
(зам. редактора)

ГОД ИЗДАНИЯ 1-й

II

г. Улан-Батор—1970



УЛС АРДЫН АЖ АХУЙН ЭРҮҮЛИЙГ ХАМГААЛАХ САЛБАРЫН ХЭТИЙН ТӨЛӨВ, БОЛОВСОН ХҮЧНИЙ ХЭРЭГЦЭЭ, ХАНГАМЖИЙН АСУУДАЛГАА

Х. Дашдорж-Улсын төлөвлөгөөний комиссын мэргэжилтэн

1961 онд Будапешт хотноо хуралдсан социалист орнуудын эрүүлийг хамгаалах яамдын сайд нарын VI зөвлөлгөөн, ДЭХБ-ын 1968 оны XXI чуулганы шийдвэрийн дагуу ах дүү орнуудын эрүүлийг хамгаалах арга хэмжээ 5—10 жилийн хэтийн төлөвлөгөөний үндсэн дээр хөгжих боллоо.

Социалист орнуудын эрүүлийг хамгаалах яамдын сайд нарын VI зөвлөлгөөн эмнэлгийн урьдчилан сэргийлэх арга хэмжээг тууштай нэвтрүүлж, залуу үеийн бие бялдар, оюун санааны хөгжилд онцлон анхаарч, нийт хүн амыг эрүүлжүүлэх, хот хөдөөгийн хүн амын эмнэлгийн тусламж авах хэрэгцээг аажмаар хангах зорилтыг дэвшүүлэн тавьсан билээ.

Энэ зорилтыг шийдвэрлэх арга хэмжээ нь улс орны онцлог, эдийн засгийн бодит байдал, хүн амын зүй, өвчлөл, техник-шинжлэх ухааны ололт амжилт, боловсон хүчний хангамж, материаллаг баазыг зөв үндэслэсэн хэтийн төлөвлөгөөтэй хөгжих явдал юм.

Хэтийн төлөвлөгөө нь дээр дурдсан бодит байдлуудыг шинжлэх ухааны үндсэн дээр зөв тогтоосон дундаж хэмжигдэхүүнийг (норматив) үндэслэн хийгдэнэ. Энэ норматив нь эдийн засгийн бодит асуудлыг танин мэдэхийн хэмжээгээр улам боловсронгуй болж байх ёстой.

Манайд одоохондоо зарим хүмүүсийн эгдэм шинжилгээний ажлын бүтээлийг эс тооцвол бүх л талаар үндэслэгдэж, улсын чанартай мөрдөгдөх тийм норматив бий болж чадаагүй байна. Эмнэлгийн байгууллагуудын зэрэглэлт, орон тооны нормативыг бүдүүвч байдлаар 1963 онд баталсан бөгөөд одоогоор түүнийг мөрдөж байна.

Эмнэлгийн нарийн мэргэжлийн тусламж өргөжин үйлчлэх хүрээ өсөж, хүн амын хэрэгцээ улам нэмэгдэж байгаа өрчин үед хэтийн хэрэгцээг дан ганц орон тосны одоогийн нормативт тулгуурлан тооцоход хангалтгүй юм. Ийм учраас бид эрүүлийг хамгаалахын хөгжлийг тоймлон тогтоохын тулд Эрүүлийг хамгаалах яам, Улсын статистикийн төв газрын 1966, 67, 68 орнуудад гаргасан төлөвлөгөөт арга хэмжээ, хүн амын өвчлөлтийн тайланд дүн шинжилгээ хийж хүн амаас эмнэлгийн тусламж авч байгаа хэмжээ, эмнэлгийн боловсон хүчний хангамжийн байдлыг тодорхойлохыг оролдов. Энэ үндсэн дээр цашид шаардагдах хэрэгцээг ЗХУ-ын эрдэмтдийн хэтийн хэрэгцээ тооцож байгаа аргачлалыг хэрэглэж тооцож гаргахыг оролдлоо.

1967 оны байдлаар төв хөдөөгийн эмнэлгийн байгууллагуудад нэг иргэн жилд 7,1 удаа үзүүлсний 1,1 нь бага эмчийн үзлэг байжээ.

Тайлангийн материалаас үзэхэд нэг орны жилд ажилласан хоногийн тоо, хүний хэвтсэн дундаж хоног нь эмнэлгийн байгууллагуудад харилцан адилгүй байна. Орны жилд ажиллах хоногийн дундаж тоо нийтдээ төлөвлөгөөт хэмжээнээс доогуур (300 орчим хонсг) байна. Нэг хүний хэвтсэн дундаж 18—19 хоног байжээ.

Бүх эмчийн 70% нь эмчлэн сэргийлэх шууд үйлчилгээнд, 30% нь удирдах зохион байгуулах, эрдэм шинжилгээ, боловсон хүчнийг бэлтгэх ба бусад чиглэлээр ажиллаж байжээ.

Эмнэлгийн орны бүрэлдэхүүнд дотор, төрөх-эмэгтэйчүүд, хүүхэд, сүрьеэ халдвартын орууд зонхилж байна.

Энэ хэмжээг ЗХУ-ын эрүүлийг хамгаалах арга хэмжээний зарим үзүүлэлттэй зэрэгцүүлж үзье.

ЗХУ-д 1964 онд бүх хүн амын 19,1%-ийг хэвтүүлэн эмчилж, жилд, 1 ор 320 хоног ажиллан 1 хүн дунджаар 13,6 хоног хэвтэж эмчлүүж байсан байна. Жилд нэг иргэн 8 удаа үзлэгт орж 100 оронд 1967 онд 9,5 эмч ажиллаж байв (Г. А. Попов, 1967).

Үүнээс үзэхэд манай эрүүлийг хамгаалах арга хэмжээний гол үзүүлэлт нь (их эмч, орны хангамж, хэвтэж эмчлэгдэж байгаа хувь, жилд 1 иргэний эмнэлэгт үзүүлж байгаа тоо) ЗХУ-ын хөгжлийн түвшинд нилээд ойртсон ба зарим ах дүү орны хэмжээнд хүрчээ.

Энэ бүгдээс үндэслэн манай эрүүлийг хамгаалах арга хэмжээний цаашдын төлөв, хүн амын өвчлөл, эмнэлгийн нарийн мэргэжлийн төрлийг олшруулах шаардлагыг харгалзан, эмнэлгийн тусламжийн хэрэгцээ, түүнийг хангах явдалтай холбогдсон (норматив) дундаж хэмжигдэхүүнийг доор дурдсан аргачлал дээр тулгуурлан тогтоохыг оролдлоо.

Эрүүлийг хамгаалахын төлөвлөлтийн гол үзүүлэлт нь эмнэлгийн ор, их эмчийн хангамжийг тодорхойлсон үзүүлэлт байдаг билээ. Ийм учраас урьдчилан эмнэлгийн орны хэрэгцээг тодорхойлон гаргах явдал чухал гэж үзлээ.

Судалгааны дүнгээс үзэхэд, одоо ажиллаж байгаа эмнэлгийн орны фонд ашиглалтыг цаашид сайжруулах, орны эргэлтийг хурдасгах талаар анхаарах явдал чухал байв. Нөгөө талаар, хүн амын ерөнхий өвчлөл, эмнэлгийн газрын хүчин чадал, байршлалт, үйлчилгээнд тохиолдож байгаа онцлог, мэргэжлийн тусламжийн шаардлагыг бодолцон хүн амын хэвтэж эмчлүүлэх хувийг нэмэгдүүлэх шаардлага гарч байна.

Дээр дурдсан зүйлд тулгуурлан ЗХУ-ын эрдэмтдийн (Г. А. Попов, 1967; И. И. Розенфельд, 1961; Л. В. Потехин, 1962; Н. А. Виноградов, 1958; Жук, 1967;) аргачлалаар тооцоход 1980 онд нэг ор жилд 310—320 хоног ажиллаж, бүх хүн амын 17—18%-ийг хэвтүүлэн эмчлэх бол нийтдээ 16000 ор байх хэрэгцээ гарч байна.

$$K = \frac{H \times P \times \Pi}{D \times 100}$$

K = хэрэгцээг орны тоо

H = хүн амын тоо

P = хэвтүүлэн эмчлэх хувь

Π = нэг хүний хэвтэх дундаж хоног

D = орны жилд ажиллах хоногийн тоо

Ийм тооцоогоор үзэхэд 1975 онд 10000 хүнд 98 ор, 1980 онд 100 орчим ор ноогдох юм.

Эмнэлгийн орны хэрэгцээг тодорхойлсны үндсэн дээр больницын 100 оронд ажиллах эмчийн тоогоор нийт больницын үйлчилгээний эмчийн хэрэгцээг тооцох нь манай нөхцөлд илүү зохимжтой гэж үзлээ. 1967 оны байдлаар манайд эмнэлгийн 100 ор тутамд 6,5 эмч ажиллаж байжээ. Цаашид шаардлагын дагуу нарийн мэргэжлийн тусламж, орны мэргэжлийн төрөл өсөхөд ажиллах эмчийн тоо 8,5-аас доошгүй байх хэрэгцээтэй байна. Тэгвэл зөвхөн больницын тусламжинд 1980 онд:

а) $16000 \times 8,5 = 1360$ эмч шаардагдаж байгаа юм. Их эмчийн тооны үзүүлэлт нь больницын үйлчилгээнээс гадна амбулатор-поликлиник.

больниц амбулаторийн туслах кабинетууд, эрүүлийг хамгаалах системийн удирдах хэсэг, эмнэлгийн боловсон хүчнийг бэлтгэх ба эрдэм шинжилгээний газруудад ажиллах, мөн ариун цэвэр, эрүүл ахуй, ясли цэцэрлэг зэрэг байгууллагуудад ажиллах байдлаар тооцогдох шаардлагатай байдаг байна.

б) Амбулатор-поликлиникт ажиллах эмчийн тоог жилд нэг иргэн эмнэлэгт хэдэн удаа үзүүлэх, нэг эмчийн жилийн ажлын хэмжээг үндэслэн тогтоодог байна.

1975—1980 онуудад манай хүн ам их эмчийн тусламж авах хүрэлцээгээр бүрэн хангагдах юм. Эмнэлгийн нарийн мэрэгжлийн тусламжийн хэмжээ өсөн нэмэгдэнэ. Энэ байдлыг харгалзан 1 иргэн жилд 1980 онд 10,5 удаа эмнэлэгт үзүүлэхээр тооцоход 17 сая хүнд үзлэг хийх хүчин чадал шаардагдаж байна.

Төрөл бүрийн мэрэгжлийн эмч нарын жилд ажиллах өдрийн тоо, гүйцэтгэх ажлын хэмжээ харилцан адилгүй боловч 1963 онд баталсан орон тооны нормативыг баримтлан дундаж гарган тооцоход нэг эмч жилд 280 хоног ажиллаж өдөрт 30, жилд 8400 хүн үзнэ.

Тэгвэл:

1980 онд зөвхөн амбулатор-поликлиникийн үйлчилгээнд:

$$Д = \frac{П}{Н} = \frac{17 \text{ сая}}{8400} = 2000 \text{ эмч шаардагдах болж байна.}$$

Д = Эмчийн тоо (хэрэгцээ)

П = Үзлэгт орох хүний тоо

Н = Нэг эмчийн жилийн ажлын хэмжээ

в) Амбулатор больницын тасгийн эрхлэгч, туслах кабинетуудад шаардагдах их эмчийн тоог үзлэгийн эмч, 100 оронд ажиллах эмчийн тоотой харьцангуйгаар үзлэгийн 4—10 эмчид 1, больницын эмчийн 13%-д тасгийн эрхлэгч 1;35%-д туслах кабинетын эмч 1 байна гэж үзвэл 500 эмчийн хэрэгцээ нэмэн гарч байгаа юм.

г) Аймаг хотын больниц, эрүүлийг хамгаалах газрын удирдлага, эрдэм шинжилгээ, боловсон хүчнийг бэлтгэх системд 1967 оны байдлаар 200 шахам эмч ажиллаж байгааг 1980 онд хэвээр байлгахаар тооцоонд авч байна.

Энэ чиглэлээр ажиллах эмч нарын тоо цаашид зайлшгүй нэмэгдэх боловч эрүүлийг хамгаалах практик амьдралд ямар нэг хэмжээгээр хавсран оролцох журмаар энэ үүргийг гүйцэтгэх шаардлагатай гэж үзэж байна.

д) Ариун цэвэр эрүүл ахуй, халдвар судлалын системд бүх их эмчийн 5,4% буюу 250 эмч, 10000 хүнд 1,5 эмч ажиллахаар тооцож хэрэгцээг гаргалаа.

е) Хүн амын дотор хүүхэд залуучууд зонхилж байгаа учраас тэдний эрүүл энх, бие бялдрын өсөлтөд анагаах ухааны талаар тавих шаардлага улам өндөр болж байна. Энэ байдлыг харгалзан ясли, цэцэрлэг, сургуулийн байгууллагад хэтийн хэрэгцээгээр 250 шахам эмчийн хэрэгцээ байна гэж тооцлоо.

Энэ тооцооноос үзэхэд 1980 онд бүх эмчийн 76,2 хувь нь амбулатор, поликлиник, больницын тусламжинд; 7,6 хувь нь туслах кабинетад; 5,4 хувь нь удирдан зохион байгуулах ба сургалт, эрдэм шинжилгээний чиглэлээр; 5,4% нь ариун цэвэр, эрүүл ахуй; 5,4 хувь нь ясли, цэцэрлэг, сургуулийн байгууллагад ажиллаж байх юм.

Эрүүлийг хамгаалах ажлын бүтцэд их эмчийн хуваарилалтыг авч үзвэл ЗХУ, ах дүү бусад орнуудын хуваарилалтын байдалтай ойролцоо байна.

Их эмчийн хэрэгцээг салбар бүрийн хувийн жин, хүн амд ноогдох байдлаар үзвэл

	1970 он			1975 он			1980 он		
	хэрэгцээ	эзлэх хувийн жин	10000 хүнд ноогдох эмч	хэрэгцээ	эзлэх хувийн жин	10 000 хүнд ноогдох эмч	хэрэгцээ	эзлэх хувийн жин	10 000 хүнд ноогдох эмч
Бүх эмч	2445	100	20	3130	100	22,2	4600	100	28,7
Үүнээс: амбулатор поликлиник	815	34,9	7,0	1270	40,0	9,0	2000	43,4	12,8
Больницад, тасгийн эрхлэгч	1150	47,1	9,4	1100	35,0	7,8	1510	32,8	9,4
Туслах кабинетад	150	6,0	1,2	240	7,6	1,7	340	7,6	2,1
Удирдах аппарат, эрдэм шинжилгээ, сургалт	150	6,0	1,2	200	6,3	1,4	250	5,4	1,5
Ариун цэвэр эрүүл ахуй	150	6,0	1,2	170	5,5	1,2	250	5,4	1,5
Хүүхдийн байгууллагад	30	—	—	150	4,7	1,1	250	5,4	1,5

Дээд дунд боловсролтой эм найруулагч

Одоогийн байгаа 223 аптекийн жор хүлээн авалт, гүйлгээний хэмжээгээр үзэхэд 160 мянгаас дээш жор авч үйлчилдэг 40; 10 мянгаас дээш 160 мянга хүртэл жор хүлээн авдаг аптека 100 орчим байна.

Эдгээр аптекуудын орон тооны одоогийн мөрдөж байгаа бүдүүвч нормативыг ЗХУ-ын нормативтай зэрэгцүүлж үзэхэд 160 мянгаас дээш жор хүлээн авдаг аптека найруулагч 3—4; 50—160 мянган жор хүлээн авдаг аптека 1—2 найруулагч байх шаардлагатай байна. Цаашид аптекийн байгууллагуудын хүчин чадлын өсөлтийн хурдцыг хэвийн байдалд байлгах юм бол 1980 онд 1-р зэргийн аптекийн тоо 50, 2-р зэргийн аптекийн тоо 120 орчим болох төлөвтэй байна. Тэгвэл зөвхөн аптекийн шууд үйлчилгээнд 200 гаруй найруулагч хэрэгцээтэй байх юм.

Цаашид эмийн ургамал судлал, үйлдвэрлэлийг хөгжүүлэх, эрдэм шинжилгээний ажил өсөхөд ажиллах хүний шаардлага их байна. Энэ чиглэлээр доод хэмжээгээр 30—40 хүн ажиллана гэж үзвэл нийтдээ 1980 онд 260 найруулагч хэрэгтэй байна.

Эмийн дээд, дунд мэрэгжлийн боловсон хүчний хэрэгцээ, харьцаа

	1970 он			1975 он			1980 он		
	дээд боловсролтой	дунд боловсролтой	харьцаа	дээд боловсролтой	дунд боловсролтой	харьцаа	дээд боловсролтой	дунд боловсролтой	харьцаа
Эм найруулагч	145	700	4,8	220	850	3,8	260	1000	3,8

Эмийн дунд мэрэгжилтний хэрэгцээг нэг дээд мэрэгжилтэнд ноогдох харьцааг үндэслэн тооцлоо. Дээд мэрэгжлийн хүний тоо нэмэгдэх хэмжээгээр дунд мэрэгжилтний тоо харьцангуй буурах хандлага байвч,

манайд эмийн үйлчилгээний албыг ялангуяа орон нутагт дунд мэрэгжлийн хүмүүс голчлон гүйцэтгэх онцлогийг харгалзахгүй байж болмооргүй байна.

Эмнэлгийн дунд боловсролтой боловсон хүчин

Хүний бага эмч, эх барих бага эмч, лаборантууд, төрөл бүрийн техник, сувилагч, ариутгагчийн мэрэгжилтэй боловсон хүчнийг нэг их эмчийн тоотой харьцангуйгаар тооцлоо.

1967 оны байдлаар манай нэг эмчид эмнэлгийн дунд мэрэгжилтэн 3,4 буюу 10000 хүнд 57 ноогдож байна. 1968 оны эцсээр ЗХУ-д 10000 хүнд 78 буюу нэг их эмчид 3,1 хүн ноогдож байсан байна.

Манайд хүн амын суурьшил, тоотой харьцангуй, эмнэлгийн байгууллага тархай, хүчин чадал багатай байгуулагдах онцлогтой байна. Нөгөө талаар орон нутагт эмнэлгийн анхны тусламжийг бага эмч, сувилагчийн мэрэгжилтэй боловсон хүчин голдон үзүүлж байгаа тал байна. Ийм учраас эмнэлгийн дунд мэрэгжилтний хэрэгцээ шаардлага их байж болох байна.

Энэ байдлыг харгалзан одоо байгаа харьцааг бараг хэвийн байлгахар тооцож байна.

3-р хүснэгт

Эмнэлгийн дунд боловсролтой боловсон хүчний тооцоо

	1970 он			1975 он			1980 он		
	Тоо (мянгаар)	Нэг эмчид нь ноогдох нь	10000 хүнд ноогдох нь	Тоо (мянгаар)	Нэг эмчид нь ноогдох нь	10000 хүнд ноогдох нь	Тоо (мянгаар)	Нэг эмчид нь ноогдох нь	10000 хүнд ноогдох нь
Хүний бага эмч	2,1	0,86	16,54	2,8	0,89	20,15	4,6	1,0	28,7
Лаборант	0,6	0,25	5,29	0,7	0,22	5,4	0,9	0,2	5,71
Техникч	0,2	0,08	1,87	0,3	0,09	1,8	0,4	0,1	2,16
Ариутгагч	0,2	0,8	1,2	0,2	0,06	1,15	0,2	0,03	1,23
Сувилагч	4,2	1,7	34,1	6,2	2,0	42,70	7,6	2,0	47,0
Бусад	0,1	0,04	1,0	0,1	0,03	0,8	0,2	0,03	0,9
БҮГД	7,4	3,4	60,0	10,3	3,3	72,0	13,8	3,3	85,5

Манай нийт улс ардын аж ахуйд дээд, дунд боловсролтой боловсон хүчний эзлэх хувийн жин, ажиллах хүчний бололцооноос үзэхэд эрүүлийг хамгаалах системд 1980 он хүртэл хэрэгцээгээр шаардагдаж байгаа дээд, тусгай дунд боловсролтой хүнийг 85—93%-иар хангаж болох төлөвтэй байгаа юм.

НОМ ЗҮЙ

1. Виноградов Н. А. М. Медгиз, 1958 год, ст. 280—318
2. Гороховер И.А. М. Медгиз, 1967, ст. 28—82
3. Польшченко В. И. Киев, Медгиз, 1961 год, ст. 43—74.
4. Попов Г.А. М. Медгиз, 1967 год, ст. 218—338.
5. Розенфельд И. И. М. Медгиз, 1961 год, ст. 22—193.

ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ НАРОДНОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ МНР И ВОПРОСЫ ЕГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАДРАМИ

Х. Дашдорж

РЕЗЮМЕ

В соответствии с решениями VI Совещания Министров здравоохранения социалистических стран, состоявшегося в 1961 году в Будапеште, и XXI конгресса Всемирной организации здравоохранения (1968 год), мероприятия по развитию здравоохранения в братских социалистических странах стали осуществляться на основе перспективных 5—10 летних планов.

В этом деле важное значение имеет разработка и применение нормативов, правильно отражающих особенности экономики той или иной страны, общую заболеваемость, достижения науки и техники, состояние материальной базы и обеспеченность здравоохранения квалифицированными кадрами.

В этой связи, автор проанализировал статистические данные о плановых мероприятиях Министерства здравоохранения и заболеваемости населения за 1966—1968 гг. с тем, чтобы установить уровень медицинского обслуживания населения и обеспеченность кадрами органов здравоохранения, и определить потребность в расширении медицинского обслуживания и в кадрах на период до 1980 года.

В 1975—1980 годах в МНР дальнейшее развитие получит врачебное и специализированное медицинское обслуживание: на одного человека потребуется 10,5 посещений в год; нуждаемость в госпитализации—16—17% населения, каждые 100 больничных коек будет обслуживаться 8,5 врачами. Ожидается, что в 1980 году на каждые 10000 человек населения будет приходиться около 100 больничных коек и 25 врачей.

СЭТГЭЛ ШАЛТГААНТ ӨВЧНИЙ ТАРХАЛТЫН БАЙДАЛ ЭМНЭЛЭГ ХАНГАМЖИЙН ШААРДЛАГА

А. У. дэд эрдэмтэн Ц. Гүрдорж

Сэтгэл мэдрэлийн өвчнүүдийн дотор тодорхой байр эзэлдэг, сэтгэлийн шалтгаант бүлэг өвчнүүд хүн амын соёлжилт нийгэм-эдийн засгийн байдал зэргээс шууд шалтгаалан улс орон бүрд харилцан адилгүй тархалттай байдаг тухай эрдэмтэд (1,2,3,4,5,6) мэдээлсээр байна.

Бид, манай улсын хөгжлийн онцлог (феодализмаас социализмд шууд шилжиж буй), хүн амын соёл, ахуй амьдралд нийгмийн түүхийн богино хугацаанд гарсан болон гарч байгаа өөрчлөлтүүд нь хүмүүсийн сэтгэц эрүүл ахуйд ямар холбогдолтой болох талаар судалгаа хийж үзлээ. Энэ талаар урьдчилсан зарим мэдээллийг (10, 11, 12, 13) хийсэн билээ.

Энэ удаа бид зөвхөн сэтгэл шалтгаант өвчний тархалт, статистик зарим үзүүлэлтүүдийг мэдээлж байна.

Хүн амын дунд сэтгэл шалтгаант өвчний тархалтыг зориуд тоолон бүртгэх аргаар судалсан ажиглалт, дүгнэлт бидний ашиглах боломжтой хэвлэлд тааралдсангүй.

Сэтгэл мэдрэлийн эмнэлгийн тусламж хот, хөдөөгийн хүн амд улам бүр ойртох тутам, сэтгэл мэдрэлийн диспансер, больниц, асрамжийн газрын мэдээ бүртгэлээр өвчлөлийн тархалтын интенсив үзүүлэлтийг гаргах бүрэн бололцоотой болдог (Т. И. Гольдовская, 1964). Гэхдээ сэтгэл шалтгаант өвчтэй (неврозтой) хүмүүсийн ихэнх хэсэг эмнэлгийн тусламж авахаар диспансерт тэр бүр үзүүлдэггүй учраас дээрх дүгнэлтийг бүрэн зөвшөөрч арай боломгүй санагдана. Зарим судлагчид (2,9) эмнэлэгт үзүүлж буй байдлаар сэтгэл шалтгаант өвчтөнийг бүрэн илрүүлж, тоог тогтоож болохгүй гэж нэг биш удаа бичиж байсан. Клиникийн хувьд сэтгэл шалтгаант өвчнүүд, ялангуяа неврозуудын зарим хэлбэрийг сэтгэл мэдрэлийн бусад (шизофрени, органик өвчнүүдийн) солиорлуудын эхлэлийн шинж тэмдгийн илрэлүүдээс тодорхой ялгаварлахад ихээхэн бэрхшээлтэй байна (7,8). Үүнтэй хол-

богдуулан анхны үзлэгээр сэтгэл шалтгаант өвчтэй байж болох бүх хүмүүсийн 38,3% нь бие бялдрын болон төв мэдрэлийн системийн органик өвчнүүдийн үед тохиолдож болох невроз төст хам шинжийн илрэлтэй байсныг дурдүүштай. Үүнийг бид өвчлөлийн тархалт тогтоох тооцооноос хассан юм. Тэгэхдээ энэ нь мэдрэл сульдлын невроз гэдэг онош тогтооход хянуур хандахыг аль ч мэрэгжлийн эмчээс шаардаж буй хэрэг юмаа. Ер нь сэтгэл шалтгаант өвчнүүдэд нэг арга барилтай тоолон бүртгэх илрүүлэлтээр клиник судалгаа хийх явдал онолын чухал ач холбогдолтой болж байна. Тэгээд ч сэтгэл мэдрэлийн диспансерийн тусламж хараахан бүрэн зохион байгуулагдаагүй манай одоогийн нөхцөлд тоолон бүртгэх аргаар өвчлөлтийг тогтоох нь бүүр ч онцгой ач холбогдолтой байна.

Бидний судалгаанд хот, хөдөөгийн 50 гаруй мянган хүн хамрагдсан бөгөөд сэтгэл мэдрэлийн өвчлөлтийг эхлэн илрүүлэх (тоолон бүртгэх) ажлыг мэрэгжлийн эмч нарын шууд оролцоотойгоор хийсэн. Сэтгэл шалтгаант өвчтэй хүмүүсийг клиникийн өвөрмөц арга барилаар судалж тусгайлан бэлтгэсэн маягт хөтөлж байв.

Судалгаанд хот, хот маягийн суурин (аймаг, үйлдвэрийн төв), хөдөөгийн хүн ам хамрагдсан бөгөөд эдгээр нь манай улсын өнөөгийн засаг захиргааны үндсэн нэгжүүдийг бүрэн төлөөлж, эдийн засаг, соёл, ахуй амьдралын бүх хэлбэр байдлаар нийтлэг болохуйц газрууд байсан.

Хүн амын дунд тоолон бүртгэх аргаар судалгаа хийх нь сэтгэл мэдрэлийн бусад өвчнүүдийг бодвол, сэтгэл шалтгаант өвчнүүдийг бараг бүрэн илрүүлэх үндэстэй болохыг Н. М. Жариков (1965) зэрэг эрдэмтэд нотолж байгаа юм.

Судалгаанд орсон өвчтөнүүдийн (244) суурьшлын байдлыг авч үзвэл: хот (Улаанбаатар)-ынх-40,2%, хот төст сууриных (Сэлэнгэ, Сүхбаатар, Налайх) 53,2%, хөдөө (2 сангийн аж ахуй, 2 нэгдэл)-ийнх 6,6% байна. Энэ нь зөвхөн экстенсив үзүүлэлт учраас өвчтөний суурьшлын байдлаас шалтгаалсан өвчлөл тархалтын хэмжээг хараахан шууд зааж чадахгүй юм. Ийм ч учраас өвчлөл тархалтыг интенсив үзүүлэлтээр тооцон бодоход нилээд сонирхолтой тоо гарч байна.

1-р хүснэгт

Өвчлөлтийн интенсив үзүүлэлт

Судалгаа хийсэн газар	Судалгаанд хамрагдсан хүний тоо	Илэрсэн өвчтөн	1000 хүнээс өвчлөгсөд
Хот (Улаанбаатар)	21448	98	4,5
Хот төст суурин (Сүхбаатар, Налайх)	27765	130	4,6
Хөдөө (нэгдэл, сангийн аж ахуй)	5432	16	2,9
БҮГД	54645	244	4,4

Энэ байдлаас үзвэл хот, хот төст суурины хүн амын дундах сэтгэл шалтгаант өвчний тархалт нь хоорондоо ойролцоо, харин хөдөөгийн хүн амынхаас нилээд ялгаатай байна. Энэ ялгааг манай улсад сүүлийн жилүүдэд хот, хот төст сууринуудад үйлдвэр, соёлын газар олшрон, хүн ам бөөгнөрөн суурьших явдал хурдан явцтай байгаатай холбож үзэх хэрэгтэй юм. 1963 оныг 1956 онтой харьцуулахад, хотын хүн амын тоо 70,8%-иар ихэссэн байна (Р. Гүр, 1967). Энэ байдал сэтгэл шалтгаант өвчний тархалтын экстенсив, интенсив үзүүлэлтэд ямар нэг хэмжээгээр нөлөөлсөн байж болно.

Ихэнх судлагчид (2,14), хотод хүн ам олширч, түүнтэй холбогдон амьдралын хэвшил өөрчлөгдөж, сэтгэл санаанд нөлөөлөх янз бүрийн шалтгаанууд ихэссэнээс сэтгэл мэдрэлийн өвчлөл, тэр дундаа сэтгэл шалтгаант өвчний тархалт хот суурин газруудад хөдөөгийн хүн ам дундахийг бодвол өндөр хэмжээтэй байна гэж үздэг. Тухайлбал Швейцарт хотын 1000 хүнд невроз өвчин 70, хөдөөд 4,0 оногдож байна (14). Алив өвчлөлийн тархалтад мэдэгдэхүйц нөлөөлдөг хүний биологийн шинж чанарыг тусгасан нас, хүйс чухал холбогдолтой байдаг. Улсын хэмжээгээр 1963 онд явуулсан тооллогын материалаас үзвэл, 20—24 насны эрэгтэйчүүдээс эмэгтэйчүүд 1,2%-иар их байж. Гэтэл 25—34, 35—44 насны бүлэгт хамрагдах эрэгтэйчүүд мөн насны бүлгийн эмэгтэйчүүдээс 8,3%, 20,1%-иар тус тус их байсан байна. Харин 45—54, 55-аас дээш насны эмэгтэйчүүд 26,1%, 35,4% тус тус их байлаа (Р. Гүр, 1967). Судалгаанд хамрагдсан хүн амын нас, хүйсний ялгаврыг авч үзвэл: 15—24, 25—34 насны бүлэгт хамрагдах эрэгтэйчүүд 6,2%, 12,2%-иар тус тус их байсан. Нас, хүйсний эдгээр зөрүүтэй байдлыг арилгаж, сэтгэл шалтгаант өвчний тархалтыг харьцангуй тогтоохын тулд өвчлөл тархалтад насны нөлөөг арилган, стандарт үзүүлэлтээр тусгасаллоо. Үүнд: 1956, 1963 онд явагдсан хүн амын тооллогын материалыг (Р. Гүр, 1967) стандарт коэффициент гаргах аргаар (А. М. Мерков, 1960) стандартад оруулан бодсон юм (2-р хүснэгт).

2-р хүснэгт

Сэтгэлийн шалтгаант өвчний тархалтын интенсиг, стандарт үзүүлэлт

Насны бүлэг	Насны үзүүлэлт 1000 хүнд				Улсын хүн амын насны стандарт (1000-д)	Өвчилж болох тохиолдол (стандартаар)			
	хот	хот төст суурин	хөдөө	бүгд		хот	хот төст суурин	хөдөө	бүгд
14 хүртэл	0,12	—	—	0,04	379	0,04	—	—	0,01
15—24	4,83	3,98	5,08	4,41	144	0,09	0,57	0,73	0,63
25—34	8,37	12,93	10,56	10,92	136	1,13	1,75	1,43	1,48
35—44	11,14	18,41	7,04	11,96	107	1,19	1,43	0,75	1,27
45—54	8,88	6,10	—	6,54	95	0,84	0,57	—	0,62
55-дээш	4,7	2,34	—	3,04	139	0,65	0,32	—	0,42
Бүгд	4,56	4,68	2,94	4,46	1000	4,54	4,64	2,91	4,43

Хүснэгтээс харахад хот, хот төст суурингуудад бүх насны бүлэглэлийн үзүүлэлт хөдөөгийнхөөс их байна. Харин хөдөө, хот төст суурингуудын 14 хүртэлх насны, мөн хөдөөгийн 45-аас дээш насны хүн амын дунд сэтгэл шалтгаант өвчлөл тохиолдсонгүй, 15—24 насны хөдөөгийн хүмүүст, хот, хот төст суурингуудыг бодвол сэтгэл шалтгаант өвчин их байгаа боловч өвчлөлийн ерөнхий үзүүлэлтэд нөлөөлсөнгүй. Хот төст суурингуудын 25—34, 35—44 насны хүн амд бусад суурьшлын хүн амаас өвчлөлт өндөр байна. Хотод 45-аас дээш насны хүмүүст өвчлөл их тохиолдлоо. Хэдийгээр насны бүлэглэлээр хот, хот төст суурин, хөдөө нутгийн хүн амд харилцан ялгавартай өвчлөл тархалт ажиглагдаж байгаа боловч тэр нь ерөнхий үзүүлэлтээрээ хот, хот төст суурингуудын хүн амд бараг адилхан байна. Ингэж хот, хот төст суурингуудад хөдөөгийнхөөс сэтгэл шалтгаант өвчлөл харьцангуй өндөр байгаа явдал харагдлаа. Нэгэнт бид өөрсдийн материалыг насны бүлэглэл, хот, хөдөөгөөр ялгаварлан 1000 хүнд өвчлөл тогтоож, үүнийгээ улсын

хэмжээний өвчлөлд хамруулан бодож байгаа болохоор улсын хүн амын насны бүлэглэлийн стандартаар, өвчилж болох тохиолдлыг урьдчилан тооцож болох байна. Энэ нь зөвхөн статистик аргын хувьд сонирхолтой төдийгүй практикийн чухал ач холбогдолтой юм. Өөрөөр хэлбэл, эдгээр үзүүлэлтүүдийг гаргах нь сэтгэл шалтгаант өвчнүүдийн эмнэлэг-нийгэм хангамжийн тусламжийг зохицуулан зохион байгуулах, түүнд баримжаалан хөрөнгө зардал гаргах явдлыг хүртэл журамлан тодотгох зорилгыг шийдвэрлэхэд чухал алхам болох юм. Сэтгэл шалтгаант өвчлөлийн интенсив үзүүлэлт, өвчилж болох тохиолдол хоёрын хсоронд нийтдээ үл ялих зөрүү (0,02—0,04) гарч байна (3-р хүснэгт). Дараагийн хүснэгтэд дээр дурдсан чухал нөлөө бүхий хүйсийн ялгаврыг үзүүлээ.

3-р хүснэгт

Хүн амын суурьшилтад нас, хүйсний ялгаар
(тархалт 1000 хүн)

Насны бүлэг	Бүгд			Улаанбаатар			Хот төстэй суурингууд			Хөдөө		
	эр	эм	бүгд	эр	эм	бүгд	эр	эм	бүгд	эр	эм	бүгд
14 хүртэл	—	0,09	0,04	—	0,24	0,12	—	—	—	—	—	—
15—24	1,18	8,07	4,41	1,21	8,95	4,83	1,38	7,0	3,98	—	11,14	45,08
25—34	5,69	16,87	10,92	5,41	2,16	8,37	5,30	21,76	12,93	9,73	11,56	10,56
35—44	6,14	18,91	11,96	6,58	16,52	11,14	6,92	21,22	13,41	—	15,74	7,04
45—54	2,73	10,27	6,54	1,98	15,70	8,88	8,79	8,42	6,10	—	—	—
55-аас дээш дүн	1,11	4,81	3,04	1,41	7,66	4,70	0,67	3,79	2,34	—	—	—
	2,08	6,46	4,46	2,01	7,23	4,56	2,23	7,28	4,63	1,41	4,61	2,94

3-р хүснэгтэд 1000 эрэгтэй, эмэгтэй хүн амын үзүүлэлтийг тус бүрд нь харууллаа. Хүснэгтээс үзэхэд хот, хөдөө бүх суурингуудад 1000 эмэгтэй хүнд оногдох өвчлөл (ялангуяа 15—24 насанд) давамгайлж байна. Энэ ялгавар хот төст суурингуудын хүн амын насны бүлэглэл болгонд 1000 эмэгтэй хүн амд, 1000 эрэгтэй хүн амаас дунджаар 5-аар илүү буюу 25—34 насанд; 16,4-ийн зөрүү ажиглагдлаа. Хотод 45—54 насны бүлэглэлд өвчлөлийн ялгавар 13,8, хөдөөд 35—44 насны бүлэглэлд 15,7 болж байна. Нийтдээ 35—44 насны бүлэглэлд өвчлөлийн ялгавар 12,8 байх гэх мэтчилэн насны бүлэглэл дотроо 1000 эрэгтэй, эмэгтэй хүн амын өвчлөлд харилцан ялгавартай үзүүлэлт гарлаа. Энэ бүгд эцэстээ нас, хүйсний байдлаар өвчлөл тархалт тогтоогдож, зохих дүгнэлт хийх бүрэн боломжийг өгч байна.

Тэрчлэн нас, хүйсний байдлаар сэтгэл шалтгаант өвчний ангиллыг 1000 хүн амд харьцуулан үзэж, манай нөхцөлд сэтгэл шалтгаант өвчнүүдийн дотроос чухам ямар өвчин элбэг тохиолдож буйг тодруулах шаардлага гарч ирлээ.

Хүснэгтээс үзэхэд, сэтгэл шалтгаант өвчнүүдээс мэдрэл сульдал, истери, невроз зонхилж байна. Энэ зонхилж байгаа неврозуудаар 25—34, 35—44 насны бүлэглэлд хамаарагдах хүмүүс ихэвчлэн өвчилдөг явдал харагдлаа.

Харин 14 хүртэлх болон 45-аас дээш насны хүмүүст сэтгэл шалтгаант өвчний аль ч хэлбэр харьцангуй ховор тохиолдлоо. Сэтгэл шалтгаант өвчний аль ч хэлбэрт 1000 хүн амд оногдох өвчлөлийн нас, хүйсний бөөгнөрөл гол төлөв эмэгтэйчүүдийн талд байна. Харин сэтгэхүй сульдлын невроз маш ховор тохиолдож, насны бүлэглэлээр нэлэнхийдээ адил төстэй үзүүлэлт харагдаж байна. Хэдийгээр энэ хэлбэрийн неврозоор цөөн тооны материал байгаа боловч, өвчлөлд хүйс-

Сэтгэл шалтгаант өвчний ангилал
(нас, хүйсээр 1000 хүнд)

Нас бүлэг	Мэдрэл сульдал			Истери			Сэтгэхүй сульдал			Сэтгэл шалтгаант солиорол		
	эр	эм	бүгд	эр	эм	бүгд	эр	эм	бүгд	эр	эм	бүгд
14 хүртэл	—	—	—	—	0,09	0,04	—	—	—	—	—	—
15—24	0,95	4,34	2,51	0,23	2,42	1,26	—	0,26	0,12	—	1,07	0,5
25—34	3,95	9,84	6,71	0,74	6,18	3,29	0,98	0,56	0,52	—	0,28	0,13
35—44	5,81	10,03	7,74	—	7,72	3,51	0,32	0,38	0,34	—	0,76	0,34
45—54	2,78	4,56	3,66	—	4,56	2,31	—	—	—	—	1,14	0,57
55-аас дээш дүн	0,83	2,02	1,45	—	2,28	1,19	—	—	—	0,27	0,5	0,39
	1,72	3,63	2,62	0,14	2,72	1,40	0,17	0,14	0,15	0,03	0,43	0,22

ний ялгавраар эрэгтэйчүүд дийлэнх байгааг зориуд дурьдууштай. Сэтгэл шалтгаант солиорлоор өвчлөгсдийн дунд эрэгтэйчүүд бараг тааралдсангүй. Сэтгэл шалтгаант солиорол 14 хүртэлхээс бусад насны бүлэглэлд харилцан тэнцүүтэр тохиолдож байгаа боловч, нас ахих тусам өвчлөл ихсэж байна.

Мэдрэл сэтгэхүйн өвчлөлийн завсрын өвчин болох сэтгэл шалтгаант өвчнүүд ялангуяа неврозууд, мэдрэл сэтгэхүйн өвчнөөс хавьгүй их тохиолддог боловч одоо хүртэл тэдгээрийн клиник, эмнэлэг-зохион байгуулалтын асуудлыг шийдвэрлээгүй байна гэж Т. И. Гольдовская (1964) бичжээ. Үнэхээр ч невроз өвчтэй хүмүүст амбулатори, диспансер, больницын журмаар үзүүлэх эмнэлгийн тусламжийг аль ч оронд сайтар шийдвэрлээгүй байгаагаас мэдрэл, сэтгэл мэдрэлийн эмч нарын дунд чирэгдэх, хэвтэх зохих ёсны ор олдохгүйд хүрдэг байна. Ийм байдал манай нөхцөлд ч нэгэн адил байгаа юм.

Зөвлөлтөд сэтгэц гэм судлалын бие даасан клиник сургуулийг үндэслэгчдийн нэг П. Б. Ганнушкин, сэтгэл шалтгаант өвчнүүд (неврозууд) эмгэг төрх зэргийг клиникийн хувьд оношлох, судлах, таних, эмчлэх явдал маш нарийн төвөгтэйн дээр энэ нь сэтгэл мэдрэлийн эмч нараас асар их дадлага туршлага, өндөр мэдлэг шаарддаг болохыг онцлон олонтаа дурдаж байжээ.

Дээрх байдлуудаас үндэслэж манай нөхцөлд эдгээр өвчтөнийг идэвхтэйгээр илрүүлж, өвчлөл тархалтын дундаж тоог тогтоосноор эмнэлгийн тусламжийг тооцоолон бодож болох боломжийг бий болгож байгаа юмаа. Бидний судалгаагаар илэрсэн өвчтөний 18,5% нь зохих эмнэлгийн тусламж авч байсны дотор 13,9% нь сэтгэл мэдрэлийн амбулаторит, 4,6% нь өөр мэргэжлийн эмчид үзүүлж байжээ. Харин ихэнх өвчтөн (81,5% нь) ямар ч эмнэлгийн тусламж авч байсангүй. Ийнхүү сэтгэл мэдрэлийн диспансер байгуулах явдал зайлшгүй шаардлагатай болсныг энэ баримт баталж байна.

5-р хүснэгтээс үзэхэд ихэнх өвчтөнд диспансерийн үйлчилгээ шаардагдаж байгаа бөгөөд тодорхой хэмжээний өвчтөнийг (49) больницын журмаар эмчлэх шаардлагатай байлаа. Учир иймээс сэтгэл шалтгаант өвчтөний орыг тооцоолон бодох шаардлага гарч байна. Хот, хот төст суурингуудын 49213 хүн амыг судлахад илэрсэн сэтгэл шалтгаант өвчтөнөөс 45 хүн больницоор эмчлүүлэх шаардлагатай байсан нь дээрх суурингуудын 1000 хүн амд «больницод хэвтэх» (Ц. Г.) өвчлөл-0,91 болж байна. Хөдөөгийн 5432 хүн амаас илэрсэн өвчтөнөөс 4 хүн эмнэлэгт хэвтэж эмчлүүлэх шаардлагатай буюу хөдөөгийн 1000 хүн

амд «больницод хэвтэх» өвчлөл 0,73 болно гэсэн хэрэг юм. Дээрх үзүүлэлтээр 10000 хүн амд сэтгэл шалтгаант өвчтөнийг эмчлэх орны тоо хот, хот төст суурингуудад $\frac{0,91 \times 10}{6 \text{ (орны эргэлт)}} = 1,51$, хөдөөд $\frac{0,83 \times 10}{6} = 1,21$ тус тус болно. Эдгээр тооцоогоор Улаанбаатар хотод хэрэгцээт ор $\frac{1,51 \times 250000}{10 \text{ 000}} = 37,75$ буюу тэгштгэн авбал 38 болно.

5-р хүснэгт

Өвчтөнүүдийн эмнэлэг-нийгэм хангамжийн тусламжийн хэмжээ (бодит тоогоор)

Эмнэлгийн тусламжийн хэлбэр		Нийгэм хангамжийн тусламж				
Диспансер	Больницод	Асрамж	Хөдөлмөр зохицуулалт	Хөдөлмөр эмчилгээ	Ахуй амьдралын нөхцөл сайжруулах	Тусгай хүмүүжил
193	49	2	33	5	10	1

1963 оны улсын тооллогын мэдээгээр (Р. Гүр, 1967), нийт хүн ам 1, 170,000 орчим байсан бөгөөд хот, хот төст сууринд 395000 хүн оршин сууж байжээ. Тийм ч учраас манай улсын бүх хотуудын хүн амд $\left(\frac{395000 \times 1,51}{10 \text{ 000}} =\right)$ 59,6 буюу тэгшитгэвэл 60 ор шаардагдах

юм. Хөдөөгийн хүн амд зориулагдсан $\left(\frac{775 \times 1,21}{10000} =\right)$ 93,77 буюу тэгшитгэвэл 94 ор хэрэгцээтэй байна. Улсын хэмжээгээр сэтгэл шалтгаант өвчтөнийг эмчлэх $(60 + 94 =)$ 154 ор шаардлагатай болж байна.

Эдгээр тооцооны үндсэн дээр 1969 оны 4-р улирлаас сэтгэл мэдрэлийн больницод амруулан эмчлэх 70 ортой тасаг нээн ажиллуулсан юм. Үүгээр төрөл бүрийн невроз өвчтэй хүмүүст нарийн мэрэгжлийн эмч нараас больницын нөхцөлд үзүүлэх эмнэлгийн тусламжийн эх үүсвэр тавигдаж эхэллээ.

Бидний ашиглах боломжтой хэвлэлд сэтгэл шалтгаант өвчтөнд үзүүлэх диспансерийн үйлчилгээг тооцоолон бодсон ажлууд тааралдсангүй.

Хэрэв 1000 хүн амд өвчлөл тархалтыг хотод 4,5, хөдөөд 2,9-өөр, жилд нэг өвчтөний үзүүлэх тоог 8 буюу 1,5 сард 1 удаа гэж харьцуулан бодож үзвэл, 1000 хүн ам тутмаас жилийн хугацаанд хотод 36, хөдөөд 23,2 өвчтөн диспансерт үзүүлэх жишээтэй болно. Энэ нь улсын хэмжээгээр жилдээ хот суурингуудад $(395 \times 36 =)$ 14220, хөдөөд $(775 \times 23,2 =)$ 17980 үзлэг тус тус хийгдэнэ гэсэн хэрэг юм. Өөрөөр хэлбэл, сэтгэл мэдрэлийн улсын диспансерийн жилийн үзлэгийн төлөвлөгөөний $(14220 + 17980 =)$ 32 200-г зөвхөн сэтгэл шалтгаант өвчнүүд эзлэх болно. Бидний төсөөлж байгаагаар, диспансерийн үйлчилгээний ажлын ерөнхий хэмжээг тогтоохдоо, үзүүлэх өвчтөний тооны хажуугаар мэрэгжлийн эмч нараас явуулах сэтгэц эрүүл ахуйн урьдчилан сэргийлэх ажил, эмч нарын хяналтын болон хөдөлмөр магадлагааны зэрэг комиссуудын ажил, гэр орон, ажлын нөхцөл дээр очиж зөвлөлгөөн өгөх, өвчтөнийг идэвхтэй илрүүлэх, эмчлэх зэрэг бусад олон төрлийн үйлчилгээний хэлбэрүүдийг нэгтгэн бодолцох хэрэгтэй юм.

ТОВЧ ДҮГНЭЛТ

1. Манай нөхцөлд сэтгэл шалтгаант өвчний тархалтын интенсив, стандарт үзүүлэлт гадаад орнуудынхыг бодвол харьцангуй бага байна.
2. Сэтгэл шалтгаант өвчний тархалт хотын хүн амд, хөдөөгийн хүн амынхнаас нилээд их байна.
3. Сэтгэл шалтгаант өвчнөөр гол төлөв 25—44 насны хүмүүс өвчилж байна. Гэхдээ өвчин тус бүрд ихэвчлэн өвчлөх насны онцлог харагдлаа.
4. Сэтгэл шалтгаант өвчнөөр зонхилон эмэгтэйчүүд өвчилж байгаа боловч өвчний хэлбэрээс шалтгаалан эрэгтэй, эмэгтэйчүүдийн өвчлөх явдал харилцан адилгүй байж болно.
5. Сэтгэл шалтгаант өвчнүүдээс манайд мэдрэл сульдал, невроз зонхилж өвчлөх нас, хүйсний өвөрмөц онцлогтой байна.
6. Сэтгэл шалтгаант өвчний тархалтын үндсэн дээр больниц, больницын гадуур (диспансерт) үзүүлэх эмнэлгийн тусламжийг зохион байгуулах боломж бий боллоо.

НОМ ЗҮЙ

1. Холлинсхид и Ридлих — Social class and Mental ill ness. New york, 1958.
2. Цунг-лин-и Стендли. Роль эпидемиологии в психиатрии. Женева, 1963.
3. Бергер И. А. Организация психиатрич. помощи. М. 1942.
4. Доршт А. Я. Вопросы организации лечебно-профилактического обслуживания нервно-психических больных в сельских местностях. Ставрополь, 1957.
5. Авруцкий и др. Тезисы IV научной сессии. Гос. инст. психиат. МЗ РСФСР. М. 1954.
6. Колтунова М. Я. и др. К вопросу о течении интенсив. показателя нервно-психич. заболеваемости. М. 1961.
7. Снежневский А. В. Жур. невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. Вып. 1, 1960.
8. Гольдовская Т. И. Пути и методы изучения нервно-психической заболеваемости. М. 1964.
9. Молохов А. Н. Б М Э, М., 1962.
10. Ц. Гурдорж. Монгол дахь мэдрэл сэтгэцийн өвчний судалгаа. III дэвтэр. Улаанбаатар, 1965.
11. Ц. Гурдорж. Тэнд. IV дэвтэр. Улаанбаатар, 1967.
12. Ц. Гурдорж. Тэнд. V дэвтэр. Улаанбаатар, 1969.
13. Ц. Гурдорж. Мэдрэл, сэтгэл мэдрэлийн эмч нарын эрдэм шинжилгээ, онол практикийн IV хурлын илтгэлүүдийн товч. 1969.
14. Дмитриев Б. Жур. невропат и психиат. им. С. С. Корсакова. Вып. II 1965.
15. Мерков А. М. Общая теория и методика статистического исследования. М., 1965.
16. Жариков Н. М. Жур. невропат и психиатр. им. С. С. Корсакова, вып. 4, 1965.
17. Ганнушкин П. Б. Избранные труды. М., 1964.
18. Р. Гур. Хүн амын эрүүл мэндийн байдалд хийсэн статистик судалгаа. Улаанбаатар, 1967.

ПОКАЗАТЕЛЬ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ПСИХОГЕНИЙ И ПОТРЕБНОСТЬ ИХ В МЕДИЦИНСКИХ МЕРОПРИЯТИЯХ

Ц. Гурдорж

РЕЗЮМЕ

Обследовано 54645 человек населения республики в городах и сельской местности в плане выявления психогений. Интенсивные и стандартизованные по возрастные показатели распространения психогений в населенных пунктах в условиях республики выглядят неодинаково за счет большей распространенности психогенных заболеваний среди населения города. Распространенность психогений в республике сравнительно с данными других стран низка. Наиболее подверженными психогенным заболеваниям являются возрастные группы «25—44» года. Психогениями чаще страдает женщины. Распространенность отдельных клинических форм психогении на 1000 населения неодинаково по интенсивности в различных возрастных группах и в зависимости от половой принадлежности обследованных.

Определена ориентировочная потребность внебольничной и стационарной помощи населению города и сельской местности, в частности потребности козачного фонда и потребности в социально-гигиенических мероприятиях, направленных на снижение количества психогенных заболеваний.

**ХҮН АМЫН ДУНДАХ ОЮУН УХААНЫ ГАЖИГТАЙ
ХҮҮХДИЙН ӨВЧЛӨЛИЙН БАЙДАЛ, ЭМНЭЛЭГ
СУРГАЛТЫН ТУСЛАМЖИЙН АСУУДАЛ**

Доцент Ш. Доржжадамба

*Анагаах ухааны дээд сургуулийн мэдрэл сэтгэц гэм судлалын
тинхэм (эрхлэгч, А. У. дэд эрдэмтэн, доц. Ш. Доржжадамба)*

Хүн амын доторхи гэм согогтой хүмүүст үзүүлэх ирээдүйтэй үйл ажиллагаа болох сэргээн нөхөх (реабилитаци) тусламжийн асуудал нь зөвхөн эмнэлэг энэрэнгүй ёсны зүйл биш социалист нийгмийн үед бүхнийг хүний төлөө зориулах системт үйл ажиллагааны нийгэм-эдийн засаг, эмнэлэг-биологи, хууль эрхийн холбогдолтой чухал асуудал мөн.

Эдгээр хүмүүст үзүүлэх сэргээн нөхөх тусламж нь үйлдвэрчний болон нийгэм хангамжийн байгууллагуудаас үзүүлэх асрамж тэтгэмжийн тусламж, эмнэлгийн байгууллагаас үзүүлэх эмчлэх, сувилах, хөдөлмөрийн чадварыг сэргээх тусламж, ардын боловсролын байгууллагаас үзүүлэх ерөнхий боловсрол, сургалт, хөдөлмөрийн дадал олгох тусламжууд зэрэг олон талт ажиллагаа юмаа.

Өнгөрсөн дайны уршгаар олон хүн тахир дутуу болсон баримт, анагаах ухааны ололтын үр дүнд гэм согогтой өвчтөн хүүхдийг үхлийн аюулаас аварч буй байдал, хүмүүсийн дундаж наслалт уртсаж өндөр настны тус олширч тэдний дунд өвчлөл харьцангуй их байдаг байдал удмын болон оюун ухааны гэм гажгийг нарийн оношлон тогтоох болсон зэргээс хүн амын дундах гэм согогтой хүмүүс, хүүхдийн тоо нилээд их байгаа юм. Ийм учраас бие организм мэдрэл оюуны гажиг өвчин бүхий хүмүүст үзүүлэх эмнэлэг, сургалт, хөдөлмөр нийгмийн тусламжийг зөв зохион байгуулах нь орчин үед аль ч оронд анхаарал татаж буй чухал асуудал юм.

Сэргээн нөхөх тусламж шаардагдах гэм согогууд насанд хүрэгсэд, хүүхдийн дунд маш олон хэлбэртэй байдаг авч дийлэнхийг мэдрэлийн систем, мэдрэх эрхтний өвчин согогтой хүүхэд, залуус эзэлдэг. Эдгээрийн дотор дараахи хэлбэрүүдийн гэм согогтой хүүхдүүд байдаг.

1. Оюун ухааны хөнгөн хомсдлын улмаас дотуур байртай хөнгөвчилсөн тусгай сургуульд суралцах хүүхэд.

2. Оюун ухаан, мэдрэлийн эргэж засаршгүй өвчин гажигтай, зөвхөн улсын асрамжинд сувилгаа эмчилгээ шаардах хүүхдүүд.

3. Хичээлээсээ ямар нэгэн шалтгаанаар хоцорч жирийн сургуулиа нэмэлт хичээл, хувьчилсан тусламж шаардах хүүхэд.

4. Бие организмыг ядраах хүнд архаг өвчний улмаас тодорхой хугацаанд мэдрэлийн ядаргаатай болж эмчилгээт ойн сургуульд сурах хүүхэд.

5. Гэр бүлийн хүмүүжил, сургалтын зөрчил алдаа буруу нөлөөнөөс болж зан төрхийн эгзгээд хэшилтэй болсон хүмүүжил хөдөлмөр сургалт шаардах хүүхэд.

6. Иргэний болон эрүүгийн гэмт хэргийг давтан үйлдэж, зан төрх хүмүүжлийн эвдрэлд орсон, засан хүмүүжүүлэх хөдөлмөрийн лагерьт байх шаардлагатай хүүхэд, залуус.

7. Нугас, тархины өвчний улмаас болон бусад шалтгаанаар хөдлөх тулах эрхтний гажигтай эмнэлэг, сургалт, хөдөлмөрийн дадлага шаардах хүүхэд.

8. Хэлгий, ээрүү, гуншаа зэрэг хэл ярианы гажгийг засах шаардлагатай хүүхэд.

9. Хараа, сонсгол муутай буюу хараа сонсголгүй хүүхдийн эмнэлэг сургалт, хөдөлмөрийн асуудал.

Dr. med. P. Nym
Ulan-Ulaa

Ухаан хомс хүүхэд, тэр ч бүү хэл нилээд хүнд хэлбэрийн ухаан хомсдолтой хүүхдэд сэтгэл мэдрэлийн больниц диспансерт зохион байгуулалттай хийсэн хөдөлмөр эмчилгээ нь тэдний оюун ухааны хөгжлийг сайжруулж, тусгай нөхцөлд ямар нэг хөдөлмөрийг хийх боломжтой болгох ач холбогдолтой байна (О. А. Сафонов, Н. В. Панченко, 1960). Хэлгүй, ээрүү, гуншаа хүүхдийн хэл ярианы гажгийг засах эмчлэх, сургах болон мэдрэл оюуны ядаргаа неврозоос гадна мэдрэлийн органик хүнд өвчний улмаас хэлгүй болсон хүүхдэд хэл засах ажлууд тодорхой үр дүнгээ өгсөөр байна (Е. Сочеванова 1960)

Энэ асуудлын зарим зүйлийг шийдвэрлэхэд бидний 1964 оноос эхлэн төв хөдөөгийн 70 мянга орчим хүн амын дунд хийсэн мэдрэл сэтгэл мэдрэлийн эмч нарын үзлэгийн материалын ухаан хомсдолтой хүүхдэд холбогдох судалгаа нилээд чухал мэдээг өгч болох байна.

Аль ч оронд янз бүрийн илрэлтэй ухаан хомсдолтой хүүхэд, хүүхдийн мэдрэл сэтгэл мэдрэлийн өвчлөлийн дотор нилээд зонхилох суурийг эзэлдэг бөгөөд тэдгээрийн ихэнх нь оюун ухааны хоцрогдлын хөгжилтэй хүүхэд байдаг.

1-р хүснэгт

Сэтгэл мэдрэлийн өвчлөлд ухаан хомсдлын эзлэх харьцаа

	Сэтгэл мэдрэлийн өвчлөлд			Хүүхдийн сэтгэл мэдрэлийн өвчлөлд	
	эзлэх хувь	эзлэх байр	1000 хүнд	эзлэх хувь	эзлэх байр
Улаанбаатар	10,2	3-р	1,6	26,1	2-р
Сүхбаатар хот	11,3	2-р	1,2	39,3	2-р
Сэлэнгэ, Дорноговийн хөдөө сумдал	33,6	1-р	3,0	48,4	1-р
Бүх өвчлөлд	19,0	2-р	1,8	37,2	1-р

Энэ хүснэгтгээс үзэхэд ухаан хомсдол нь нийт сэтгэл мэдрэлийн өвчлөлд 2-р байр эзэлж 1000 хүн амд 1,8 болж байгаа нь гадаад орнуудын өвчлөлийн хэмжээнээс харьцангуй бага байна. ЗХУ-ын зарим судлагчдын (А. Бортницкий Гольдштейн) мэдээгээр энэхүү эмгэг 1000 хүн амд 5,0—5,03 буюу өвчлөлд 20,45%—27,5%-ийг эзэлж байна. Харин ухаан хомсдол нь манайд хүүхдийн өвчлөлд 1-р байрыг эзэлж байгаа бөгөөд зөвлөлтийн судлагчдын ажлаас үзэхэд ухаан хомсдол хүүхдийн сэтгэл мэдрэлийн өвчлөлд 23,7%-ийг эзэлдэг байна.

18 нас хүртэлх хүүхэд залуусын дунд ухаан хомсдол сэтгэл мэдрэлийн ерөнхий болон хүүхдийн өвчлөлд хөдөө орон нутагт төвлөрсөн хот суурин газруудаас илүүтэй байгаа нь хөдөө нутагт хүн амын шууд өвчлөлийг харуулах биш, эдгээр хүүхэд өвчтөнүүд хүн амын дундаас тунаран ах, дүү хөгшдийн асрамжинд орон нутагт оршин байгаатай холбоотой болж байна.

Бид ухаан хомсдолтой хүүхдийн нас хүйсний ялгааг судлан үзлээ.

Үүнээс үзэхэд ухаан хомс хүүхэд залуусын өвчлөлд хүйсний мэдэгдэхүйц ялгаагүй, харин тэдгээрийг 8 наснаас буюу сургуульд орох үеэс хойш голчлон оношлон илрүүлж байгаа тал харагдаж байна. Ер нь ухаан хомсдол бага насны хүүхдэд илрэн мэдэгдэхгүй байх нь олонтойгоос гадна оюуны хөнгөн хэлбэрийн гажигтай хүүхэд сургуулийн насанд эцэг, эх сурган хүмүүжүүлэгчдэд бүрэн танигдахгүй тал нилээд байдаг учир өвчлөлтийг бүрэн илрүүлсэн гэж үзэж болохгүй.

1968 онд сурган хүмүүжүүлэгчид, согот судлагчдаас (Мижид, Очир) Улаанбаатар хотын 24 сургуулийн сурлагаар мэдэгдэхүйц хоцорч байгаа 1022 хүүхдэд урьдчилан судалгааг хийж 66,4% нь оюун ухааны

хомсдолтой гэж үзсэн байна. Эдгээр хүүхдүүдээс 252 хүүхдэд хүүхдийн сэтгэл мэдрэлийн эмч Е. Терентьев, Чойдог нар үзлэг хийж 227 хүүхэд мэдрэл, оюуны янз бүрийн гажигтай болохыг тодорхойлжээ.

2-р хүснэгт

Судлагдсан газруудын ухаан хомсдолтой хүүхдийн нас хүйсний ялгаа

	Бүгд	Үүнээс		насны ялгавар			
		эр	эм	0—4	4—8	8—13	13—14
Улаанбаатарын 1 хороо (1965)	17	10	7	—	5	5	7
Налайх (1966)	16	9	7	—	2	6	8
Сүхбаатар хот (1966)	13	6	7	—	2	7	4
Улаангом (1969)	9	1	8	—	1	5	3
Сэлэнгэ 3 сум САА (1966)	3	1	2	1	1	—	1
Дорноговийн 4 сум (1968)	9	6	3	—	—	7	2
Бүгд	67	33	34	1	11	30	25

Гэвч эдгээр судалгаануудыг нарийвчлан үзэх нь зүйтэй. Бид зөвхөн 14 хүртэлх насны, ухаан хомсдолтой хүүхдийн ухаан хомсдлын илрэлийн байдлыг шаардагдах зарим тусламжийн хамт гаргаж үзлээ (3-р хүснэгт).

3-р хүснэгт

Өвчтэй хүүхдийн ухаан хомсдлын илрэл, шаардагдах тусламж (14 нас хүртэлх хүүхдэд)

		Улаанбаатар	Налайх	Сүхбаатар	Улаангом	Сэлэнгэ хөдөө	Дундговь хөдөө	Бүгд
Бүх хүүхэд		17	16	13	9	3	9	67
ухаан хомсдлын илрэл	Debilitas	12	10	11	5	2	8	48
	Imbecilitas	4	5	1	2	1	1	14
	Idiota	1	1	1	2	—	—	5
шаардагдах тусламж	Хөнгөвчилсөн сургуульд	16	11	9	5	2	7	50
	Сувилгаа, тэтгэмж улсын асрамж	1	5	4	4	1	2	17

Судалгаа хийсэн хүн амын дунд төв хөдөөд 14 нас хүртэлх ухаан хомс хүүхдийн дийлэнх хэсгийг хөнгөн хэлбэрийн ухаан хомсдол (debilitas) эзэлж байгаа бөгөөд тэд хөнгөвчилсөн тусгай сургуульд суралцах боломжтой байна. 18 хүртэлх насны, ухаан хомсдолтой 125 хүмүүсийн 71,9%-ийг хөнгөн хэлбэрийн ухаан хомсдол эзэлж байгаа нь зөвлөлтийн зарим судлагчдын (М. Кубраков 73,3%, 1969) мэдээгэй тохирч байна.

Өвчлөл судалгааны эдгээр материалд тулгуурлан ухаан хомсдолтой хүүхэд залууст үзүүлэх эмнэлэг нийгэм сургалтын ажлыг шинжлэх ухааны үндэстэй зохион байгуулах ёстой.

Бидний судалгаагаар Улаанбаатар хотын 1000 хүн амд ухаан хомсдол 1,6 байгааг хотын хэмжээнд урьдчилан тооцоолж үзвэл нийт дүнгээр ийм өвчтэй хүүхэд 400 орчим байна.

Мөн бидний ажиглалтаар эдгээр хүүхдийн 71,9% нь хөнгөн хэлбэрийн ухаан хомсдолтой бөгөөд тусгай сургуульд хүмүүжин суралцах хүүхэд байхаар тооцоолон бодвол 284 гарч байна.

Одоогоор манайд мэдрэл оюуны гэм согогтой хүүхдүүдэд үзүүлэх эмнэлэг, сургалт, асрамжийн тусламжийн судалгааны үндсэн дээр боловсрогдсон нормгүйгээс гадна энэ асуудлын зарим нь практик зохион байгуулалтын зөвхөн анхны шатанд байгаа учир ЗХУ-ын нормчлолыг үндэслэн бодож үзэх хэрэгтэй юмаа.

Эдгээр тусламжийн шаардлага хэрэгцээний байдлыг зөвхөн Улаанбаатар хотын хэмжээнд бодож үзлээ.

4-р хүснэгт

**Улаанбаатар хотод оюун ухааны согогтой хүүхдэд
үзүүлэх тусламжийн хэрэгцээ**

шаардагдах тусламжийн хэлбэрүүд	ЗХУ-ын норм 1000 хүүхдэд (М. Кубраков 1969)	Манайд шаардагдах ор, орон тоо
1. Хөнгөвчилсөн сургууль	2,6	286
2. Имбецил хүүхдийн сургууль	0,32	35
3. Эмчилгээт ойн сургууль	0,7	77
4. Ухаан хомс хүүхдийн ясли, цэцэрлэг	0,35	38,5
5. Ухаан хомс хүүхдийн асрамжийн газар	0,47	51,7

Хүснэгтээс үзвэл энд гарч байгаа хөнгөвчилсөн сургуулийн орон тоо нь (286) бидний судалгаагаар хөнгөвчилсөн сургуульд суралцах хүүхдийн тоотой (284) онц тохирч байна.

УРЬДЧИЛСАН ДҮГНЭЛТ

1. Хүн амын дунд хийсэн судалгааны материалаас үзэхэд манай улсад оюун ухааны хомсдох өвчин гадаад орнууд дахь өвчлөлөөс харьцангуй бага байна.

2. Мэдрэх эрхтэн, мэдрэл оюуны гэм согогтой хүүхэд залуучуудад үзүүлэх эмнэлэг, нийгэм, хөдөлмөр сургалтын тусламжийн олон талт асуудлыг ойрын ирээдүйд судалгааны үндэстэй, төлөвлөгөөтэй өргөн хүрээтэйгээр хандан шийдвэрлэх шаардлагатай байна.

НОМ ЗҮЙ

1. Бортницкий А. И. В кн.: Материалы V всесоюзного съезда невропатологов и психиатров. 1969 т. 1.
2. Гольдовская Т. И., Тимофеева А. И., Мариничева Г. С. В кн.: Материалы V Всесоюзного съезда невропатологов и психиатров, 1969, т. 1.
3. Гольштейн Р. Н. В кн.: Материалы V Всесоюзного съезда невропатологов и психиатров, 1969, т. 1.
4. Доржжадамба Ш. Эрүүл мэнд, 1961, № 1.
5. Доржжадамба Ш. Шинжлэх ухааны академийн мэдээ. 1961, № 1.
6. Доржжадамба Ш. Сэтгэл мэдрэлийн эрүүл мэндийг хамгаалах асуудал. 1964.
7. Кубраков М. А. В кн.: Материалы V Всесоюзного съезда невропатологов и психиатров. 1969, т. 1.
8. Кубраков М. А. Ж. Советское здравоохранение. 1969, № 4.
9. Панченко Н. В. В кн.: Обучение и воспитание умственно отсталых детей. 1960.

10. Сафонова О. А. В кн.: Обучение и воспитание умственно отсталых детей. 1960.
11. Сочеванова Е. В. В кн.: Обучение и воспитание умственно отсталых детей.
12. Умственно-отсталый ребенок, под ред. Лурья А. Р., 1960.
13. Цсидог, Терентьев Е. И. Монгол дахь мэдрэл сэтгэцийн өвчний судалгаа номонд. 1969, № 5.

К ВОПРОСУ ЭПИДЕМИОЛОГИИ ОЛИГОФРЕНИИ СРЕДИ
ДЕТЕЙ И ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Доцент Ш. Доржжадамба

РЕЗЮМЕ

В статье приводятся данные о распространенности олигофрении, полученные на основе изучения общей эпидемиологии нервно-психических расстройств среди 70,0 тыс. населения различных городов и сельских районов республики.

Общая заболеваемость олигофренией составляет 1,8 на 1000 населения.

Различные формы олигофрении занимают одно из первых мест в общей нервно-психической заболеваемости детей, среди которых подавляющее большинство (71,9%) составляют дети с олигофренией в степени дебильности.

В работе даются предварительные расчеты потребности различных форм медико-педагогической и социальной помощи детям с умственной отсталостью, расстройствами нервной системы и органов чувств.

СУДАСНЫ ШАЛТГААНТ СОЛИОРЛУУДЫН
КЛИНИК ИЛРЭЛИЙН ОНЦЛОГ

*С. Бямбасүрэн, С. Дэлгэрцогт, А. У. дэд эрдэмтэн
Е. И. Терентьев*

*АУД сургуулийн мэдрэл сэтгэц гэм судлалын тинхэм
(эрхлэгч-доц Ш. Доржжадамба)*

Зүрх судасны өвчнүүдийн дотроос судасны шалтгаант солиорол нь тооны талаар ихсэж байхын сацуу онцгой хүнд явцтай байдгаараа орчин үед судлагдвал зохих онцгой шаардлагатай асуудал болж байна гэж В. М. Банщиков болон бусад эрдэмтэд үзэж байна.

Ихэнх эрдэмтдийн үздэгээр, судасны шалтгаант солиорлыг тархины тараах судасны хатуурал, цусны даралт ихсэх ба багасах өвчний үедэх сэтгэцийн өөрчлөлт гэж ангилан үздэг байна. (В. М. Банщиков, 1960, 1967; М. Г. Коркина, 1968; Е. К. Краснушкин, 1960; В. А. Гиляровский, 1955; Krapf, шинэ а Dauber; Е. С. Авербух). Цөөнх зарим судлагчид тархины тараах судасны хатуурал ба цусны даралт ихсэх өвчний үе дэх солиорлыг өвчний нэгэн нэгжид оруулан үздэг тал ч байна (Batton, 1955; бусад хүмүүс).

Тархины тараах судасны хатуурал, цусны даралт ихсэх өвчин нь эмнэл зүйн механизмаараа еер хоорондоо харилцан нөлөөлөх талтай боловч энэ 3 өвчний явцын тодорхой үе шат, клиникийн хэлбэрийн үед тархины тараах судас хатууралгүй цусны даралт ихсэх өвчин, эсвэл цусны даралт ихсэх өвчинтэй хослоогүй тархины тараах судасны хатуурлын тухай ярьж болох талтай учраас тархины тараах судасны хатуурал ба цусны даралт ихсэх өвчний үе дэх сэтгэцийн өөрчлөлт гэж ялган салгаж үзэж болох юм гэж В. М. Банщиков үзэж байна. В. М. Банщиковын үзэж байгаагаар, тархины тараах судасны хатуур-

лын солиорол нь сульдаа, невроз ба зан төрхийн гажиг тэст эмгэгээс эхлэн хэсэгчилсэн ухаан тэнэгрэлд хүргэсэн өөрчлөлт болон эдгээр өөрчлөлтийн улмаас сэтгэл цочрогдсон ба сэтгэл эмгэгийн түр зуурын бий болсон шинжүүд ямар нэг хэмжээгээр үе, үе бий болж энэ нь тогтношин давтагдах явцаар илэрдэг сэтгэцийн өөрчлөлтэй өзчин юм. Цусны даралт ихсэх өвчин нь невроз тэст хам шинжээр эхлэн цаашдаа төгсгөлийнхээ үед ухаан тэнэгрэлд хүргэдэг гэж М. В. Коркина үздэг. Түүний үзэж байгаагаар, хуурамч саагийн байдал, хуурамч хавдрын хам шинж, ухамсарт ухаан үе үе баларгах, сэтгэл гутран дэмийрэх ба сэтгэл хөөрөх байдлууд нь цусны даралт ихсэх өвчний үед ямар нэг хэмжээгээр илэрч болдог байна.

Тархины тараах судасны хатуурал; цусны даралт ихсэх өвчнүүдийн аль алины нь клиникт сэтгэл цочрогдсон ба дэмийрэлт өөрчлөлтүүд илэрдгээрээ энэ 2 өвчнийг адилгахад хүргэдэг талтай байна гэж зарим судлагчид үздэг (М.В. Коркина, В. М. Баншиков, А.В. Снежневский, Г. В. Столяров). Иймээс энэ хоёр өвчний тус бүрийн нь үед илрэх сэтгэц эмгэгийн өвөрмөц болон хам шинжүүдийг олж тогтоох шаардлага гарч байна.

Бид, Улаанбаатар хот дахь сэтгэл мэдрэлийн больницод хэвтэн эмчлүүлсэн тархины тараах судасны хатуурал, цусны даралт ихсэх өвчний солиоролтой 100 өвчтэнд хийсэн клиник судалгааны ажлаараа энэ 2 өвчнийг хооронд нь ялган салгах, сэтгэц-эмгэгийн өөрчлөлтүүд ба тус орны нөхцөлд эдгээр өвчин тус бүрийн клиникийн онцлогийг тогтоохыг оролдсон юм.

Бид орчин үед голлон баримталдаг ангиллаар энэ өвчнүүдийн хэлбэр, сэтгэц эмгэгийн голлох хам шинжүүдийг тусгайлан азч судлав. Бидний ажиглалтанд тараах судасны хатууралттай өвчтөн 52, цусны даралт ихсэх өвчтэй 48 хүн хамрагдсан.

1-р хүснэгт

Өвчтөнүүдийн нас хүйс, оношийн ялгаа

Онош	Нас, хүйс									
	25—30		31—40		41—50		51—60		61—ээс дээш	
	эр	эм	эр	эм	эр	эм	эр	эм	эр	эм
Тархины тараах судасны хатуурлын солиорол	—	—	2	—	9	1	5	3	13	10
Цусны даралт ихсэх өвчний солиорол	2	—	2	1	2	3	11	3	10	5

2-р хүснэгт

Өвчтөнүүдийн мэрэгжил боловсролын ялгаа

	Боловсрол				Мэрэгжил		
	үгүй	бага	дунд	дээд	магчин	ажилчин	ажилтан
Тархины тараах судасны хатуурлын солиорол	37	6	9	—	18	27	7
Цусны даралт ихсэх өвчний солиорол	39	5	3	1	15	27	6
Бүгд	76	11	12	1	33	54	13

Үүнээс үзэхэд судасны шалтгаант солиоролтой эмэгтэйчүүд, эрэгтэйчүүдээс бага байна. Тэгэхдээ тархины тараах судасны хатууралтай өвчтөн 50 хүртэлх насны эмэгтэйчүүдийн бүлэгт дөнгөж 1 байхад эрэгтэйчүүдийнхэд 11 байгаа нь энэ өвчнөөр залуу насны эрэгтэйчүүд эмэгтэйчүүдээс илүү өвчилж байгааг харуулж байна. Гэтэл цусны даралт ихсэх өвчний үеийн солиорлоор өндөр настай эрэгтэйчүүд эмэгтэйчүүдээс илүү өвчилсөн харагдаж байна. Оюуны хөдөлмөр хийдэг хүмүүс тараах судасны хатуурлаар өвчлөх нь их байдаг гэж зарим судлагчид (Kelizer Attinger Naal) үздэг.

Энэ хүснэгтээс үзэхэд, судасны шалтгаант солиорлоор оюуны хөдөлмөрийн хүмүүс биш харин боловсролгүй малчин, ажилчид голдуу өвчилсөн харагдаж байгаа нь оюуны хөдөлмөр дангаараа судасны солиорлын шалтгаан болж чадахгүйг харуулж байна. Үүнээс үзэхэд зарим хэвлэлийн материалд тархины тараах судасны хатуурлын солиорол бол зөвхөн ганц оюуны хөдөлмөрөөс болж үүсдэггүй гэж заасан нь ер үндэсгүй юм биш болох нь илэрхий (Ю. Е. Рахальский, 1957; П. В. Столяров, 1900; Н. Н. Аничков, 1958). Тархины тараах судасны хатуурлын солиорол нь зөвхөн хөдөлмөрийн хэлбэрээс хамаарахгүй харин хөдөлмөр ба мэрэгжлийн хавсарсан нөхцөлөөс буюу хөдөлмөр зохион байгуулалт, хөдөлмөрийн хортой, хоргүй нөхцөл, тодорхой цагийн хувааригүй хэт их хүч гарган ажиллах зэргээс болдог гэж В. М. Банщиков үздэг юм. Энэ санааг А. Д. Зурабашвили (1964) дэмжин их тархины гадрын бор давхаргын үйл ажиллагаа нь хөгшрөх процессыг саатуулдаг гэж бас бичсэн байдаг. Ер нь ч олон эрдэмтэн, зохиолч, урлагийн зүтгэлтнүүд нас өндөр болтлоо мэрэгжлийнхээ ажлыг үр бүтээлтэй хийсээр байдаг нь үүнийг гэрчлэх юм.

Өвчтөний цусны даралтын байдал

3-р хүснэгт

Онош.	Артерийн даралт			
	Бага зэрэг ихэссэн (1С—20мм)	Нилээд ихэссэн (20—40мм)	Маш их ихэссэн (40—80мм)	Цусны даралт тогтворгүй
Тархины тараах судасны хатуурлын солиорол	19	29	2	2
Цусны даралт ихсэх өвчний солиорол	3	20	7	18

Энэ хүснэгтээс үзэхэд тархины тараах судасны хатуурлын солиоролын үед артерийн даралт 20—40 мм мөнгөн усны баганын даралтаар тогтвортой ихсэх явдал хамгийн их тохиолдож байхад цусны даралт ихсэх өвчний солиорлын үед артерийн даралт тогтворгүй байх явдал харьцангуй элбэг байгаа нь харагдаж байна. Мөн цусны даралт ихсэх өвчний солиорлын үед цусны даралт тогтворгүй байхын сацуу өндөр хэмжээнд байх нь бүх өвчтөний тал хувиас илүүд тохиолдож байхад тархины тараах судасны хатуурлын солиоролтой өвчтөнүүдийн зөвхөн дөрөвхөнд нь артерийн даралт дээд хэмжээгээр ихэссэн байлаа. Энэхүү үзүүлэлтийн үнэн болох нь статистикийн аргаар батлагдаж ($t=2,2$) багтаа юм. Хэвлэлийн материалуудтай харьцуулж үзсэн ч манай үзүүлэлт зөв гэдэг нь батлагдаж байна. Үүнд Банщиковын бичсэнээр цусны даралт ихсэх өвчний үеийн солиорол хурц эхэлдгийн нэг гол шалтгаан нь артерийн даралт ихсэх хийгээд цусны даралт ихсэх өвчний криз юм. Түүнчлэн цусны даралт тогтворгүй байх нь солиорол үүсэхэд хүргэдэг байна (Е. С. Авербух, 1946; В. А. Гиля-

ровский, 1954). Вегетатив мэдрэлийн системийн өөрчлөлт болон ухамсарт ухаан балартах явдал цусны даралт ихсэх өвчний үеийн солиорлын түр зуурын хурц эхлэлт үе үе ордос болох үед байдаг гэж олон судлагчид (В. М. Баншиков, 1967; Е. С. Авербух, М. А. Гольденберг, М. В. Коркина, Г. В. Столеров, В. А. Гиляровский, Н. И. Озерецкий) бичсэн нь мөн л артерийн даралт тогтворгүйгээс солиорол үүсдэг гэсэн санаа юм. Цусны даралт ихсэх өвчний үеийн солиорлын үед үе, үе гарч ирдэг хуурамч хавдрын хам шинж нь мөн л артерийн даралт гэнэт ихэссэнээс гарч ирдэг гэж хэвлэлд бичигдсэн байдаг. Гэтэл энэ хам шинж нь тархины тараах судасны хатуурлын үед ховор тохиолддог юм. Тархины тараах судасны хатуурал цусны даралт ихсэх өвчний солиорлын үеийн зовуурь шаналгаа нь ижил төстэй байдаг тул энэ 2 солиорлыг ялган салгахад нилээд түвэгтэй.

4-р хүснэгт

Өвчтөнд ажиглагдсан клиникийн зарим шинж

Онол	Зовуурь, шаналгаа					
	Толгой өвдөх	Толгой эргэх	Сэтгэл түгшүүрлэх	Сэтгэл уян болох	Ажлын чадвар сулрах	Үе мөч бадайрах
Тархины тараах судасны хатуурлын солиорол	49	43	20	31	9	14
Цусны даралт ихсэх өвчний солиорол	46	37	12	28	4	2

Хүснэгтээс үзэхэд толгой өвдөх, эргэх, сэтгэл уярах, хөдөлмөрийн чадвар сулрах зэрэг зовуурь энэ 2 солиорлын үед бараг адил тоотой байна. Иймд дээр дурдсан зовууриудаар энэ 2 өвчнийг ялган салгахдаа тоонд нь биш тэдгээрийн шинж чанарт нь анхаарч ирлээ. Үүнд цусны даралт ихсэх өвчний солиорлын үед толгойн өвдөлт нь харьцангуй нилээд хүчтэй хийгээд энэ нь үе үе улам хүчтэй болох, голдуу лугшиж өвдөх маягтай байв. Өздөлт нь голдуу шанаан тушаа хийгээд өглөөд ихэсдэг хандлагатай байхад тархины тараах судасны хатуурлын солиорлын үеийн толгой өздөлт нь голдуу нэг хэвийн, хүчтэй биш байв. В. М. Баншиковын ажигласанчлан бидний ажигласан тархины тараах судасны хатууралтай өвчтөний заримын толгой нь хүндрэх, мансуурах, мөн толгойн тодорхой хэсэгт (дух, дагзаар) өвдөх зэрэг зовуурь байлаа. Үүнээс үзэхэд, толгой өвдөлтийн шинж байдал нь энэ 2 өвчний үед янз янз байна.

Цаашилбал, цусны даралт ихсэх өвчний үеийн солиоролтой хүмүүст толгой эргэх явдал үе үе илрэх, үүнээс болж заримдаа дотор муухай оргих, бөөлжис хуггах явдал үзэгддэг байв. Энэ нь голдуу толгой хүчтэй өвдөх явдалтай хазсардаг ба тэнцвэрийн эрхтний өөрчлөлтийн үе дэх толгой эргэлтэй төстэй байв. Гэтэл тархины тараах судасны хатуурлын солиорлын үеийн толгой эргэх нь харьцангуй тогтмол илрэх, өвчтөнд өөрт нь шаналгаа бага байдгаараа цусны даралт ихсэх өвчний үеийн толгой эргэлтээс ялгаатай. Энэ нь голдуу өвчтөний биений байрлал өөрчлөгдөхөд бий болохоос биш толгой өвдөлтөөс болох нь ховор байв. Сэтгэл түгшүүрлэн зовох, үе мөч бадайрах, чимчигнэх зовуурь голдуу тархины тараах судасны хатуурлын үед их тохиолддог нь ажиглагдлаа.

Тархины тараах судасны хатуурлын үед элбэг тохиолдох шинжийн нэг бол үе мөч бадайрах, чимчигнэх явдал гэж В. М. Баншиков бичсэн байдаг. Энэчилэн М. В. Коркина, Г. В. Столяров, Н. М. Ицен-

ко, С. М. Жоров, Я. В. Минц С. И. Карчикян зэрэг судлагчид үе мөч бадайрах, чимчигнэх шинж тэмдэг энэ өвчний үед л элбэг байдаг гэж үздэг. Е. К. Краснушкин, В. М. Баншиков нарын үзэж байгаагаар бол үе мөч бадайрах, чимчигнэх нь судасны вегетатив мэдрэлийн системийн өөрчлөлтийг заадгаараа оношийн ач холбогдолтой юм. Сэтгэл түгшүүрлэн зовох шинж тэмдэг нь тархины тараах судасны хатуурлыг илчлэх бас нэг онцгой шинж нь юм. Бидэнд ажиглагдсанаар бол тархины тараах судасны хатуурлын аль ч үе шатанд сэтгэл түгшүүрлэн зсвэх шинж ямар нэг хэмжээгээр байлаа. Үүнд уул өвчний эхний үе шатанд өвчтөний зовуурьд сэтгэл түгшүүрлэн зовох шинж тэмдэг илэрч байсанчлан энэ өвчний сэтгэл гутран түгшүүрлэх ба сэтгэл түгшүүрлэн дэмийрэх хам шинжит солиорлын үед сэтгэл зовох шинж бас илэрч байлаа.

5-р хүснэгт

Өвчтөнүүдийн клиникийн хам шинжүүд.

Снош	Илэрсэн хам шинж бүрд ноогдох өвчтөний тоо ба ажигласан бүх өвчтөнд харьцуулсан хувь					
	Сэтгэл уналын	Хий үзэгдэлт дэмийрлийн	Сэтгэл хөөрлийн	Ухамсарт ухаан балартах	Ухаан тэнэгрэлийн	Ойгүйдлийн
Тархины тараах судасны хатуурлын солиорол	5 (9,8)	10 (19,2)	1 (1,9)	12 (23,1)	21 (40,3)	3 (5,7)
Цусны дарагч ихсэх өвчний солиорол	8 (16,6)	6 (13,5)	2 (4,2)	21 (43,7)	10 (20,8)	1 (2,1)

Тархины тараах судасны хатуурлын солиорлын үед илэрсэн сэтгэл эмгэгийн хам шинжүүдийн тооны эдгээр үзүүлэлт нь Ю. Е. Рахальский, В. М. Баншиковын судалгааны материалтай ямар нэг хэмжээгээр тохирч байгаа юм.

6-р хүснэгт

Хам шинжүүдийг харьцуулсан хураангуй

Сэтгэл эмгэгийн хам шинжүүд	Хувиар харьцуулсан үзүүлэлт		
	В. Н. Белоусовынхаар (В. М. Баншиковын клиникийн материал)	Ю. Е. Рахальскийнхаар	Бидний ажиглалтаар
Ухаан тэнэгрэл	21,6	33,9	40,3
Ухаан баларгал	23,2	18,0	23,1
Сэтгэл уналын	байхгүй	17,1	9,8
Сэтгэл хөөрлийн	—	2,5	1,9
Хий үзэгдэлт дэмийрлийн	17,6	19,2	19,2

Дээр дурдсан хам шинжүүдийн хооронд тооны талын зөрүү хэдийгээр гарч байгаа боловч ухамсарт ухаан баларган өөрчлөгдөх ба хий үзэгдэлт дэмийрлийн хам шинжүүд нь тархины тараах судасны хатуурлын солиорлын үед олонтаа илэрдгийг батлан харуулсан бөгөөд эдгээрийн тооны талын үзүүлэлт нь хэвлэлийн материалуудтай үндсэндээ тохирч байна.

Сэтгэц эмгэгийн хам шинж тархины судасны шалтгаант солиорлын үед олон өвчтөнүүдэд олон хэлбэрээр илрэхийн хамт нэг өвчтөнд сэтгэц эмгэгийн олон төрлийн хам шинжилэрч болдог гэж Е. С. Авербух бичсэн бөгөөд үүнийг бидний судалгааны дүн ч баталж байна. Гэтэл цусны даралт ихсэх өвчний солиоролтой өвчтөнүүдэд илэрч байсан сэтгэц эмгэгийн хам шинжүүдийг харьцуулчихмаар тохиромжтой хэвлэлийн үзүүлэлт олдоогүй учир бид түүнийгээ тархины тараах судасны хатуурлын солиорлын үед илэрсэн сэтгэц эмгэгийн хам шинжүүдтэй харьцуулахад хүрлээ. Үүнд сэтгэл уналын ба хий үзэгдэлт дэмийрлийн хам шинж нь цусны даралт ихсэх өвчний солиорлын үед арай их тохиолдож байлаа. Харин ухаан тэнэгрэх хам шинж нь тархины тараах судасны хатуурлын үед, ухамсарт ухаан балартан өөрчлөгдөх хам шинж нь цусны даралт ихсэх өвчний үед нилээд давуутай тохиолдож байв. Энэ нь В. М. Баншиков А. М. Снежневский, Г. К. Сумаков, Е. С. Авербух, М. А. Гольдденберг, В. А. Гиляровский, М. В. Коркина нарын заалтыг баталж байна.

ТОВЧ ДҮГНЭЛТ

1. Манай нөхцөлд судасны шалтгаант солиоролтой өвчтөнүүдэд илрэх сэтгэц эмгэгийн клиникийн илрэл нь гэдэгдэн хэвлэлд бичсэнээс снцгсй ялгаа алга.
2. Тархины тараах судасны хатуурал ба цусны даралт ихсэх өвчний үеийн солиорлыг тус тус нь өвчний нэг нэгж гэж үзэх нь зүйтэй юм.

НОМЗҮЙ

1. Абашев-Константиновский А. Л. Журн. невропатологии и психиатрии, 1966,5
2. Авербух Е. С. Психика и гипертоническая болезнь. Л. 1965.
3. Баншиков В. М. Атеросклероз сосудов мозга с психическими нарушениями. М., 1967.
4. Вишневская Л. Н. В. кн.: «Нервные и психические нарушения при гипертонической болезни». Л., 1959.
5. Гиляровский В. А. Психиатрия. М., 1954.
6. Рахальский Ю. Е. В кн.: «Вопросы клиники и патогенеза психических нарушений при сосудистых заболеваниях мозга». т XXI, М., 1963,67
7. Снежневский А. В. Журн. невропатологии и психиатрии, 1960,1

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ СОСУДИСТЫХ ПСИХОЗОВ В МНР

С. Бямбасурен, С. Дэлгэрцогт, Е. И. Герентьев

РЕЗЮМЕ

Работа посвящена изучению атеросклеротических и гипертонических психозов на основании наблюдений, проведенных над 100 больными в Республиканской психиатрической больнице г. Улан-Батора.

Для атеросклеротических психозов было характерно устойчивое повышение артериального давления, в основном, до 160/100—140/90 мм. рт. ст., для гипертонических — большой диапазон повышения артериального давления и большая статистически достоверная склонность последнего к колебаниям. Жалобы на головную боль, головокружение, слезливость, снижение работоспособности наблюдались чаще при атеросклерозе. Кроме того, при атеросклеротических психозах значительно более частыми, чем при гипертонических, были жалобы на подавленность настроения и парестезии в голове и конечностях. Таким образом, эти и другие жалобы при тех и других психозах имели различный характер, что важно в дифференциально-диагностическом отношении.

Галлюцинаторнопараноидные, депрессивные состояния и слабоумие чаще наблюдались при атеросклеротических психозах, а нарушения сознания — при гипертонических. Некоторые симптомы (страх, тревога, неустойчивость настроения, манукальные и депрессивные эпизоды) чаще встречались при гипертонических психозах и представляли собою весьма переменные включения в картину основного синдрома, олицетворяя симптоматический полиморфизм изучаемых психозов. На основании исследований, изложенных в работе, подтверждается целесообразность выделения самостоятельных в нозологическом отношении атеросклеротических гипертонических психозов.

КЛИНИКИЙН 1-Р ЭМНЭЛГИЙН МЭДРЭЛИЙН ТАСГИЙН 1964—1968 ОНЫ МАТЕРИАЛААР НУГАСНЫ ХАТАНГИРЫН КЛИНИКИЙН ЯВЦ, ШИНЖ ТЭМДГИЙГ СУДАЛСАН НЬ

Д. Мижид

*(Зөвлөх эмч, БНМАУ-ын гавьяат
эмч Л. Дагзмаа, ерэнхий эмч дэд
эрдэмтэн Ц. Ринчиндорж)*

Мэдрэлийн системийн хожуу илрэх тэмбүүгээр шаналах явдал манай орны хүмүүсийн дотор ховор болжээ. Гэвч тэр нь клиникийн өвөрмөц явцтай байдаг тул мэдрэлийн тасгийн сүүлийн таван жилийн материалаар нугасны хатангирын талаар судалгаа хийж үзэв.

Нугасны хатангиртай өвчтөнд Арджиль-Робертсоны шинж тэмдэг өвчлөгсдийн бүх тохиолдлын 70—80%-д илэрдэг. Эрба Беригардтын судалгаанаас үзэхэд, хүүхэн хараа нарийсан миоз болох явдал 52%-д тохиолддог бөгөөд Утгофын ажиглалтаар, харааны мэдрүүлийн хатангирталт нь даамжран 2—3 жилийн дараа өвчтөнийг сохор болгодог. Нугасны хатангирын үед гавал-тархины хос мэдрүүлийн III хос мэдрүүл гэмтэх нь олонтаа тохиолдоно. Харин IV, VI хос мэдрүүл гэмтэх нь үүнээс ховор байна. Сарбогийн ажиглалтаас үзэхэд, сонсголын мэдрүүл гэмтэж сонсгол муудах явдал 0,5—0,9%-д тохиолддог байна.

Нугасны хатангирын үед асар хүчтэй хатгаж, зүүгээр шивж, ток цохиж байгаа мэт өвдөх өвдөлт 1—2 минут үргэлжилдэг. Гар хөл бадайрах, ирэвгэнэх, мөчний яс янгинаж өвдөх нь элбэг үзэгдэнэ. Энэ нь цаг агаарын байдал муудахад улам ихэсдэг. Хүрэлцэх, өвдөхийн мэдрэхгүй Гитцигийн хүрээнд алдагдана. Нугасны хүзүүний хэсгийн (C₃-D₁) мэдрэлжүүлэлт өгөх хэсэгт мэдрэх чанар нь сулддаг. Өвчтөнд Бернацкийн шинж, Абадийн шинж илэрдэг. Нугасны арын багана гэмтсэнээс ялихгүй сэдээлтийг өсгөн хүлээж авдаг. Мөн уул өвчний үед Байерын шинж, Генелягийн шинж илэрнэ. Хөлний хуруунд үе-булчингийн мэдрэхүй алдагддаг. Ходоод, шулуун гэдэс, төвөнхийн кризүүд үүсдэг. Сарбогийн ажиглалтаас үзэхэд, өвдөгний рефлекс 89%-д, боривны рефлекс 91%-д тус тус алга болсон байв. Хөдөлгөөний тэнцвэр алдагдан, Ромбергийн байдалд гуйван ойчдог. Явахдаа тэнцвэргүй болдог. Хуруу-хамар, өвдөг-өсгийн сорилыг хийж чаддаггүй.

Нугасны хатангирын үед том үеүдэд артропати үүсдэг. Үенд фибринт шингэн хуралдан хавдаж үе мөчөө хөдөлгөхөд өвчтэй болдог. Остеопатийн гаралтай ясны хугаралт тохиолдоно. Тэжээл алдагдлын шарх тагнай, хамрын сэртэн, хөлний таваг зэрэгт үүснэ. Өвчтөний шүд, хумс өвчингүйгээр ойчдог. Давсагны ажиллагаа алдагдан шээс удаанаар дүлүүлж гарна. Эсвэл шээс хаагдах, зарим үед мэдээгүй үргэлж савирах болдог. Өвчний эхний үед бэлгийн ажиллагааны ихсэл болж, хожим нь сулардаг. Эмэгтэйчүүдэд бэлгийн дур сонирхол буурдаг. Төрөх үед өвдөлтгүй төрдөг байна. Булчингийн хатангирталт хуруунуудын завсрын жижиг булчингуудад илүү илэрсэн байна. Энэ нь бүх тохиолдлын 4—8%-д үзэгдэнэ.

Вассерманы урвал цусанд 30—50%-д, нугас тархины шингэнд 80%-д эерэг гарна. Глобулины урвал эерэг, Лангын урвал зүүн гар талд муруй нь илэрнэ.

Сүүлийн үеийн хэвлэлийн тоймоос үзэхэд, нугасны хатангирын клиникийн явц бүх өвчтөний 75%-д хурц биш явцтай болсон байна. Энэ нь тэмбүүгийн эмчилгээнд антибиотик болон бусад эмүүдийг хэрэглэх болсонтой холбоотой гэж үзэж байна.

Нугасны хатангираар нас бардаггүй боловч уул өвчнөөс шалтгаалан давсаг, бөөрний үрэвсэл үүсэж тэр нь хүндрэн уросепсис болох,

мөн тэжээл алдагдлын улмаас флегмон, сепсис болж хүндрэх ахул амь насанд аюул учруулж болно.

Бид, нэгдсэн 1-р эмнэлгийн мэдрэлийн тасагт сүүлийн таван жилд (1964—1968 онд) хэвтэж эмчлүүлсэн нугасны хатангиртай 32 өвчтөний өвчний түүхэнд судалгаа хийв. Эдгээр өвчтөнд нугасны хатангирын клиник аажим давших явцтай, янтах өвдөлт бага зэрэг илрэх төлөвтэй явагджээ. Ажиглалт хийсэн 32 өвчтөний 27 нь эрэгтэй, 5 нь эмэгтэй байв. Өвчлөгсдийн ихэнх хувийг 41—50 насны хүмүүс эзэлж байна.

Өвчтөний мэдүүлгээс үзэхэд 5 нь тэмбүүгээр өвдсөн, 18 нь арьс өнгөний үзлэгээр Вассерманы урвал эерэг гарч эмчилгээ дутуу хийлгэсэн, 9 нь тодорхой мэдүүлэг өгөөгүй байна. Тэмбүүгээр өвдсөн буюу цусанд Вассерманы урвал эерэг гарснаас хойш дунджаар 9—15 жилийн дараа уул өвчний шинж илэрч байжээ.

Өвчтөнд илэрч байгаа шинж тэмдгүүд гэвэл, ихэнх өвчтөний толгой үдээс хойш буюу шөнө өвдөнө гэж мэдүүлжээ. Арджиль-Робертсоны шинж бүх өвчтөнд илэрчээ. Гар хөл бадайрах, ирэвгэнэх, яс булчин янгинаж өвдөх, ток цохиж байгаа мэт болох зэрэг зовуурь өвчлөгсдийн нилээд хувьд байжээ. Өвдөг, боривны рефлекс бүх өвчтөнд алга болсон байв. Хөлийн хуруунд үе, булчингийн гүн мэдрэхүй алдагдах нь 21 өвчтөнд илэрчээ. Зовхи буух, хүүхэн хараа миоз болох, булчингийн тонус багасах Абадийн шинж, Гитцигийн хүрээнд мэдрэхгүй алдагдах зэрэг шинж тэмдгүүд ховор боловч илэрч байв. Хөдөлгөөний тэнцвэр алдагдах, давсагны ажиллагаа өөрчлөгсөнөөс шээс гарах нь удаашрах, мэдээгүй савирч гарах нь тун ховор тохиолдож байна.

Цөөн тооны өвчтөний цус, нугас-тархины шингэнд Вассерманы урвал эерэг гарчээ. Тэгэхдээ өвчтөн бүрд судасны цус, нугас-тархины шингэнд Вассерманы урвал хийгдээгүй байна.

Нугасны хатангирын үед илэрдэг Бернацкий, Байерын шинж, харах мэдрүүлийн хатангиргалтаас шалтгаалсан сохролт, Генслагийн шинж, артропати, тэжээл алдагдлын шарх, табесын кризүүд г.м. шинжүүд илрээгүй байна.

Нугасны хатангираар нас барсан [өвчтөн дүн бүртгэлийн материалаас үзэхэд алга байв.

Зөвхөн 1958 онд нугасны хатангиртай 61 өвчтөн хэвтэж эмчлүүлж байсныг одоотой харьцуулж үзэхэд нугасны хатангир ховор тохиолдох болжээ.

ДҮГНЭЛТ

1. Нугасны хатангирын клиникийн явц манайд хурц биш, зарим шинж тэмдгүүд нь илрэхгүй өвөрмөц байдалтай явагдаж байна.

2. Нугасны хатангир ховор болж байгаа нь тэмбүүг эрт илрүүлэн идэвхтэй эмчилгээг хийж байгаатай холбоотой юм. Гэвч тэмбүүгээр өвчилсөн буюу Вассерманы урвал эерэг гарч эмчилгээ бүрэн гүйцэд хийлгээгүй хүмүүст нугасны хатангир илэрч байгаа тул ийм өвчтөнд эмчилгээг бүрэн гүйцэд хийх хэрэгтэй.

НОМЗҮЙ

1. Ю. С. Мартынов. «Лекции по невропатологии». 1969 г.
2. Михеев. Учебник по нервным болезням. 1964.
3. Х. Г. Ходос. Нервные болезни. 1964.
4. Многотомное руководство по неврологии, т. III.

КЛИНИКА И ТЕЧЕНИЕ СПИННОЙ СУХОТКИ ПО МАТЕРИАЛАМ
ПЕРВНОГО ОТДЕЛЕНИЯ 1 КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ

ЗА 1964—1968 г.

Д. Мижд

РЕЗЮМЕ

Заболеемость спинной сухоткой за последние годы резко снизилась. Это связано с ранней активной специфической терапией больных с сифилисом. Клинические проявления спинной сухотки, по нашим наблюдениям, выявляются через 9—15 лет после заражения сифилисом. Течение болезни подострое, имеются специфические, классические симптомы как симптом Аргайл-Ребертсона, стреляющие боли, отсутствие коленных и ахилловых рефлексов, атактические расстройства, симптом Абади и т. д. Но табические кризы, атрофия зрительных нервов, артропатии, трофические нарушения не наблюдались.

ВИСЦЕРО-РЕФЛЕКСИЙН МЕХАНИЗМТАЙ
МЭДРЭЛ ШАЛТГААНТ ТЭЖЭЭЛ ХЯМРАХ ЯСНЫ
ӨВЧНҮҮДИЙН ЭМЧИЛГЭЭ

А. У. доктор Е. П. Загоровский, багш Г. Цагаанхүү.
Анагаах ухааны дээд сургуулийн мэдрэл сэтгэгч гэм судлалын
танхим. (Эрхлэгч-А. У. дэд эрдэмтэн, доцент Ш. Доржжадамба)

Дотор эрхтний архаг өвчний үед висцеро-рефлексийн шалтгаант эмгэгүүд, тусгаар эрхтэн системүүдэд янз бүрийн хэлбэрээр илэрдгийг эрдэмтэд ажиглажээ (М. Buch, 1901; М. Н. Лапинский, 1911—13; Н. М. Волкович, 1911; Rossle, 1912; И. М. Греков, 1922; А. Tomas 1929; F. M. Pottenger, 1938; Т. И. Маркелов, 1948).

Тэрчлэн орчин үед ясны мэдрэл шалтгаант тэжээл хямрах өөрчлөлтийг зах хязгаарын мэдрэлийн судас, дотор эрхтэнд байгаа архаг голомтоос үүсэх байнгын цочролуудтай холбон тайлбарлаж байна (P. Sudeck, 1900; O. Steinbroker, N. Stipzer, H. Friedman, 1948; Е. П. Загоровский, 1968, г. м.)

Энэхүү ажилд висцеро-рефлексийн гаралтай мэдрэл шалтгаант тэжээл хямрах ясны өвчтэй (гавлын духны хэсгийн гиперостоз, нурууны остеохондроз, хэлбэр өөрчлөгдөх спондилоз) 89 өвчтөнийг эмчилсэн тухай баримтыг бичсэн болно.

Ажиглалтанд байсан 89 өвчтөний 82-т нь хэвлийн хөндий дэх эмгэг цочролын голомт нь урьд өмнө халдварт өвчнөөр (хумх, халдварт гепатит, эсэргэнэ, гахай хавдар, гэдэсний балнад, цусан суулга г. м.) өвчилсний уршгаар эмгэгшиж өөрчлөгдсөн дэлүүнд, 7 өвчтөнд архаг үрэвсэлт мухар олгойд байсан нь бодит шинжилгээгээр илэрсэн.

Бид, хэвлийн хөндийд байгаа эмгэг сэрлийн голомттой эмгэг жамын холбоо бүхий мэдрэл шалтгаант тэжээл хямрах ясны өвчнүүдийн эмчилгээг боловсруулахдаа доорхи зорилгыг мөрдлөг болголоо.

1. Хэвлийн хөндий дэх цочролын голомтыг устгах.
2. Эмгэг сэрлийг дамжуулагч мэдрэлийн замыг хаах.
3. Өвчний клиникийн илрэлийг харгалзан шинж тэмдгийн эмчилгээ хийх.

Хэвлийн хөндий дэх цочролын голомтыг устгах зорилгоор мухар олгойн архаг үрэвсэлтэй өвчтөний олгойг авахуулах, цочролын голомт нь халдварт өвчнүүдээр өвчилсний уршгаар эмгэгшин өөрчлөгдсөн дэлүүнд байвал хумх өвчний эсрэг үйлчлэх эмүүдийг (делагил,

хинин) хэрэглэхэд сайн үр дүн өгч байлаа. Эмгэг сэрлийн дамжих замыг хаах зорилгоор ганглиоблокаторуудыг уухаар өгөх, новокаинтай буюу хлорт кальцтай ионофорезыг хүзүүний симпатик зангилгаа, наран сүлжээний зангилгаанд ээлжлэн хэрэглэх, вегетатив зангилгаануудад новокаины хориг хийх зэрэг эмчилгээний аргыг хэрэглэсэн. Үүнд: Наран сүлжээний зангилгаанд хориг хийх шаардлагатай үед бөөрний орчмын Вишне夫斯基н хориг, хүзүүний симпатик зангилгаа цочирсон үед Гергетийн аргаар од хэлбэрт зангилгаанд, бүслүүр нурууны зангилгаануудад цочролтой үед Бондарчукийн аргаар хоригуудыг хийсэн.

Хэвлийн хөндий дэх цочролын голомтыг устгах, цочрол дамжих замыг таслахад чиглэсэн арга хэмжээнээс гадна бие махбодыг чийрэгжүүлэх зорилгоор витамин, биостимулятор, эмчилгээний биеийн тамир болон шинж тэмдгийн эмчилгээг хослон хэрэглэхэд дээр заагдсан эмчилгээний үйлчилгээг сайжруулах, үр дүнг түргэсгэх нөлөөтэй байлаа.

Бидний ажиглалтад байсан мэдрэл шалтгаант тэжээл хямрах ясны өвчтэй 89 өвчтөнийг дээр дурдсан 3 үндсэн чиглэлээр, өвчний үүссэн хөгжсөн жамыг харгалзан эмчлэхэд 48 нь бүрэн эдгэрч, үлдсэн 41 өвчтөн клиникийн сайжрал олж хөдөлмөрийн чадвартай болсон.

Судалгаанд байсан бүх өвчтөнд нийтлэг болохуйц хоёр тохиолдлыг танилцуулъя.

1. Өвчтөн Б. 21 настай, эмэгтэй, техникийн дээд сургуульд суралцдаг. Бага насандаа халдварт гепатитаар өвчилсөн. Анх 14 настайд толгой нь өвдөж эхэлсэн. Дух зулайн хэсгээр, зүүн нүдний ухархайгаар голлон өвддөг. Амбулатор больницын нөхцөлд тасралтгүй эмчлүүлж байсан. Заримдаа толгойн өвдөлт намддаг байсан. 1968 оноос толгой нь түрүүчийнхээс хүчтэй өвдөх болсон. Нүүрэн дээгүүр нь улаан батга (розацеа) гарсан. Эмийн болоод физик эмчилгээ үр дүн өгөөгүй. 1969 оны 1-р сараас мэдрэлийн эмч нарт үзүүлж эмчлүүлсэн боловч тодорхой үр дүн гараагүй. Тэрээр эрүүл мэндийн хувьд бэрхшээлтэй болсон тул сургуулиасаа нэг жилийн чөлөө авч нутагтаа ирсэн. 1969 оны 10-р сараас 2-р нэгдсэн эмнэлгийн мэдрэлийн эмч нарт үзүүлж глюкоз, бромт натрий, йодот калий, атропин, витаминуудаар эмчлүүлсэн боловч толгойн өвдөлт намдаагүй. 1969 оны 12-р сард мэдрэл сэтгэц гэм судлалын тинхэмд зөвлөлгөөн авахаар ирсэн. Өвчтөний толгой өвдөхөөс гадна үе үе зүрх нь дэлсдэг, дотор нь чичирдэг, аюулхайн орчимд өвддөг, ядрамтгай, уцаар ууртай, нойр хүрдэггүй гэсэн зовууриудтай байлаа.

Бодит үзлэг: судасны цохилт 1 минутад 84 удаа, дүүрэлт хүчдэл дунд зэрэг. Цусны даралт зүүн талдаа 120/70, баруундаа 125/70. Нүүр хамар дээгүүр нь улаан батга (розацеа) гарсан, дэлүүний орчимд дарахад их өвчтэй.

Мэдрэлийн байдал: хүүхэн хараа ижил бус, $S > D$ (дээшээ харуулахад). Зүүн талдаа: нүдний эвэрлэг бүрхэвчийн рефлекс байхгүй, гурвалсан мэдрүүлийн дээд цэг, дагзны мэдрүүлийн цэгт дарахад өвчтэй, духны үстэй үсгүй хэсгийн арьсны өнгөц мэдрэхүй багассан. Хүзүүний зүүн талын симпатикийн зангилгаа, наран сүлжээний хагас сар хэлбэрт зангилгаанд Зитто, Лапинскийн цэгүүдэд дарахад их өвчтэй, нурууны хажуугийн цэгүүдээр зүүн талдаа $D_6 - D_8$ хооронд өвчтэй. Зүүн талдаа $D_5 - D_{10}$ хооронд арьсны өвдөх мэдрэхүй багасаж, өвдөх цочруулын дасалтын хугацаа 22 сек хүртэл уртассан (халуун хүйтний мэдрэхүй хэвийн байдал байхад).

Үе-бүлчингийн болон хүрэлцэх мэдрэхүйн алдагдалгүй, хөдөлгөөний талаас өөрчлөлтгүй. Гар, хөлийн нөрмөнсий рефлексүүд зүүн талд ихэссэн, эмгэг рефлексүүд байхгүй, тэнцүүр тохироо алдагдаагүй, мэнэнгийн шинж байхгүй. Ашнерийн сорил: зүүн талд $84 - 78 = -6$, баруун талд $82 - 80 = -2$, Ортостатик сорил: $82 - 96 = +14$, кинестатик сорил: $84 - 80 = -4$. Зүүн гарын алга, хөлийн ул хөлтэй. Дермографизмулаан, 6 секундын дараа үүсэж, 55 минутын турш арилахгүй байсан. Пиломоторын рефлексийг А. Томагийн аргаар үзэхэд зүүн талдаа цээжний хэсгээр тод илрэлтэй.

Цусны ерөнхий шинжилгээ: (2 гараас үзсэн) Цагаан цогцос (баруундаа -8200, зүүндээ -11600), лимфоцит (баруундаа -25, зүүндээ -30)-ын тоо зүүн талдаа олширсон байв. Капиллярскопийн шинжилгээ: (хоёр гарын 4-р хуруунд үзсэн). Харах талбай бүдэг өнгөтэй, шар туяатай, арьсны хөхлөгийн давхарга тод бус, зүүн талд хялгасан судасны тоо-6, баруун талд -8, хялгасан судсууд тахирласан, артерийн хэсэг нь агшиж венийн хэсэг нь өргөссөн (голдуу зүүн талдаа), хялгасан судсууд таслаж, 8-ын тоо хэлбэртэй байрласан, цусны урсгал удаа чирч тасалдсан, үе үе зогсонги (стаз) байдал ажиглагдсан. Дүгнэлт: хялгасан судсуудын тонус агших-сулрах байдалаар алдагдсан, зүүн гарын судсуудад агшилт нь илүү илрэлтэй.

Судасны осциллографийн бичлэг: (дөрвөн мөчнөөс бичсэн). Хоёр гарт цусны их даралт $Mx=118$, бага даралт $Mn=58$, осциллографийн индекс $OИ=4,5$ мм. (баруун) $OИ=3,5$ мм. (зүүн). Хөлд: Хоёр талдаа $Mx=118$, баруун талд $Mn=70$, зүүндээ $Mn=78$, $СИ=3$ мм (баруун), $OИ=2$ мм, (зүүн). Дүгнэлт: судасны осциллограммаас үзэхэд, зүүн гар хөлийн артериудын тонус харьцангуйгаар ихэссэн байгаа нь, зүүн мөчүүдийн артерийн судсуудыг мэдрэлжүүлэгч симпатикийн зангилгаа цочирсон болохыг харуулж байна.

Гаглын зураг: духны ясны дотор ялтасны гиперостозтай, духны хэсэгт судасны зураг өргөсөж тодорсон.

Дээр дурдсан бодит шинж тэмдэг, шинжилгээнүүдийг үндэслэн оношийг-ганглиодиэнцефалоз висцеро-рефлекторного происхождения, с вторичной нейрогенной дистрофией в виде внутреннего лобного гиперостоза гэж тогтоосон. Ингээд өвч өнд дээр заагдсан хавсарсан курс эмчилгээг хийсэн, (делагил 0,25, пахикарпин 0,05, димедрол 0,03 биостимулятор-экстракт алоэ, физик эмчилгээ- новокаинтай ионофорез хүзүүний симпатик зангилгаа, наран сүлжээн дээр). Эмчилгээг дууссаны дараагаар үзэхэд, өвч өний толгойн өвдөлт бүрхөсөн зогсож, нүүрний улаан багта (розацеа) арилсан, мэдрэлийн өөрчлөлтүүд хэвийн байдалд орсон.

Тэрээр биеийн байдал бүрэн эрүүлжсэн учраас чөлөөнийхээ хугацааг дуусгахгүйгээр гадаад улсад суралцахаар буцаж явсан.

2. Өвчтөн К. 39 настай, эрэгтэй, жолооч. 8 настайдаа хумхаар өвчилсөн. 1947 оноос эхлэн үе үе аюулхайн орчимд өвдөж, толгой өвдөх болсон. 1947 сны сүүлчээр зүүн чихний идэвт үрэвсэл (мэс засал хийлгэсэн), 1952 онд зүүн нүдний иридоциклит, 1953 онд гэмтлийн шалтгаантай баруун талын суудлын мэдрэлийн үрэвсдээр тус тус өвчилсөн. 1960 оноос, толгой өвдөхөөс гадна, толгой эргэх, үе үе зүрх дэлсэх, өвдөх, зағимдаа дотор чичрэх, гэдсэнд юм лугших, үе үе их цээх, ядрах зэрэг өөрчлөлтүүд ажиглагдах болсон. 1964 онд анх хүзүүний орчмоор хүчтэй өвдсөн учир нурууны ясны рентген зураг авахуулахад хүзүүний ясанд деформирующий спондилозын шинж тэмдэг илэрсэн. 1966 оныг хүртэл амбулаториор үе үе эмчлүүлж ажлаа хийж байсан. Гэтэл 1966 оны 1 сарын 24-ны өглөө гэнэт хүзүүний баруун тал, баруун гараар хүчтэй өвдөж, баруун гараа хөдөлгөж чадахгүй болсон учир 1966 оны 1-р сарын 25-нд түргэн тусламжаар Киев хотын мэдрэлийн клиникт хэвтсэн.

Үзэхэд: Судасны цохилт 1 мин-д 80 удаа, дүүрэлт дунд зэрэг. Цусны даралт зүүн талдаа 95/60, баруундаа 100/65, зүрх зүүн тийшээ томорсон, зүрхний авиа сулавтар, дэлүүний орчимд дарахад их өвчтэй.

Мэдрэлийн байдал: Хүүхэн хараа ижил бус $S>D$, (дээшээ харуулахад.) Зүүн талдаа нүдний эвэрлэгийн рефлекс байхгүй болсон, гурвалсан мэдрүүлийн дээд цэг, дагзны мэдрүүлийн цэгт дарахад өвчтэй, дагзны үстэй үсгүй хэсгийн арьсны мэдрэхүй багассан. Зүүн талын хүзүүний симпатикийн зангилгаанууд, наган сүлжээний хагас сар хэлбэрт зангилгаанд, Зитто, Лапинскийн цэгнүүдэд дагахад хүчтэй өвдөлттэй. Нурууны хажуугийн цэгүүдээр дагахад C_2-D_1 хооронд хоёр талдаа өвчтэй, D_5-D_9 хооронд зүүн талдаа өвчтэй. Зүүн талд D_5-D_{10} бүсийн хооронд арьсны өвдөх мэдрэхүй багасаж, өвдөх цочруулын дасгалтын хугацаа 20 сек хүртэл уртассан. Булчин-үеийн мэдрэхүй өөрчлөгдөөгүй. Идэвхт бус хөдөлгөөн бүх үеүдээр чөлөөтэй, баруун гарын нугалаа, тэнийлгэх булчингийн тонус суларсан. Баруун гарын идэвхт хөдөлгөөн мөр тохойны үеэр бүрэн хязгаарлагдсан, гагын өргөмсний болоод ясны хальсны рефлексүүд баруундаа суларсан, зүүндээ сайн, хэвлийн арьсны рефлексүүд сайн $D=S$, өндөгийн рефлекс сайн, $D=S$, боривны рефлекс зүүндээ сайн, баруундаа байхгүй, (баруун суудлын мэдрэлийн гэмтлийн шалтгаант үрэвсэл).

Ашнегийн сорил: Зүүн талд $80-78=-2$, баруундаа $80-76=-4$, Ортостатик сорил: $78-88=+10$, клиностатик сорил: $80-76=-4$, хөлс ялгаралт өөрчлөлтгүй. Дермографизм улаан, 8 сек дараа үүсэж, 28 мин турш арилахгүй байсан.

Электрэнцефалограмм дээр: тархины бүх хэсгүүдэд идэвхжлийн буурал, богино, аажим потенциалуудаар солигдсон, секундэд 10 хэлбэлзэл бүхий алфа долгионууд тодорхойлогдсон. Адреналиныг тарьснаас хойш 30 мин дараагаар тархины бүх хэсгүүдэд парадоксал урвалууд: алфа ритмийн гиперсинхронизаци илэрч байсан.

Нурууны ясны зураг дээр: Хүзүүний хэсэгт деформирующий спондилозын тод шинжтэй.

Цусны сийвэнд: Калий-24 мг%, кальци-14,8 мг% (Калий, кальцийн коэффициент -1,6) Хоногийн шээсэнд 17-кетостероид -32,8 мг %. Бодисын үндсэн солилцоо +35.

Клиникийн онош: ганглиодиэнцефалоз висцеро-рефлекторного происхождения, с нейрогенной дистрофией в виде деформирующего спондилоза шейного отдела позвоночника.

Өвчтөнийг эмнэлэгт байх хугацаанд хлорохин, ганглиоблокатор, биостимулятор, витаминууд, физик арга (новокаинтай ионофорез наган сүлжээ, хүзүүний симпатикын зангилгаануудад, баруун гарт массаж, эмчилгээний биеийн тамир) зэргээр эмчилсэн.

Эмчилгээ дууссаны дараа мэдрэлийн талаас зөвхөн боривны рефлекс баруундаа үүсгэгдэхгүй хоцорч, бусад өөрчлөлтүүд нь хэвийн байдалд орсон. Өвчтөний биеийн байдал бүрэн сайжирсан учир 1966 оны 3-р сарын 10-нд эмнэлгээс гарч жолоочийн ажлаа үргэлжлүүлэн хийх болсон. Катамнез: Өвчтөнийг 8 сарын дараа дахин үзэхэд

ямарч зовууригүй байсан. Харин наран сүлжээ, симпатикийн зангилгаануудад цочролттой байсан нь илэрсэн учир дахилтын эсрэг курс эмчилгээ (хлорохин, биостимулятор) хийсний дараагаар вегетатив зангилгаанууд хэвийн байдалд орсон.

Дээр дурдсан хоёр тохиолдлыг, гавлын духны хэсгийн дотор ялтасны гиперостоз, нурууны ясны деформац өөрчлөлтүүдийг халдварт өвчнөөр өвчилсний уршгаар (1-р тохиолдолд халдварт гепатит, 2-рт хумх) эмгэгшин өөрчлөгдсөн дэлүүнд байгаа цочролын голомттой эмгэг жамын холбоо бүхий висцеро-рефлексийн гаралтай ганглиодиэнцефалозоос үүссэн ясны тэжээлийн хямрал (дистрофи) гэж үзсэн юм.

Ийнхүү ясны мэдрэл шалтгаант тэжээл хямралын өвчлөлтэй 89 өвчтөнийг, өвчин үүссэн хөгжсөн жамын дагуу эмчлэхэд эмчилгээний сайн үр дүн өгч байгаа нь уг өвчнийг висцеро-рефлексийн механизмтай гэж магадлах бололцоог олгож байгаа бөгөөд, бүр тодруулбал тэр нь хэвлийн хөндий дэх цочролын байнгын голомттой холбоотой болохыг нотолж байна.

Бидний дээр бичсэн хавсарсан эмчилгээ нь, висцеро-рефлексийн гаралтай мэдрэлийн системийн эмгэгүүдээс уламжлан үүссэн ясны тэжээл хямрах өвчтэй хүмүүсийг эмчлэх, эмгэг жамын эмчилгээг боловсруулах гэсэн анхны оролдлого болно.

Энэ асуудлыг цаашид тодруулан судлах нь зайлшгүй чухал юм.

ЛЕЧЕНИЕ НЕЙРОГЕННО -ДИСТРОФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВИСЦЕРО-РЕФЛЕКТОРНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ

Е. П. Загорский, Г. Цагаанхуу

РЕЗЮМЕ

В работе излагается опыт патогенетического лечения 89 больных с нейрогенно-дистрофическими поражениями костей (внутренний лобной гиперостаз, остеохондроз и деформирующий спондилоз) висцеро-рефлекторного происхождения с наличием очагов патологической ирритации в брюшной полости. Достоверность висцеро-рефлекторного патогенеза дистрофии костей описываемых больных подтверждается: 1) наличием терапевтического эффекта у больных, у которых удалось ликвидировать очаг хронического раздражения в брюшной полости (аппендэктомия, снятие раздражения в селезенке после перенесенных инфекционных заболеваний даламлом, и 2) наличием у всех обследованных больных невропатологического синдрома, характерного только для висцеро-рефлекторных поражений нервной системы.

Для иллюстрации авторы проводят 2 выписки из истории болезни с нейрогенно-дистрофическими поражениями костей висцеро-рефлекторного происхождения с хорошим терапевтическим эффектом после ликвидации очага патологической импульсации в брюшной полости.

В работе изложены принципы патогенетической терапии таких больных.

ОДООГИЙН ТОХИОЛДОЖ БАЙГАА СҮРЬЕЭГИЙН МЭНЭНГИЙН ОНЦЛОГ

А. У. Дэд эрдэмтэн В. Г. Назаренко

*Донецкийн анагаах ухааны дээд сургууль (захирал-Г. П., Кондратенко)
Мэдрэлийн өвчний тинхим (эрхлэгч-проф. Б. С. Агте)*

Саяхан болтол сүрьеэгийн мэнэн нь өргөн дэлгэрсэн, хүнд өвчний нэгэнд орж байлаа. Стрептомицин болон сүрьеэгийн эсрэг бусад хүчтэй эмүүд гарахаас өмнө бараг бүх тохиолдол муу тавилантай байсан гэж хэлж болно. Сүрьеэтэй тэмцэх талаар зөвлөлт засгаас авч явуулсан шат дараалсан тууштай арга хэмжээний үр дүнд уул өвчний гаралт буурч ирлээ. Үүний зэрэгцээгээр сүрьеэгийн явц ялан-

гуяа сүрьеэгийн мэнэнгийн явц, хэлбэр ихээхэн өөрчлөгджээ (Д.С. Фуртер, 1962; Р. И. Кенс, 1964; И. И. Васина, 1968). Хэдийгээр сүрьеэгийн мэнэнг судлах талаар ихээхэн амжилт олсон боловч уул өвчин өргөн дэлгэрсэн хэвээр бөгөөд, өвчний явц удаан алгуур болсон ба өвчтөн эдгэрэхэд ямар нэгэн хэмжээгээр тогтвортой үлдэгдэл шинжүүд үлдэн хоцордог байна (Н. Э. Соркин, 1964; М. В. Пиккель, 1966; Д. И. Шапиро, 1967 болон бусад).

Бид, Донецк мужийн хэмжээнд сүрьеэгийн мэнэнгийн онцлогийг судлах зорилгыг тавьж ажилласан юм. Үүний хажуугаар бид өвчтөний хавсарсан эмчилгээнд преднизолоныг нугасны хөндийд тарьж үр дүнг өвчний шинж тэмдэг болон лабораторийн шинжилгээний үзүүлэлтээр цэгнэн үзсэн болно. Ер нь сүрьеэгийн мэнэнгийн үед преднизолон ба гидрокортизоныг нугасны хөндийд хийж эмчилсэн тухай мэдээ гадаадын хэвлэлд ганц нэгээс илүүгүй (О. Ваз-Гекерт, 1954; Е. Бенгаму и Тимсит, 1956; А. Гольвалля, 1957) байна.

1964—1969 онд бид 130 хүнд ажиглалт хийсэн ба эдгээрийн 14-ийг 1—4 жилийн турш ажигласан юм. Өвчтөний 75 нь эрэгтэй, 55 нь эмэгтэй байв.

Өвчтөнийг насаар нь ялгахад, 17—20 насны 16; 21—30 насны 47; 31—40 насны 38; 41—50 насны 18; 51—60 насны 8; 61—70 насны 3 хүн тус тус байв. Үүнээс үзэхэд, уул өвчнөөр голдуу залуу хүмүүс өвчилсөн болох нь харагдаж байна. Үзсэн бүх хүмүүсийн дотор сүрьеэгийн мэнэнгээр анх өвдөж байгаа 92, дахин өвдсэн 15 хүн, урд нь өвдөж байсан 23 хүн байлаа. Эхний хоёр бүлэгт цочмог явцтай өвчлөл 32 хүнд, алгуур аажим өвчлөл 75 хүнд ажиглагдав. 54 хүнд (41,5%) сүрьеэгийн мэнэн нь уушгины идэвхтэй хэлбэрийн сүрьеэгийн явцад үүссэн ба харин 40 өвчтөнд (30,7%) уушгинд нь ганц нэг хатуужсан голомт олджээ. Уушгины бус идэвхтэй хэлбэрийн сүрьеэгийн улмаас өвчилсөн 11 (8,4%) өвчтөн байв. 25 хүнд (19,2%) анхдагч сүрьеэ олноогүй болно.

Өвчтөнийг эмнэлэгт хэвтсэн хугацаагаар авч үзвэл, ажиглагдсан өвчтөний 98 (70%) нь өвчин эхэлснээс хойш 10 хоног өнгөрсний дараа буюу хожуу хэвтсэн байна. Гэхдээ 1—15 дахь жилдээ хэвтсэн 23 өвчтөн урьд нь сүрьеэгийн мэнэнгээр өвчилж байжээ.

23 өвчтөнд өвчин дахисан, үүнээс нэг удаа 14, хоёр удаа 6, гурван удаа 2, дөрвөн удаа 1 өвчтөнд тус тус өвчин дахисан байв.

Уул өвчний үед илэрч байсан шинж тэмдгийн талаар тус тусад нь авч үзвэл хамгийн түрүүн толгой өвдөх явдлыг дурдах хэрэгтэй юм.

Тогтмол маягийн толгойн өвчин уул өвчний нилээн эрт илрэх шинж бөгөөд үзсэн бүх хүмүүст тохиолдож байв. Толгойн өвчин олонхи өвчтөнд тийм хүчтэй биш байсан ба харин 9 хүнд толгой ихээр өвдөх, үе үе хатгах, их өвдөхөөрөө дотор муухай оргих огиулах явдал үзэгдэж байсан.

Өвчтөнүүдийн 5-аас бусдын биеийн байдал хүндэвтэр юмуу хүнд байдалтай байсан нь эмнэлэгт хожуу ирсэнтэй холбоотой бололтой. Ерөнхийдөө цочрол ихсэх, «Хуцаж байгаа нохойн» байрлал гаргах нь цөөхөн, 6—7 хүнд үзэгдэж байв.

Мэнэнгийн шинжүүдийн дотроос шилэн хүзүүний булчин хөшиж татах, Кернигийн шинж бараг бүх өвчтөнд илэрсэн. Брудзинскийн дээд, доод шинж 60 хүнд (56%) үзэгдсэн бөгөөд тэдгээр нь голдуу хүнд өвчтөн байсан юм.

Бехтеревийн (санчигны) шинж тэмдгийн талаар хэвлэлд бичсэн юм бид олж үзээгүй. Гэтэл бидний ажиглалтаар энэ шинж 55 өвчтөнд (51%), гэхдээ Брудзинскийн шинжийн нэгэн адил зөвхөн хүнд өвчтөнүүдэд гарч байсан болно. Мэнэнгийн шинж тэмдэг нь 26 өвчтөнд 1—15 хоног; 20 өвчтөнд 16—30 хоног; 16 өвчтөнд 31—45 хоног;

13 өвчтөнд 46—60 хоног; 16 өвчтөнд 61—90 хоног; мөн 16 өвчтөнд 91—180 хоног үргэлжилсэн байв.

Ер нь мэнэнгийн шинжүүд ихэнх хүмүүст илрэх төдий байсан ба зөвхөн 9 хүнд тодорхой гарч байв. Урьд нь уул өвчнөөр өвдөж байсан хүмүүст мэнэнгийн шинжүүд илрэхгүй байв. Харин өөр өвчин (томуу ханиад, ангина зэрэг) хавсрах юмуу даарч хөрөх, сэтгэлийн шаналгаант зүйл нөлөөлөхөд шилэн хүзүүний булчин бага зэрэг хөшүүн болох, Кернигийн шинж гарах байдал үзэгдэж байв. Сүрьеэгийн мэнэнгийн үед тархины мэдрэлүүдийн зүгээс өөрчлөлт гардаг талаар ном хэвлэлд бичсэн зүйл ховор байна. М. Х. Медианц (1939) хамгийн их өөрчлөлт нүд хөдөлгөгч мэдрүүлийн зүгээс гарч байгаа тухай бичсэн (43%). Мөн үүнтэй ойролцоо дүгнэлтийг Д. С. Футер (1962) Д. И. Шапиро (1967) нар судалгааны үндсэн дээр хийсэн. Гэтэл Ш. А. Россин (1949) нүд хөдөлгөгч мэдрүүлийн зүгээс гарах өөрчлөлтийг зөвхөн 10% тохиолдолд илрүүлсэн ба үүнийгээ сүрьеэгийн мэнэнгийн явц хөнгөрсөнтэй холбон тайлбарлаж байв. Бидний хийсэн ажиглалтаар, гавал тархины мэдрүүлүүдийн дотроос нүд хөдөлгөгч мэдрүүл (50%) хамгийн олонтаа гэмтэж байсан ба нүд эргүүлэгч мэдрүүл гэмтэх нь зөвхөн 17,6%-д тохиолдсон.

Дээрх судлаачид гавал тархины мэдрүүлүүдийн гэмтэлд гуравдугаар байранд нүүрний мэдрүүлийн гэмтэл ордог гэсэн боловч үүнийгээ төвийн буюу хязгаарын гэж ялган зааглаагүй байна.

Бид, 56 хүнд (43%) нүүрний мэдрүүлийн төвийн сааг олсон ба тэдгээр нь голдуу нүд хөдөлгөгч болоод нүд эргүүлэгч мэдрүүлийн эсрэг талын шинжтэй давхцан тохиолдож байв. Зөвхөн 4 хүнд нүүрний мэдрүүлийн хязгаарын саа үзэгдсэн болно. Нүдний ёроолд зогсонги байдал үзэгдсэн явдал 19 өвчтөнд, нүүрний мэдрүүлийн гэмтэл 13 хүнд тус тус үзэгдсэн.

Ер нь гавал тархины мэдрүүлд гарах гэмтэл нь ихэнхдээ хөнгөн байдаг. Гэхдээ энэ нь өвчний хүнд хөнгөнтэй холбоотой байгааг бид олж үзээгүй. Бульбарын шинж ганцхан хүнд үзэгдсэн. Уул өвчний үед бидний ажигласан нэг онцлог бол залгиурын рефлекс удаан хугацаанд өөрчлөгдөхгүй хэвээр байх явдал байлаа. Ажиглахад нүүрний мэдрүүлийн төвийн саа болон хэлэн дорхи мэдрүүлийн гэмтлийн хооронд холбоотой зүйл харагдаагүй. Хэлэн дорхи мэдрүүлийн үрэвсэл 17 хүнд тохиолдсон болно.

19 хүнд хөл гарын саа ямар нэг хэмжээгээр тохиолдсон. Тэдгээрийн ихэнх нь төвийн гаралтай, эмчилгээний дүнд сайжрал авах нь удаан байсан. Гэтэл эмгэг рефлекс гарах явдал нилээд олон хүнд (56) харагдаж байв. Бабинский, Гордон, Оппенгеймийн шинж олонтаа илэрч Жуковский, Россолимо, Пусеп, Штрюмпелийн шинж ховор үзэгдэж байлаа.

Нугасны усанд үүсэх өөрчлөлт нь хэвлэлд бичнээс ялгагдахгүй байв. Уургийн хэмжээ 0,6—2,5%-ийн хэмжээнд, эсийн тоо 1 мм^3 шингэнд хэдэн арваас дөрвөн зуу хүртэл, үүнд лимфоцит зонхилж байв. Нугасны усны чихрийн хэмжээ өвчтөний 60%-д 20—30 мг% хүртэл багассан байв.

Сүрьеэгийн мэнэнгийн идэвхтэй үед стрептомицин, ПАСК болон ГИНК-ийн төрлийн эмүүд үндсэн эмчилгээ болдог. Эдгээрийн зэрэгцээ шингэн гадагшлуулах, гормон болон биеийн эсэргүүцлийг сайжруулах, нөхөн сэргээх эмчилгээнүүд хийдэг (И. Э. Соркин 1959; К.И. Гусев 1961; И. И. Васина 1968 болон бусад). Бид, нэгээс бусад бүх өвчтөнд стрептомициныг ердийн хэмжээгээр булчинд, 51 өвчтөнд нугасны хөндийд хийж эмчилсэн. ПАСК, ГИНК-ийн төрлийн эмийг уулгаж байсан. Шингэн ялгаруулах, нөхөн сэргээх эмчилгээг хавсруулан хийж 23 хүнд преднизолон, 11 хүнд гидрокортисон хэрэглэсэн ба эд-

гээрийн дундаж тун 250—600 мг байсан болно. 17 хүнд АКТГ 500 ед-ээр хийсэн.

Преднизолон, гидрокортизоныг нугасны хөндийд 15—30 мг-аар бүгд 5—15 удаа хийсэн. Дурдсан эмчилгээний дүнд 101 өвчтөн (77,6%) бүрэн эдгэрч, 3 хүн (2,3%) бага зэрэг засрал авч, 26 өвчтөн нас барсан (20,0%). Сүрьеэгийн мэнэнгийн эмчилгээний байдалд ажиглалт хийсний дүнд бид уул өвчний үед хавсарсан эмчилгээг ялангуяа нугасны хөндийд преднизолон болон гидрокортизон хийх эмчилгээтэй хослуулах нь сайн үр дүнд хүргэж байна гэдэг дүгнэлтэнд хүрсэн юм. Ингэж эмчлэгдсэн хүмүүсийн эдгэрэх нь жирийн аргаар эмчлэгдсэн хүмүүсийнхээс 1,5 дахин хурдан байгаа нь ажиглагдлаа.

Зөвхөн хоёр тохиолдолд нугасны шингэний хагас түгжрээ, мөн бага зэргийн үлдэц шинж хоцорсон болно. Харин гормоныг ялангуяа нугасны хөндийд хийх эмчилгээг хождуулахад эмчилгээний үр дүн эрс буурдгийг анхаарах хэрэгтэй. Нас барсан 26 өвчтөнөөс зөвхөн 3 хүнд эмчилгээг хавсарсан аргаар явуулсан ба тэдний нэг нь 35 дахь хоногтоо, хоёр нь 2 сарын дараа эмнэлэгт ирсэн байв.

Иймээс нугасны хөндийд преднизолон, гидрокортизоныг бусад эмчилгээтэй хавсруулан хийх аргыг эмчилгээнд нэвтрүүлэн өргөн хэрэглэх нь зүйтэй гэж үзэж байна.

НОМ ЗҮЙ

1. Васина И. И. Клиника, лечение, исходы туберкулезного менингита в юношеском возрасте и у взрослых. Автореферат кандидатской диссертации. Харьков, 1968.
2. Гусев В. А. О лечении туберкулезного менингита у беременных. Проблемы туберкулеза. 1963, 9, 58—51.
2. Кенс Р. И. Туберкулезный менингит у взрослых. Автореферат докторской диссертации, Львов, 1964.
4. Соркин И. Э. Туберкулезный менингит. Москва. 1959.
5. Соркин И. Э. Распознавание и лечение туберкулезного менингита. Советская медицина. 1964, 3, 53—59.
6. Пиккель М. В. Туберкулезный менингит и его клинические формы при современных методах лечения. Автореферат докторской диссертации. Ленинград, 1966.
7. Россин Ш. А. Туберкулезный менингит взрослых. Невропатология и психиатрия, 1949, 1, 31—39.
8. Футер Д. С. Туберкулез нервной системы. В книге: Руководство по неврологии. Том 3, книга 2. Медгиз, 1962, 581—664.
9. Шапиро Д. Ч. Клиника и исходы туберкулезного менингита у взрослых. Автореферат кандидатской диссертации. Челябинск, 1967.
10. Venhamo E. Timsit M. Presse med. 1956, 10, 199—202.
11. G o i w a l l a A. Anjaria T. Parikh S. K., Jndian L. Med., Sc. 1957, 11, 304.
12. Wasz-Hoskert O. Cortisone in tuberculous meningitis. Nord. med 1954, 51,3,101.

СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО МЕНИНГИТА

В. Г. Назаренко

РЕЗЮМЕ

Обследовано 130 больных туберкулезным менингитом в возрасте 16—70 лет. 92 человека впервые заболели туберкулезным менингитом, 15 поступили во время рецидивов и 23 пациента перенесли в прошлом менингит. Острое или подострое начало заболевания отмечено в 30% случаев, постепенное—в 70%.

Туберкулезный менингит развился на фоне активного внутригрудного и внелегочного туберкулеза, соответственно в 41,5% и 8,4% случаев. У половины больных туберкулезным менингитом не выявлено связи с первичным активным туберкулезным процессом.

Наиболее характерными и ранними симптомами туберкулезного менингита являются: постоянная головная боль, рвота, ригидность мышц затылка, симптом Кернига и воспалительные изменения в спинномозговой жидкости. Менингеальные симптомы Брудзинского и Бехтерева (скуловой), выявленные у 50—55% больных, наблюдаются преимущественно при тяжелом течении заболевания. Для туберкулезного менингита взрослых не характерны общая гиперестезия и поза «лягавой собаки».

Из черепномозговых нервов наиболее часто поражаются глазодвигательный и центральный нерв лицевого нерва (50%). Реже страдают отводящий (17,6%) и зрительный (10%) нервы. Характерным можно считать сохранность глотательного рефлекса.

Патологические рефлексы Бабинского, Гордона, Оппенгейма встречаются у половины больных, в то время как парезы конечностей наблюдаются у 17,7% больных. При тяжелом течении туберкулезного менингита целесообразно, наряду со специфическим лечением, эндоломбальное введение преднизолона или гидрокортизона, что способствует более быстрому улучшению состояния, регрессу менингеальных и очаговых симптомов, санации ликвора и уменьшению осложнений.

НУРУУ БОЛОН НУГАСНЫ ГЭМТЛИЙН ҮЕ ДЭХ МЭДРЭЛИЙН СИСТЕМИЙН НӨХӨН-ЗОХИЦОХ АЖИЛЛАГАА БА ТҮҮНИЙГ ИДЭВХЖҮҮЛЭН ТҮРГЭСГЭХ АРГУУДЫН ТУХАЙ КЛИНИКИЙН АЖИГЛАЛТУУДАД ХИЙСЭН ДҮН ШИНЖИЛГЭЭ

*Профессор И. Л. Бенькович, Б. И. Бенькович
(ЗХУ Минск хот)*

Мэдрэлийн системийн гэмтлийн үе дэх нөхөн-зохицох үйл ажиллагааг судлах нь онол практикийн чухал ач холбогдолтой зүйл юм. Бие махбодын өвчлөх үед алдагдсан үйл ажиллагааг нөхөн-сэлбэх процесс явагддагийг эмч нарын олон зуун жилийн туршлагауд, клиник дэх өдөр тутмын ажиглалтууд нотолж байна.

Бие организмын өвчнийг даван туулах, алдагдсан үйл ажиллагаагаар нөхөн сэлбэх энэхүү амьдралын хүчийг гаднаас дэмжин түргэсгэх асуудал эмч нарт тулгарч байна.

Гэвч энэ процессын үндсэн механизмыг сайтар мэдэхгүй байгаа учраас түүнийг удирдан хөглөхөд хүчин мөхөсдөж байгаа юмаа.

Өвчтэй хүмүүст эмчилгээний чин туслалцаа үзүүлэх гэсэн шинжлэх ухааны олон арван зүтгэлтэнүүд энэ асуудлыг боловсруулах талаар оюун ухаанаа зориулж байна. Энэхүү процессын үүсэн хөгжихийн үндэс нь мэдрэлийн системийн нөхөн сэлбэх онцгой чадвар, түүний үйл ажиллагааны өндөр идэвхжлээр тодорхойлогдох нь эргэлзээгүй юм.

Мэдрэлийн системийн бүтэц шинэчлэгдэн нөхөгдөх бололцооны тухай баталсан биологийн шинжлэх ухааны амжилтууд нь, организмын алдагдсан үйл ажиллагааг нөхөн сэргээх процессыг идэвхтэйгээр удирдах асуудлыг шийдвэрлэхэд дөхөм үзүүлж байна.

Бидний танилцуулж байгаа энэхүү материалд эх орны дайнд шархадсан, нуруу яс, нугасны хүнд гэмтэлтэй, хөдөлгөөн, мэдрэхүй, аарцгийн эрхтнүүдийн үйл ажиллагааны алдагдалтай, эдийн тэжээлийн гүнзгий өөрчлөлтүүдтэй 167 өвчтөний мэдрэлийн системийн нөхөн-зохицох процесс болон түүнийг идэвхжүүлэн түргэсгэхэд чиглэгдсэн эмчилгээний арга хэмжээнүүдэд хийсэн олон төрлийн шинжилгээ судалгааны үр дүнг нийтэлсэн юмаа.

Эмнэл зүйн шинж тэмдгийн хүндрэлээр 1-р байранд аарцгийн эрхтнүүдийн үйл ажиллагааны алдагдал илүү илэрсэн өвчтөнүүд, 2-рт эдийн тэжээлийн гүнзгий хямралтай өвчтөнүүд, 3-рт хөдөлгөөн,

мэдрэхүйн эрхтнүүдийн ажиллагаа давамгайлалтаар алдагдсан өвчтөнүүд орж байлаа.

Нөхөн-зохицох процессыг түргэсгэх хавсарсан эмчилгээг боловсруулахдаа өвчтэй бие махбодод үйлчлэх арга нь аль болохоор гамнан-хамгаалах чанартай, уян зөөлөн онцгой нөлөөлөлтэй байхын чухлыг харгалзсан юм.

Бидний зохиосон хавсарсан эмчилгээ нь дараахи аргуудыг багтаасан Үүнд: Проф. Шербакийн хэсэгчилсэн-шавар эмчилгээний сайжруулсан арга (39—44°-ын температурт 15—20 мин хугацаагаар тавьдаг), шулуун гэдсэнд шавар чихээс хийх арга, гэмтсэн мөчүүдэд иллэг хийх, лангет тавих, суга таяг, сууж явах гулгуур, явахад туслах гулгуур, гурван хөлтэй таяг хэрэглүүлэх, эмчилгээний биеийн тамир хийлгэх; эрхтний ажиллагааг сэргээх механик эмчилгээ, эдийн тэжээлийн хямралтай үед түүнээс хамгаалах нөхцөлийг бүрдүүлэх зэрэг хавсарсан аргуудыг хэрэглэхийн хамт эмээр эмчлэх (бромын бүлэг, витамин С, В₁, дибазол) болон шөнийн туршид 12—14 цагаар унтуулах эмчилгээ зэргийг хийсэн. Эмчилгээний явц, төгсгөлд эрхтэн систем тус бүрийн үйл ажиллагааны сэргэлтийг цаг тухайд нь илрүүлэн, сайжралын хир хэмжээ, хугацаагаар нь ялгаварлан тогтоож, эцэст нь нэгтгэн дүгнэх замаар нөхөн-зохицох процессын аль зэрэг явагдаж байгааг шалгаж байлаа.

Бидний судалсан 167 өвчтөний 143-д нь (85,7%) нөхөн-зохицох процесс нилээд идэвхтэй явагдаж, зөвхөн 24 өвчтөнд (14,3%) энэ үзэгдэл сул илэрсэн.

Судалгааг дүгнэсэн байдал

Нугасанд байгаа гэмтлийн байршил, хэмжээ, хүнд хөнгөн явц, гэмтсэн хугацаанаас шалтгаалан нөхөн-зохицох үзэгдэл харилцан адилгүй үүсэн хөгжж байсан.

Нугасны бүслүүр-ууц нурууны хэсгийн гэмтлийн үед аарцгийн эрхтнүүдийн үйл ажиллагааны алдагдал нь хүнд явцтай, сайжрал нь маш удаан байснаас гадна эдийн тэжээлийн хямралын уршгаар гарах хүндрэлүүд зэрэгцэн илэрч байв. Гэмтсэн нугасанд тархины гадарт давхрагаас үзүүлэх нөлөөний ихсэлт нь нилээд идэвхтэй байдгаас гадна нөлөө, холбоо нь ялгавартай явагддаг болохыг бидний ажиглалт нотолж байна. Шээс хүрсэн үед өтгөнөөр бие засах сэрэл гарахгүй, харин шээс хүрэхэд тогтоон барих чадалтай болж (тархины гадарт давхрагын нөлөө ихссэн) шээс сувгаар гарах үеийг урьдчилан мэдрэхгүй болж тэр нь бэхжсэн; өтгөнөөр бие засах мэдрэхүй сайжирсан үед, баас гарч буйг мэдрэхүй сэргээгүй байсан.

Аарцгийн эрхтнүүдийн үйл ажиллагаа алдагдсан үед, тархины гадарт давхаргаас нөхөн-зохицох процессын явцад нөлөөлөх нь харилцан адилгүй байлаа (шээс хүрэх мэдрэхүй —34,7%, шээс сувгаар гарах мэдрэхүй —16%, шээс хүрэх үед барих чадал —52,2%-иар сэргэн засарсан). Аарцгийн эрхтнүүдийн үйл ажиллагаа сэргэхийн зэрэгцээгээр хөдөлгөөний эрхтнүүдийн ажиллагаа идэвхжиж, өвдөх мэдрэхүйн алдагдал засарч, гэмтсэн мөчүүдийн тэжээлийн хямрал сайжирсан. Нугасны хүзүүний ба цээжний хэсгийн гэмтлийн үед үүссэн тэжээлийн шархлааны эдгэрэх процесс сул, удаан явагдсан боловч, үүнтэй зэрэгцэн бүх төрлийн өнгөц мэдрэхүйн алдагдал бүрэн биш засралыг олж байв.

Түшиг тулгуур-хөдөлгөөний эрхтнүүдийн алдагдсан үйл ажиллагаа сэргэх процесс нилээд сайн явагдаж (79,2%), тэнцвэр тохироо (48,7%) засарч байлаа. Эрхтнүүдийн үйл ажиллагаа сэргэхийн хамт өвдөхийн (67,2%), халуун хүйтний (53,6%), хүрэлцэхийн (48,7%) гүнбулчингийн-(32,9%) мэдрэхүйнүүд мэдэгдэхүйц сайжралыг олж байв.

Өвчтөнийг зовоож байсан өвдөлтийн шинжүүд 56,7%-д бүрэн арилсан буюу багассан. Гэмтлийн хүнд байх нь нөхөгдөн засрах үзэгдлийг үргэлж саатуулагч хүчин зүйл болж чадахгүй гэдгийг нөхөн-зохицох процессын явцад хийсэн ажиглалтууд харуулж байна. Бие организмын алдагдсан үйл ажиллагааны сэргэлтийн хир хэмжээг нотолж байгаа сайжралын үечилсэн илрэлүүд, нөхөн-зохицох процессын хөгжих явцад тэмдэглэгдсэн тооны болоод чанарын үзүүлэлтүүдийн өөрчлөгдсөн бүлэглэлийн процесс нь ихээхэн анхаарал татаж байна (1-р хүснэгт).

Түргэсгэн идэвхжүүлэгч арга хэмжээнүүдийн үйлчилгээгээр тодорхойлогдож байгаа нөхөн-зохицох үзэгдлийн хөгжлийн үечилсэн байдал нь онцгой ач холбогдолтой зүйл бөгөөд цаашид гүнзгийрүүлэн судлах шаардлагатай юм. Учир нь энэхүү үечилсэн байдлыг ашиглан организмын үйл ажиллагааны алдагдлын үед нөхөн-зохицох процессыг удирдах бололцоог олж болох юм.

1-р хүснэгт

Эмчлэн-түргэсгэгч хавсарсан үйлчилгээний нөлөөнд нөхөн-зохицох процессын үүсэн хөгжсөн байдал ба үйл ажиллагааны сайжралын үечилсэн шинжүүд

№	Мэдрэлийн системийн тусгаар хэсгүүд	Эзэлсэн байр						
		Үйл ажиллагааны үечлэл, ялгаа (7 хоногоор)						
		1	2	3	4	5	6	эмчилгээний эцэст эзэлсэн байр
1	Хөдөлгөөний систем	1	3	8	0	1	1	3
2	Өвдөлтийн мэдрэхүй	2	2	2	2	2	0	2
3	Мөчний тэжээлийн байдал	3	1	0	3	2	1	1
4	Доргион мэдрэхүй	4	4	3	4	0	0	5
5	Температурын мэдрэхүй	5	6	0	1	3	0	4
6	Хүрэлцэгийн мэдрэхүй	6	8	1	0	0	0	6
7	Тэнцүүрийн аппарат	7	7	4	5	1	0	8
8	Арьсны рефлекс	8	10	5	4	2	0	9
9	Тэжээлийн хямралын шархлаа	9	11	11	0	0	0	13
10	Шээс гарахыг мэдрэх	10	14	10	0	0	0	15
11	Шөрмөсний рефлекс	11	12	7	0	2	0	11
12	Шээс хүрэхийг мэдрэх	12	11	11	0	0	0	13
13	Баас барих чадал	13	12	6	0	0	0	12
14	Баас гарахыг мэдрэх	14	13	9	0	0	1	14
15	Эмгэг рефлексүүд	14	12	0	0	0	0	14
16	Шээс хүрэхэд барих чадал	0	5	2	4	0	0	7
17	Баас хүрэхийг мэдрэх	0	12	10	0	0	—	14

Тархины гадарт давхарга-нугасны системүүдийн тусгаар хэсгүүдийн алдагдсан үйл ажиллагааны харилцан адилгүй сэргэлтээс шалтгаалан үүссэн нөхөн-зохицох процессын жигд бус байдлуудыг 2-р хүснэгтээр харууллаа.

Шөрмөсний рефлексүүдийн талаас гарсан өөрчлөлтүүд их анхаарлыг татсан юм. Өвчтөнийг эмнэлэгт хэвтэх үед шөрмөсний рефлексүүдийн өөрчлөлт 3-р байранд орж 95,8% эзэлж байсан бол, эмнэлгээс гарах үед 17-р байранд орж дөнгөж 20%-ийн сайжрал өгч байсан нь тархины гадарт давхарга-нугасны гэмтлүүдийн тогвортой бус байдлаас шалтгаалсан байж болно.

Тархины гадарт давхарга-нугасны системүүдийн тусгаар хэсгүүдийн алдагдсан үйл ажиллагаа харилцан адилгүй сайжирснаас шалтгаалан үүссэн нөхөн-зохицох процессын жигд бус байдлууд

Хэвтэх үед гэмтлээр нь байр эзлүүлбэл	Төв мэдрэлийн системийн тусгаар хэсгүүд	Хэвтэх үеийн гэмтлийн хувь	Гарах үеийн сайжралын хувь	Эмнэлгээс гарах үед сайжралаар нь байр эзлүүлбэл
1-р байр	Хөдөлгөөний аппарат	100	79	2-р байр
2-р байр	Өвдөхийн мэдрэхүй	98,8	67,2	3-р байр
3-р байр	Шөрмөсний рефлексүүд	95,8	20	17-р байр
4-р байр	Тэнцүүрийн аппарат	84,9	44,4	9-р байр
5-р байр	Температурын мэдрэхүй	80,3	53,6	4-р байр
6-р байр	Мөчний тэжээлийн байдал	76,6	90,1	1-р байр
7-р байр	Гүн-булчингийн мэдрэхүй	76,6	32,9	12-р байр
8-р байр	Арьсны рефлекс	74,8	40	10-р байр
9-р байр	Хүрэлцэхийн мэдрэхүй	71,3	48,7	8-р байр
10-р байр	Доргионы мэдрэхүй	71,3	51,3	7-р байр
11-р байр	Шээс хүрэхэд барих чадал	67,6	52,2	5-р байр
12-р байр	Баас хүрэхэд барих чадал	53,9	24,4	13-р байр
13-р байр	Баас хүрэхийг мэдрэх	42,5	24	14-р байр
14-р байр	Шээс хүрэхийг мэдрэх	41,3	34,7	11-р байр
15-р байр	Эмгэг рефлексүүд	34,7	22,2	15-р байр
16-р байр	Шээс сувгаар гарахыг мэдрэх	32,3	16,6	18-р байр
17-р байр	Баас гарахыг мэдрэх	28,1	21,3	16-р байр
18-р байр	Тэжээл хямралын шарх	27,5	52,1	6-р байр

Тэнцвэрийн аппаратын гэмтэл өвчтөнийг хэвтэх үед 4-р байранд орж (84,9%) байсан бол эмнэлгээс гарах үед 9-р байр эзэлж 44,4% сайжрал өгсөн.

Гүн-булчингийн мэдрэхүй өвчтөнийг хэвтэх үед 7-р байрыг эзэлж (76,6%) байсан бол эмнэлгээс гарах үед 12-р байранд орж 32,2% сайжралыг өгсөн.

Энэхүү тооны үзүүлэлт нь нөхөн-зохицох процессыг түргэсгэн идэвхжүүлэгч эмчилгээний үр дүнд нугасанд тархины гадарт давхаргаас нөлөөлөх хүч хичнээн нэмэгдсэнийг харуулж байна. Өөрөөр хэлбэл, нугас гэмтсэний улмаас алдагдсан тархины гадарт давхарга-нугасны дахин үүссэн өгсөх, уруудах холбооны үйл ажиллагааны сайжралыг нотолж байна.

Гэмтсэн мэдрэлийн эдийн бүрэлдэхүүнийг нөхөн-зохицох процессын механизмыг тодруулах энэхүү үзэгдлийн аль ч үе шатанд гаднаас үйлчлэн түргэсгэх эмчилгээний арга хэмжээг авах өргөн боломжийг нээх юмаа.

Иймд эрхтний алдагдсан үйл ажиллагааг нөхөн сэлбэх асуудлыг эрдэмтэн онолчид, клиникийн судлагчдын хамтарсан хүчээр шийдвэрлэх нь хойшлуулшгүй чухал зорилт болно.

О КОМПЕНСАТОРНО-ПРИСПОСОБИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССАХ
В НЕРВНОЙ СИСТЕМЕ ПРИ ТРАВМАТИЧЕСКОМ ПОВРЕЖДЕНИИ
ПОЗВОНОЧНИКА И СПИННОГО МОЗГА И МЕТОДАХ ИХ
АКТИВНОЙ СТИМУЛЯЦИИ

И. Л. Бенькович, Б. И. Бенькович

Авторы дают анализ клинических наблюдений над целенаправленной терапевтической стимуляцией компенсаторно-приспособительных процессов у 167 больных, перенесших тяжелейшие ранения позвоночника и спинного мозга.

МЭДРЭЛ СУДЛАЛ, СЭТГЭЦ ГЭМ-СУДЛАЛААР ХИЙГДСЭН ЭРДЭМ ШИНЖИЛГЭЭНИЙ АЖЛУУД

А. У. дэд эрдэмтэн, доцент Ш. Доржжадамба

Шинжлэх ухааны дэвшил хөгжил нь ард түмний оюун ухаан хөдөлмөрөөр үе уламжлагдан бүтээсэн түүхийн нөхцөлд тухайн үеийн нийгэм төрийн зохион байгуулалттай арга хэмжээнүүдийн дүнд тэргүүний сэхээтэн эрдэмтдийн оюун ухаан шаргуу хөдөлмөрийн хуримтлал билээ.

Эртний дорно дахины уламжлалт монгол төвдийн анагаах ухаан шашны бурангуй сургаалд автаагүй байх үед амьдралын үйл туршлага дээр үндэслэсэн гэнэн материалист хэлбэртэйгээр өвчин согогын үнэн учрыг олохыг эрмэлзсэн давшилт санаа чиглэлтэй байсны зарим тал мэдрэл, сэтгэл мэдрэлийн өвчнүүдийг тайлбарлахад гарч байжээ. Энэ тухай эртний монголын анагаах ухааны алдарт сурвалж бичиг «эмийн 4 үндсэн» болон түүний дараагаар бичигдэж орчуулагдаж байсан эмнэлэг, эмийн судар бичгүүдэд зарим зүйлүүдийг товч бичиж мөн биет үзүүлэнгээр гаргаж харуулсан байдаг.

Гэвч байгаль, бодисын шинжлэх ухааны үндэстэй анагаах ухаан хувьсгалаас өмнө манай оронд хөгжөөгүй, хөгжих ч боломж байсангүй. 1921 онд ардын хувьсгал ялмагц МАХН засгаас ард түмний эрүүл мэндийг юуны түрүүнд онцлон анхаарч үнэ төлбөргүй улсын эмнэлгийн салбаруудыг байгуулан ЗХУ-аас эмч эрдэмтдийг урин ирүүлж ажиллуулсан энэ үед эмнэлгийн судалгааны ажлыг хийх анхны эх үүсвэр тавигдсан юм.

Ардын төрийн анхны жилүүдэд манайд уригдан ажиллаж байсан зөвлөлтийн эрдэмтэн А. В. Ильин (1935) сульфозин эмчилгээний тухай, их эмч Н. А. Анисимова (1947) давших саа өвчний тухай манай материалд тулгуурлан зарим судалгааны ажлуудыг хийж зөвлөлтийн хэвлэлд гаргасан байна.

1947 онд үндэсний эмнэлгийн анхны дээд мэргэжлийн эмч нар ажиллаж тэдгээрийн дотроос мэдрэл-сэтгэл мэдрэлийн судлалд сэтгэл шулуудан хүчин зүтгэх анхны эмч нар гарсан нь энэ шинжлэх ухаануудыг манай оронд хөгжүүлэх боломжийг бий болгожээ. 1953 онд мэдрэлийн эмч Г. Лодон «гавлын доторхи даралтанд зарим эмийн нөлөөлөх тухай» сэдвээр анагаах ухааны дэд эрдэмтний зэргийг амжилттай хамгаалсан нь мэдрэлийн зарим өвчнүүдийн эмгэг зүйн байдлыг тодруулахад үр дүнтэй болсноос гадна, манайд эмийн бодисуудыг эмчилгээнд яаж хэрэглэхийг заасан практик ач холбогдолтой мэдрэл судлалын шинжилгээний анхны ажил болжээ.

Орчин үеийн сэтгэц-гэм-судлалын үндсэн салбар болох клиникийн сэтгэц-гэм-судлал манайд сүүлийн жилүүдэд шинэхэн хөгжиж байна.

Анх 1959 онд монголд аминазиныг клиникийн практикт хэрэглэсэн тухай үндэсний эмчийн анхны судалгааны чанартай илтгэл Улсын их сургуулийн багш нарын эрдэм шинжилгээний бага хуралд тавигдаж, 1960 онд «Истериин элбэг биш тохиолддог шинж тэмдгийн тухай» өгүүлэл (Ш. Доржжадамба) «Эрүүл мэнд» сэтгүүлд хэвлэгдэж байжээ.

Сэтгэл мэдрэлийн өвчнүүдийн дунд зонхилж байсан мэдрэлийн өвөрмөц халдварын шалтгаант солиорлын талаар «БНМАУ дахь давших саа өвчний өвчлөл, клиник, явц, эмчилгээний онцлогууд» (Доржжадамба Ш. 1964) гэдэг А. У. дэд эрдэмтний зэргийн сэдэвт ажлыг хийж гүйцэтгэсэн. Энэ ажлаар манай хүн амын сэтгэл мэдрэлийн өвчлөлд мэдрэлийн өвөрмөц халдварын шалтгаант өвчнүүдийн эзлэх хувь, тэдгээрийн үүсэл жамын зарим онцлог учир холбогдлууд, клиникийн байдал зэргийг тодорхойлсон.

Мөн мэдрэл, сэтгэл мэдрэлийн өвчнүүдийн дунд тэргүүн байрын нэгэнд тогтмолд байгаа сэтгэлийн шалтгаант өвчнүүдийг судлан «БНМАУ дахь сэтгэлийн шалтгаант өвчнүүдийн тархалт, клиникийн онцлогууд» (Ц. Гүрдорж 1969) гэсэн сэдвээр А. У. дэд эрдэмтний зэрэг хамгаалах сэдэвт зохиол бичигдлээ. Энэ ажилд клиникийн болон клиник-дүн бүртгэлийн судалгааны өвчтөнийг тоолон бүртгэх аргаар хот хөдөөгийн хүн амын дундах сэтгэлийн шалтгаант өвчний тархалтын байдал, эдгээр өвчнүүдийг үүсэхэд нөлөөлөх хүчин зүйлүүд, тэдний харьцаа, клиникийн зарим онцлогийг тодорхойлжээ.

Сэтгэц гэм судлалын судалгааны ажлуудыг хэвлүүлж шүүн хэлэлцүүлэх, мэрэгжлийн эмч нарын хүртээл болгоход «Монгол дахь мэдрэл сэтгэцийн өвчний судалгаа» цуврал товхимол чухал үүрэг гүйцэтгэсэн. Монгол дахь мэдрэл сэтгэцийн өвчний судалгаа товхимлын 1-р дэвтэр 1960 онд, 2-р дэвтэр 1962 онд, 3-р дэвтэр 1965 онд, 4-р дэвтэр 1967 онд, 5-р дэвтэр 1969 онд тус тус хэвлэгдэн гарч энэ жижиг товхимлуудад Зөвлөлт Холбоот Улс, Социалист Чехословак зэрэг ах дүү социалист орнуудын эрдэмтдийн (Г. К. Ушаков, 1960; А. У. Тибилова 1962; А. О. Гейне, 1967, Черны Ян, 1967; Е. И. Тереньев 1969) бичсэн зарим бүтээлүүд нийтлэгдсэнээс гадна манай мэргэжлийн эмч нарын бүтээлийг гадаад орнуудад сурталчлах, сэтгэц гэм судлалын сүүлийн үеийн тэргүүний ололтыг өөрийн оронд сурталчлахад чухал ач холбогдолтой болсон.

1965 онд «Сэтгэл мэдрэлийн эрүүл мэндийг хамгаалах асуудал» (Доржжадамба Ш) хэмээх анхны нэг сэдэвт зохиол хэвлэгдэн гарлаа. Энэ номонд БНМАУ-ын хүн амын мэдрэл сэтгэл мэдрэлийн өвчлөлийн судалгааны урьдчилсан дүн, манай улсад мэдрэл сэтгэл мэдрэлийн өвчтэй хүмүүст үзүүлж байгаа эмнэлгийн тусламжийн өнөөгийн байдал, ойрын ирээдүйн төлөв зэрэг асуудлыг тодорхойлон бичсэн.

Мөн сэтгэл мэдрэлийн өвчнөөс урьдчилан сэргийлэх зорилгоор эмнэлгийн ажилчид юу мэдвэл зохих тухай бичсэн бөгөөд сэтгэл мэдрэлийн өвчнүүдийн улсын болон тайлангийн ангиллын төслийг гаргаж, өвчин үхэл гэмтлийн олон улсын ангиллын (7-р) сэтгэл мэдрэлийн өвчний хэсгийн нэрлэл, ангиллын дутагдалтай талуудыг ялангуяа «монгол төст өвчин» хэмээх харгис онолыг шүүмжилсэн болно.

1967 онд В. М. Банщиков, В. Н. Русских В.В. Русских, Ш. Доржжадамба зэрэг монгол зөвлөлтийн эрдэмтдийн хамтарсан бүтээл «Сифилис мозга и сифилитические психозы» гэдэг нэг сэдэвт зохиол орос хэлээр хэвлэгдэн гарлаа. Энэ зохиолд мэдрэлийн өвөрмөц халдварын үүсэх шалтгаан, ялангуяа түүний хожуу илрэх хэлбэрүүдийн үүсэл тархалт, эмгэгийн жам, түүнд нөлөөлөх хүчин зүйлүүд, эмгэгийн хэлбэр судлал, эмчилгээний зарим онцлогуудыг хоёр орны томоохон эмнэлгүүдийн өргөн материалаар дүгнэн бичсэн. 1968 онд проф. Лодонгийн «Хүүхдийн нугасны халдварт саа өвчин» хэмээх нэг сэдэвт зохиол хэвлэгдэж түүнд сүүлийн үед манай хүн амын дунд гарч байгаа халдварт саа өвчний эмгэг зүй, клиник эмчилгээний асуудлыг тодорхой бичсэн нь мэргэжлийн эмч нарт гарын авлага болохуйц ач холбогдолтой болжээ.

Клиникийн мэдрэл сэтгэц гэм судлалын бусад судалгааны ажлууд тухайн эмгэгт байдлын онцлогтой холбогдон хийгдсэн байна. Жишээ нь: «Төрсний дараахи солиорлууд» (С. Гэндэнжав. 1960), «ухаан хомсдолын үе дэх солиорлын клиникийн өвөрмөц тохиолдол» (Ш. Доржжадамба, 1965) «Хурц шизофренийн клиник явцын асуудал» (Ш. Доржжадамба 1967), «Эпилепсийн өвчлөл клиникийн байдлыг сэтгэл мэдрэлийн больницын материалаас судалсан дүн» (Чойдог, 1965) «Монгол хүний шээсэнд кератинин тодорхойлох асуудал» (Г. Дагзмаа) «Тархины цус харвалтын судалгаа» (Р. Дарьсүрэн) «Суурийн артери,

түүний эхний болон төгсгөл салаануудын эмгэгийн клиникийн хам шинжүүд» (Г. Лодон) зэрэг болно.

Мэдрэл, сэтгэц гэм судлалын практикт сүүлийн жилүүдэд эмчилгээний шинэ арга барилыг нэвтрүүлсний үр дүнг тодорхойлон гаргасан зарим судалгааны ажлууд гарсан. Үүнд «Монголд аминазиныг сэтгэл мэдрэлийн өвчнийг эмчлэхэд хэрэглэсэн тухай» (Ш. Доржжадамба 1960), «Инсулинээр сэтгэл мэдрэлийн өвчнийг эмчилсэн дүнгээс» (Ц. Гүрдорж 1965), «Френолоныг монголын сэтгэц гэм судлалын практикт хэрэглэсэн урьдчилсан дүн» (Ц. Гүрдорж, С. Гэндэнжав, Адъяабазар, 1965), «Мелипраминыг хэрэглэсэн дүн» (Ц. Гүрдорж С. Гэндэнжав, 1965), «Шизофрени өвчнөөр өвчлөгсдийг аминазин, рауседилээр хавсран эмчилсэн тухай» (Чойдог, 1960), «мэдрэлийн тэмбүүтэй өвчтөнийг бициллинээр эмчилсэн туршлагаас» (Г. Лодон 1965).

Клиникийн сэтгэц гэм судлалын нэг томоохон салбар болох хүүхдийн сэтгэц гэм судлал онол судалгааны төдийгүй эмнэлэг практик ажиллагаанд зөвхөн сүүлийн жилүүдэд эхэлж байна. Хүүхдийн дунд тохиолдох мэдрэл сэтгэл мэдрэлийн зарим өвчнүүдийн тархалтын харьцангуйг гаргасан «Хүүхдийн мэдрэл сэтгэхүйн өвчлөлийн өнөөгийн байдал» (Ш. Доржжадамба, 1961) гэдэг статья хэвлэгдсэнээс гадна хүүхдийн epilepsi өвчний талаар сэтгэл мэдрэлийн больницод зарим судалгааны ажил хийгдэж байна.

Сэтгэцийн эрүүл ахуй буюу нийгмийн сэтгэц-гэм-судлалын талаар улсын хэмжээгээр мэдрэл сэтгэл мэдрэлийн өвчний тархалт, үүнийг судалсны үндсэн дээр эмнэлэг нийгмийн тусламжийг зохион байгуулахтай холбогдсон ажлуудыг өргөн хүрээтэйгээр хийх эхлэлтийн байдалтай байна. Энэ зорилгоор Улаанбаатар, Сүхбаатар, Налайх, Улаангом хотууд, Сэлэнгийн Баруун-Бүрэн, Орхон, Орхонтуул, Дорноговийн зарим сумдын хүн амын дундах мэдрэл, сэтгэл мэдрэлийн өвчнүүдийн байдлыг судалсан. Эдгээрт тулгуурласан судалгааны нилээд ажлуудыг судлагчид нийтлүүлжээ. (Ш. Доржжадамба, С. Гэндэнжав, Б. Дарь, Ө. Готов, 1962, 1966, 1967, 1969).

Шүүхийн сэтгэц гэм судлалаар, шүүхийн сэтгэл мэдрэлийн магадалгааны тохиолдолд хийсэн «Сэтгэхүйн өвчний шүүхийн магадалгааны практикийн асуудлууд» (Д. Норов, 1960, 1962) хэмээх ажлаас өөр одоогоор хийгдсэн тодорхой судалгааны ажилгүй байна.

Ойрын ирээдүйд мэдрэл судлал сэтгэц-гэм-судлалын клиникийн чиглэлээр орчин үед бүрэн шийдвэрлэгдээгүй асуудлууд болох шизофрени, удамших өвчнүүд, манайд зонхилох өвчнүүд болж байгаа невроз сэтгэлийн шалтгаант өвчнүүд, уураг тархины судасны гэмтлийн шалтгаант мэдрэл сэтгэл мэдрэлийн өвчнүүд, epilepsi, хязгаарын мэдрүүлүүдийн өвчнүүд, мэдрэлийн системийн халдваруудад шинжилгээ судалгааны ажлыг чиглүүлэх шаардлагатай байна.

Доор дурдсан мэдрэл судлал, сэтгэц гэм судлалын эрдэм шинжилгээний ажлуудын жагсаалтанд албан ёсоор хэвлэгдсэн шинжилгээ судалгааны ач холбогдолтой зүйлүүдийг оруулсан бөгөөд эмч мэргэжилтэн нарт зориулсан зөвлөлгөө, нийтэд зориулан нийтлэгдсэн зүйлүүд ороогүй болно.

1. Адъяабазар, Тибилова А. У. — Давших саа өвчний ховор дайралддаг нэг тохиолдол. Монгол дахь мэдрэл сэтгэхүйн өвчний судалгаа (товхимол) 2-р, 1962 он.

2. Аюушжав, Ж. Дэжид Н. — Архагшин архидах өвчнийг апоморфин ба антабусаар эмчилсэн туршлагаас. Монгол дахь мэдрэл сэтгэхүйн өвчний судалгаа 1-р дэвтэр, 1960 он.

3. Аюушжав, Ж. Терентьева А. Я. Терентьев Е. И. — Архаг архидалтын үед гарах зан сэтгэлийн задрал, түүний клиникийн бүрэлдүүн. Мэдрэлийн больницын 40 жилийн ойн Э. Ш. хурлын материалд 1969

4. Бавуужав О., Богданова А. Я., Терентьев Е. Инсулин эмчилгээний клиник илрэлүүд. Сэтгэл мэдрэлийн больницын 40 жилийн ойн Э. Ш. хурлын материал, 1969

5. Банзрагч М. — Төрөхийн дараахь үеийн солиорлуудын клиникийн зарим онцлог. Дээрх номонд 1969.
6. Борхүү Г., Аюушжав Б., Терентьев Е. — Сэтгэц нөлөөт эмнүүдийг дангаар нь ба хооронд нь хавсарган хэрэглэсний дүн. Дээрх номонд, 1969
7. Бямбасүрэн С., Дэлгэрцогт С. Терентьев Е. — Судасны шалтгаант солиорлуудын клиникийн онцлогууд. Дээрх номонд, 1969.
8. Баасанжав Д. — Эрүүл хүмүүсийн тархины биоцахилгаан идэвхжил электрорэнцефалограммын үндсэн бүрэлдүүний ба тодорхойлолтын тухай асуудалд. Монгол дахь мэдрэл сэтгэцийн өвчний судалгаа 4-р дэвтэр, 1967 он.
9. Васильев Т. В., Кочетков В. Д., Русских В. Н., Баншиков В. М., Ш. Доржжадамба Русских В. В. «Сифилис мозга и сифилитические психозы». 1967 он, Монголын анагаах ухаан, 2-р дэвтэр, 1970 он.
10. Гүрдорж Ц. — Инсулинээр сэтгэл мэдрэлийн өвчнийг эмчилсэн дүнгээс. Монгол дахь мэдрэл сэтгэхүйн өвчний судалгаа (товхимол) 1-р дэвтэр, 1960 он.
11. Гүрдорж Ц. — Шилофрени өвчний клиникийн талаар зөвлөлтийн судлагчдын дүнгийн тухай тойм. Монгол дахь мэдрэл сэтгэхүйн өвчний судалгаа (товхимол), 2-р дэвтэр, 1960 он.
12. Гүрдорж Ц., — Монгол дахь сэтгэхүйн гэм судлалын эмнэл зүй ба зохион байгуулалтын асуудлууд. Монгол дахь сэтгэхүйн өвчний судалгаа 3-р дэвтэр, 1965 он.
13. Гүрдорж Ц., Гэндэнжав С., Адъяабазар. — Френолоныг монголын сэтгэхүйн гэм судлалын практикт хэрэглэсний урьдчилгаа дүн. Монгол дахь мэдрэл сэтгэхүйн өвчний судалгаа, 3-р дэвтэр, 1965 он.
14. Гүрдорж Ц., Нацагдорж С. — Сэтгэл мэдрэлийн амбулаторийн ажиллагааны үндсэн үзүүлэлт. Сэтгэл мэдрэлийн больницын 40 жилийн ойн эрдэм шинжилгээний хурлын материалын, 1969 он
15. Гүрдорж Ц. — Сэтгэл шалтгаант өвчнүүдийн тархалт сэтгэл мэдрэлийн байдал. Дээрх номонд 1969 он
16. Гүрдорж Ц., Гэндэнжав С. — Шүүхийн сэтгэл мэдрэлийн магадлагааны практик ажиллагааны байдал. Дээрх номонд 1969 он
17. Гүрдорж Ц. Гэндэнжав С. — Шизифрени өвчний хэлбэрүүд, явц. Дээрх номонд, 1969 он
18. Гүрдорж Ц., Гэндэнжав С. — Сэтгэл мэдрэлийн өвчтөний нас баралтад хийсэн дүгнэлт. Дээрх номонд, 1969 он
19. Гүрдорж Ц. — Невроз түүний хэлбэрүүд. Дээрх номонд, 1969 он
20. Гүрдорж Ц., Гэндэнжав С. — Мелипгаминыг хэрэглэсэн дүн. Монгол дахь мэдрэл сэтгэхүйн өвчний судалгаа, 3-р дэвтэр, 1965 он
21. Гүрдорж Ц. — Истерийн эмгэг зүй хэлбэрүүд, Монгол дахь мэдрэл сэтгэцийн өвчний судалгаа, 4-р дэвтэр, 1967 он
22. Гүрдорж Ц. — Распространенность психогений в Монгольской Народной Республике и особенности их клиники Автореферат канд диссертации, 1969
23. Гончигсүрэн Ц. — Тархмал хатуурал өвчин. Монгол дахь мэдрэл сэтгэхүйн өвчний судалгаа, 3-р дэвтэр, 1965 он
24. Гэндэнжав С. — Төрсний дараах солиорлууд. Монгол дахь мэдрэл сэтгэхүйн өвчний судалгаа, 1-р дэвтэр, 1960 он.
25. Дагзмаа Г. — Монгол хүмүүсийн цээсэнд кератинин тодорхойлох асуудал. Монгол дахь мэдрэл сэтгэхүйн өвчний судалгаа, 2-р дэвтэр, 1962 он
26. Дагзмаа Г. — Бүүрс усны солилцооны тухай. Монгол дахь мэдрэл сэтгэхүйн өвчний судалгаа, 3-р дэвтэр, 1965 он.
27. Дарь Б. — Сэтгэл мэдрэлийн өгчтөнийг эмчлэн сугилах ажилд мэс заслын өвчнөөс урьдчилан сэргийлэх асуудал. Монгол дахь мэдрэл сэтгэхүйн өвчний судалгаа 1-р дэвтэр, 1960 он
28. Дагзмаа Г., Дарьсүрэн Р. — Мэдрэлийн өвчлөлийн харцангуй судалгаа. Сэтгэл мэдрэлийн больницын 40 жилийн ойн эрдэм шинжилгээний хурлын материал 1969 он
29. Дарь Б. — Истери өвчний клиникийн зарим нэг онцлогууд. Монгол дахь мэдрэл сэтгэхүйн өвчний судалгаа, 2-р дэвтэр, 1962 он.
30. Дарь Б. — Сэтгэл мэдрэлийн өвчлөлийн тухай Хөрсгөл аймгийн амбулаторийн үзлэгээр хийсэн ажиглалт. Монгол дахь мэдрэл сэтгэл-мэдрэлийн өвчний судалгаа, 3-р дэвтэр, 1965 он
31. Дарьсүрэн Р. — 1968 онд төв нэгдсэн 1-р эмнэлгийн мэдрэлийн тасгаар дамжсан, тархины судасны эмгэгт хийсэн клиник-статистикийн судалгаа. Мэдрэлийн больницын 40 жилийн ойн хурлын материал, 1969 он
32. Дарьсүрэн Р. Их тархины шүүслэг бүрхэвчийн үрэвслийн нэг тохиолдлыг анагаасан нь. Монгол дахь мэдрэл сэтгэхүйн өвчний судалгаа, 1-р дэвтэр 1960 он
33. Дарьсүрэн Р. — Тархины судасны бөглөрөлтүүдийг үл бүлээн үзүүлэгчлээр эмчилсэн туршлагаас. Монгол дахь мэдрэл, сэтгэл мэдрэлийн өвчний судалгаа, 3-р дэвтэр 1965 он
34. Дарьсүрэн Р. Тархины цус харгалтын судалгаа. Монгол дахь мэдрэл, сэтгэл мэдрэлийн өвчний судалгаа, 3-р дэвтэр, 1965 он

35. Дарьсүрэн Р. Тархины бүрхэвчийн завсрын цус асгаралтын үүслийн тухай хуучин ба шинэ төсөөлөл. Монгол дахь мэдрэл сэтгэцийн өвчний судалгаа. 4-р дэвтэр, 1957 он
36. Дарьсүрэн Р. Офицеров З. Н. - Тархины суурийн судасны цусан бөглөрөлтийн ховор тохиолдол. Мэдрэлийн больницын 40 жилийн эрдэм шинжилгээний хурлын материал 1969 он.
37. Доржжадамба Ш. Истериин элбэг биш тохиолддог шинж тэмдгүүдийн тухай. Эрүүл мэнд сэтгүүл №3, 1960 он
38. Доржжадамба Ш. Монголд мэдрэл, сэтгэл мэдрэлийн өвчнийг эмчлэх ажлын хөгжилд зөвлөлтийн эмч нарын роль. Монгол дахь мэдрэл сэтгэхүйн өвчний судалгаа 1-р дэвтэр, 1960 он
39. Доржжадамба Ш. Манайд мэдрэлийн яр өвчнийг урьдчилан сэргийлэн эмчлэх зарим нэг асуудлууд. Монгол дахь мэдрэл сэтгэхүйн өвчний судалгаа 1-р дэвтэр, 1960 он
40. Доржжадамба Ш. Монголд аминазиныг сэтгэл мэдрэлийн өвчнийг эмчлэхэд хэрэглэсэн тухай. Монгол дахь мэдрэл сэтгэхүйн өвчний судалгаа. 1-р дэвтэр 1960 он
41. Доржжадамба Ш. Хүүхдийн мэдрэл сэтгэлийн өвчлөлийн өнөөгийн байдал. БНМАУ-ын шинжлэх ухааны академийн мэдээ, №3, 1961 он
42. Доржжадамба Ш. Монголд хүүхдэд үзүүлж байгаа мэдрэл сэтгэхүйн өвчний тусламжийн асуудал. Эрүүл мэнд сэтгүүл, №1, 1961 он
43. Доржжадамба Ш. Обзор клинического применения аминазина в Советском Союзе и первые результаты применения аминазина в лечении психических больных в МНР. Сборник научных работ (АУ эрдэм шинжилгээний бичиг, 1962)
44. Доржжадамба Ш. Монголд мэдрэл сэтгэхүйн өвчнүүдээс урьдчилан сэргийлэх үндсэн асуудлууд. Монгол дахь мэдрэл сэтгэхүйн өвчний судалгаа, №2, 1962 он
45. Доржжадамба Ш. Архаг архичдад хийсэн шинжилгээний зарим үзүүлэлтүүд, тэднийг антабусаар эмчлэхэд гарсан хүндрэлүүд. Монгол дахь мэдрэл сэтгэхүйн өвчний судалгаа №2, 1962 он
46. Доржжадамба Ш. Гэндэнжав С. Сэтгэл мэдрэлийн өвчлөлийг орон нутгаар хуваарилан судалсан дүнгээс. Монгол дахь мэдрэл сэтгэхүйн өвчний судалгаа, №2, 1962 он
47. Доржжадамба Ш. Особенности клиники, течения и лечения больных прогрессивным параличом в Монгольской Народной Республике. Автореферат диссертации на соискание уч. степени кандидата медицинских наук 1964 г. Москва.
48. Доржжадамба Ш. Ухаан хомсдолын үе дэх солиорлын клиникийн өвөрмөц тохиолдол. Монгол дахь мэдрэл сэтгэхүйн өвчний судалгаа, №3, 1965 он
49. Доржжадамба Ш. Мэдрэлийн өвөрмөц халдварын өвчлөл, давших саагийн клиникийн зарим нэг онцлогийг харьцуулах асуудал. Монгол дахь мэдрэл сэтгэхүйн өвчний судалгаа, №3, 1965 он
50. Доржжадамба Ш. Монгол дахь мэдрэлийн тэмбүү яр өвчний тархалтын зарим нэг асуудлууд. Монгол дахь мэдрэл сэтгэхүйн өвчний судалгаа, №3, 1965 он
51. Доржжадамба Ш. Манай нөхцөлд давших саа өвчнийг эмчлэх урьдчилан сэргийлэх асуудал. Анагаах ухааны дээд сургуулийн эрдэм шинжилгээний бичиг, №1, 1966 он
52. Доржжадамба Ш. Монгол дахь давших саагийн өвчлөл клиникийн харцангуй тодорхойлолтын асуудал. Анагаах ухааны дээд сургуулийн эрдэм шинжилгээний бичиг №1, 1966 он
53. Доржжадамба Ш. Улаанбаатар хотын хүн амын дундах мэдрэл, сэтгэл мэдрэлийн өвчнүүдийн тархалтын байдал. Анагаах ухааны дээд сургуулийн эрдэм шинжилгээний бичиг №3, 1968 он
54. Доржжадамба Ш. Тархины судасны гэмтлийн шалтгаант мэдрэл, сэтгэл мэдрэлийн өвчнүүдийн тархалт өвчлөлийн асуудал. Анагаах ухааны дээд сургуулийн эрдэм шинжилгээний бичиг №2, 1957 он
55. Доржжадамба Ш. Сэлэнгэ аймгийн Сүхбаатар хотын хүн амын дундах мэдрэл, сэтгэл мэдрэлийн өвчлөлийн байдал. Монгол дахь мэдрэл сэтгэхүйн өвчнүүд, №4, 1966 он
56. Доржжадамба Ш. Хурц шизофренийн клиник явцын асуудал Монгол дахь мэдрэл сэтгэцийн өвчний судалгаа №4, 1967 он.
57. Доржжадамба Ш. Монгол төст өвчний тухай орчин үеийн ойлголт. Анагаах ухааны дээд сургуулийн эрдэм шинжилгээний бичиг №2, 1968 он
58. Доржжадамба Ш. Дарь Б. Сэтгэл мэдрэлийн амбулаторийн ажиллагаанд хийсэн судалгаа. Монгол дахь мэдрэл сэтгэцийн өвчний судалгаа №4 1967 он
59. Доржжадамба Ш. Мэдрэл сэтгэхүйн өвчнүүд. Эмнэлгийн дунд сургуулийн сурах бичиг, 1964 он.
60. Доржжадамба Ш. Сэтгэл мэдрэлийн эрүүл мэндийг хамгаалах асуудал. Эрдэм шинжилгээний нэг сэдэвт зохиол. 4,5 хэвлэлийн хуудас, 1966 он.
61. Доржжадамба Ш. Русских, В. Банщиков В. Сифилитические психозы. Монография 10 печ. листов. 1967 г.

62. Доржжадамба Ш. Готсв Хүн амын дундах сэтгэл мэдрэлийн өвчнүүдийн байдал. Анагаах ухааны дээд сургуулийн эрдэм шинжилгээний бичиг, №3, 1969 он.
63. Dorjjadamba Sh. The epidemiology of mental illness in the Mongolian Peoples Republic transcultural psychiatric research vol II. 19. 1965. Canada.
64. Доржжадамба Ш. БНМАУ-д мэдрэл, сэтгэл мэдрэлийн өвчтөнд үзүүлэх эмнэлгийн тусламжийн одоогийн байдал, хэтийн төлөв. Мэдрэлийн болонцын 40 жилийн ойн эрдэм шинжилгээний хурлын материал, 1969 он
65. Доржжадамба Ш. Нөлөөтөн дамжих сэтгэл мэдрэлийн өөрчлөлтийн асуудалд. Монгол дахь мэдрэл сэтгэцийн өвчний судалгаа, 5-р дэвтэр 1969 он
66. Дулмаа Б. Өвчтөнг эмчлэх ба өвчин танхгд саатал тайлах эмнэлгийн арга хэрэглэсэн туршлагаас. Монгол дахь мэдрэл сэтгэхүйн өвчний судалгаа, № 1, 1960 он.
67. Ильин А. В. Сэтгэл мэдрэлийн өвчнүүд. 1934 он.
68. Лодон Г. Манай улсад гардаг уураг тархины үрэвсэл. Монгол дахь мэдрэл сэтгэхүйн өвчний судалгаа, № 2, 1962 он
69. Лодон Г. Мэдрэлийн өвчтөнд үзүүлж байгаа тусламж ба цаашдын зорилго. Монгол дахь мэдрэл сэтгэхүйн өвчний судалгаа, № 3, 1965 он
70. Лодон Г. Мэдрэлийн тэмбүүтэй өвчтөнийг бициллинээр эмчилсэн туршлагаас. Монгол дахь мэдрэл сэтгэхүйн өвчний судалгаа, № 3, 1965 он
71. Лодон Г. Нойрны судасны нарийсалт бөглөрөлт. Монгол дахь мэдрэл сэтгэцийн өвчний судалгаа, № 4, 1967 он
72. Лодон Г. Гейне А. О. Баасанжав Д. Базилярин (суурийн) артери түүний эхний ба төгсгөл салаануудын эмгэгийн клиникийн хам шинжүүд. Монгол дахь мэдрэл, сэтгэцийн өвчний судалгаа, № 4, 1967 он
73. Лодон Г. Гейне А. О. Баасанжав Д. Вертебро-Базиляр системийн салаануудын эмгэгийн үед гарах мэдрэлийн шинж тэмдгүүд. Монгол дахь мэдрэл сэтгэцийн өвчний судалгаа, № 4, 1967 он.
74. Лодон Г. Квекинштедтын сорил нь мэдрэлийн байгуулалтаас хамаарах тухай. Эрхүүгийн мэдрэлийн клиникийн цуврал, 1952 он.
75. Лодон Г. Вопросы о влиянии некоторых лекарственных веществ на внутричерепное давление. Автореферат диссертации на мед. наук 1953.
76. Лодон Г. Хүүхдийн нугасны халдварт саа өвчин. 1 сэдэвт зохиол 1968 он.
77. Мижд Д. Халдварт хорея буюу бага хорея өвчин. Монгол дахь мэдрэл сэтгэхүйн өвчний судалгаа. № 3, 1965 он.
78. Намсрай Б. Өтлөлтийн өмнөх үеийн сэтгэл уналын клиникийн асуудалд. Мэдрэлийн болонцын 40 жилийн эрдэм шинжилгээний хурлын материал, 1969 он
79. Норов Д. БНМАУ-д сэтгэл мэдрэлийн эмнэлгийн тусламж хөгжсөн нь. Монгол дахь мэдрэл сэтгэхүйн өвчний судалгаа, № 1, 1960 он.
80. Норов Д. Мэдрэл сэтгэхүй өвчний шүүхийн магадлан шинжлэх практикт зан авирын эмгэг гажуу хэвшлүүдийн холбогдол. Монгол дахь мэдрэл сэтгэхүйн өвчний судалгаа, № 2, 1962 он
81. Мижд Д. Нугасны хатингарын клиник, явц. Мэдрэлийн болонцын 40 жилийн ойн эрдэм шинжилгээний хурлын материал, 1969 он
82. Норов Д. Сэтгэхүйн өвчний шүүхийн магадлагааны практикийн асуудлууд. Монгол дахь мэдрэл сэтгэхүйн өвчний судалгаа. № 1, 1960 он
83. Норов (Сюутан) Вегатив мэдрэлийн системийн зарим нэг сорилт. Монгол дахь мэдрэл сэтгэхүйн өвчний судалгаа, № 4, 1967 он
84. Равдандорж Д. Дорнод аймгийн мэдрэл сэтгэхүйн өвчлөлийн зүй. Монгол дахь мэдрэл сэтгэхүйн өвчлөлийн зүй. Монгол дахь мэдрэл сэтгэхүйн өвчний судалгаа, № 3, 1965 он
85. Равдандорж Д. Уураг тархины судасны өвөрмөц үрэвслийн клиник түүнийг бициллинээр эмчилсний урьдчилсан дүн. Монгол дахь мэдрэл сэтгэцийн өвчний судалгаа, № 4. 1967 он
86. Равдандорж Д. Нүүрний мэдрэлийн захын үрэвсэл. Монгол дахь мэдрэл сэтгэцийн өвчний судалгаа, № 4, 1967 он
87. Равдандорж Д. Нугасны хатуу бүрхэвчийн хоорондох идээт үрэвслийн эмээр эмчилсэн нь. Монгол дахь мэдрэл сэтгэцийн өвчний судалгаа, № 4, 1967 он
88. Равдандорж Д. Тархины судасны тэмбүүжлийн клиник ба эмчилгээ. Сэтгэл мэдрэлийн болонцын 40 жилийн ойн эрдэм шинжилгээний хурлын материал. 1969 он.
89. Смолина Г. (Сюутан) Архаг архичдыг эмчлэхэд антэтилийг хэрэглэсэн дүнгээс. Монгол дахь мэдрэл сэтгэцийн өвчний судалгаа, № 4, 1967 он.
90. Терентьев Е. В. Дэмийрлийн хам шинжүүдийг физиологийн үүднээс тайлбарлах. Сэтгэл мэдрэлийн болонцын 40 жилийн ойн хурлын материал, 1969 он
91. Терентьев Е. В. Төрөл бүрийн солиоруудад тохиолдох бэлэг дуршлын өөрчлөлт, түүний эмгэг сэтгэл судлалын холбогдол. Мэдрэлийн болонцын 40 жилийн ойн эрдэм шинжилгээний хурлын материал, 1969 он
92. Ушаков Г. К. Психиатрия в Монгольской Народной Республике. Журнал невропатологии и психиатрии им. Корсакова С., Вып 1, 1962г.
93. Ушаков Г. К. Монгол дахь сэтгэхүйн өвчний судлалын үндсэн асуудлууд.

Монгол дахь мэдрэл сэтгэхүйн өвчний судалгаа, № 1, 1950 он.

94. Хайруул Ж. Мэдрэлийн өвчнийг мөс заслаар эмчилсэн нь. Мэдрэлийн больницын 40 жилийн ойн эрдэм шинжилгээний хурлын материал, 1969 он.

95. Цэдэндамбаа Ц. Тосонгийн нуурын ус ба шавраар мэдрэлийн зарим өвчнийг эмчилсэн урьдчилсан дүн. Монгол дахь мэдрэл сэтгэхүйн өвчний судалгаа, № 3, 1965 он

96. Цэрэнчимэд Б. Булчин даамжран шуугдах өвчний асуудалд. Эрүүл мэнд, № 3, 1966. он.

97. Черны Ян. Моритын онолын дагуу неврозуудад хэрэглэгддэг японы сэтгэл заслын сэтгэц гэм судлал гүн ухааны асуудал. Монгол дахь мэдрэл сэтгэцийн өвчний судалгаа, № 4, 1967

98. Чойдог Б. Шизофрени өвчнөөр өвчлөгсдийг аминазин, рауседилээр хавсран эмчилсэн тухай. Монгол дахь мэдрэл сэтгэхүйн өвчний судалгаа, № 1, 1950 он.

99. Чойдог Б. Эпилепсийн өвчлөлт клиникийн байдлыг сэтгэл мэдрэлийн материалаас судалсан дүнгээс. Монгол дахь мэдрэл сэтгэхүйн өвчний судалгаа, № 3, 1965 он.

100. Чойдог Б. Хүүхдийн мэдрэл, сэтгэл мэдрэлийн амбулаторийн ажиллагаанд хийсэн судалгаа. Монгол дахь мэдрэл сэтгэцийн өвчний судалгаа, 4-р дэвтэр, 1967 он

101. Чойдог Б. Хүүхдийн эпилепси өвчний клиникийн зарим онцлог. Сэтгэл мэдрэлийн больницын 40 жилийн ойн эрдэм шинжилгээний хурлын материал, 1969 он.

ХОРТ ХАВДАР ӨВЧНИЙ ҮҮСЭХ ШАЛТГААН ЭМГЭГ ЖАМЫН АСУУДАЛД

*Анагаах ухааны доктор Ю. С. Силаев
Клиникийн нэгдсэн тусгай 2-р эмнэлэг*

Хорт хавдар өвчний үүсэх шалтгаан, эмгэг жам нь орчин үеийн анагаах ухааны онол, практикийн үндсэн асуудлуудын нэг хэвээр байсаар байна. Үүсэх шалтгааныг тайлбарласан нилээд олон тооны онолууд (вирусийн, архаг цочролын, үр хөврөлийн, хавдар үүсгэгч бодисын гэх мэт) дэвшүүлэгдсэн боловч тэд нь хортой ба хоргүй хавдар үүсэх олон янзын үзэгдлийг бүрэн тайлбарлаж чадахгүй байгаа юм.

Биологийн ба хавдар судлалын талаар урьд хийгдсэн материалуудыг онолын талаар боловсруулахын хамт практик ажиллагааны туршлаганд тулгуурлан доорхи саналыг дэвшүүлж байна.

Хорт хавдрын үүсэх шалтгаан, эмгэг жамыг тайлбарласан энэхүү саналаа тодорхойлохын өмнө хорт хавдрын эсийн биофизиологийн орчин үеийн үндэслэлийг дурдах нь зүйтэй.

Ямар ч зохицуулгагүй өсөж үржих нь дээд зэргийн хөгжилтэй амьтдын хэвийн ямар ч эсэнд байдаггүй бөгөөд энэ нь хавдрын эсүүдэд үр угсаа дамжин явагддаг. Энэ өсөлт нь анх хавдрын эсийг бий болгосон шалтгааныг арилгасан байлаа ч гэсэн эсийн хязгааргүй үе дамжин цааш үргэлжилж болдог (10, 13, 14, 36, 61).

Энэ нь ассимляци, диссимляци, өсөлт, үржилт зэрэг эсийн үйл ажиллагааны үндсэн чанарт гүнзгий өөрчлөлт гарсантай холбоотой юм. Хавдрын эсүүд нь өөрийн анхны эх үүсвэр болсон бие махбодын хэвийн эсүүдээс биологийн чанараараа эрс өөр, шинэ удмын эсүүд юмаа (19, 33, 41, 57, 63).

Хавдрын эсүүдэд зөв маягийн митоз (шууд хуваагдал) явагдахын зэрэгцээгээр буруу, эрэмдэг зэрэмдэг митоз их хэмжээгээр явагддаг. Хэвийн эдийн дотор митоз хуваагдлын иймэрхүү гажиг нь хэвийн нөхцөлд ховор байх боловч гэмтээх хүчин зүйлүүдийн нөлөөгөөр үүсэж болдог (халуун, хүйтэн, осмос даралт, хүчиллэгийг өөрчлөх, наркотикууд, хавдар үүсгэгч бодисууд, зарим хорт бодисууд, рентген туяа, цацраг идэвхтэй нөлөө гэх мэт). Митозын зарим өөрчлөлт, тухайлбал түүний зогсолт нь эргэж сэргэх боломжтой түр зуурын чанартай байж болдог байхад зарим өөрчлөлтүүд нь эргэж сэргэш-

гүй болж эсийг үхэлд оруулна. Эсийн митозын идэвх ихэссэн үед, тухайлбал үрэвслийн үед митозын гажиг үүсэж болдог (3, 7, 23, 28, 37, 67.)

Хавдрын ихэнх митоз хэвийн байдлаар явагддаг. Тооцоолон үзэхэд, тэдний доторхи хромосомын хэмжээ уг төрлийн бие махбодод зохицсон хос диплоид цуглуулбарт дөхөж очдог. Гэхдээ жинхэнэ хос цуглуулбарын тооноос арай цөөн байдаг. Үүний хамтад хромосомын тоо яг нэг хэвд байх нь зөвхөн бэлгийн үр хөврөлийн эсэнд байхаас биш, биеийн бусад эсийн хромосомын тоо нилээд хэлбэлзэлтэй байдгийг тэмдэглэх нь зүйтэй (5, 8, 20, 34, 59, 65).

Иймээс хавдрын эсийн хромосомын хос цуглуулбарын гажгийг зарчмын тодорхой ач холбогдолтой гэж үздэггүй билээ. Гиперхром митозын олон тохиолдолд хромосомын тоо гаплоид буюу бие гүйцсэн бэлгийн эсийн хромосомтой адил тал хэмжээтэй байж болох ба гипохром митозын үед $1/2-2$ дахин ихсэж полиплоид болж болдог (1, 14, 21, 30, 43, 54).

Нилээд эрдэмтэд (10, 12, 28, 35, 41, 53) физик, хими, механик, биологийн олон төрлийн хүчин зүйлийн нөлөөгөөр эхлээд уг өвчний хоргүй шат-хавдрын урьдал өвчин үүсдэг гэж үздэг. Гэхдээ хавдрын урьдал байдлаас хорт хавдарт хэрхэн яаж шилждэг, шилжилтийн механизм нь чухам юу болох талаар тодорхой нэгэн саналгүй бөгөөд энэ асуудал төдийлөн судлагдаагүй байгаа юм. Зарим эрдэмтэд (33, 41, 47, 58) хорт хавдар нь нэг биш олон янзын шалтгаанаас үүсэх бөгөөд хавдрын урьдал байдлаас хавдарт шилжихдээ мөн л эдгээр олон шалтгаанаас болдог гэж үздэг. Олон шалтгааны онол нь бие махбодын аль нэг хэсэгт юм уу бүхэлд нь янз бүрийн хортой нөлөө үйлчилснээс хавдар үүсдэг гэдэгт үндэслэж байгаа юм. Ингэхдээ хавдар болон хувирах эмгэг жамыг ихэвчлэн дахин давтсан гэмтлийн дараа үүсэх сэлбэн төлжилтийн үр дүн гэж үздэг.

Хавдар үүсгэгч хүчин зүйлийн нөлөө

Дээр дурдсанчлан хорт хавдар нь цоо эрүүл бие махбодод хэвийн байдалд буй эд эрхтнүүдэд үүсдэггүй, харин хавдар үүсэхээс өмнө архаг үрэвсэл удаан хугацаагаар явагддаг байна.

Хавдар нь рентген туяа, ионжсон цацраг зэрэг физик-химийн цочролууд (3, 14, 34, 39, 50), хавдар үүсгэгч бодисууд (6, 7, 13, 35, 41), дааврын өөрчлөлт, хямралууд (4, 17, 29, 45, 60) зэргээс үүсэж болох нь батлагдсан билээ. Энэ бүх тохиолдолд дурдсан хүчин зүйлүүдийн нөлөө хүрэлцэхүйц удаан хугацаагаар үйлчилсний дараа зогслоо ч гэсэн эсийн биологийн өөрчлөлтүүд зогсохгүй үргэлжлэх тийм цаг мөч гарч болох (гэхдээ заавал гарах ёстой ч бус) юм. Чухамдаа энэхүү цаг мөч нь хавдрын эсүүд болон хувирч, өөрөөр хэлбэл ойролцоох эсүүдийн харьцангуй зохицуулах нөлөөнд үл зохицуулагдах үржлийн өвөрмөц чанартай шинэ эсүүд үүсэж, цаашдаа цочролын нөлөөнөөс шалтгаалахгүйгээр энэхүү чанараа үргэлжлүүлэх болно. Чулуун нүүрсний давирхайн нөлөөнөөс хучаас эд хорт хавдарт шилжихэд гарах гистологийн өөрчлөлтүүд нилээд судлагдсан бөгөөд энэ нь эс хөөж, давхаргууд нь олшрон, мальпигийн давхаргаас гиперплази болох, эсүүдэд митозын олон тооны дүрсүүд бий болох хэсэг газрын урвалж процессууд илэрч цөмийн хроматины хэмжээ ихсэн, тэд нь цөмийн будагнуудаар улам тод бараан будагдах болдог. Цаашдаа хучаас эсүүд буруу байрлан, ердийн туйллаг чанараа алдаж, эсийн хэв гажиж, митоз багасан, хэвийн биш болдог. Эцэстээ хучаас эсийн олон хэлбэр үүсэж хөдөлгөөн орон, зэргэлдээ эдийн дотор гүнзгий шургалан ордог (хорт өсөлт) (7, 16, 25, 36-41, 56) Чулуу нүүрсний давирхайгаас болж хучаас эд хорт хавдарт

Шилжихэд холбох эдэд нь дугараг эсийн нэвчилт бүхий архаг үрэвсэл үүсэн, хялгасан судаснууд үүсэн өргөсөх өөрчлөлтүүд гардаг. Граффи (33), бензопирен шингээсэн эсийн бичил гэрэл зургийг хэт ягаан туяанд авч үзэхэд бензспирен нь протоплазмын липоид хэсгүүд, тухайлбал түүний мито-ба липохондри, Гольджийн аппарат, цөмхөнүүдэд шингэсэн байжээ. Эдгээр нь эсийн хэлбэр, гарал, үржил, бодисын солилцолгод шууд хамаатай хэсгүүд билээ. Иймээс хорт хавдар үүсгэгч нүүрс устөрөгч нь эсийн үйл амьдралын хамгийн чухал талуудыг хамардаг учир чухамхүү үүнд л эсийн физиологийн зохицуулалтыг алдагдуулсан, автономит амьдралын шинэ зүй тогтоолыг бий болгон хорт өсөлтөнд оруулж буй механизмыг эрж хайх нь зүйтэй. Эсэнд ийнхүү өөрчлөлтийг рентген ба хэт ягаан туяагаар үүсгэж болохыг дор дурдана.

Бэлгийн гормоныг туршлагад ашиглан хавдар үүсгэхэд ихэвчлэн бэлгийн системийн эрхтнүүдэд (сав, хөх заримдаг булчирхай г. м.) хавдар үүсдэг. Бэлгийн гормон нь хорт хавдрыг шууд бус замаар үүсгэх бөгөөд бэлгийн аппаратын үйл ажиллагааг идэвхжүүлэн, үүний үр дүнд гиперплази болсноор үүсгэдэг, Энэ процессуудын улмаас гормоны цочролосс болж, ялангуяа бэлгийн ба өнчин тархины гормоны нөлөөгөөр эрхтнүүдэд зангилаат, хязгаарлагдмал ургалтууд бий болдог (18, 21, 30, 48, 58).

Н. С. Смирнов, И. И. Шведков нарын судалгаанаас үзэхэд, гормоны харьцааны хямралын үед сүүний сувгийн хучаас пролифераци, гиперхроматизм болж, оксифиль цитоплазмаар баялаг цөмийн хэмжээ ихэсдэг байна. Иймээс үзэхэд олон тооны гормоны нөлөө нь хорт хавдар үүсгэгч бодисын нөлөөтэй төстэй байгаа юм (21, 34, 41, 54). Зарим судлагчид нийлэг аргаар бүтээгдсэн, хорт хавдар үүсгэгч зарим нүүрс устөрөгчдийн (бензопирен, метилхолантрен, бусад) химийн зохион байгуулалт нь стероид гормоны (бэлгийн ба бөөрний булчирхайн гормоны) зохион байгуулалттай адил төстэй байгаад тулгуурлан эдгээр гормонууд нь сав, хөх ба зарим бусад эрхтний хорт хавдар үүсэхэд холбоотой байж болно гэж зааж байгаа юм.

Хими, физик, туяа, гормон зэрэг хорт хавдар үүсгэгч хүчин зүйлүүд нь өсөлтийг түргэтгэх шууд нөлөө үзүүлдэггүй, харин бага хэмжээгээр үйлчлэлээ ч гэсэн усны зүүдэнд эсийг гэмтээдэг байна. Тэд нь тэжээлийн хямрал, сөнөрөл, үрэвсэл-нөхөн төлжих өөрчлөлтөнд хүргэж, эдгээр өөрчлөлтийн үндсэн дээр хавдар үүснэ. Хавдар үүсгэгч хүчин зүйлүүд нь өөрсдийнхөө шууд нөлөөгөөр хорт хавдар үүсэх процессын үүсвэрийг тавьж өгдөг байна.

Эсийн дотор жинхэнэ шууд хуваагдал ба түүний бэлтгэл үед явагдаж буй хоорондоо холбоотой, шалтгаацил бүхий, тодорхой хугацаанд явагдах бүх процессыг митоз цикл гэж орчин үед ойлгож байгаа юм. Эсийн хэлбэрт өөрчлөлт гарахаас өмнө эс хуваагдлын биохимийн бэлтгэл өөрчлөлтүүд гарахыг митоз циклийн эхлэлт гэж үзэх ба хуваагдлын үр дүнд үүссэн салбар хоёр эсэнд эс хуваагдалтай холбоотой бүх процесс явагдаж дуусахыг митоз циклийн төгсгөл гэж үздэг.

Митозонд орж буй эсүүдийн тоо хэмжээ нь тэр эдийн митоз идэвх, митоз дэглэмийг тодорхойлно. Бие махбодод митоз цикл харьцангуй богино хугацаанд явагддаг учир аль нэг эдийн митоз дэглэм эс хуваагдлын бэлтгэл ба жинхэнэ шууд хуваагдлыг хамарч буй митоз циклд орж буй эсүүдийн онцлогоос хамаарна.

Howard, Pelc (1951), митоз циклийг 4 үед хувааж үзжээ.

Үүнд жинхэнэ митоз үе (M) нийлгийн өмнөх үе (G₁), ДНК-ийн нийлэг үе (S), митозын өмнөх үе (G₂).

Митоз циклийн үед жинхэнэ митоз үе, ДНК-ийн нийлэг үеүд хоорондоо шууд харилцан холбоотой байх бөгөөд учир нь эс хуваагдлын митоз үе нь ДНК-ийн нийлэг үеэс хамаарагдаж байдаг. Биений хэвийн диплоид эс өөрийн ДНК-ийг хоёр дахин ихэсгэхүйцээр митозонд орж үл чадна.

Ингэж цикл маягаар явагдах учир ДНК-ийн нийлэг нь митозоосоо мөн хамаарна. Хэрэв эсүүдийн митоз циклийн аль нэг үе дээр удаан хугацаагаар саатуулбал цаашдаа нийлэг үед орох эсүүдийн тоо цөөрдөг тул энэ нь эрт орой алин боловч ДНК-ийн нийлэгт нөлөөлнө.

О. И. Епифанов (1968), Н. И. Веселкина (1962) болон бусад судлаачид (47, 50, 56, 65) зохисгүй нөхцөлийн (цацраг идэвхт туяа, хорт хавдар үүсгэгч бодисуудын) улмаас эсүүд митоз циклийн аль нэг үе дээр удаан саатаж болохыг тодорхойлсон юм.

Эсүүдийн митоз циклийг дамжих процесст дээр дурдсан зохисгүй нөхцөлүүдийн нөлөөг судалсны үр дүнд митоз циклийн нэг үеэс нөгөөд шилжих эсийн шилжилтийг саатуулан хориглох чухаг үзэгдэл илэрсэн бөгөөд үүнд эсүүд митоз циклийн аль нэг үед түр хугацаагаар саатаж байгаад цаашдаа их хэмжээний эсүүд нэг зэрэг дараачийн үед ордог байна. Сүүлийн жилүүдэд янз бүрийн эдийн митоз циклд хавдар үүсгэгч хүчин зүйлүүд хэрхэн нөлөөлдгийг биохими ба радио бичлэгийн аргаар хавсруулан судалж, хромосомын гажиг, эсийн бүтэц эвдрэх яздлыг шинжлэхэд митоз циклийн янз бүрийн үед байгаа эсүүд хавдар үүсгэгч бодис, цацраг идэвхт туяаны нөлөөнд адил бус мэдрэмтгий байдаг тухай олон баримтууд илэрсэн байна. Lajtho (1960) Nygaard (1962), Mac Tiil (1963),

G₁-S хориг. Ионжуулагдсан цацраг (Howard, Pelc, (1953, 1955), гормонуудын (О. П. Епифанова, 1968) нөлөөнд эсүүд нийлэгийн өмнөх үеэс G₁, ДНК-ийн нийлэг үед шилжих нь саатдаг болох нь илэрсэн байна. Энэ чухал үзэгдлийг гадаадын эрдэмтэд G₁-нөлөө гэж нэрлэжээ. G₁=S-ийн саатал нь зөвхөн цацраг нөлөөнөөс болох бус, ДНК-ийн бионийлэгийн зарим хэсгийг саатуулах чадалтай гормон, химийн зарим бодисуудын тусламжтайгаар митоз циклийг хориглон саатуулж болно. Өсгөөрт эсүүдийг зэрэг цагжуулах (синхронизаци) химийн нилээд аргууд энэ зарчим дээр үндэслэгдсэн байдаг. (Lark 1960; Taylor, 1961; Xeros, 1962; О. П. Епифанова 1968).

G₂-M-хориг. Ponter, Robertson (1959) Yamoda. Puck (1961) нар цацраг идэвхт нөлөөгөөр митозын өмнөх үеэс митоз үед шилжих явдал саатдаг болохыг (G₂-M хориг буюу G₂-нөлөө) тогтоосон байна. Энэ хориг нь бие махбодод янз бүрийн гаралтай цочролуудын нөлөөгөөр үүсэж болох бөгөөд хугацаагаараа богино байдаг. Адил нөхцөлд G₁-S хориг нь G₂-M хоригоосоо гүнзгий, удаан байна.

Дээр дурдсаныг үндэслэн хорт хавдар нь янз бүрийн гадаад хүчин зүйлүүд-архаг үрэвсэл, хавдар үүсгэгч бодисууд, ионжуулагдсан цацраг нөлөө болон дотоод хүчин зүйлүүд-гормон зэргээс үүсэж болох нь эргэлзээгүй байна. Эдгээр хүчин зүйлийн нөлөөгөөр эдийн дотор "хавдрын урьдал байдал" бий болж, эдийн гиперплази, эсийн хэт томрол үүсэж, тэдний хромосомын аппарат гэмтэн, хүчилшүлтийн тэнцвэр шүлтлэг тал руу хэлбийж, ионжуулагдсан кальцийн төвшрүүлэг багасаж, эсийн хоорондох мембран гэмтэх зэрэг өөрчлөлтүүд гарна. Мөн эсийн язгуур махбодын найрлага нилээд өөрчлөгдөх боловч эдгээр нь хэвийн эдийн эсүүд юм. Үүний зэрэгцээгээр хавдар үүсгэгч хүчин зүйлсийн нөлөөгөөр эсийн митоз циклийн хамгийн тогтворгүй үе болох нийлгийн өмнөх үед хориг үүсэх ба энэ нь нилээд удаан, гүнзгий байдаг. Ингээд митозын дараа буюу сийвэн, карио сийвэн, хромосомууд хоёр хузаагдсаны дараа залуу эсүүд бүрэн гүйцэд бүрэлдэн тогтоогүй, ДНК-ийн хэмжээ нь хагас

байдаг. ДНК-ийн бүрэлдвэр гүйцэж митозонд орохын тулд эсүүд ДНК-ийн нийлэг үе буюу S-үеийг дамжих ёстой болно.

Гэвч нэгэнт хориг үүссэн учраас олон тооны эсүүд удаан хугацаагаар ДНК-ийн үед орж чадалгүй, G_1 -үедээ байна. Хавдар үүсгэгч хүчин зүйлүүдийн нөлөөгөөр өөрчлөгдсөн, гүйцэд бүрэлдэн тогтоогүй, хромосомын тогтолцоо нь зөвхөн матриц хэлбэртэй, урьдах митозын дараа хагас тооны ДНК-тай үлдсэн эсүүд G_1 -үед удаан хугацаагаар байх нь эсрэг нөлөө буюу эсрэг митоз үүсгэн өөрөөр хэлбэл G_1 -хоригийн улмаас митозын адил үед байгаа зэргэлдээ хоёр эс нийлж шинэ эс үүсгээд хориг арилсны дараа эсүүд цаашдаа хромосомын цуглуулгаасаа хамааран S— G_2 —M юмуу, эсвэл S_2 -M үеэр дамжина. Митозын үед адил хуваагдсан хромосом бүхий хоёр эс нийлбэл хромосом бүрийн ДНК-нь бүрэн сэргээгдэж эс цаашдаа митозын өмнөх үеийг дамжин митозонд орж болно. Гэхдээ хоёр эс сийвэн, карно-сийвэн нийлж үүсгэсэн энэ шинэ эс нь хоёр эсийн мэдээлэл хадгалах тул бусад тул бусад эсүүдээс өөр болно.

Адил бус тоотой хромосом бүхий хоёр эс нийлэхэд (гаплоид юмуу диплоид хромосомд ойролцоо) хромосомын нэг хэсэг нь хоорондоо нийлж хромосомын ДНК-ийн хэмжээг бүрэн болгох ба задарсан хромосомын матриц болох нөгөө хэсэг тэр л хэвээрээ үлдэнэ. Өөрөөр хэлбэл, ДНК-ийн хэмжээ бүрэн сэргээгдэхгүй. Иймээс хромосом дахь ДНК-ийн хэмжээг бүрэн болгохын тулд эсүүд нь циклийн S үеийг дамжина. Үүний үр дүнд хромосомын генд өөрчлөлт үүсэж тэр эсийн ба зэргэлдээ эсүүдийн ДНК ба хромосомын хэмжээ адилгүй болно. Ийм хоёр эс нийлснээс хорт хавдрын эс үүснэ.

Зэргэлдээ хоёр эс нь зохих хэмжээнд хүртэл «боловсорсон» үед л, өөрөөр хэлбэл митозын адил цикл байгаа бөгөөд хоёулаа G_1 хоригт нэг зэрэг байгаа үед л нийлж болно. Үүний дараа үүссэн эс түргэссэн S— G_2 -циклийг дамжих бөгөөд цаашдаа ийм цикл хорт хавдрын эсүүдэд үе дамжин давтагдана.

Үүнээс үзэхэд, бие махбодод цаашдаа шууд удам угсаа дамжин хязгааргүй олон үед давтагдах хэлбэр дүрсийн ба үйл ажиллагааны өвөрмөц шинэ шинж чанартай эсүүд үүсдэг явдлыг бидний энэ дэвшүүлж буй санал бусад урьдах онолуудаас арай илүү ойлгомжтойгоор тайлбарлаж байгаа юм.

Нийлсний дараа үүсэж буй шинэ эсийн хромосомын аппаратын харьцаа нь хавдрын эсийн өвөрмөц байдал болон зэргэлдээ эд эрхтнүүд, бүхэл бүтэн бие махбодын хоорондын харьцааг тодорхойлно.

Хэрэв энэхүү процессыг нилээд бүдүүвчлэн авч үзвэл G_1 -хоригт байгаа эсүүд нийлэх процесс нь бүдүүлэг биет амьтдын бэлгийн бус үржилтэй, өөрөөр хэлбэл бие махбодын биеийн хоёр эс тодорхой шалтгаацилал бүхий нөхцөлд нийлэх процесстай төстэй юм.

Биологийн шинжлэлд биеийн эсүүд хоорондоо нийлдэг олон тохиолдлууд бичигдсэн байдаг. Бэлгийн бус үржлийн биологийг товч авч үзье:

Олон эст бие махбодын үржих процесс нь хэлбэр судлалын үүднээс авч үзэхэд биеийн ба эсийн гэж хоёр бүлэгт хуваагдана, 1-р бүлэг нь эс хуваагдах, нахиалах замаар үржих бэлгийн бус үржил хамаарна. Эсийн үржилд нь нэг эст үр хөврөлийн эсийн тусламжтайгаар үржих явдал хамаарна. Нэгдүгээр бүлэг нь ямагт бэлгийн бус үржил байдаг бол хоёрдугаар бүлэг нь бэлгийн ба бэлгийн бус аль аль нь байж болно. Зарим бактериудын гүйцэд тусгаарлагдаагүй хоёр салбар эс нийлэхийг нилээд эрдэмтэд бактерийн бэлгийн үржил гэж үздэг. Эгэл биет ургамал, амьтдад салбар эсүүд мөн хоорондоо нийлдэг бөгөөд үүний нэг жишээ бол *Actinophrus* и *Actinophrus* (10) юм.

«Салбар хоёр эсүүд хоорондоо нийлэх явдлыг нийлэлтийн сөнөрөх хэлбэр бус, харин эсийн өөрчлөгдсөн хуваагдал гэж үзэх ёстой.

Иймээс сексуал чанарыг амьд материйн үндсэн чанар гэж үзэх үндэс байхгүй» гэж Э. Вильсон бичжээ.

Нийлэлтийн үед өөр өөр эс сийвэн ба бөөмүүд халилдох бөгөөд эсийн доройтож буй солилцооны идэвх үүний үр дүнд сэргэж, ассимляци, диссимляци, үржил, өсөлтийн шинэ циклийн суурь тавигдана. Иймэрхүү үржлийг К. Вилли (9) төгсгөлүүдээрээ холбогдсон урт утсан эсүүдээс тогтсон спирогирт ажигласан бөгөөд үржлийн үед хоёр нарийн эс зэрэгцээ байрлан цүлхэн үүсгэж, тэд нь хоорондоо нийлэн гуурс үүсгэнэ. Энэ гуурсаар эс сийвэн ба бөөмүүд хоорондоо нийлж нэг эсийг үүсгэнэ.

Биеийн эсүүд хоорондоо нийлэх нь мөн өндөр дифференциаци бүхий эдэд тохиолддог. Тухайлбал, Palyi Istvan (64) зарим эмийн бэлдмэлүүд эсийн өсгөвөрт хэрхэн нөлөөлдгийг судалж үзжээ. Эсэнд өчүүхэн гэмтэл учруулах тунгаар нөлөөлөхөд эсийн нийлэлт цөөхөн тохиолджээ. Бэлдмэлийн тун ихсэж нөлөөлөх хугацаа уртсахын хамт эсийн нийлэлт нь олширчээ. Дегранол нь эсийн нийлэлтийг 1,4%-д, маннит-миллеран—2,8%-д, миелобромол—8,4%-д, дибромдульцит—15,2%-д үүсгэдэг. Эсийн нийлэлтэнд митозын үед байгаа олон бөөмт эсүүд оролцдог байна. Бичил гэрэл зураг авах аргаар судлахад нэг эс нөгөөдөө ойртон очиж идэвхтэй хөдөлгөөнөөр нийлж байгаа нь ажиглагджээ. Нийлэлтийн дараа ихэнх эсүүд «боловсрогддог» учир энэ үзэгдлийг «каннибализм» гэж нэрлэжээ.

Дээр дурдсаныг үндэслэн зарим нөхцөлд биеийн эсүүд хоорондоо нийлэх боломжтой гэж үзнэ.

Дэвшүүлж буй энэхүү бүдүүвч нь хавдар үүслийн талаар сүүлийн жилүүдэд тогтоогдсон олон тооны баримтуудыг бусад онолуудаас нилээд бүрэн гүйцэд тайлбарлаж байгаа бөгөөд энэхүү бүдүүвчинд зарим нэг засвар оруулж магадгүй боловч гол утга санаа нь хэвээр байх юм гэдгийг эцэст нь тэмдэглэе.

ДҮГНЭЛТ

1. Хорт хавдар нь эрүүл эдээс үүсдэггүй, харин эдэд хими, физик, биологийн зэрэг гаднын хүчин зүйлс үйлчлэх, эсвэл гормоны үйл ажиллагаа хямарч гиперлазин болсны үндсэн дээр үүснэ.

2. Дээр дурдсан хүчин зүйлсийн нөлөөгөөр эдийн дотор «хавдрын урьдал» байдал үүсэх бөгөөд үүнд эдийн хэт өсөлт, эсийн томрол, хромосомын аппаратын өөрчлөлт, хүчил-шүлтийн тэнцвэр шүлтлэг тал руу хэлбийх, ионжан кальцийн хэмжээ багасах, эс хоорондын мембран гэмтэх гэх мэтийн өөрчлөлт үүснэ. Эсийн элементүүдийн найрлага нилээд хэмжээгээр мөн өөрчлөгдөнө.

3. Хавдар үүсгэгч химийн бодисууд, туяа ба гормоны нөлөөгөөр митоз циклийн нийлгийн өмнөх үед хориг үүснэ. Митозын дараа бүрэн гүйцэд хромосомын аппарат нь бүрэлдэн тогтож амжаагүй бөгөөд хавдар үүсгэгч хүчин зүйлсийн нөлөөгөөр нилээд хэмжээгээр өөрчлөгдсөн хагас тооны ДНК-тай их хэмжээний эсүүд митозын G_1 үед удаан хугацаагаар байх нь цаашдаа митозын эсрэг үр дүн, тухайлбал зэргэлдээ хоёр эс хоорондоо нийлэх явдалд хүргэнэ.

4. Хэрэв хромосомын адил цуглуулга бүхий эсүүд хоорондоо нийлсэн бол хромосомын ДНК бүрэн сэргэгдэж цаашдаа G_2 -циклийг дамжин митозонд орно. Хэрэв гаплонд юмву диплоид хэлбэрт ойролцоо бүхий адил бус тооны хромосомтой эсүүд нийлбэл ДНК нь хромосом бүрд бүрэн сэргэгдэж чадахгүй бөгөөд иймээс эс нь S-циклийг дамжина. Энэ циклийг өөрчлөгдсөн хромосомын аппарат бүхий эс дамжихад хорт хавдрын эс үүснэ.

5. Хорт хавдрын үүсэл шалтгаан, эмгэг жамын асуудал бол зөвхөн анагаах ухааны бус, мөн биологийн асуудал юм.

К ВОПРОСУ ОБ ЭТИОПАТОГЕНЕЗЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ

Ю. С. Силаев

РЕЗЮМЕ

Изложена и обоснована концепция этиопатогенеза как из одного возможного способа возникновения злокачественных опухолей. Основные моменты концепции сводятся к следующему:

1. Злокачественные опухоли не возникают из здоровых тканей, а развиваются на почве предшествующих воспалительных и гиперпластических изменений, возникающих на почве действия на ткани химических, физических, биологических факторов внешней среды или на почве дисгормональных гиперплазий при действии внутренних факторов.

2. Вследствие действия вышеперечисленных факторов в тканях развиваются так называемые «предраковые» состояния, т. е. системные гиперплазии тканей, гипертрофии клеток, изменение ploидности клеток, сдвиг кислотно-щелочного равновесия в сторону алкалоза, понижение концентрации ионизированного кальция, нарушение межклеточных мембран и т. д.

3. Под действием карциногенов химических, лучевых факторов и гормонов наступает блокада митотического цикла в пресинтетическом периоде (G_1). Вследствие длительного нахождения большого количества клеток с половинным количеством ДНК в фазе G_1 , измененных предшествующими воздействиями карциногенов и другими факторами с еще не сформированной системой хромосом, находящихся в виде матриц после митоза, может наступить эффект, обратный митозу, т. е. конъюгация двух соседних клеток.

4. Если конъюгируют клетки с одинаковым набором хромосом, матрицы сливаются, образуя полное количество ДНК в хромосомах, после чего, пройдя цикл G_2 , клетки переходят в митозу. Если конъюгируют клетки с разным количеством расщепленных хромосом, которое может приближаться к диплоидному или гаплоидному, при конъюгации восстанавливается полное количество ДНК не во всех хромосомах, вследствие чего клетка проходит цикл S, при прохождении которого измененный набор хромосомного аппарата и формирует клетку злокачественной опухоли.

5. Проблема этиопатогенеза злокачественных опухолей является не только медицинской, но и биологической проблемой.

БАГА НАСНЫ ХҮҮХДИЙН УУШГИНЫ ҮРЭВСЛИЙН ҮЕД ЦУСНЫ УЛААН ЦОГЦСЫН ӨӨРЧЛӨГДӨХ АСУУДАЛД

Н. Гэндэнжамц

*Анагаах ухааны дээд сургуулийн хүүхдийн өвчнийг судлах тинхэм
(эрхлэгч, доцент Н. Гэндэнжамц)*

Уушгины үрэвслийн үед хүчилтөрөгч дутагдсанаас бие махбодын хийн солилцоо хямрах эмгэг физиологийн гол өөрчлөлтийг дагаж цусны улаан цогцос хэрхэн өөрчлөгддөгийг судлах нь уул өвчний эмгэг жамын чухал ач холбогдолтой юм. Гэтэл хүүхдийн уушгины үрэвслийн үед цусны улаан цогцсын хэмжигдэхүүний өөрчлөлтийн талаар хийсэн судалгаа ном хэвлэлд тун ховор байна.

Хүүхдийн уушгины үрэвслийн үед цусны улаан цогцсын хэмжигдэхүүнүүд ихэсдэг гэж Л. Л. Гольберг (1941) бичжээ. Р. С. Гершенович, А. И. Ильясов, М. Р. Нуридинов (1957) нар уушгины хордлогот хэлбэрийн үрэвсэлтэй хүүхдийн цусны улаан цогцсын диаметр, эзлэхүүн, зузаан ихсэж бөөрөнхийжих хандлагагатай болдгийг тодорхойлсон бөгөөд ийм өөрчлөлт уушгины буглаат болон архаг үрэвслийн үед нэгэн адил гардгийг А. П. Алексеева (1958) Л. П. Шульга (1964) нар ажигласан байна.

Уушгины үрэвслийн улмаас цусны улаан цогцсын хэмжигдэхүүн ийнхүү өөрчлөгдөн томрохыг уул өвчний үед цусны хүчилжих, эсвэл цусны хлор багасах үзэгдэлтэй О. Л. Передова (1964) Е. Г. Гальпрен (1949) нар холбон тайлбарлаж байгаа юм. Ф. Б. Штрауб (1963), улаан цогцос дахь нүүрсхүчлийн хийн химийн байдлын тухай бичсэнийг доор сийрүүлэн дурдвал; «Эд эсүүдэд бий болсон нүүрсхүчлийн хий цусны ийлдэст нэвтрэн орох төдийгүй улаан цогцост нэвтрэн орж карбоангидраза энзимын нөлөөгөөр устай нэгдэж нүүрслэг хүчил болон хувирсаар байна. Үүний улмаас улаан цогцос ба ийлдсийн хоорондох осмос тэнцвэр алдагдана. Ийм байдалд ийлдсээс улаан цог-

цост ус нэвтрэн хуримтлагдана. Энэ бол нүүрсхүчлийн хий уушгиар ялгаран гарах бараг бэлэн байдал нь болно» гэжээ.

Бид, цусны улаан цогцсын хэлбэр хэмжээ хүүхдийн уушгины үрэвслийн хэлбэр, явц, амьсгалын дутагдалтай хэрхэн уялдаж өөрчлөгддөгийг судлахаар оролдов.

Цусны улаан цогцос хэмжих шинжилгээг И. А. Кассирский, Г. А. Алексеев (1955), В. Алмазов, С. И. Рябов (1963), И. Тодоров (1963) нарын аргаар эрүүл 30, уушгины үрэвсэлтэй 106 хүүхдэд 240 удаа хийв.

Эрүүл хүүхдийн цусны улаан цогцсын хэмжээ

1-р хүснэгт

Хүүхдийн нас	Хүүхдийн тоо	Улаан цогцсын диаметр (микронор)	Гематокрин	Улаан цогцсын эзлэхүүн (микрон эзлэхүүнээр)	Улаан цогцсын зузаан (микронор)	Улаан цогцсын диаметр зузааны харьцаа
3 сар хүртэл	4	7,7	37	83	1,7	4,5
4—6 сартай	6	7,5	36	87	1,9	3,9
7—12 сартай	6	7,4	36	92	2,1	3,5
1—2 настай	7	7,4	37	89	2,0	3,6
3—4 настай	7	7,3	40	92	2,1	3,3

И. Тодоровын тодорхойлсноор, бага насны хүүхдийн цусны улаан цогцсын диаметр 7,3—7,4 микрон, гематокрит —36—40, эзлэхүүн —75—80 микрон эзлэхүүн, зузаан —2,5—3,5 микрон, улаан цогцсын зузааны харьцаа —3,5 байна.

Уушгины үрэвслийн хэлбэр явц ба цусны улаан цогцсын хэмжээс

2-р хүснэгт

Уушгины үрэвслийн хэлбэр	Хүүхдийн тоо	Улаан цогцсын диаметр (микронор)	Гематокрин	Улаан цогцсын эзлэхүүн (микрон-эзлэхүүнээр)	Улаан цогцсын зузаан (микронор)	Улаан цогцсын диаметр, зузааны харьцаа
Байржсан (хөнгөн)	42	7,6	55	135—18	2,9	2,7—0,16
		7,4	38	94—20	2,2	3,4—0,18
Хордлогот	53	7,7	60	160—08	3,4	2,4—0,14
		7,4	41	97—08	2,3	3,2—0,17
Хордлогот цусан үжил	6	7,4	53	126—06	2,7	2,9—0,34
		7,4	43	104—10	2,2	3,1—0,40
Том голомтот өнгөрт үрэвсэл	5	7,8	53	129—07	2,7	2,9—0,20
		7,3	37	87—09	2,2	3,3—0,24

Тайлбар.

1. Хүртвэрт уушгины үрэвслийн ид үе дэх улаан цогцсын хэмжээ Хуваарт-уушгины үрэвслийн арилах үе дэх улаан цогцсын хэмжээ
2. Шинжилгээний үр дүнгийн тооцооллын үнэн магадын нарийвчлал өндөр ($P < 0,01$ буюу $P < 0,001$) байв.

Шинжилгээ хийгдсэн уушгины үрэвсэл бүхий 106 хүүхдийг насаар нь ялгавал: 7 сар хүртэлх —34; 7—12 сартай —28; 1—4 настай 44 байсан бөгөөд бүх хүүхдийн 58 нь хүү, 48 нь охин байв. Дээрх хүүхдүүдийн 45 (42,4%) нь ердийн мариатай, 29 (27,3%) нь тураалын хоёрдугаар зэрэгтэй, 24 (22,8%) нь мариалаг цулцгар хүүхэд байв. Шинжлэгдсэн 106 хүүхдийн 67 (63,2%) нь сульдаагүй байсан болно.

Хүүхдийн уушгины үрэвслийг В. И. Молчанов, Ю. Ф. Домбровскаягийн ангиллаар ангилж цусны улаан цогцос хэмжих шинжилгээг өвчний ид ба эдгэрэлт буюу хүүхдийг эмнэлгээс гарахын өмнөхөн үед хийж доорхи хүснэгтээр харуулав.

Уушгины үрэвслийн үеийн амьсгалын дутлын хир хэмжээнээс цусны улаан цогцсын хэмжигдэхүүн хэрхэн уялдаж өөрчлөгддөгийг тодруулах зорилгоор доорхи жишил хийв.

3-р хүснэгт

Цусны улаан цогцсын хэмжигдэхүүн амьсгалын дутлын хүнд хөнгөнөөс хамаарах нь

Амьсгалын дутлын зэрэг	Хүүхдийн тоо	Улаан цогцсын диаметр (микронор)	Гематокрит	Улаан цогцсын эзлэхүүн (микрон эзлэхүүнээр)	Улаан цогцсын зузаан (микронор)	Улаан цогцсын диаметр зузааны харьцаа
Амьсгалын хүнд дуталтай	19	7,9	62	155	3,1	2,9
Амьсгалын хөнгөн дуталтай	14	7,6	54	136	3,0	2,5

Амьсгалын хүнд дутагдалтай (AD₃) 19 хүүхдэд их амьсгаадах хамрын угалз хүчтэй сарталзан хөдлөх, царай хөхрөх, нэг минут дахь амьсгал ба судасны лугшилтын харьцаа 1 : 2 болох шинж тэмдэг илэрч байсан бөгөөд харин амьсгалын хөнгөн, хөнгөвтөр дутал (AD_{1,2}) бүхий 14 хүүхдэд үл мэдэг амьсгаадах, уруул хамрын нугалаагаар цайвартан хөхрөх төдий, амьсгал судасны лугшилтын харьцаа 1 : 2,5 буюу 1 : 3 болох зэрэг шинж тэмдгүүд илэрсэн болно.

ДҮГНЭЛТ

1. Хүүхдийн уушгины үрэвслийн үед улаан цогцсын зузаан, диаметрээсээ илүү ихсэж байгаа нь улаан цогцсын бөөрөнхийжи тийг илэрхийлж байна.
2. Уушгины үрэвслийн үед цусны гематокрит 1,4—1,5 дахин, улаан цогцос бүрийн дундаж эзлэхүүн 1,5—1,9 дахин ихсэж байна.
3. Амьсгалын дутал гүнзгийрэх тутам цусны улаан цогцсын хэмжигдэхүүнүүд ихэсдэг байна.
4. Уушгины үрэвслийн улмаас нүүрс хүчлийн хий цусны улаан цогцост хуримтлан устай нэгдэж нүүрслэг хүчил болон хувирдгаас улаан цогцсын дотор хүчилжилт бий болно. Ийм явцад цусны ийлдэс ус улаан цогцсын дотор осмос зүйн хуулиар нэвтрэн орж хуримталснаас ийнхүү цусны улаан цогцос томрон бөөрөнхийжинэ.
5. Амьсгалын дутал гүнзгийрэх тутам цусны улаан цогцсын бүх хэмжигдэхүүн ялангуяа эзлэхүүн томрон бөөрөнхийждөг нь амьсгалын дутлын цусаар илрэх нэгэн шинж тэмдэг мөн бөгөөд амьсгалын дуталтай тэмцэх физиологийн үйл мөн.

НОМ ЗҮЙ

1. Алексеева А. П. Изменения диаметра и объема красных кровяных телец периферической крови в оценке эффективности лечения больных пневмонией и нагноительными процессами в легких. Труды Смоленского медицинского института, т. 10, Смоленск, 307—314.
2. Галтпрен Е. Г. Хлориды крови при пневмонии у детей. Педиатрия, 1949, с. 28—32.

3. Гершенович Р. С. Ильясов, А. И. Нуридинов, А. К. К гематологической характеристике токсических форм пневмонии у детей. Педиатрия, 1957, 9, с. 15—19.
4. Гольдберг Л. Л. Клиническое значение эритроцитометрии. Педиатрия, 1941, 1, с. 3—9.
5. Домбровская Ю. Ф. Заболевания органов дыхания у детей. Медгиз, Москва, 1957, стр. 154—171.
6. Кассирский И. А., Алексеев Г. А. Клиническая гематология Гос. Изд. мед. лит. М., 1955, с. 1955.
7. Штрауб Ф. Б. Способ переноса углекислого газа. Биохимия. Будапешт. Изд. Академии наук Венгрии, 1963, с. 492—493.
8. Шульга Л. П. Изменения эритрограмм при хронических пневмониях у детей. Материалы теоретической и клинической медицины. Изд. Томского мед. института, вып. 4, 1964, с. 153—159.

К ВОПРОСУ МОРФОЛОГИЧЕСКОГО ИЗМЕНЕНИЯ ЭРИТРОЦИТОВ ПРИ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Н. Гэндэнжамц

РЕЗЮМЕ

Автор изучал основные моменты эритроцитометрии. Всего было произведено 210 эритроцитграмм у 106 детей, больных разными формами пневмонии, в возрасте до 4 лет. Для ориентировочного сравнения также произведено эритроцитометрическое исследование у 30 здоровых детей. Автор пользовался методикой эритроцитометрии, описанной в работах И. А. Кассирского, Г. А. Алексеева (1955) В. Алмазова (1963) И. Тодорова (1963). В течении пневмонии у детей были обнаружены следующие совершенно закономерные изменения показателей эритроцитометрии: Увеличение среднего диаметра эритроцитов до 7,5—8,0 микрон (по И. Тодорову, норма —7,3—7,4 микрон); увеличение показателя гематокрита —50—65 (по И. Тодорову, В. Лавкович, И. Кржеминьской, норма 36—35); значительное увеличение среднего объема эритроцита до 120—160 куб микрон (норма 75—80 куб микрон); а толщина эритроцита составляла 2,5—3,5 микрон (норма до 2,0 микрон) и сферический индекс 2,4—3,0 при норме около 3,5. Особенно наглядным образом эти показатели проявлялись при наиболее тяжелой дыхательной недостаточности.

ХҮҮХДИЙН УС ЦАГААС ӨМНӨ БА ЭРТ ГАРСАН ТӨРӨЛТИЙН ҮЕД ҮЗҮҮЛЭХ ТУСЛАМЖИЙН АСУУДАЛ

Б. Лувсан-Ёндон

Анагаах ухааны хүрээлэнгийн эрдэм-шинжилгээний ажилтан

Хүүхдийн ус цагаас өмнө ба эрт гарах хүндрэл нийт төрөлтийн дотор 9,7—28,6 хувь хүртэл тохиолддог (А. И. Петченко, 1956; Е. П. Малкова, 1967). Ийм үед төрөх хүч сулрах хүндрэл хавсрахыг 34,4—75,5 хувь хүртэл тохиолдохыг П. А. Белошанко (1956), А. И. Петченко (1956) нар ажиглажээ.

Хүүхдийн ус цагаасаа өмнө гарахын гол шалтгаан нь хүүхэд бөгсөөрөө юм уу, хөлөөрөө түрүүлэх, буруу байрлах (хөндлөн, ташуу), хүүхдийн толгой аарцагт гажуу тавигдах, эхийн аарцаг уйтан байх, ихэр ба ус ихтэй жирэмсэн юм гэж үздэг.

Гэвч сүүлийн үед хүүхдийн ус цагаас өмнө гарч байгааг амнион хальсны үрэвсэл, дегенератив өөрчлөлт (З. Н. Павловская), шээсний сүвийн халдвар, умайн хүзүүний сулралттай (Д. Тарян 1966) холбон үзэх юм уу, ихэс умайн доод хэсэгт бэхлэгдсэн зэргээс шалтгаалж болох тухай нилээд бичих болов.

Практикт амнион хальс дээгүүр цоорох, ус цагаас өмнө гарсныг батлан тогтоож оношлоход нилээд бэрхшээлтэй байдаг. Харин ийм үед Л. С. Зейвангийн аргыг хэрэглэх нь тохиромжтой. Үүнд; ус нь гарсан эхийн үтрээд толь тавьж, үтрээн арын хүнхрээс (урт шилэн соруулаар резин баллонтой) шингэнийг соруулан авч түрхэц бэлтгэн гистологи шинжилгээ хийнэ. Хэрэв эозины ягаан өнгийн дэвсгэр дээр түүгээр будагдаагүй эпидермис-арьсны гуужсан хэсэг, хүүхдийн үсний ширхэг үзэгдэж байвал ус гарсны гарцаагүй нотолгоо болно.

Ус эрт гарсан үед, үнэн худлыг мэдэхэд амархан байдаг. Энэ үед дотуур үзэхэд умайн хүзүү бага боловч нээгдсэн байгаа учир хүүхдийн хальс тэмтрэгдэх ба сайн мэдэгдэхгүй үед үтрээд толь тавьж хараад магадлаж болдог.

Ус нь цагаас өмнө ба эрт гарсан үед оношийг тогтоогоод төрөлтийг яаж удирдан явуулах тухай эх барихын тактикийн асуудал гарч ирнэ. Энэ үеийн эх барихын тактикийн тухай 1957 онд хуралдсан бүх оросын эх барих-эмэгтэйчүүдийн эмч нарын анхдугаар бага хурлын тогтоолд заахдаа: ус гарснаас хойш 5—6 цаг төрөлтийн үйл ажиллагааг ажсаны дараа базлалт эхлэхгүй бол түүнийг сэдэх, харин хожуу анхан төрөгч юм уу, хүүхэд нь умайд буруу байрласан үед ус гарсан даруй төрөлтийн үйл ажиллагааг сэдэх ажилд орох нь зүйтэй гэсэн байдаг.

Хүүхдийн ус цагаас өмнө ба эрт гарсан үеийн төрөлтөд үзүүлж байгаа тусламжийн асуудлыг судлах зорилгоор, бид Улаанбаатар хотын клиникийн 1-р амаржих газрын нэг жилийн нийт төрөлтийн дотор 4,4 хувийг эзэлсэн төрөх хүч сулрах хүндрэл бүхий төрөлтийн (212 хүн) ус нь цагаас өмнө ба эрт гарсан 196 төрөлтөд үзүүлсэн тусламжийг тусад нь авч судаллаа.

Судалгааны байдлаас үзэхэд, төрөх хүч суларсан хүндрэл бүхий төрөлтийн 92% нь хүүхдийн ус цагаас өмнө ба эрт гарах хүндрэлтэй хавсарсан байна. Төрөх хүч суларсан төрөлтийн (212) дотор хүүхдийн ус цагаас өмнө гарсан хүндрэл 66%-д хавсарчээ. Энэ бол хүүхдийн ус цагаас өмнө гарахад 56,6—65% нь төрөх хүч сулрах хүндрэлтэй хавсарч байна гэж бичиж байгаа В. И. Калгатина, А. М. Оленева (1953) нарын судалгаатай тохирч байна.

Судалгааны материалаас үзэхэд, хүүхдийн ус цагаас өмнө ба эрт гарсан 196 тохиолдлыг төрөх хүч сулралтын анхдагч болон хоёрдогч сулрал гэж оношлоод 56,4%-д нь ус гарснаас хойш эхний 6 цагийн дотор, 43,6%-д нь 6 цагаас хойшхи хугацаанд төрөлтийн үйл ажиллагааг сэдэх ба дэмжих арга хэмжээ авсан байна. Төрөлтийн үйл ажиллагааг сэдсэн, дэмжсэн төрөлтийн 68,4% нь эхний 6 цагийн дотор төрсөн бөгөөд эдгээрийн 49,2% нь төрөлтийн үйл ажиллагааг сэдэх ба дэмжиж буй хугацаанд төржээ. Энэ бол хүүхдийн ус цагаас өмнө эрт гарсан үед яаравчлан төрүүлэх эрмэлзэлтэйгээр арга хэмжээ авч байсныг харуулж байна. Нөгөө талаар, хүүхдийн ус цагаас өмнө, эрт гарсан хүндрэлийг төрөх хүч сулрах хүндрэлтэй хэт хавсруулан оношлож байгаа тал ч байна.

Ихэнх судлагчид, хүүхдийн ус цагаас өмнө гарвал 6 цагаас дээш хугацаагаар төрөлтийн үйл ажиллагааг ажиж, хэрэв хүүхэд нь сараа гүйцсэн байгаад төрөлтийн үйл ажиллагаа нь эхлээгүй буюу дутмаг байвал түүнийг сэдэх, дэмжих арга хэмжээнд орох нь эх, хүүхдийн аль алинд нь ашигтай гэж үздэг (А. Б. Гиллерсон, 1969; И. Д. Арист, 1969; Н. Ф. Лызиков, 1969).

Хүүхдийн ус цагаас өмнө ба эрт гарсныг тодорхой зааглан оношлоогүй явдал ч судалсан материалд нилээд байлаа. Үүнд: төрөлтийн үйл ажиллагаа эхлээгүй, умайн хүзүү нь хаалттай гэж тэмдэглэсэн атлаа ус нь эрт гарсан гэж оношлох явдал судалсан материалын 20%-д байсан юм.

Бидний судалсан төрөгчдийн 35 нь анхан төрөгч, 161 нь давтан төрөгч юм. Анхан төрөгчийн 11 нь 17—19 настай, 22 нь 20—25 настай, 2 нь 26—30 настай эхчүүд байв.

Анхан төрөгчийн төрөлтийн нийт үргэлжилсэн хугацааг үзвэл, 20 цагаас дээш үргэлжилсэн-16; 20 цагийн дотор төрсөн-19 байв. Давтан төрөгчийн төрөлтийн нийт хугацаа 69 эхэд 12 цагаас дээш, 92-д 12 цагаас доош үргэлжилсэн байлаа.

Үүнээс үзэхэд, хүүхдийн ус цагаас өмнө ба эрт гарах хүндрэл манай нөхцөлд давтан төрөгчдөд илүүтэй тохиолдож байна. Бидний ажигласан төрөлтийн дотор хүүхдийн буруу байрлал, ихэр ба ус ихт жирэмсэн гэх мэт хүүхдийн ус цагаас өмнө ба эрт гарах механик шалтгаан байгаагүй бөгөөд харин өгзөгний холимог түрүүлэлт нэг эхэд байв.

Ус нь цагаас өмнө гарсан жирэмсний 93-т нь нэг хоногийн дотор төрөлтийн үйл ажиллагаа өөрөө аяндаа бий болж байсан бөгөөд, харин ус гарсан даруйд төрөх үйл ажиллагааг сэдэхэд эх дотроо хүүхэд бүтэх хүндрэл 2,5 дахин, нярайн бүтэлт 3 дахин ихсэж байсныг Н. Ф. Лызигов (1969) ажигласан байна.

Бидний судалсан эхчүүдийн төрөлтийн ба төрсний дараах үед эх болон хүүхдэд гарсан хүндрэлийг авч үзье (1-р хүснэгт).

1-р хүснэгт

Төрөлтийн ба төрсний дараах үед эх, хүүхдэд гарсан хүндрэл

	400 мл-ээс дээш цус алдаж хүндэрсэн	Төрөх үеийн эндометрит	Төрсний дараах үеийн эндометрит	Мэс заслын хуучин соривоор умай урагдсан	Умайн хөндийг гараар шалгасан	Ихэс гардсан	Эх дотроо бүтсэн	Бүтэлтэй төрсөн	Төрсний дараа 24 цаг дотор үхсэн	Үхсэн эх
Тоо	63	18	27	1	18	35	11	25	12	1
Хувь	32,1	9,2	13,8	0,5	9,2	17,9	5,6	12,8	6,1	0,5

Энэ хүснэгтээс үзэхэд, цагаас өмнө ба эрт ус нь гарсан (196) төрөлтийн хүүхдийн перинаталь үхэл-24,4%, эхийн үхэл 0,5%, төрсний дараах цус алдалт-32,1%, төрөх үеийн хүндрэл-9,6%-ийг тус тус эзэлж байна. Төрсөн бүх эхийн 41,3%-д төрөх үед нь ба төрсний дараа хойтхийн үед эх барихын ямар нэгэн мэс заслын тусламж үзүүлдсэн байна.

Цагаас өмнө ус нь гарсан жирэмсэн болгонд яаравчлан төрөлтийн үйл ажиллагааг сэдэх нь умайн агшилтын ритмийг алдагдуулж ихэс ба умайн цусны эргэлт эвдэгдэн улмаар төрөх хүч сулрах, төрөлт удаашрах, хүүхэд эх дотроо ба төрөх үедээ бүтэх, хойтхийн үед цус алдах зэрэг хүндрэлд хүргэж болохыг анхааран тодорхой хугацаанд төрөлтийн үйл ажиллагааг ажиг нь зүйтэй.

Ус нь цагаас өмнө гарсан жирэмсэн ба төрөгчийн төрөлтийн тухай асуудлыг шийдэхдээ уул эхийн жирэмсний хугацаа, умайн хүзүүний төрөлтөд бэлтгэгдсэн байдал, тухайн үеийн эх барихуйн талын нөхцөл зэрэгт дүгнэлт хийж хүн бүрд өвөрмөц хандах нь зүйтэй юм.

ДҮГНЭЛТ

1. Улаанбаатар хотын клиникийн 1-р амаржих газрын материалаар үзэхэд, нийт төрөлтийн дотор төрөх хүч сулрах хүндрэл 4,4%-ийг эзэлж байна.

2. Манай нөхцөлд хүүхдийн ус цагаас өмнө ба эрт гарах хүндрэл давтан төрөгчдөд илүүтэй тохиолдож байна.

3. Ус нь цагаас өмнө гарсан үед халдвараас болон умай дахь хүүхдийн бүтэхээс урьдчилан сэргийлэх арга хэмжээг авч ажих тактикийг баримтлан төрөлтийн үйл-ажиллагаа нь ус гарснаас хойш 6 цагийн дотор эхлээгүй буюу эхэлсэн ч тогтмол бус, сул хүчтэй байвал түүнийг сэдэх буюу дэмжин туслах аргуудаас уул эхэд тохирохыг нь хэрэглэх нь ашигтай.

К ВОПРОСУ ВЕДЕНИЯ РОДОВ, ОСЛОЖНЕННЫХ НЕСВОЕВРЕМЕННЫМ ИЗЛИТИЕМ ОКОЛОПЛОДНЫХ ВОД

Б. Лувсанёндон

РЕЗЮМЕ

По материалам первого клинического роддома г. Уланбатора слабости родовой деятельности занимают 4,4% к общему числу родов.

Несвоевременное отхождение околоплодных вод не обязательно сочетается со слабостью родовой деятельности, и по литературным данным встречаются от 34,4-до 75% случаев, а по нашему материалу 92% случаев сочетаются со слабостью родовой деятельности.

Авторы полностью согласны с мнением А. Б. Гиллерсона и Н. Ф. Лызикова, о том что ранее медикаментозное возбуждение родовой деятельности при преждевременном отхождении околоплодных вод является нецелесообразным.

При ведении родов с преждевременным отхождением околоплодных вод учитывая срок беременности, подготовленность шейки матки к родам, акушерскую ситуацию того времени, надо рекомендовать терапию каждой беременности, а не поспешно прибегать к применению родостимулирующих средств.

ЖИРЭМСНИЙ ЗАРИМ ЭМГЭГИЙН ҮЕД ИХЭСТ ГАРАХ БҮТЦИЙН ӨӨРЧЛӨЛТ (ХОЁР ДАХЬ МЭДЭЭЛЭЛ)

М. Онолбаатар

*Гистологи эмбриологийн тинхэм (эрхлэгч Д. Мачлай).
Эрдэм шинжилгээний удирдагч, анагаах ухааны дэд эрдэмтэн*

Г. П. Златин

Эхийн бие махбод дахь янз бүрийн эмгэгүүдийн үед ихсийн цусны эргэлтийн системд бүтэц ба үйл ажиллагааны өөрчлөлт гарч үрийг бүтэлтэнд хүргэдгийг олон судлагчид тэмдэглэсэн байна (Л. С. Персианинов, 1968; В. И. Бодяжина, 1968; Н. Л. Гармашева, 1968; К. К. Комешко, 1968).

Жирэмслэл дутуу тээлт, эхийн хэвлий дэх үрийн үхэл, сул дорой хүүхэд төрөх, нярайлсан эхийн цочмог хордлого зэрэг төрөлтийн янз бүрийн эмгэгт хүргэдэг шалтгаануудын дотор жирэмсний хордлогын олон хэлбэр, ялангуяа хожуу үеийн хордлого олонтаа тохиолдоно (О. Ф. Матвеева, 1953; С. М. Беккер, 1959; Ю. В. Гулькевич, Т. С. Рабцевич, 1968). Гэтэл үр ба хөврөлийн хөгжилд гарах дээрх эмгэгүүдийн эмгэг жам одоо хүртэл тун бага судлагдсан байна.

Эх үрийн хоорондох бодисын солилцооны гемодинамикийн хямрал, хүчилтөрөгчийн дутагдал, судасны тонусын сулралт зэрэг эмгэгт хүргэдэг ямар өөрчлөлт жирэмсний хордлогын үед судасны ханын бүтцэнд гарч байгааг тодорхойлох зорилгоор бид судалгаа явуулав.

Гемодинамикийн өөрчлөлт, хүчилтөрөгчийн дутагдал болон жирэмсэн эмэгтэйчүүдийн биед гарч болох бусад эмгэг өөрчлөлтүүдийн дотор ихсийн эмгэг ихээхэн суурийг эзэлнэ. Үрийн хөгжил ихсийн байдлаас шууд хамаарч байдаг бөгөөд, олон талт үйл ажиллагаатай энэ эрхтэн жирэмсний хордлогын үед ч ихээхэн өөрчлөгддөг байна

(Л. Г. Давыдова, М. А. Догаева, 1961; Л. Т. Волкова, 1957; В. И. Константинова, 1964).

Хэвлэлийн материалаас үзэхэд, жирэмсний янз бүрийн хордлогын үед хийгдсэн судалгаанууд үндсэндээ ихсийн бүтцийн өөрчлөлтийг ерөнхийд нь ажиглахад зориулагдсан байх бөгөөд бидний өмнөх ажил ч (1968) ийм чиглэлтэй байсан билээ. Ихсийн бүтцийн янз бүрийн хэсэг гарах өөрчлөлтийн дотроос түүний судасны гэмтлүүд нь үрийн хувьд илүү асултай юм. Энэ удаа бид, жирэмсний хордлоготой нярайлсан эхчүүдийн 10 ихэст хийсэн гистологийн судалгааны дүнг жирэмслэл хэт тээгдэлт ба жирэмслэл хэвийн явагдсан төрөгчдийн ихсийн судалгаатай харьцуулан үзэв. (Судалгааны арга нь өмнөх сонсголынхтой адил болно).

Бидний судалгаанаас үзэхэд, жирэмсний хордлогын үед ихсийн судсанд судасны ханын нэвчүүлэх чанар, цусны эргэлт алдагдан, судасны орчим түүний хана хавагнах, эсүүдийн үхжил болох, ширхэглүүр хувирал үүсэх, судасны хана хатуурч нүх нь нарийсах, цусны урсгал зогсох, судас өргөсөх, цус харвах, цэлмэн хоорондын зай ихэнх тохиолдолд нарийсах зэрэг өөрчлөлт гарч байгаа бөгөөд тэдгээрийн хэмжээ нь хордлогын хугацаа, хүнд хөнгөнөөс хамааран янз бүр байгаа нь ажиглагдав. Энэ баримт А. А. Ксган, З. К. Беглова, Э. В. Емцова, Т. Д. Задорожная (1968) нарын бичсэнтэй тохирч байна. Богино хугацаанд хөнгөн явагдсан хордлогын үед ихэс дэх өөрчлөлт үндсэндээ судасны системийн хурц хямрал хэлбэрээр явагдаж байхад, удаан хугацааны хүнд хордлогын үед ихэс дэх өөрчлөлтөнд хатууралт, хагас үхжил ба үхжлийн процесс голлон, судасны системд эрс өөрчлөлт гардаг байна. Үлэмж бүтцийн хувьд, жирэмсний хордлоготой төрөгчдийн 10 ихсийн жин дунджаар хэвийн явцтай жирэмслэлийнхээс 95-граммаар, хэт тээлттэй жирэмслэлийн ихсийн жингээс 46-гаар их байгааг жирэмсний хордлогын үед ихэс их хэмжээгээр хавагнадаггаар тайлбарлаж байна. Түүнчлэн жирэмслэл хэт тээгдэх үед ихсийн жин хэвийн явцтай жирэмслэлийн үеийн ихсийн дундаж жингээс 85 г орчим их ба хэмжээ нь бусад ихсийнхээс арай том байгаа байдал ажиглагдлаа. Бичил бүтцийн судалгаанаас үзэхэд, жирэмсний хордлогын үед бидний судалсан ихсүүдийн судасны бүтцэнд гарах өөрчлөлтийн гол нь хаван, хатуурал хоёр байсан бөгөөд энэ нь нэг ихсийн янз бүрийн хэсэгт ба ихэс тус бүрд харилцан адилгүй илэрч ихсийн эхийн болон үрийн цусны эргэлтийг саатуулах нөлөө болж байв. Энэ талаар энд 2 жишээ дурдъя.

1. Эмэгтэй Б., 19 настай, төрөлтийн түүх-№ 204. 1958 оны 1-р сарын 25-нд 3-р төрөх газар төрсөн, анхны жирэмслэл, анхны төрөлт, жирэмсний сүүлийн хагаст жирэмсний хордлогын бөөлжилтийн хэлбэрээр 10 хоног эмнэлэгт хэвтэж эмчлүүлсэн. 1-р сарын 25-нд төрөх газар «31—32 долоо хоногтой жирэмслэл» оноштой хэвтсэн. Төрөлтийн I үе 11 цаг, II үе 55 мин. III үе 5 минут, төрөлт бүгд 12 цаг үргэлжилсэн Усгүй үе 2 цаг 55 минут үргэлжилжээ.

1-р сарын 26-ны 8 цаг 25 минутад хугацаанаасаа өмнө 2100 грамм, 43 см охин төрсөн. Ингэж хугацаанаасаа өмнө төрсний шалтгааныг клиникийн хувьд олоогүй, ихэс 5 минутын дараа өөрөө гарч 250,0 цус алдсан ба төрөлтийн дараах үе хэвийн явагдсан. Хүүхдийн бисийн сул дорой байдлаас шалтгаалан 16 дахь хоног дээрээ төрөхөөс гарсан.

Ихсийн үлэмж бүтэц. Хойтын жин нь 425 г, ихсийн хэмжээ 17x18 см, хүйс төвийн байглалттай, урт нь 28 см, судас түргэн тархсан.

Бичил гүтэц. Ихсийн эхийн ба үрийн хэсгийн эд их хэмжээгээр хатуурсан, цэлмэнгүүдийн ялангуяа жижиг төгсгөл, цэлмэнгүүдийн судасны хана хатууран ихэд зузаарч нүх нь нарийссан ба зарим газар бүтэн бөглөрсөн. Цэлмэн хоорондын зай үлэмж нарийссан.

Дутуу тээлтийн шалтгааныг бид энэ өөрчлөлттэй холбох нь зүйтэй гэж үзэж байна.

2. Эмэгтэй Ц., 35 настай, төрөлтийн түүх-№ 392. Хүүхэд ахуй цагтаа халдварт өвчнөөр өвдөөгүй 1960 онд шарласан, 1965 онд уушгины сүрьеэгээр өвдсөн, 1960 онд ихэр хүүхэд төрүүлсэн бөгөөд жирэмслэл ба төрөлт нь хэвийн явагдсан, 1968 оны

IV сарын 14-нд 1 дүгээр төрөх газрын II тасагт „39-47 долоо хоногтой жирэмслэл, нефропатия“ гэсэн оноштой хэвтсэн. Цусны даралт 150-/100. 4 сарын 22-нд нэг өндгөн эсийн ихэр хүүхэд төрүүлсэн. Төрөлтийн I үе 19 цаг 05 мин, II үе 18 мин, III үе 1 цаг 27 мин, бүгд 21 цаг, 05 минут болсон. 1 литр цус алдаж 150,0 цус сэлбүүлсэн.

Ихсийн үлэмж бүтэц. Хойтын жин 932 г, ихсийн хэмжээ 28x19, нэг хүйсний урт 51 см, нөгөөгийнх 40 см, хүйс нь төвийн байрлалтай, судас түргэн тархсан.

Ихсийн бичил бүтэц. Ховхроо эдэд бараг бүхэлд нь тэжээлийн хямрал болж их хэмжээний ширхэглүүр хуримтлагдсан ба үхжсэн хэсгүүд их тааралдана. Ховхроо эсийн бүлэг тун ховор тохиолдоно. Гол цэлмэнгүүдийн судас эрс өргөсөж цусаар дүүрсэн, цэлмэнгийн цул нь хавантай, холбоос эсүүд их хэмжээгээр хуурсан, цэлмэнгүүдийн захаар шохойжсон, төгсгөлийн цэлмэнгүүд их хавганасны улмаас бүтэц нь алдагдсан, цэлмэн хоорондын зай эрс нарийссан байлаа.

Дээрх 2 тохиолдлоос үзэхэд, жирэмсний хордлогын үед ихэст гарах өөрчлөлт өөр өөр байна. Эхний тохиолдолд хатууралт давамгайлж, судасны нүх, цэлмэн хоорондын зай нарийссан байхад II тохиолдолд цусны зогсонги болж судас өргөсөн хаван сууж, цэлмэн хоорондын зай нарийссан байна. Тэгэхдээ эдгээр эмгэг өөрчлөлтүүд нэг адил ихсийн үрийн ба эхийн хэсгүүдийн хоорондын цусны эргэлт, бодисын солилцоог саатуулан төрөлтийн явцыг хүндрүүлэх шалтгаан болж байна. Ихэст гарсан бичил бүтцийн өөрчлөлтийг 1-4-р хүснэгтэд үзүүлэв.

1 дүгээр хүснэгт
Ховхроо эдийн судасны өөрчлөлт

Судасны өөрчлөлт	Хордлоготой жирэмсэн (10 тохиолдол)	Хэт тээлттэй жирэмсэн (5 тохиолдол)	Хэвийн жирэмсэн (5 тохиолдол)
Цусны зогсонги	1	—	—
Хаван	2	—	1
Гиалиноз	1	—	—
Судас өргөсөх	—	—	—
Судасны хатууралт	3	1	—
Судас нарийсалт	3	—	—

2 дугаар хүснэгт
Гол цэлмэнгүүдийн судасны өөрчлөлт

Судасны өөрчлөлт	Хордлоготой жирэмсэн (10 тохиолдол)	Хэт тээлттэй жирэмсэн (5 тохиолдол)	Хэвийн жирэмсэн (5 тохиолдол)
Цусны зогсонги	3	1	1
Цус харвалт	—	—	1
Хаван	3	2	1
Тэжээлийн нөлөөт хямрал (гемосидерин)	1	—	—
Судас өргөсөлт	3	1	1
Судасны ханын хатууралт	5	4	1
Судасны нарийсалт	7	2	1

3 дугаар хүснэгт
Төгсгөл цэлмэнгүүдийн судасны өөрчлөлт

Судасны өөрчлөлт	Хордлоготой жирэмсэн (10 тохиолдол)	Хэт тээлттэй жирэмсэн (5 тохиолдол)	Хэвийн жирэмсэн (5 тохиолдол)
Цус багадалт	1	—	—
Цусны зогсонги	5	2	1
Цус харвалт	1	2	—
Хаван	2	—	1
Гиалиноз	1	—	—
Судас өргөсөлт	1	—	—
Судас хатууралт	4	3	1
Судас нарийсалт	5	3	1

Цэлмэн хоорондын зайн өөрчлөлт

Өөрчлөлт	Хордлоготой жирэмсэн (10 тохиолдол)	Хэт тээлттэй жирэмсэн (5 тохиолдол)	Хэвийн жирэм- сэн (5 тохиолдо л)
Цусны зогсонги	—	—	1
Цус харвалт	2	—	—
Судасны өргөсөлт	1	1	—
Судасны нарийсалт	8	4	1
Ширхэглүүрийн хэсэг тогтсон	1	1	—

Хүснэгтүүдээс үзэхэд, жирэмсний хордлоготой төрөгчдийн ихсийн судас, цусны эргэлтийн системд ихээхэн өөрчлөлт орж байгаа нь ажиглагдаж байгаа бөгөөд ихсийн эхийн хэсгээс, үрийн хэсэгт илүү их өөрчлөлт гарсан байна. Дээр товч үзүүлсэнчлэн судсанд ажиглагдсан гол өөрчлөлтүүд нь судасны хана хатууран судасны нүх, цэлмэн хоорондын зай нарийсах, судасны ханын нэвчүүлэх чанар алдагдан хаван суух, цусны зогсонги болж судас өргөсөн цэлмэн хоорондын зай нарийсах явдал байна. Эдгээр өөрчлөлт тохиолдол тус бүрд өөр өөр боловч ерөнхийдөө адил хэмжээгээр тохиолдож байна. Харин жирэмслэл хэт тээгдэх үед склерозын процесс илүү тохиолдох нь ажиглагдлаа.

Дүгнэлт

1. Жирэмсний хордлогын үед бүх тохиолдолд ихсийн судасны системд бүтцийн өөрчлөлт гардаг байна.
2. Ихсийн ховхроо эдэд цусны зогсонги байдал ба судасны ханын хатууралт адил хэмжээтэй ажиглагдав.
3. Гол ба төгсгөл цэлмэнгүүдэд судасны хана хатуурч нүх нь нарийсах явдал бусад өөрчлөлтөөс илүү тохиолджээ.
4. Жирэмслэлт хэт тээгдэх үед судасны хана хатуурах өөрчлөлт давамгайлж нүх нь битүүртлээ бөглөрөх явдал ажиглагдлаа.
5. Жирэмсний хордлогын ба жирэмслэл хэт тээгдэх үеийн бүх тохиолдолд цэлмэн хоорондын зай үлэмж нарийсдаг байна.
6. Дээр дурдсан өөрчлөлтийн улмаас жирэмсний хордлого ба жирэмслэл хэт тээгдэх үед ихсийн цусны эргэлтэнд үлэмж хэмжээний өөрчлөлт үүсдэг нь харагдаж байна.

НОМ ЗҮЙ

1. Беккер С. М. Перенашивание беременности. Патология беременности. Медицина, 1964, стр. 74.
2. Беккер С. М. Токсикозы беременных. Патология беременности. Медицина, 1964, стр. 5.
3. Дж. Д. Бойл. Морфология и физиология маточно-плацентарного кровообращения. Медгиз. 1960.
4. Задорожная Т. Д. Морфологические и гистохимические исследования плаценты при поздних токсикозах беременности. Антинатальная охрана плода. Киев, 1968, стр. 182.
5. Коган А. А., Беглова З. К., Емцова Э. В. Акушерство и гинекология. 1968, 5, стр. 37.
6. Лященко М. С. Профилактика антинатальной гибели плода при патологическом течении беременности. Антинатальная охрана плода. Киев, 1968, стр. 191.
7. Персиаников Л. С. Перспективы развития и планирования научных исследований в области акушерства и гинекологии. Акушерство и гинекология, 1968, № 9, стр. 3.
8. Степановская Г. К. Влияние перенашивания беременности на состояние плода и новорожденного. Антинатальная охрана плода. Киев, 1968, стр. 95.
9. Степановская Г. К. Нарушение функционального состояния плаценты как причина асфиксии и гибели переносимого плода и новорожденного. Антинатальная охрана плода. Киев, 1968, стр. 100.
10. Рефераты докладов на Пленуме Правления Всесоюзного общества акушеров и гинекологов, 1968, 9, стр. 71.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ПЛАЦЕНТЕ
ПРИ НЕКОТОРОЙ ПАТОЛОГИИ БЕРЕМЕННЫХ

М. Онолбаатар, Г. П. Златин

РЕЗЮМЕ

В работе представлены результаты изучения сосудистого русла плаценты при некоторой патологии беременности.

При токсикозах беременности значительно выражены застойные явления, склероз стенок сосудов с сужением просвета. При переносимой беременности преобладают явления склероза сосудистого русла и стромы ворсин.

Описанные явления подтверждают, что при патологии беременности происходят глубокие нарушения маточно-плацентарного кровообращения.

БРУЦЕЛЛЁЗЫН ҮЕ ДЭХ ОНОШИЙН АЛДАА

*Анагаах ухааны дэд эрдэмтэн Ж. Дашдаваа
Анагаах ухааны хүрээлэн*

Бруцеллезын үед эмгэг процесст бие махбодын бүх л эрхтэн тогтолцоо хамрагдах хандлагагайн гадна өвчний эмнэл зүйн илрэл олон янз байдаг тул оношийг тэр болгон зөв тогтоох нь нилээд түвэгтэй байдаг.

Сүүлийн жилүүдэд бруцеллезын эмнэл зүйн явц хааяагүй хөнгөрөн халуурах, дагжтал чичрэх зэрэг гол гол шинжүүд балархай болж (2,3,4,5,6,8) ийлдэс судлалын урвалууд бага таньцад илрэх болсон нь (1,2) оношлолтыг хүндрүүлэх бас нэг нөхцөл болж байна.

Бруцеллезын үе дэх оношийн алдааг судалсан зарим баримтаас үзэхэд (2,7,9), бруцеллэстэй өвчтөнд эхнээс нь хэрлэг, томуу, гэдэсний балнад, сүрьеэ, үе мөч болон мэдрэлийн судлын үрэвсэл гэдэг онош тавих явдал олонтаа тохиолддог байна. Цочмог ба анхдагч архаг бруцеллезын үед оношийн алдаа илүүтэй үзэгддэг байтал хоёрдогч архаг бруцеллезын үед нилээд өвчтөнд эхнээс зөв онош тавигддаг учир оношийн алдаа харьцангуй бага тохиолддог гэж Н.Д.Беклемишев (2) бичжээ. Учир нь аль нэг тодорхой нөхцөл, орон нутагт оршин суугчдын дунд илүүтэй тохиолддог буюу нутагшсан өвчнүүд эмч нарын анхааралд эн тэргүүнээ тусаж оношлогддог тал бий. Энэ нь бруцеллезын оношлолтын хувьд хоёр талын нөлөөтэй. 1 дүгээрт бруцеллэз бага тархсан буюу уг өвчин төдий л судлагдаагүй нөхцөлд түүнийг эс санаж өөр өвчин оношлох; 2-рт, бруцеллэз элбэг тохиолддог бол давын өмнө түүнийг оношилж „хэтрүүлэгт“ хүргэж болно. Иймэрхүү байдал нь хэдийгээр тухайн нөхцөл, бодит хүчин зүйлс эмч нар, хүмүүсийн сэтгэхүйд тодорхой хэмжээгээр нөлөөлсний үр дүнд үүсдэг боловч өвчнийг зөв оношлох нь эмч хүний дадлага туршлага, оноглох урлаг, мэдлэгийн хүрээ, оюун санааны авхаалж самбаа, сэтгэхүйн уян байдал зэргээс үндсэндээ шалтгаална.

Манай нөхцөлд бруцеллэстэй өвчтөнд онош тавигдаж байгаа байдлыг тодруулах нь практикийн чухал ач холбогдолтойг харгалзан үзээд 1965-1968 онд Улаанбаатар хотод стационар болон амбулаторит бидний хяналтанд байсан өвчтөний материалд судалгаа хийв.

Анхны оношийн байдлыг бид, өвчтөнөөс лавлан асуух, урьд өмнө нь эмнэлэгт үзүүлж эмчлүүлж байсан тухайн баримт сэлтийг нягтлан үзэх зэргээр тогтоож сайлаа.

Цочмог, цочмогдуу, архаг бруцеллэстэй бүх өвчтөний 37,3 %-д өөр онош тавигдаж байжээ. Ташаа оношийн байдлыг бүх өвчтөнд

харьцуулан авч үзэхэд, хэрлэг 5,9 %-д, полиартрит 5,6%-д, мэдрэлийн ядаргаа 5,5 %-д, сүрьеэ 4,9 %-д, радикулит 4,6 %-д, бөөрний эмгэг 2,8 %-д, элэгний үрэвсэл 2,2 %-д, гэдэсний балнад 0,9 %-д, бусад өвчин 0,8 %-д тус тус оношлогджээ, Үүнээс үзэхэд, буруу тавигдсан анхны оношийн дийлэнх хувь нь өвчнийг оношлохдоо элдэв байрлалт бүхий эмзэглэл, зарим эрхтний хэмжээ томрох зэрэг аль нэг шинжийг гол болгон анхаарсантай холбоотой байсан бөгөөд чухамдаа тэдгээр шинж бол үндсэн өвчин-бруцеллёзын ерөнхий буюу голомтлолт илрэл байжээ. Ийнхүү бруцеллёзын үед үе мөчний бусад өвчнийг оношлох, халдвар-хордлого-харшлын ерөнхий илрэлийг мэдрэлийн ядаргаа гэх буюу ууц нуруугаар өвдөхөд бөөрний эмгэг, радикулит зэргийг сэжигдэн оношлох явдал цөөнгүй байна. Бруцеллёзын уршгаар бие махбод, эрхтэн тогтолцоонд үүссэн элдэв хямрал, голомтлолт өөрчлөлтийг шинж тэмдгийн талаар зөв тодорхойлсон атлаа үндсэн оношийн хувьд ийнхүү алдсан нь нэг талаас бруцеллёзын оношлолт нилээд түвэггүй, нөгөө талаар энэхүү өвчнийг санаж оношлох явдал хангалтгүй байгаатай холбоотой байна.

Бруцеллёзын цочмог хэлбэрийн үед өвчтөн халуурах, хөлрөх, үе мөчөөр нь „гүйж“ өвдөх зэрэг шинж зонхилж байснаа өвчний явц сунжирч архагшихад үе мөчөөр өвдөх нь гол төлөв том үенд байршиж, яс үенд өөрчлөлт гарах, мэдрэлийн судлууд үрэвсэх явдал зонхилж эхэлдэг. Өвчний явцад халуурах, хөлрөх, үе мөч өвдөж хавдах, мэдрэлийн судлаар хөндүүрлэх, элэг дэлүү болон тунгалгийн зангилаа томрох зэрэг шинж тэмдэг нэгэн зэрэг биш ч дараалан илэрдэг онцлогтой.

Бруцеллёзын үед ажиглагдаж байгаа оношийн алдааны талаархи баримт сэлт, мөн уг өвчний онош тодруулах лабораторийн шинжилгээний үр дүнд хийсэн судалгаа (1,4) зэргээс үзэхэд, энэ өвчнийг зөв оношлохын тул зарим зүйлийг анхаарах нь зүйтэй бололтой. Үүнд юуны өмнө энэ өвчин манай оронд нилээд тархмал байгаа ба өвчний илрэл янз бүр байдгийг санаж байх нь чухал юм. Цаашилбал, орчин үеийн бруцеллёзын үед ийлдэс судлалын урвал олонхи өвчтөнд бага таньцад явагддаг буюу нилээд өвчтөнд сөрөг байхад бие махбодид харшил өөрчлөлт эрт үүсэж Бюрнегийн сорилт хүчтэй илрэх хандлагатай (1,2) болжээ.

Хэдийгээр өвчний явц газар сайгүй хөнгөрч, далд болон балархай хэлбэрийн бруцеллёз олонтаа тохиолдох болсон нь түүний эмнэл зүй-лабораторийн оношлолтыг хүндрүүлж байгаа боловч энэхүү өвчнийг тухай бүр илрүүлэн оношлох боломж манайд бүрэн байгаа юм.

ДҮГНЭЛТ

1. Бруцеллёзын үед ташаа тавигдсан оношийн дийлэнх хувь нь уг өвчний ерөнхий болон голомтлолт илрэлийн аль нэг шинжийг цохон анхаарч түүнийгээ өөр өвчний уршигтай холбон үзсэнээс шалтгаалжээ.

2. Бруцеллёзыг зөв оношлоход эмч нар түүнд анхаарлаа зохих хэмжээгээр хандуулахын чацуу тус улс дахь орчин үеийн бруцеллёзын эмнэл зүйн онцлог, ийлдэс судлалын болон харшлын урвалын илрэлийн өвөрмөц байдлыг мэдэж байх явдал шаардагдаж байна.

НОМ ЗҮЙ

1. Дашдаваа Ж. Клинико-эпидемиологическая характеристика бруцеллеза в условиях МНР. Канд. дисс. Алма-Ата, 1969.

2. Беклемишев Н. Д. Хронический и латентный бруцеллез. Алма-Ата, 1965, 329 стр.

3. Касаткина И. Л. Клиническая характеристика современного бруцеллеза в Казахстане. В кн.: „Бруцеллез в Казахстане“. Алма-Ата, 1955, стр. 107—121.

4. Маджидов В. М. К вопросу клиники и течения бруцеллеза у человека. Медицинский журнал Узбекистана. 1968, 2, 3—9.

5. Наджмиддинов Т. Х. Клиника бруцеллеза на современном этапе. „Советская медицина“, 1963, 8, 65—68.

6. Руднев Г. П., Михайлова М. М. Особенности клиники и антибиотикотерапии в комплексном лечении современного бруцеллеза. В кн.: „Лечение инфекционных болезней“. М., вып. 4, 1960, стр. 164—188

7. Синельников С. Н. Бруцеллез и некоторые сходные симулирующие его заболевания. Советская медицина, 1943, 10, 7—8.

8. Шаревская Л. А., Касимова Х. А. Клинико-гематологические показатели при „современном“ бруцеллезе. Здравоохранение Казахстана. 1967, 1, 21—24.

9. Шимановская Е. А. Анализ ошибочных диагнозов при бруцеллезе. Тезисы докладов. Макач-Кала, 1947, стр. 38.

ОШИБКИ В ДИАГНОСТИКЕ БРУЦЕЛЛЕЗА

Ж. Дашдаваа

РЕЗЮМЕ

В статье приводятся некоторые данные о диагностических ошибках, установленных в результате обработки материалов больных бруцеллезом. При анализе случаев ошибочных диагнозов обращает на себя внимание то, что верно констатированные общие и местные проявления патологического процесса часто относятся за счет других нозологических форм. Это, видимо, можно объяснить частым упущением из виду бруцеллеза, недостаточным знакомством врачей с клиникой современного бруцеллеза, в частности с её особенностями в местных условиях и нередко возникающей трудностью в диагностике различных форм этой инфекции.

ТУУЛ ГОЛЫН БОХИРДОЛТ БА ТҮҮНИЙ БАЙГАЛИЙН ЦЭВЭРШИЛТ

Ж. Ваань, Е. Банзар

Эрүүл ахуй халдвар нян судлалын улсын институт

Одоогийн байдлаар Туул голын ус нь ус хэрэглэлтийн 1 ба 2-р зэргийн хэрэгцээнд ашиглагдаж байхад түүний урсгалын дагуу орших төв суурин газрууд, үйлдвэр аж ахуйн томоохон байгууламжийн цэвэрлэгээний асуудал ариун цэврийн шаардлагын дагуу зөв зохион байгуулагдаж бүрэн чадаагүй, үйлдвэр аж ахуйн газруудыг бохир ус, хаягдал ариутган цэвэрлэх байгууламжгүй барьж ашиглаж байгаа нь голын усыг бохирдуулах нөхцөлийг бий болгож байна. Үүнтэй холбогдуулан бид, Улаанбаатар хотын ахуй хангамж, үйлдвэрийн газрын бохир усны ариутгал цэвэрлэгээний байдал ба тэр нь Туул голын ариун цэврийн байдалд хэрхэн нөлөөлж байгааг харьцуулан судлах зорилгоор 1965 оноос эхлэн шинжилгээ судалгааны ажлыг нилээд өргөн хүрээтэй явуулж ирлээ.

Туул голын усны бохирдолт, түүний өөрийн цэвэршилтийг судлахын тулд Баянзүрхийн гүүрээс дээш 5 километр орших Хуандайн хошуунаас эхлэн Улхын булан хүртэл нийтдээ 110 км орчим зайд 15 цэг тогтоож шинжилгээ явуулсан.

1965—69 онуудад хийсэн ариун цэврийн топограф шинжилгээний дүнгээс үзэхэд, Туул голын Аж үйлдвэрийн комбинатаас доош орших усны чанар нь хотоос дээш орших хэсгийн усны чанараас ихээхэн өөрчлөлттэй байна. Үүнд:

1. Туул голын хүчиллэг шүлтлэг нь өөрчлөгдөж идэвхт урвал рН нь голын цэвэр хэсгийнхээс 0,5-аар хүчиллэг тийшээ хэлбийсэн байна. Усан дахь нийт эрдэсжилтийн хэмжээ ихсэж уусмал хүчилтөрөгчийн хэмжээ 3-6 дахин багассан байна.

2. Усны исэлдэхүй чанар хотоос дээшхи хэсгийн усанд 2,5—3,9 мг/л, биохимийн шаардлагат хүчилтөрөгч 0,8—1,4 мг/л байхад Аж үйлдвэрийн комбинатаас доошхи хэсгийн усанд тэд 7,5—8,3 мг/л, 5,8—6,2 мг/л хүртэл тус тус нэмэгдсэн байна. Мөн Туул голын хотоос дээшхи хэсгийн усанд хлорид 4—7 мг/л, сульфат 12—20 мг/л байсан бол хотоос доошхи хэсгийн усанд хлорид 17—28 мг/л, сульфат 24—64 мг/л хүртэл ихэссэн байна. Гэтэл энэ хэмжээ нь Улаанбаатар хотоос доош 65 км-т буюу Алтанбулаг сум хүртэлх урт замд цэвэршиж багасаагүй байгаа юм.

3. Нян судлалын шинжилгээгээр Туул голын Улаанбаатар хотоос дээш орших хэсгийн усанд 1 мл усан дахь ерөнхий микробын тоо 10—50, коли-титр 43—111 байсан бол хотоос доошхи хэсгийн 1 мл усан дахь ерөнхий микробын тоо 24—440 дахин ихэссэн ба коли-титр 107—270 гаруй дахин багассан бөгөөд энэ нь хотоос доош 35—60 км-т цэвэршиж чадаагүй байна.

Туул голын бохирдолтын шалтгааныг судлахын тулд 1969 онд Улаанбаатар хотын үйлдвэр, аж ахуй, үйлчилгээний 74 томоохон байгууллага газарт бохир усны ариутгал цэвэрлэгээний байдлыг шалгаж судалсан ба бохир усыг урьдчилан ариутгал цэвэрлэгээгүйгээр усан санд тавьж байгаа үйлдвэр аж ахуйн 12 газрын бохир усны найрлагыг лаборатороор шинжилж үзлээ.

Дээрх 74 байгууллагын 16 нь хөнгөн ба хүнсний үйлдвэрийн газрууд, 11 нь больниц эмнэлгийн газрууд, 8 нь хүнсний байгууллага, 39 нь халуун ус, хүүхдийн байгууллага болон соёл олон нийтийн үйлчилгээний томоохон байгууллага байсан юм. Эдгээр газруудаас гарч байгаа бохир усыг ариутгал цэвэрлэгээний байдлаар нь ангилж үзвэл, судлагдсан үйлдвэрийн газруудын 11 нь бохир усны урьдчилсан ариутгал цэвэрлэгээ байхгүй бөгөөд хотын ариутгах татуургад чолбогдоогүй учир хромын төрөл бүрийн бодис будгууд, хүчтэй хүхил шүлтүүд мөн аналлин, нитрозин зэрэг органик уусгагч хэрэглэдэг будгууд, их хэмжээний органик болон жигнэгдэгч бодис, тослог агуулсан их хэмжээний бохир усыг усан санд урсгаж байна.

Судалгаанд хамрагдсан соёл ахуй, нийтийн үйлчилгээний 47 газрын дөнгөж 26 нь хотын татуургад холбогдсон, холболт хийгээгүй 21 газрын дөнгөж 3 нь (төв нисэх буудал, ...-р халуун ус) өөртөө татуургатай боловч бохир ус нь ямар ч цэвэрлэгээгүй газрын хөрс усан санд орж байна.

Туул голд урсан орж байгаа бохир усыг гарал үүслээр нь ангилбал 1-р хүснэгт

Бохир ус гаргаж байгаа газруудын ангилал	Хоногт гаргах бохир усны хэмжээ м ³ -ээр		
	Туул голд шууд орж буй	Туул голын билчирт орж байгаа	Бүгд
Больницууд	70 м ³	60 м ³	130 м ³
Хөнгөн ба хүнсний үйлдвэр	600 м ³	100 м ³	700 м ³
Соёл ахуй үйлчилгээний бу- сад газрууд	340 м ³	—	340 м ³
Бүгд	1010 м ³	160 м ³	1170 м ³

Үүнээс гадна, Улаанбаатар хотын бохир усны ариутгах ерөнхий татуургаар хоногт 45000 м³ бохир ус урсаж байгаа ба одоогийн байдлаар зөвхөн механик цэвэрлэгээ хийгдэж байгаа тул бүрэн цэвэрлэгдэж хараахан чадахгүй байна.

Хийгдсэн шинжилгээ судалгааг дүгнэж үзвэл, Туул голын усыг Улаанбаатар орчимд ариун цэврийн талаар дор дурдсан хэсэгт хувааж болох байна. Үүнд:

- а) Цэвэр хэсэг-Гачууртын сангийн аж ахуйгаас дээшхи хэсэг
- б) Харьцангуй цэвэр хэсэг-Гачууртын сангийн аж ахуйгаас Баянзүрхийн гүүр хүртэл.
- в) Бага бохирдолтой хэсэг-Баянзүрхийн гүүрээс Аж үйлдвэрийн комбинат хүртэл.
- г) Хамгийн их бохирдолтой хэсэг-Яармагийн гүүрээс Сонгинын амралтын гүүр хүртэл.
- д) Байгалийн цэвэршилт явагдаж эхлэх хэсэг-Сонгинын амралтаас Алтанбулаг сум хүртэл.
- е) Цэвэрших хэсэг-Алтанбулаг сумнаас доссхи хэсэг.

Туул голын усны бохирдолт нь соёл ахуйн хэрэгцээний болон ундны усны чанарт нөлөөлөөд зогсохгүй уг голын уснаас ундаалдаг мал сүрэг, мөн усан дахь амьтны аймгийн өсөж үржих байдалд муугаар нөлөөлөх нь дамжиггүй.

Судалгаа шинжилгээний дүгнэлтээс үзэхэд, ойрын хугацаанд дор дурдсан арга хэмжээ авах нь зүйтэй байна.

1. Улаанбаатар хотын бохир ус цэвэрлэх станцийн барилгыг түргэтгэж биологийн цэвэрлэгээний хэсгийг ойрын хугацаанд ашиглалтанд оруулах.

2. Аж үйлдвэрийн комбинатын районы үйлдвэрүүдийн бохир усыг ариутган цэвэрлэх байгууламжийг ойрын үед ашиглалтанд оруулж эдгээр үйлдвэрүүдийн бохир усыг уг байгууламжаар урьдчилан цэвэрлэсний дараа хотын ерөнхий татуургаар дамжуулан цэвэрлэх арга хэмжээ авах.

3. Туул голын ариун цэврийн байдлыг үндэслэн түүний усыг соёл ахуй, ундны ба аж ахуйн хэрэгцээнд ашиглах ариун цэврийн бүс зааг хорио тогтоох нь чухал байна.

4. Тус орны гол мөрөн, ил задгай усны бохирдолт ба өөрөө цэвэрших чанарыг цаашид төлөвлөгөөтэйгээр судлан шинжилж газрын хөрс, усыг бохирдлоос хамгаалах асуудал боловсруулах шаардлагатай байна.

ЗАГРЯЗНЕНИЕ И САМООЧИЩЕНИЕ Р. ТОЛЫ

Ж. Ваань, Е. Банзар

РЕЗЮМЕ

Комплексная оценка полученных данных позволяет считать, что физико-химические свойства р. Толы с каждым годом ухудшаются. Увеличение сброса хозяйственно-фекальных и промышленных сточных вод привело к тому, что река уже не справляется с очисткой вносимых загрязнений и качество воды не отвечает требованиям стандарта.

Намечающееся в перспективе увеличение промышленных предприятий в городе Улан-Батаре и одновременное увеличение сброса сточных вод могут еще более ухудшить санитарное состояние р. Толы. Для сохранения р. Толы как источника хозяйственно-питьевого водоснабжения необходимо срочное проведение мероприятий по ликвидации спусков неочищенных сточных вод.

**БАГА АЛТАН ЗУЛ ЦЭЦГИЙН (Hemoracalis minor Mill)
ИДЭЭШМЭЛИЙН ЕРӨНХИЙ ҮЙЛЧИЛГЭЭ БА ЦӨС
ЯЛГАРУУЛАХ НӨЛӨӨГ СУДАЛСАН УРЬДЧИЛСАН
ДҮНГЭЭС**

*Л. Мягмар Анагаах ухааны дээд сургууль
Эм судлалын тинхэм (эрхлэгч Ж. Цогнэмэх)*

Зүрх судасны өвчнүүд, элэгний цочмог ба архаг үрэвслийг эмчлэхэд зориулагдсан эм үйлдвэрлэхэд эх орныхоо баялгийг ашиглах, эмийн ургамлыг шинжлэн судалж эмнэлгийн практик нэвтрүүлэх асуудал нэн чухлаар тавигдаж байна.

Бид, БНМАУ-ын хангай, хэнтий, монгол дагуур, дорнод монголын бүсээр түгээмэл ургадаг, олон наст ургамал болох бага алтан зулыг элэг, цөсний хүүдийн цочмог, архаг үрэвслийг эмчлэх эм болгон хэрэглэх зорилгоор туршилтын ажил явуулж байгаа юм.

Ардын эмнэлэг алтан зулын цэцэг, навчийг идээшлүүлж халуун намдаах, хоол боловсруулах эрхтний өвчнүүд, тухайлбал цөсөөр гулгих бөөлжих үед, элэг цөсний цочмог буюу архаг үрэвслийг эмчлэхэд, мөн өөр ургамлуудтай хольж цус тогтооход хэрэглэж байжээ.

Алтан зулын идээшмэлийн ерөнхий үйлчилгээ ба хордуулалтыг цагаан хулганы сүүлний хажуугийн венийн судас, арьсан дор, хэвлийн хөндийд тарьж туршсанаас гадна хулгананд дотуур өгч туршлаа. Туршлагыг 16—17 г жинтэй нийт 500 хулгананд хийсэн. Идээшмэлийг Зөвлөлт Холбоот Улсын 9-р фармакопейн дагуу 1:10 харьцаагаар бэлтгэсэн болно. Алтан зулын идээшмэлийг хулганын биеийн 1 кг жинд 50 мг-аар бодож 50 хулгананд венийн судсанд нь тарьж туршхад хордлогын ямар ч шинж тэмдэг илэрч гарсангүй. Харин Алтан зулын идээшмэлийг 1 кг жинд 100 мг-аар бодож 50 хулганын судсанд тарихад бүх хулгананд амьсгал нь өнгөц болж амьсгаадах, хөдөлгөөн нь багасаж цаашдаа ноомойрох зэрэг хордлыг шинжүүд тарьсан даруй илэрч байв. Эдгээр шинжүүд 10—20 минут үргэлжилсний дараа хулганууд хордлогос гарч хяналтын 10 хулганаас огт ялгарахгүй болсон юм.

Бага алтан зулын идээшмэлийг 50 хулганын венийн судсанд 1 кг жинд 25 г тунгаар бодож тарихад тэр даруйдаа хордлогын шинж тэмдэг илэрч бүгд 50 хулганаас 27 нь тарьсны дараа 3—5 минут боодод үхэв. Бусад 23 хулганын хордлого нь 2—5 цаг үргэлжилсэн болно.

Мөн 1 кг жинд 40 г-аар бодож венийн судсанд тарихад бүх хулгана (50 хулгана) 2—10 минутын дотор үхсэн билээ.

Цагаан хулганы хэвлийн хөндий, арьсан дор тарьж туршсан дүнгээс авч үзвэл, хэвлийн хөндий ба арьсан дор тус бүр 50 хулгананд кг жинд 5,0—7,5 г нөсгөдөхөөр бодож, уул ургамлын идээшмэлийг тарихад хордлогын ямар ч шинж тэмдэг илрээгүй; кг жинд 7,5 г-аас 10 г-аар тарихад хордлого үүсэвч тэр нь 20—30 минутын дараа арилж хяналтын хулганаас ялгагдахгүй болж байна. Харин хэвлийн хөндийн арьсан дор 1 кг-д 45 граммаар бодож тарихад нэг ч хулгана үхсэнгүй.

Бага алтан зулын идээшмэл цөс ялгаруулалтад хэрхэн нөлөөлж байгааг судлахаар 10 мууранд хийсэн богино хугацааны туршлага болон Швани-Дастругийн аргаар цөсний хүүдийд цорго тавьсан 2 нохойд 8 удаа туршсан удаан хугацааны туршлагын дүнг авч үзье. Туршлагад хэрэглэж байсан амьтдыг ижил нөхцөлд тос багатай хоолоор хооллож, туршлага явуулах өдөр нь хоол сойсон ба цөсний хүүдийд тавьсан цоргыг байнга нээлттэй байлгав. Богино ба удаан

хугацааны туршлага хийсэн амьтдад эмийн идээшмэлийг 1 кг жинд 2,0-аар бодож амаар нь өгч туршлага бүрийн явцад цөсийг нэг, нэг цагаар 4 цагийн турш хэмжээт хуруу шилэнд ялгаруулан авлаа.

1-р хүснэгт

Бага алтан зулын 1 : 10 идээшмэлийн хордуулах чанар

Бэлдмэл	Хэрэглэсэн арга	Тун			
		Хордуулахгүй дээд тун	Хордуулах хамгийн бага тун	Үхүүлэх хамгийн бага тун	Үхүүлэх дээд тун
Бага алтан зул идээшмэл (1 : 10)	Хэвлийд Арсан дор Веннийн судсанд	5,0г/кг 7,5г/кг 50 мг/кг	7,5 г/кг 10 г/кг 100 мг/кг	— — 25 г/кг	— — 40 г/кг

Эхний цагт ялгарсан цөсийг хяналт болгосн авч 2 дахь цагт эм өгөв. Энэ туршлагын дунжийг гаргаж 2-р хүснэгтээр үзүүлэв.

Бага алтан зулын идээшмэлийн цөс ялгаруулах нөлөөг мууран дээр хийсэн 10 удаагийн богино туршлагаас үзэхэд, уул бэлдмэлийг өгснөөс хойш 1 цагийн дараа цөс ялгаралт 2 дахин, 2 цагийн дараа 83%-иар, 3 дахь цагт 30%-иар тус тус нэмэгдэж байна. Цөсний хуурай үлдэгдэл эм өгсний дараах 1 цагт 6%, хоёр дахь цагт 4%-иар ихсэжээ.

Лиса, Тобик хэмээх 2 нохойд хийсэн 8 удаагийн удаан хугацааны туршлагын үед цөс ялгаралт нь эм өгснөөс 1 цагийн дараа 90%, хоёр

2-р Хүснэгт

Бага алтан зулын 1 : 10 идээшмэлийн цөс ялгаруулах нөлөөг муур, нохой дээр судалсан урьдчилсан шинжилгээний дундаж

Туршлагын хэлбэр		Ялгарсан цөсний хэмжээ (мл-аар)				Цөсний хуурай үлдэгдэл (мг-аар)			
		Хяналтын цагт	Туршлагын цагт			Хяналтын цагт	Туршлагын цагт		
			1	2	3		1	2	3
Мууранд хийсэн богино туршлага	10	3,0 ± 1,2	6,2 ± 1,2	5,5 ± 1,4	4,0 ± 1,0	0,450 ± 0,23	0,480 ± 0,29	0,470 ± 0,19	0,450 ± 0,12
Нохойд хийсэн удаан туршлага	8	3,6 ± 1,4	7,0 ± 1,2	6,3 ± 1,0	4,8 ± 1,3	0,650 ± 0,12	0,780 ± 0,19	0,73 ± 0,16	0,68 ± 0,10

цагийн дараа 70%, гурав дахь цагт 30%-иар нэмэгдсэн болно. Цөсний хуурай үлдэгдлийг тодорхойлоход эм өгсний дараах 1 цагт 20%, хоёр цагийн дараа 10%, гурван цагийн дараа 4% тус тус хяналтын (хэвийн) цөсний хуурай үлдэгдлээс их болж гарсан байна.

Дүгнэлт

1. Бага алтан зулын 1:10-ийн харьцаагаар бэлтгэсэн идээшмэл нь хордуулах нөлөөгөөр маш бага болох нь нотлогдов.
2. Муур, нохой зэрэг амтдад хийгдсэн богино ба удаан хугацааны туршлагаудад бага алтан зулын идээшмэл нь цөс ялгаруулах нөлөөтэй байна. Үүний дүнд цөсний хэмжээ, түүний хуурай үлдэгдлүүд эм өгсний дараа 1—3 дахь цагт нэмэгддэг нь батлагдас.
3. Уул ургамлын алкалоидыг тодорхойлон шинжлэх, улмаар эмчилгээний практикт нэвтрүүлэх арга хэмжээ авах нь зүйтэй гэж үзнэ.

НОМ ЗҮЙ

1. Государственная фармакопея СССР. Девятое издание, Москва, 1951 г.
2. Грубов В. И. Конспект флоры Монгольской Народной Республики. 1955, М.-Л.
3. Петровский Ю. А. К вопросу о действующих началах растительных желчегонных. Фармакология и токсикология. 1946, № 9.
4. Ревердатто В. В. Нозые лекарственные растения Сибири, их лечебные препараты и применение. 1949 г.
5. Түвдийн анагаах ухааны Шиган, Шилперин.
6. Чоэмбол тойн, Анагаах ухааны эмнэн засах ба эмийн жор найрлага.

ОБЩЕЕ ДЕЙСТВИЕ И ТОКСИЧНОСТЬ НАСТОЯ КРАСНОДНЕВА МАЛОГО И ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ ИТОГИ ИССЛЕДОВАНИЯ ЕГО ВЛИЯНИЯ НА ЖЕЛЧЕЗЫДЕЛИТЕЛЬНУЮ ФУНКЦИЮ ПЕЧЕНИ

Л. Мягмар

РЕЗЮМЕ

Многолетнее растение-красноднев малый широко распространен в хангайской зоне МНР, обладает желчегонным эффектом, а также снижает холестерин в крови. Общее действие и токсичность настоя красноднева малого изучались на белых мышах весом 16—17 г. При внутривенном его введении в дозах, не превышающих 50 мг/кг, видимых изменений общего состояния мышей не наблюдалось.

Под влиянием внутривенного введения настоя в дозе 100 мг/кг сразу после введения развивалась одышка, отмечалось общее угнетение. Через 10—20 минут токсические явления проходили и в дальнейшем общее состояние и поведение этих животных не отмечались от таковых у животных контрольной группы.

Внутривенное введение настоя в дозе 25 г/кг вызывает смерть у 50% мышей через 3—5 минут после инъекции.

Определялась также токсичность настоя этого растения при внутрибрюшинном и подкожном введении.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что настой красноднева малого мало токсичен.

Красноднев малый при приеме внутрь в хронических опытах на собаках оказывает желчегонное действие.

ХӨВСГӨЛ, ХЭНГИЙ, ДОРНОД, СҮХБААТАР АЙМАГТ ХИЙСЭН АНТРОПОМЕТРИЙН ЗАРИМ ХЭМЖИЛТИЙН ХАРЬЦУУЛСАН СУДАЛГАА

С. Дугарсүрэн

*Анагаах ухааны дээд сургуулийн Эрүүл бие зүйн
тинхэм (эрхлэгч доцент Г. Дорж)*

Монгол улсын анагаах ухааны дээд сургуулийн хүний эрүүл бие зүйн тинхэм 1963 оноос Хөвсгөл, Хэнгий, Дорнод, Сүхбаатар аймгийн төвийн оршин суугчдаас 25—45 насны эрэгтэй 294, эмэгтэй 233, бүгд 582 хүний биеийн жин, өндөр, мөрний өргөнийг хэмжиж, тэдгээрийн

дунжийг гарган харьцуулж үзсэн юм. Үүнд: Хөвсгөл аймгаас 160, Хэнтийгээс 139, Дорнодоос 139, Сүхбаатараас 144 хүн, ихэнх нь үйлдвэрийн ажилчид байлаа.

Судалгааны гол зорилго нь манай хүн амын бие бялдрын зарим хэмжигдэхүүний дундаж үзүүлэлтийг гаргаж аймаг хот, газар зүйн бүсээр болон бусад орны хүн амын дээр дурдсан дундажтай харьцуулан үзэж тус орны хүн амын бие бялдрын дундаж хэмжээг гаргах асуудалд чиглэгдсэн юм.

Манай улсын хүн амын дунд антропометрийн талаар явуулсан шинжилгээ, судалгааны материал ховор боловч, 1890 онд тус улсын баруун хойт хэсгийн (одоогийн Сэлэнгэ аймаг) хүн амын дунд эрдэмтэн Талько-Гринцевич халх 36, буриад 544, бүгд 580 эрэгтэйчүүдэд хэмжилт явуулж халхчуудын дундаж өндөр 161,08 см, буриадынх 163,12 см гэж гаргажээ.

Түүнчлэн 1961 онд Зөвлөлтийн эрдэмтэн Я. Я. Рсгинский татар эрэгтэйчүүдийн өндрийг тодорхойлоход 165,22 см, дундаж хазайлт нь $\pm 5,4$ см гэж үзсэн байна.

Н. Ю. Лутовинова ЗСБНХОУ-ын эрэгтэйчүүдийн өндөр 167,85 см дундаж хазайлт $\pm 5,88$ см, мөрний өргөн нь 38,19 см, дундаж хазайлт $\pm 1,77$ см байдаг гэжээ.

Олон улсын дунджаар авч үзвэл (Мартинихаар), хүний дундаж жин эрэгтэйх 64 кг, эмэгтэйх 56 кг, эдгээрийн дундаж хазайлт ± 6 кг, эрэгтэй, эмэгтэйн хоорондын ялгаа 8 кг, өндөр-эрэгтэйх 165 см, эмэгтэйх 154 см, дундаж хазайлт ± 6 см, эрэгтэй, эмэгтэйн ялгаа 8—11 см, мөрний өргөн-эрэгтэйх 38,7 см, эмэгтэйх 34 см, эрэгтэй, эмэгтэйн ялгаа 4,7 см гэж үздэг.

1-р хүснэгт

Хэмжилтийн дүнг хүснэгтээр үзүүлбэл

Аймгууд	Хэмжигдэхүүний ялгаа	Бисийн жин (кг)		Өндөр (см)		Мөрний өргөн (см)	
		М	σ	М	σ	М	σ
Хөвсгөл	эрэгтэй	61,7	$\pm 5,8$	165,5	$\pm 4,6$	40,7	$\pm 1,3$
	эмэгтэй	55,9	$\pm 7,9$	154,9	$\pm 4,7$	35,9	$\pm 1,6$
Дорнод	эрэгтэй	61,2	$\pm 6,2$	166,6	$\pm 6,1$	39,8	$\pm 1,5$
	эмэгтэй	53,3	$\pm 7,4$	154,2	$\pm 5,2$	35,3	$\pm 1,7$
Хэнтий	эрэгтэй	62,0	$\pm 5,5$	167,8	$\pm 4,4$	38,0	$\pm 2,6$
	эмэгтэй	54,5	$\pm 6,1$	155,7	$\pm 5,1$	34,5	$\pm 3,0$
Сүхбаатар	эрэгтэй	62,8	$\pm 7,6$	167,3	$\pm 5,5$	38,9	$\pm 3,0$
	эмэгтэй	53,4	$\pm 5,6$	154,0	$\pm 5,2$	34,7	$\pm 2,4$

М—дундаж хэмжигдэхүүн, σ—дундаж хазайлт

Хүснэгтээс үзвэл, эрэгтэйчүүдийн биеийн жингээр Сүхбаатар аймаг (62,8 кг), өндрөөр Хэнтий аймаг (167,8 см), мөрний өргөнөөр Хөвсгөл аймаг (40,7 см), эмэгтэйчүүдийн биеийн жингээр Хөвсгөл аймаг (55,9 кг), өндрөөр Хэнтий аймаг (155,7 см), мөрний өргөнөөр Хөвсгөл аймгийн (35,9 см) хүмүүс тус тус давуутай байна.

Хамгийн доод хэмжээг авч үзвэл, эрэгтэйчүүдийн биеийн жингээр Дорнод аймаг (61,2 кг), өндрөөр Хөвсгөл аймаг (165,5 см), мөрний өргөнөөр Хэнтий аймаг (33,0 см), эмэгтэйчүүдийн биеийн жингээр Дорнод аймаг (53,3 кг), өндрөөр Сүхбаатар аймаг (154,0 см), мөрний өргөнөөр Хэнтий аймгийнх (34,5 см) орж байна.

Дээр дурдсан хэмжигдэхүүнүүдийн эрэгтэй, эмэгтэйн хоорондын ялгааг аймаг тус бүрээр гаргаж үзвэл биеийн жингээр Хөвсгөл аймаг 5,8 кг-аар, Дорнод аймаг 7,9 кг-аар, Хэнтий аймаг 7,5 кг-аар, Сүхбаатар аймаг 9,4 кг-аар, өндрөөр Хөвсгөл аймаг 10,6 см-ээр, Дорнод аймаг 12,4 см-ээр, Хэнтий аймаг 12,1 см-ээр, Сүхбаатар аймаг 13,3 см-ээр, мөрний өргөнөөр Хөвсгөл аймаг 4,8 см-ээр, Хэнтий аймаг 3,5 см-ээр, Дорнод аймаг 4,5 см-ээр, Сүхбаатар аймаг 4,2 см-ээр тус тус зөрүүтэй байна.

Дөрвөн аймгийн хэмжигдсэн бүх хүмүүсийн эрэгтэй, эмэгтэйчүүдийн хоорондын ялгааг гаргаж үзэхэд биеийн жин 6,8—9,4 кг, өндөр 10,6—13,3 см, мөрний өргөн 3,5—4,8 см болж байна.

Бидний судалгаагаар, 4 аймгийн эрэгтэйчүүдийн дундаж өндөр Талько-Гринцевичийн 1890 онд гаргаж байсан дунджаас даруй 2,38—4,68 см-ээр, Я. Я. Рогинскийн гаргасан татар эрэгтэйчүүдийн дундаж өндрөөр 0,23—2,58 см-ээр тус тус давуу байлаа.

ЗСБНХОУ-ын эрэгтэйчүүдийн дундаж өндөртэй (Н. Ю. Лутовинова, 1965) жишиж үзвэл, Хэнтий аймгийн эрэгтэйчүүдийн дундаж өндөр ойролцоо, бусад 3 аймгийнх 0,5—1,3 см-ээр дутуу, мөрний өргөнөөр Хэнтий аймгийн эрэгтэйчүүд 0,2 см дутуу, бусад 3 аймаг 0,6—2,5 см илүү байна.

Олон улсын дундажтай харьцуулж үзэхэд, биеийн жингээр эрэгтэйчүүд 1,2—2,3 кг, эмэгтэйчүүд 0,1—2,7 кг тус тус дутуу байна.

Өндрийн хэмжээгээр олон улсын дунджаас эрэгтэйчүүд 0,5—2,8 см илүү, эмэгтэйчүүдийн хамгийн нам нь ижил, хамгийн өндөр нь 1,7 см илүү байна. Мөрний өргөн Хэнтий аймгийн эрэгтэйчүүд 0,7 см дутуу, бусад гурван аймгийн эрэгтэйчүүд 0,2—2,0 см, нийт эмэгтэйчүүд 0,7—1,9 см тус тус илүү байна.

УРЬДЧИЛСАН ДҮГНЭЛТ

1. Судлагдсан хүмүүсийн антропометрийн дундаж үзүүлэлтийг олон улсын дундаж хэмжээтэй харьцуулж үзэхэд биеийн жингээр дутуу боловч, өндөр, мөрний өргөнөөр дунд зэгэрт багтаж байна.

2. ЗСБНХОУ-ын эрэгтэйчүүдийн дундаж өндөрт манай эрэгтэйчүүдийн дундаж өндөр хүрэхгүй байна.

3. 1890 онд манай орны баруун хойт хэсгийн хүн амын дунд явуулсан хэмжилтийн эрэгтэйчүүдийн дундаж өндөртэй харьцуулахад одоогийн бидний хэмжснээр 2,38—4,68 см давуу байгаа нь өнгөрсөн 40 гаруй жилийн дотор манай ард түмний амьдрал, соёл, эрүүл мэндийн байдал эрс дээшилсний үр дүн мөн гэж үзэж болох юм.

4. Эрэгтэй, эмэгтэйчүүдийн өндрийн зөрүү нь олон улсын дунджаас давуутай байна.

НОМ ЗҮЙ

1. В. В. Бунак. Основные задачи и методы стандартизации изделий, предназначенных для личного пользования. Вопросы стандартизации формы и построения ростовочного ассортимента изделий легкой промышленности. Москва, 1946.

2. П. Н. Башкиров. Выбор основных размеров для построения системы номеров изделий. Вопросы стандартизации формы и построения ростовочного ассортимента изделий легкой промышленности. Москва, 1946.

3. Дебец Г. Ф. Антропологические исследования в Камчатской области АН СССР, 1951.
4. Лутовинска Н. Ю. (Институт антропологии МГУ) Сравнительная характеристика отдельных групп спортсменов. Вестник антропологии, вып. 20, 1964, стр. 25—54.
5. Петров-Малаков М. А. и Климец И. И. Производственная миграция и специфические функции женского организма. Медгиз, 1961.
6. Рогинский С. Я., Логин М. Г. Антропология, Изв. 11, стр. 47—62.
7. Талко-Гринцевич. Материалы к антропологии и этнографии Центральной Азии. Вып. 1, АН СССР, 1926.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА НЕКОТОРЫХ
АНТРОПОМЕТРИЧЕСКИХ ИЗМЕРЕНИЙ НАСЕЛЕНИЯ
ХУЕСУГУЛЬСКОГО, ХЭНТЭЙСКОГО, ВОСТОЧНОГО И
СУХЭ-БАТОРСКОГО АЙМАКОВ

С. Дугарсүрэн

РЕЗЮМЕ

Антропометрическое исследование проведено среди населения центров четырех аймаков. Всего было обследовано 582 человека в возрасте от 25 до 45 лет. Из них мужчин—294, женщин—288.

В работе дается сравнение средних арифметических величин исследованных людей с данными других авторов и международным стандартом.

ДОТРЫН ӨВЧНИЙ ҮЕД АНАБОЛИЙН СТЕРОИДУУДЫГ ХЭРЭГЛЭХ ТУХАЙ

*Анагаах ухааны дэд эрдэмтэд Н. Н. Харьковский,
Ч. Цэрэнлхмид*

*ЗХУ-ын эмч нарын мэрэгжил дээшлүүлэх Лениний одон тэмдэгт
Т в Институт, БНМАУ-ын Нэгдсэн 2-р тусгай эмнэлэг*

Анаболийн буюу ассимиляцийн гормон, мөн өөрөөр «N-гормон» ч гэж нэрлэгддэг фармакологийн бэлдмэлийн бүлэг клиникийн практикт сүүлийн үед онцгой ач холбогдолтой болж байна. Эдгээр стероидууд нь амьтны бие махбод дахь өндөр молекулт элементүүд, юуны өмнө уургийн синтезийг ихэсгэх чанартай тул анаболийн стероид гэж нэрлэгддэг юм. Физиологийн хувьд анаболизм гэдэг бол уургийн синтез явагдахад шаардагдах харьцаатайгаар азот, кали, фосфоруудыг бие махбодод тсггоон барьж, булчингийн хэмжээ, биеийн жинг ихэсгэхэд оршдог байна. Эмчилгээний практикт анаболийн нөлөө бол бие махбод дахь уураг (азот), кальцийн солилцог сайжруулахад хэрэглэгддэг юм. Ийм нөлөө бол олон тооны өвчнийг эмчлэхэд туйлын чухал шаардлагатай зүйл билээ (Г. П. Шульцев, 1964).

Анаболийн нөлөөтэй бодисуудын тухай анхны мэдээнүүд эр бэлгийн гормоныг ялган гаргаж авсны дараахнаар, 1935 оноос нийтлэгдэж эхэлсэн ажээ.

Эр бэлгийн гормонуудын (андрогенуудын) нөлөөнөөс болж миогиблины синтез ихсэж, амьтны өсөлт, биеийн жин нэмэгдэх нь хурдсаж байна гэж С. Кочакян, J. Hurlin (1935) нар мэдээлжээ. Ийм нөлөө бол чухамхүү андроген өөрийнх нь бөгөөд харин тэр өөр ямар нэгэн эндокриний эрхтнээр дамжуулан нөлөөлдөггүй байна гэдэг нь цаашдаа тсггосгдсон байна (С. Кочакян, 1950). Гэтэл эр бэлгийн гормоны химийн зарим хувирлын андрогены нөлөө нь бага, харин анаболийн нөлөө нь илүү их идэвхтэй байсан байна. Тухайлбал, метиландростенолоныг амьтанд туршин үзэхэд нилээд мэдэгдэхүйц анаболийн нөлөөтэй атлаа андрогены нөлөөгөөрөө дутмаг байгааг G. Gordon (1951) нээсэн билээ. Тэр үеэс эхлэн янз бүрийн орны эрдэмтдийн чармайлт анаболийн гормонуудын химийн зохион байгууламжийг судлахад чиглэсэн юм.

Тэгээд андрогенуудын C 19- дэх метилийн бүлэг байхгүй бол анаболийн нөлөө нь ихсэж байгааг илрүүлсэн байна (G. Overbeek, J. de Wissel, 1957). Түүнээс гадна бас 17 дахь байдалдаа шүлтэжсэнийг (алкилийн бүлэг оруулсныг) бодвол, тэндээ нийлмэг эфиржсэн стероидууд илүү идэвхтэй, арай урт удаан нөлөөтэйн дээр, мөн хэрэггүй нөлөөгөөр бага ажээ (G. Falkoni, 1962), Ийнхүү, одоогоор мэдэгдэж байгаа бүх анаболийн нэгдлүүд бол тестостерон, 19-нортестостерон, андростендиолоос гаралтай боловч анаболийн болон андрогены нөлөөгөөрөө өөр хоорондоо эрс ялгаатай юм.

Стероидуудын андрогены болон анаболийн нөлөөг үнэлэхийн тулд 1953 онд L. Hershbever, E. Shipley, R. Meyer нарын гаргасан турших аргыг ихэнх эрдэмтэд ашиглаж байна. Энэ арга бол судалж байгаа

бэлдмэлийнхээ андрогены нөлөөг (үрийн цулцангийн жин нэмэгдэх байдлаар) болон анаболийн буюу миотроп нөлөөг (анусыг өргөгч булчингийн жин нэмэгдэх байдлаар) зассан эр үхэр хулгана дээр нэгэн зэрэг тодорхойлсх боломжийг өгдөг юм. Мөн тэдгээр бэлдмэлүүдийн биолсгийн нөлөөг үнэлэн үзэх бас өөр аргууд ч байдаг (азотын балансээр - G. Potts, A. Arnold, A. Beyler болон бусад, 1960; сиеийн жингээр- A. Korner, F. Young, 1955; булчинд тэмдэгт амин хүчлийн орох хэмжээгээр- W. Metcalf, E. Gross, 1960). Анаболийн стероидуудын андрогены нөлөө нь тестостерон-пропионатынхтай (түүнийхийг 100% гэхэд) зэрэгцүүлэхэд 2-оос 150% байдаг бол тэдгээрийн заримынх нь анаболийн нөлөө тестостерон-пропионатыхаас 4—5 дахин илүү (400—500%) байдаг ажээ. Ийнхүү эдгээр бэлдмэлүүд бол анаболийн өндөр нөлөөтэйгээрээ онцлог юм.

Стероидын гормонууд нь биологийн ихээхэн өргөн хүрээ бүхий нөлөөтэй байдаг. Үүнд азотыг биед барьж тэглэхээс гадна, бас карбамид (мочевина) болж амин хүчлийн хувирахыг багасгаж, тэгснээрээ шээсэн дэх карбамидын хэмжээг багасгах бөгөөд уургийн зардлыг удаашруулж, «уургийн молекулын насыг» уртасган, түүний синтезийг ихэсгэдэг байна. Тэгэхдээ, уургийн солилцоонд оролцогч трансаминаза, фосфорилаза зэрэг эсийн доторхи ферментүүд болон метаболизмын «дирижер» болсон рибонуклеины хүчлийг идэвхжүүлэх замаар уургийн синтезийг ихэсгэдэг байж болох юм гэсэн эрдэмтдийн санаа оноо байдаг. Анаболийн бэлдмэлүүд нь гипофизийн гонадотроп ажиллагаа, мөн бэлэг эрхтэн, бөөрний дээрх булчирхайн гадаад давхрын ажиллагаанд нөлөөлдөгөөс гадна, нүүрс ус, өөх-липоид, минералуудын солилцооны зарим талд нарийн механизм бүхий нөлөө үзүүлдэг байна.

Ассимиляцийн гормонуудын нөлөөний олон тал, түүний дотор протеинанаболийн нөлөө нь гүйцэд судлагдаагүй байгаа бөгөөд тэдний үйлчлэх хугацаа нь ч тодорхойгүй байгаа юм. Жишээлбэл, F. Aly (1961), M. Werner нөхөдтэйгээ (1961), «N-гормонуудын» протеинанаболийн нөлөө нь богино хугацаатай гэж байхад, бусад судлаачид (G. Hollifield ажилтнуудтайгаа, 1956) азотын орлогот баланс (азот биед хуримтлах) нь эмчилгээ зогссоноос хойш ч гэсэн нилээд удаан хугацаагаар (24—30 өдөр хүртэл) үргэлжилдэг гэсэн байна.

Стероидын нэгдлийн тунг тодорхой хэмжээнд хүртэл ихэсгэхэд тэдгээрийн анаболийн нөлөө нь нэмэгдээд, харин тунг түүнээс цаашид улам ихэсгэх тутам уул нөлөө нь нэмэгдэхээ больдог гэж F. Aly (1961), R. Howard, R. Furman (1962) нар заажээ.

Сүүлийн үед стероидын циклспентанфенантрын цагаригийн хажуугийн хэлхээг улам урт болгосх замаар урт улаан нөлөөтэй бэлдмэл гаргаж авахыг оролдсон байна. Энэ арга нь уул бэлдмэлийн молекулын хэмжээг ихэсгэж, тарьсан газраас аажмаар шимэгдэх болгожээ. Ийм урт нөлөөтэй бэлдмэлийн нэг бол Бүгд Найрамдах Унгар Ард Улсад үйлдвэрлэн гаргаж байгаа ретаболит (нерс болит) юм. Түүнийг тарихад долоо хоногийн туршид тэнцүүхэн нөлөөлдөг байна (А. Синклай, 1963).

Анаболийн бүлгийн бэлдмэлүүдээс андрогены идэгхээр бага, анаболийн нөлөөгөөр их эмүүд эмчилгээний практикт ихээхэн чухал юм. Үүнд: метиландростендиол, метиландростенолон (дианбол, неробол, нероболетта, метандиенон), норандростенолон (нортестостерон) -фенилпропионат (дураболит, нерс болит), декадураболит, нилевар (этилнортестостерон) зэрэг эмүүд эмчилгээнд өргөн хэрэглэгдэж байна. Анаболийн стероидууд бол олон талын фармакологийн нөлөөтэйн улмаас дотрын өвчин, мэс засал, хүүхдийн өвчин, сүрьеэ зэргийн эмчилгээний практикт хэрэглэгдэх болсон юм.

Эдүгээ энэ тухай олон тооны ажил янз бүрийн орны анагаах ухааны хэвлэлд гарсаар байгаа боловч манай эмч нар тэр болгоныг олж мэдэх боломжгүй байгаа тул уул асуудлын гол тоймыг эмч нарт танилцуулах нь зүйтэй гэж бид үзлээ.

Анаболийн хүчтэй нөлөөг харгалзан үзэхэд тэдгээр стероидуудыг янз бүрийн халдварт өвчин, идээт процессын улмаас урт удаан хугацаагаар уурагаа алдах, элдэв үүсэлтэй тураал, уушгины сүрьеэгийн задрах хэлбэрүүд, трофикийн ба холгсгдос шархлаа зэрэг азотын алдагдал бүхий өвчний үед хэрэглэх үндэстэй байна.

Хүүхдийн өсөх торниход анаболизаторууд чухал рольтой (Н. А. Зарубина 1963; J. Romani нөхөдтэйгөө, 1961; J. Rosenberg нөхөдтэйгөө, 1962 г. м). Церебро-гипофизын нанизмтай 130 өвчтөнийг удтал эмчилсэн Н. А. Зарубинагийн туршлага нь анаболийн бэлдмэл өсөлтөнд нөлөөлөх их чадалтайг гэрчилжээ. Тэдгээр өвчтөнийг тэр 20 нас хүртэл нь байнга эмчлэхдээ тэдний 95% -ийнх нь өсөлтийг ижил насны эрүүл хүүхдийн жилийн ердийн өсөлттэй тэнцүү юмуу түүнээс ч илүүгээр нэмэгдүүлж чадсан бөгөөд бас тэдний биеийн жин нь ч гэсэн ихээхэн нэмэгдсэн байна. Үүнээс гадна, бас эндокриний бус хэлбэрийн өсөлт саатах үед, тухайлбал гипопластикийн субнанизм болон төрөлхийн атигар үед дээрх эмчилгээ тодорхой үр дүн өгдгийг тэмдэглүүштэй (А. П. Преображенский, 1966).

Дотрын янз бүрийн өвчний үед анаболийн стероидыг хэрэглэхэд ясны чөмөгний цусны улаан цогцос гаргах (эритропоэзийн) ажиллагаа мэдэгдэхүйц ихсэж, полицитемийн шинж (эритроцитын масс, гематокритын үзүүлэлт ихсэж) түр зуур үзэгдэж байсныг R. Verwilghen ажилтнуудтайгаа (1966) олон тооны тохиолдолд илрүүлсэн нь ихээхэн сонирхолтой юм. Тэдгээр эмчлүүлсэн өвчтөний нүүр нь улаан хүрэнтэж, толгой нь өвдөх зэрэг полицитемийн зарим гадаад шинж бас үзэгдэж байжээ. Ийм мэдээлүүдээс үзэхэд анеми, эмийн болон бусад гаралтай лейкопенийн үед анаболизаторуудыг эмчилгээний чухал нэмэлт зүйл болгож хэрэглэж болохоор байна.

J. Welty (1965), зүрхний зогсонги дутагдлын биохимийг судлахдаа, зүрхний нөхөн тэнцвэржих шургуу ажиллагаа нь зүрхний булчин дахь РНК, трансаминазын хэмжээг нэмэгдүүлж, уургийн синтезийг ихэсгэхэд хүргэдгийг үзүүлжээ. Ф. З. Меерзоны (1966) бичсэнээр бол, зүрхний булчингийн бодисын солилцоог идэвхжүүлэхэд, түүний агших чадал дээшилдэг байна. F. Hammer (1966), зүрхний өвчтэй, настай хүмүүсийг анаболийн стероидуудаар эмчлэхдээ, тэдгээрийн нөлөөний үр дүнг клиникийн шинжээс гадна цусны урсгалын хурдаар (дехолины аргаар) судалжээ. Тэгэхэд нилээд тохиолдолд зүрхний булчингийн ажиллагаа сайжирч, зүрхний дутагдлын шинжүүд багасаж байжээ. Тэр судлаач, зүрхний дутагдлын үед глюкозидуудыг дангаар хэрэглэснээс тэдгээрийг анаболизатортай хослон хэрэглэх нь илүү сайн үр дүнтэй байсныг заасан билээ. Ийм мэдээлүүдээс үзэхэд, зүрхний гажиг, миокардит, кардиосклероз, зүрхний булчингийн инфаркт зэрэг зүрхний ажиллагааны тэнцвэр алдагдсан юмуу алдагдаагүй зүрхний булчингийн бусад гэмтлүүд бүхий өвчтөнд анаболийн нөлөөтэй бэлдмэлүүдийг хэрэглэх нь зүйтэй байна.

H. Selye -гийн (1939) туршлага тестостероны нефротропик нөлөө болон мөн туршлагын уремийн үед түүний хамгаалах чадалтайг илрүүлсэн юм. Үүнд: Бөөрийн нь авчихсан амьтанд уул бэлдмэлийг хийхэд азотемийн нэмэгдэх нь арай удаан байсан бөгөөд тэр амьтны амьдрах нь эм хэрэглээгүй амьтныхаас илүү удаан байжээ.

Шээсний цоргыг хоёуланг боосноос бөөр агчихыг тестостерон саатуулж байна гэж Selye 1941 онд мэдээлсэн юм. Ф. Х. Камилов нар (1966), үхэр хулганы шээсний цоргыг хоёуланг боож, анаболийн стероидуудыг хийхэд контролийн амьтдыг бодвол тэдний цусны

сийвэн (мөн бусад зарим эрхтэн) дахь үлдэгдэл азотын өсөлт нь буурч байсныг ажиглажээ. Эдгээр шинжилгээний үр дүн нь бөөрний дутагдлын үед анаболийн нөлөөтэй бэлдмэлүүдийг хэрэглэхэд хүргэсэн билээ. Ер нь, бөөрний цочмог дутагдлын гол аюул бол уургийн катаболизм (задрал) ихсэж, калийгаас хордохоос болдог ажээ (Л. И. Доценко, 1966). Уургийн задрал хичнээн л хүчтэй байх тусам уреми болон калийн хордлого төдийчинээн хурдан болох нь зүйн хэрэг. Иймээс уургийн задрахыг саатуулж, анаболийн процессыг сайжруулах нь бөөрний дутагдлын үе дэх эмчилгээний чухал нөхцөл мөн. Бөөрний цочмог ба архаг дутагдалтай өвчтөнд анаболизаторыг хэрэглэхэд бие нь засарч, бөөлжис хутгах, бөөлжих нь больж, биеийн ерөнхий тамир дээшлэн, азотеми буурна. Мөн бөөрний гаралтай анеми (Ю. Ю. Юкнявичус, 1966) болон гипопростеинемийн (нефрозын) синдромыг (Г. Л. Спивак, Е. Н. Рогожкин 1967) анаболийн стероидоор эмчлэхэд зохих үр дүн өгдөг нь мэдэгдсэн байна. Харин стеранабол нь бие махбодод натрийн ионыг саатуулж, артерийн даралтыг ихэсгэх нөлөөтэй тул цусны даралт нь мэдэгдэхүйц ихэдсэн өвчтөнд түүнийг хэрэглэхийн хэрэггүй юм гэж Г. Л. Спивак, Е. Н. Рогожкин нар үзжээ.

D. Snyder, A. Brest (1966) нар, бөөрний архаг дутагдалтай, ахимаг насны хүмүүсийг анаболийн стероидоор эмчлэхэд үлдэгдэл азотын ялгаран гарах нь 29% -иар нэмэгдэж, цусан дахь карбамид (мочевина) буурч байжээ (Клиренс хэвээрээ байжээ). Бэлдмэлийг хэрэглэхээс өмнө бага зэрэг ацидозын байдалд байсан өвчтөнүүдийн ихэнхийнх нь ацидоз стеранаболоор эмчилснээс хойш буурч, бас эритропоз, гемоглобин үүсэх болон лейкопоз нь идэвхжиж байсан юм.

Сүүлийн үед эдгээр бэлдмэлүүдийн анаболийн нөлөөг диабетын нефропатыг (диабетийн гломерулосклерозыг) эмчлэхэд ашиглах болсон бөгөөд энэ нь бөөрний ажиллагааг сайжруулдаг байна (Е. А. Васюкова, Г. С. Зефилова, 1968).

Анаболийн стероидууд эрүүл хүмүүс болон амьтны нүүрс-усны солилцог гэмтээдэггүйг A. Enghardt-Gockel (1955), J. Sahn M. Vouche (1953) нар нотолжээ. Аллоксаны диабет (G. Chiappino, 1960) болон глюкозоны гипергликемийн (S. Weisenfeld, 1958) үед анаболийн стероидууд мэдэгдэхүйц гипогликемийн нөлөө үзүүлдэг байна. Тэгэхдээ, зарим амьтан дээр туршихад цусны чихэр нь ихээхэн хэмжээгээр буурч байжээ. Түүнээс гадна анаболизаторуудын цусны чихрийг багасгах нөлөө нь тэдгээрийн анаболийн нөлөөтэй пропорционал байсан нь сонирхолтой юм. Стероидуудын чихэр багасгах нөлөө нь нойрны булчирхайн β -эсийн тоо нэмэгдэж, инсулин боловсруулж гаргах нь ихэсдэгтэй холбоотой гэж G. Chiappino (1960) L. Minetti нөхөдтэйгөө (1958) тайлбарлажээ. А. Синклайгийн (1968) үзэж байгаагаар, стероидын гормонууд β -эсэн дэх эдгэрэн сэхэх (репарацийн) болон бодисын солилцооны процессуудыг сайжруулж, мөн бие махбодын инсулинийн шаардлагыг багасгадаг байна. Үүний хажуугаар стерондын гормонууд бас өөр ямар нэгэн замаар ч чихэр багасгах нөлөө үзүүлж болж юм. Тухайлбал, бөөрний дээд булчирхайн гадаад давхрагаас кортикоидуудыг боловсруулан гаргах синтезийг багасгадаг байж болж юм гэж зарим судлаачид зааж байна (Huis in't Veld нөхөдтэйгөө 1960, H. Schriefers нөхөдтэйгөө, 1965). Чихрийн диабетийн (чихэр шижин) үед анаболизаторуудыг хэрэглэхэд өвчтөний биеийн байдал сайжирч, инсулиний анхны тунг багасгах боломж гарч, бие махбодын чихэр даах чадал нь дээшилдэг ажээ. Үүнээс гадна мөн диабетын ретинопатийн үед зохих үр дүн өгдөг тул торлсг бүрхүүл рүү харвасан цус шимэгдэн, түүний капилляруудын хэврэг чанар нь багасаж, хараа сайжран, ретинопатийн явц тогтдог байна (А. Синклаи, 1968) Чихрийн диабетийн энэ хүнд үгдрэлтэй тэмцэхэд анаболийн стероидууд хамгийн үр дүнтэй физиологийн эм мөн бөгөөд диабетийн ре-

тинопатийн эхний шатанд урьдчилан сэргийлэх үүднээс тэдгээрийг удтал хэрэглэвэл зохино гэж Е. А. Васюкова, Г. С. Зефирова (1968) нар бичсэн байна.

Эдүгээ үед анаболийн стероидуудыг ходоод, нугалуур гэдэсний шархлаа өвчний эмчилгээнд хэрэглэсэн мэдээнүүд мөн гарсаар байгаа юм (Б. В. Эпштейн, 1967, г. м.). Ингэж хэрэглэх болсон нь шархлаа өвчний патогенезд гормонууд, тухайлбал бөөрний дээрх булчирхайн гадаад давхрагын гормон чухал рольтой болохыг үзүүлсэн судалгаанууд дээр үндэслэжээ. Үүнд: Шархлаа өвчний үед глюкокортикоидын ажиллагаа ихэсдэг (С. М. Рысс, Г. Т. Федорова). Иймээс бөөрний дээрх булчирхайн глюкокортикоид гаргах ажиллагааг стероидын анаболизаторын тусламжтайгаар сулруулах гэсэн эрмэлзлэл бол зүй ёсны хэрэг билээ. Мөн анаболизатор бие махбод дахь нөхөн сэргэх процессыг сайжруулснаараа шархлааны сорвижих, эпителижих, эдгэрэхийг нь шууд хурдасгана гэж бодож болох юм.

Б. В. Эпштейн, нугалуур гэдэсний шархтай өвчтөнүүдийг стеронаболоор эмчилж, тэдний нилээд хэсэг нь клиникийн сайн үр дүнд хүрсэн бөгөөд эмчилгээний үр дүнгээрээ бусад аргуудтай зэрэгцүүлэхэд илүү байна гэж заасан бий.

Анаболийн стероидуудыг элэгний өвчний үед хэрэглэх талаар сонирхолтой судалгаанууд хийгдсэн байна. D. Mutting (1965), циррозтой өвчтөнүүдийг анаболизатороор удгал эмчлэх явцад тэдний уургийн солилцоо, элэгний ялгах болон хоргүй болгох үүргийг судалжээ. Курс эмчилгээний төгсгөлд өвчтөний цусны сийвэн дэх альбумины хэмжээ (хэвийн болтлоо) нилээд нэмэгдэж, амин хүчлийн хэмжээ нь (арван найм дахь сар дээрээ) хэвийн болтлоо буурч байсны дээр, шээсээр амин хүчлийн гарах нь эхний 6 сард багассанаа, эмчилгээний эцэс рүү эргэж хэвийн байдалдаа орж байжээ. Ингэж үндсэндээ альбумины синтез ихээхэн нэмэгдэж хоргүй болгох элэгний үүргийн үзүүлэлтүүд сайжирдаг бөгөөд харин ялган гаргах үүрэг ажиллагаа нь онц өөрчлөгдөггүй байна.

J. Alva, F. Jber (1965) нар, бөглөрөлт шараас болж арьс нь загатнадаг өвчтөнд метандростенолон аятай нөлөөлдөг гэж заагаад метандростенолон болон тестостероны 17 - дахь байрлалдаа шүлтэжсэн бусад бэлдмэлүүд нь цуснаас гарч, арьсан дахь хөлсний булчирхайд хурсан цөсний хүчлүүдтэй урвалд ордог учраас загатнахыг зогсоодог байж магадгүй гэж тайлбарлажээ. Гэвч энэ таамаглалын зөв, бурууг цаашид туршлага болон клиникийн судалгаагаар тодруулах нь зүйтэй гэж уул шинжээчид өөрсдөө үзэж байгаа юм. Метилтестостерон элэгний эдэд хортойгоор нөлөөлдөг тухай хэвлэлийн мэдээнүүд байгааг анхаарч, A. De Lorimer нөхөдтэйгөө (1965) энэ талаар зориуд судалж үзсэн байна. Өвчтөнүүдэд анаболийн стероидуудын аль нэг бэлдмэлийг 2 долоо хоногийн турш, өдөр бүр өгсний дараа элэгний үйл ажиллагааг шинжилжээ. Тэгэхэд 17-а байдалдаа мегилийн юмуу этилийн бүлэгтэй стерсид хэрэглэсэн өвчтөнд бром-сульфалеины ялгаран гарах нь нилээд удаашрахаас өөрөөр элэгний үйл ажиллагаа гэмтсэн гэхээр клиникийн болон лабораторийн ямар нэгэн өөрчлөлт гараагүй байна. Харин 17-а байдалдаа винилийн бүлэг бүхий стерсид (тестостерон, океануролон, 17-а-винилтестостерон, аллилестренол)-ыг хэрэглэхэд бромсульфалеин биед саатаж мэдэгдээгүй ажээ. Тестостероны 17-а- байдалд метилжсэн юмуу этилжсэн хувирлууд нь цөс ялгарахыг саатуулж (холостаэ), элгэн дэх цөсний цоргонуудад цөсөн тромб (бөглөөс) үүсгэн, пигментийг хүчтэй хуримтлуулж, элэгний паренхимийн эсүүдийг ихэсгэдгийг туршлага дээр (K. Brands, G. Montag, 1953) болон мөн эмнэлэгт элэгний амьд үеийн биопси хийх замаар (M. Werner нөхөдтэйгөө, 1961; V. Wynn нөхөдтэйгөө, 1961)

илрүүлжээ. Харин эдгээр өөрчлөлтүүд нь эргэн засардаг гэж бүх судлагчид тэмдэглэсэн байна.

Анаболийн стероидыг их тунгаар хэрэглэхэд бөөрний дээрх булчирхайг туйлын ихээр идэвхжүүлж, улмаар түүнээс эндогенийн кортикостероидуудыг их хэмжээтэйгээр боловсруулан гаргахад хүргэдэг гэж U. Rinne, E. Naatanen (1958) нар мэдээлжээ. Энэ нь бөөрний дээрх булчирхайн жингийн үзүүлэлттэй тохирч байжээ. Үүнд: жин нь анаболизаторыг бага тунгаар хэрэглэхэд бага зэрэг багасаж, их тунгаар хэрэглэхэд нилээд ихэсдэг байна. Үүнээс гадна, Е. А. Васюкова Г. С. Зефинова нарын бодлоор бол, анаболизаторууд бөөрний дээрх булчирхайнаас кортикоидын гормоныг боловсруулан гаргахыг хүчтэй болгодог төдийгүй, мөн бие махбодын дотор тэдгээрийн идэвхгүй болох хугацааг удаашруулдаг ажээ. Үүнээс үзэхэд, анаболийн стероидуудыг бөөрний дээрх булчирхайн янз бүрийн гаралтай атрофи (гипоплази), түүний дотор, кортикоидыг удаан хэрэглэснээс болсон атрофийн үед хэрэглэх үндэстэй байна.

Анаболийн стероид хэрэглэхэд туршлага хийж үүсгэсэн гипертензийн шинж тэмдгийг багасгаж, уурагтай холбоотой иодын цусандахь хэмжээг бууруулдгийг Н. Krueskemper нөхөдтэйгөө (1961) J. Rosenberг нөхөдтэйгээ (1962) илрүүлжээ. Ийм үр дүн нь бамбай булчирхайд шууд нөлөөлснөөс гол нь биш, харин тирокеин гормоны нөлөөг бууруулсантай холбоотой байж болох юм. Е. А. Васюкова, Г. С. Зефинова (1968) нар, хордлогот бахуугаас өвчтөн турж, уургийн солилцоо нь хямарсан үед эмчилгээнд анаболийн стероидуудыг нилээд өргөн хэмжээгээр хэрэглэхийг анхааруулсан байна.

А. А. Шалимов (1964), Ф. Ф. Ушков (1966) зэрэг судлаачид, томоохон мэс засал хийлгэсэн, тухайлбал ходоодоо тайруулсан юмуу авахуулсан өвчтөнүүдийн эдгэрэлтийг хурдан, аятай болгохын тулд анаболизаторыг хэрэглэвэл зүгээр гэж заажээ. Энэ зорилгоор Ф. Ф. Ушков метандростенолоныг 0,005-аар өдөрт хоёр удаа, мэс заслын өмнө, хойно тус бүр 5 өдөр хэрэглэхийг зөвлөж байгаа бөгөөд метандростенолон бол уургийн солилцоог сайжруулан, улмаар мэс заслын дараагаар олонтаа хэрэглэгддэг уургийн гидролизатуудыг мэс засал хийлгэсэн бие махбод илүү үр дүнтэй ашиглахад нь нөхцөлдүүлж өгдөг гэж дурдсан байна. Цаашилбал, (мэс засал хийж оролдсонд хариулж) бөөрний дээрх булчирхайн гадаад давхаргаас бие махбодын дотор илүү хэмжээтэйгээр гаргадаг гормонуудын (Ш. Милку, 1962, Н. А. Зарубина, 1965, г.м.) уургийг задраах нөлөөний эсрэг анаболийн стероидууд үйлчилдгийг ч анхаарваас тэдгээрийг хүнд мэс засал хийлгэсэн өвчтөнд хэрэглэх нь зүйтэй юм.

Е. Spenser, E. Berger, M. Charles (1957), K. Kowalewski (1968) зэрэг олон тооны судлаачид, стероидын анаболизаторууд ясны эдийн остеобластуудыг идэвхжүүлдэг тул ясны үндсэн бодисын синтезийг ихэсгэж, кальци, фосфор, хүхэр натри зэрэг минералын бодисыг биед тогтоон барьдаг гэж мэдээлжээ. Үүнээс үндэслэн, анаболийн стероидуудыг янз бүрийн хэлбэрийн остеопороз (Е. Aly, 1961; G. Molinatti нөхөдтэйгээ, 1961, Nowakowski, 1962), түүний дотроос удтал эдгэрэхгүй байгаа ясны хугархай (K. Wiansko нөхөдтэйгээ, 1961), гүйцэд хөгжөөгүй остеогенез (J. Anderson, 1961), кортикостероидыг удтал хэрэглэснээс юмуу, эсвэл Иценко-Кушингийн өвчин, сарын тэмдэг цэвэрших үеийн дисфункци, элэгний цирроз зэргээс болсон остеопорозуудын үед (G. Bucciaute, 1962; G. Colleson нөхөдтэйгээ, 1965) хэрэглэж болох байна. Остеопорозын үед анаболизаторын ач тустайг итгүүлэхээр үзүүлж чадсан нэг жишээг К. Wysocka нөхөдтэйгөө (1965) дурдсан байдаг. Тэд, илэрхий остеопорозтой, бараг хөдөлж чадахгүй байсан (яс нь зүгээр байхдаа хэд хэдэн удаа хугар-

сан гэж өгүүлсэн) 63 настай өвгөнийг дураболлил, фторт натр, физик эмчилгээ болон уураг, кальци ихтэй хоолоор эмчилсний дүнд өвчтөний биеийн байдал сайжирч, тэр чөлөөтэй явж чаддаг болсон гэжээ.

Сүүлийн жилүүдэд стероидын анаболизаторуудтай химийн талаар шууд төрөл биш, нилээд тооны фармакологийн өөр бэлдмэлүүд бас анаболийн нөлөөтэй байгааг илрүүлснийг дурдууштай.

Тэдгээр бэлдмэлд соматропик гормон (СТН), мөн пентоксил, метацил зэрэг пурин болон пиримидинээс гаралтай азотлог нэгдлүүд хамаарна (Р. И. Лифшиц, 1965, г. м.).

Стероидын анаболийн гормонуудыг голдуу 10—20 мг-аар эхэлж (түүнийгээ хонсг 2 хуваан уулгана), дараагаар нь 5—10 мг болгож, нийтдээ 4—8 долоо хоногийн курс эмчилгээ хийнэ (насанд хүрэгсдэд). Хүүхдэд бол 4 долоогийн дараагаар эмчлгээг завсарлаж, хэрэв шаардлагатай бол 1—2 сарын дараагаар эмчилгээг үргэлжлүүлнэ. Тарихаар бол (нероболлил, ретабиллил) 25—50 мг-ийг (1—2 ампултайг) долоо хоногт нэг удаа булчинд тарина. Хүүхдэд 1/2—1 ампулыг долоо хоногт нэг удаа тарьдаг.

Хэрэггүй нөлөө гэвэл (андрогены нөлөө) эр хүний шинж гарах, дуу бүдүүрэх, хэлүү томрох, үсгий болохоос гадна мөн сарын тэмдгийн ээлж алдагдах, дээр өгүүлснээр элэгний зарим ажиллагаа өөрчлөгдөх зэрэг шинжүүд гарч болно.

Анаболизаторуудыг суудлын булчирхайн хорт хавдрын үед хэрэглэж болохгүй.

АНАБОЛИЧЕСКИЕ СТЕРОИДЫ В КЛИНИКЕ
ВНУТРЕННИХ БОЛЕЗНЕЙ
(ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Н. Н. Харьковский и Ч. Цэрэннадмид

РЕЗЮМЕ

К настоящему времени в медицинской прессе различных стран опубликовано большое количество работ о многосторонних, интересных действиях анаболических стероидов, между тем далеко не все врачи-терапевты МНР имеют возможность с ними познакомиться. Это обстоятельство побудило нас выступить в печати с обзором литературы об истории данного вопроса и о работах, обосновывающих возможности широкого применения анаболизаторов в клинике внутренних болезней.

**S. BOVIS MORBIFICANS-ААР ҮҮСГЭГДСЭН
ХООЛНЫ ХОРДОЛГОТ ХАЛДВАР**

Г. Пүрвээ

(бактериологийн төв лабораторийн эрхлэгч)

Сүүлийн жилүүдэд улаан суулга, балнад төстэй гэдэсний халдварт өвчнүүдийн шалтгаан судлалд салмонеллуудийн гүйцэтгэх үүргийг тогтоох ажил гадаад орнуудад нилээд хийгдэж байна.

Гадаад орнуудад хийгдсэн судалгаанаас үзэхэд, салмонеллезын тохисл хэлбэрийн өвчлөл эрс өссөөр байгаа боловч түүний шалтгаан тодорхойгүй байна. Салмонеллезыг тухай бүр зөв оношилж, эпидемиологийн судалгаа хийдэггүй нь уг өвчин ихсэхийн гол шалтгаан болж (Н. Ф. Тюткин, Л. М. Маргорина, И. И. Шатров, 1963) байна.

Манай оронд салмонеллез аль хир тохиолдож байгаа талаар хэвлэлд бичигдсэн зүйл одоогоор байхгүй.

Архангай аймгийн төвд эмнэл зүйн тодорхой шинж тэмдэггүй хоолны хордлогот халдварт өвчин 1969 оны 6-р сард гарч бүгд 13 хүнийг нэгэн зэрэг хамарсан тохислдлыг бид бактериологи-эпидемиологийн талаас нь судлан үзсэн юм.

Өвчлөгчдийн ихэнх нь буюу 10 нь гуанзны ажилчид байлаа. Өвчлөгсөд өөрсдийн өвчнийг үхрийн хсшнэг идсэнээс болсон гэж үзэж байв. Өвчний нууц үе нь 18—24 цаг үргэлжилж, хэвлийн дээд хэсгээр өвдөх, бөөлжис хутгах, хөл гарын булчин өвдөх, шингэнээр суулгах зэрэг шинж тэмдгээр эхэлсэн байна. Эдгээрээс 4 хүн 39°—40° хүртэл халуурсан байв. Ихэнх өвчтөн өвчний хөнгөн хэлбэрээр өвчилж, гэрээр эмчлүүлж 4—7 хоногийн дараа эдгэрсэн байна.

Бие махбодод хоолны зүйлтэй хамт орсон халдварын тун хэмжээ нь зөвхөн хоолны хордлогот халдвар үүсэх шалтгаан болоод зогсохгүй өвчний цаашдын явцад их үүрэг гүйцэтгэдэг (Е. А. Лебедева, С. Р. Хомик, Г. А. Медюха, 1962).

Бидний хийсэн судалгаагаар ч гэсэн хоолны хордлогот халдвар үүсэх, өвчний явцад халдварын тун хэмжээ нөлөөлдөг нь ажиглагдсан юм. Жишээлбэл: үхрийн хошногноос 500 грамм орчмыг идсэн өвчтөн А-д өвчний шинж тэмдэг тодорхой мэдэгдэн, хүнд хэлбэрээр өвчилж, уг өвчин 3 долоо хоног хүртэл үргэлжилж байлаа.

Бактер судлалын шинжилгээ хийхэд өвчтөн Н-ын бааснаас *S. bovis morbificans* олдсон. Уг омог биохимийн хувьд глюкозыг хий үүсгэж задалсан, лактозыг задлаагүй, хүхэр устөрөгч үүсгэсэн, индол үүсгээгүй, шээгийг задлаагүй, хөдөлгөөнтэй, лизин эерэг, малонат, хөхөмдөг кали сөрөг байв. Уг омог салмонеллийн олон цөнт ийлдэс, биеийн 6 ба 8, шилбүүрийн 1 ба 1,5 эсрэг төрөгчтэй наалдуулах урвалд орж байлаа.

Бактер судлалын шинжилгээгээр нотлогдоогүй үед ийлдэс судлалын шинжилгээгээр онош тогтоох явдал хөнгөн хэлбэрийн өвчлөлийг илрүүлэхэд чухал үүрэг гүйцэтгэнэ. Хоолны хордлогот халдварын үед иммунобиологийн процесс тодорхой явагддаг учир өвчин эхэлснээс хойш 1-ээс 2 долоо хоногийн дараа өвөрмөц эсрэг бодисыг илрүүлэх боломжтой болдог (Г. В. Пряжников, З. И. Азовская, 1961)

Бид, наалдуулах урвал тавихын тулд ташуу агар дахь *S. bovis morbilicans*-ын 24 цагийн өсгөврөөс физислсгийн уусмалаар булинги бэлтгэж, 2 цаг 30 минут буцалгаж О-оношлуур; агар дахь 20 цагийн өсгөврөөс 6 мл шөлөнд тарьж 6 цаг өсгөвөрлөж, дээр нь 0,5 %-ийн формалин нэмээд 37 градуст 24 цаг байлгаж Н-оношлуур тус тус бэлтгэв. Өвчилснөөс хойш 27—30 хонож байгаа 8 өвчтөний цусны ийлдэст дээрх оношлууруудыг ашиглан Видалийн урвал тавихад О ба Н оношлууртай 1:100-аас 1:800-д зэрэг дүнтэй байв. Харин нэг хүний ийлдсэнд Видалийн урвал сөрөг байлаа. Энэ баримт бол Архангай аймгийн төвд гарсан хосолны хордлогот халдвар нь *S. bovis morbilicans*-аас үүссэнийг нотолж байна.

Бактери үржих бололцоотой нөхцөлд хүнсний бүтээгдэхүүнийг хадгалснаас салмонеллез өвчин үүсэх явдал нилээд байдаг (Е. А. Лебедева, С. Р. Хомик, Г. А. Медюха, 1962).

Үүнийг бидний хийсэн эпидемиологийн судалгаа нотлов. Аймгийн төвийн мал нядалгааны газар өвчний сэжиг бүхий малуудыг эмчилж байгаагүйгээс мал эмнэлгийн ариун цэврийн журам алдагдаж, өвчин үүсгэгч нь механик замаар уг бүтээгдэхүүнийг бохирдуулжээ. Мал нядалгааны газар үхрийн хошиног чихэхдээ шулуун гэдсийг гүйцэд цэвэрлэлгүй баастай нь эргүүлэн бохирдуулж байсан ба уг бүтээгдэхүүнийг хэрэглэгсэд сайн чаналгүй идсэнээс уул халдвар үүсчээ. Түүнчлэн бохирдсон бүтээгдэхүүнийг эрүүл ахуйн шаардлага хангаж чадахгүй нөхцөлд хадгалсан нь түүнд бактери үржих боломжийг бий болгожээ. Иймээс ч үхрийн дутуу болгосон хошиног идсэн гуанзны нэг ээлжийн ажилчид нэгэн зэрэг өвчилсөн байв.

Аймгийн мал эмнэлгийн байгууллагаас өвчтэй мал, тэдгээрээс гаргаж авсан бүтээгдэхүүнд тавих хүнсний эрүүл ахуйн хяналт хангалтгүй байсан нь ийнхүү хоолны хордлогот халдвар үүсэхэд хүргэжээ.

В. Н. РУССКИХ, В. М. БАНШИКОВ, Ш. ДОРЖЖАДАМБА
В. В. РУССКИХ

СИФИЛИС МОЗГА И СИФИЛИТИЧЕСКИЕ ПСИХОЗЫ

М. —УЛАН-БАТОР, 1967, 216 СТР.

Литература, посвященная поражениям нервной системы сифилитического генеза, недостаточна и порою противоречива. Учение о сифилисе нервной системы имеет большую историю, насыщенную борьбой различных мнений относительно патогенеза спинной сухотки, прогрессивного паралича, синдрома Эрба, спастической прогрессивной диплегии, паралича Лиссауэра и целого ряда других системных дегенераций, сопутствующих прогрессивному параличу.

Несмотря на большие достижения в развитии клинических дисциплин проблема сифилиса мозга и сифилитических психозов освещалась до последнего времени односторонне, без должного использования достижений мировой сифилидологии, психо-неврологии, патоморфологии.

В изучение данной проблемы существенный вклад внесли советские и монгольские исследователи (Ш. Доржжадамба, Ч. Долгор, Г. Лодон, М. С. Маргулис, Е. К. Сепп, П. Б. Посвянский, В. Г. Робустов и др.) Однако до сих пор не было монографической работы, обосновывающей столь глубоко патогенез и клинические особенности сифилитических психозов. Поэтому, вне всякого сомнения, труд, который взяли на себя авторы настоящей монографии, себя полностью оправдали, так как не только суммировал имеющуюся, порой противоречивую, мировую литературу, но и обогатил клиническую психо-неврологию и сифилидологию оригинальными клинико-морфологическими исследованиями.

Рецензируемая книга состоит из 19 глав, заключения и указателя литературы. Поскольку клинические данные черпались авторами главным образом в психиатрических клиниках, то, большую часть книги занимает описание различных форм прогрессивного паралича. В единой органической связи представлены патоморфологические и клинические особенности этого заболевания. Диапазон изучения и освещения последних представлен в широком медицинском плане. Помимо многообразия психических проявлений (дементные, неврас-тенические, апопектические, эпилептиформенные, экспансивные, депрессивно-ипохондрические, галлюцинаторно-параноидные и др.) в клинической картине прогрессивного паралича нашли отражение неврологические и соматические симптомы (кожно-трофические изменения, истощения, переломы костей, патология сердечно-сосудистой системы, нарушения функции кроветворения), а также лабораторные данные. Среди последних в лабораторной диагностике прогрессивного паралича уделяется внимание новым серологическим реакциям (реакции иммобилизации бледных трепонем, реакции иммунофлуоресценции—со ссылкой на работы Н. М. Овчинникова, 1963; Цен-Пенчи, 1964 и др).

Хотя анализ статистических данных о заболеваемости прогрессивным параличом в Москве и МНР свидетельствует о неуклонном снижении его, однако заболевание нередко приобретает злокачественный характер и довольно часто обуславливает возникновение как

бы острой экзогенной псевдореактивности с расстройством сознания.

Представляют интерес данные, согласно которых 35,2 % больных отрицали сифилис в анамнезе, 33,8 % больных ссылались на незнание и остальные давали указание на перенесенный сифилис (большинство из них заразилось в возрасте 21—30 лет); у 97 из 130 больных инкубационный период прогрессивного паралича составил от 10 до 20 и более лет. По клиническим проявлениям доминирующей формой была дементная и дементноэйфорическая (у 109 из 171 больных Москвы (63,7 %) и у 135 из 285 больных Улан-Батора (47,3 %).

Важное практическое значение имеет выделение галопирующей формы прогрессивного паралича, так как она протекает более бурно и чаще заканчивается неблагоприятным исходом. Авторы правильно ориентируют врачей на раннюю диагностику и своевременное активное лечение этой формы, подчеркивая, что у 50 % больных заболевание дебютирует различными неврастеническими проявлениями. Методологически правильно преподносится определение формы прогрессивного паралича по ведущему синдрому в выраженной стадии заболевания. Нельзя характеризовать форму прогрессивного паралича на основе отдельных синдромов в начальной или в конечной стадии—это положение подтверждено клиническими, патоморфологическими и другими наблюдениями.

При описании клинической картины доминирующее место занимает естественно психотическая симптоматика. Однако довольно полно отражены неврологические, соматические и лабораторные особенности (глава V). На большом числе больных показана частота паралитической кривой реакции Ланге и чрезвычайная редкость отрицательных реакций Вассермана в крови и ликворе нелеченных больных (у 5 из 351 больного).

Рассматривая современные теории прогрессивного паралича (глава 6), авторы доказывают, что в основе клинического полиморфизма лежат неравномерные патоморфологические изменения головного мозга. Однако наиболее тяжелые деструктивные изменения бывают в лобных долях при относительной сохранности задних отделов мозга. Например, при экспансивной форме лобно-пирамидная дегенерация сочеталась с атрофией клеток, относящихся к гипофизарно-надпочечной системе; дементная форма характеризовалась перерождением всех длинных ассоциационных волокон головного мозга в сочетании с атрофией клеток гипофиза, надпочечников, поджелудочной железы; патоморфологическую основу шизофренической формы с параноидно-галлюцинаторным синдромом составляла глубокая диффузная атрофия корковоподкорковых структур при относительной сохранности образований стволовой части мозга и т. д. Установлены также некоторые патоморфологические изменения со стороны внутренних органов (особенно печени). Эти изменения представлены авторами не в виде случайных находок, а обоснованно трактуются в качестве определенной закономерности.

Авторы монографии описали интересные данные представив в единой органической связи частые сифилитические поражения эндокринной системы и прежде всего гипофиза и надпочечников с отклонениями в различных областях обмена веществ и системным характером поражения различных структур головного и спинного мозга.

В книге содержатся основательные доказательства в пользу того, что многообразие форм прогрессивного паралича не может

быть объяснено только результатом воздействия сифилитического процесса без учета интоксикации различных систем мозга, „причем акцентирование процесса на той или другой системе зависит от слабости этой системы, вызванной различным химическим отклонением обмена в организме или нарушениями внутрисекреторного аппарата“ (стр. 93). Этим наносится удар по аналитической теории М. С. Маргулиса, по его точке зрения об иммунитете нервных структур, остающихся интактными при паренхиматозных формах сифилиса.

Критикуя эти воззрения, авторы приводят достаточно доказательства, что считавшийся ранее системный характер поражения при спинной сухотке носит в действительности псевдосистемный характер, так как наряду с поражением задних корешков и задних столбов спинного мозга обнаруживаются дистрофические изменения медиальной петли, нижних олив, некоторых ядер мозжечка, зрительного бугра, а при табопараличах процесс захватывает таламокортикальные связи и далее теменно-височно-затылочные доли головного мозга. Эти изменения рассматриваются как системные перерождения, которым всегда сопутствуют нарушения обмена, связанные с атрофией инсулярного аппарата поджелудочной железы, печени.

Помимо патоморфологических доказательств о наличии связи сифилитических системных поражений мозга с полиэндокринными нарушениями приводятся достаточно убедительные клинические наблюдения, которые никак не соответствуют распространенным до сих пор теориям „... о местном мезенхимном иммунитете“, „о различных генерациях спирохет“, „о действии особых невротоксинов“ и т. д. Психоневрологические клиники имеют немало примеров сочетания прогрессивного паралича с адипозо-генитальной дистрофией, микседемой, диабетом, или связи табетических артропатий, остеомаляций, атрофий и ломкости костей с нарушением солевого обмена и изменениями в гипофизе, щитовидной и паращитовидных железах.

На взаимосвязь нарушения обмена веществ с избирательным характером поражения нервных структур указывает и отмеченный в монографии факт, что *habitus* „паралитиков“ и табетиков, хотя и не представляют „... чистые формы пикников и астеников, но наблюдаются постоянные приближения к этим типам“.

На основании изложенных фактов авторы приходят к весьма важному выводу, что паренхиматозный сифилис мозга до сих пор не отражал всех тех изменений, которые лежат в основе прогрессивных изменений мозга при позднем сифилисе.

Дальнейшее изложение материала раскрывает зависимость многочисленных вариаций системных паренхиматозных поражений головного и спинного мозга с сифилитической инфекцией и особенностями измененного под влиянием этой инфекции и других вредностей обмена веществ. Последовательно раскрывается системный характер спинной сухотки, табетических психозов, ювенильного табопаралича Лиссауэра, системность лобно-пирамидной дегенерации дементной, экспансивной и других форм прогрессивного паралича.

Перечисленные паренхиматозные формы сифилиса нервной системы рассматриваются ни как статические формы, не изолированно, а диалектически, в непрерывной связи явлений. Например, патоморфологические изменения, присущие спинной сухотке, при отсутствии лечения могут прогрессировать, вызывая атрофию мозжечка, что и наблюдается при табопараличах. В свою очередь при особенно глубоких изменениях мозжечка табопаралич переходит в мозжечковую форму ювенильного паралича. Клинико-патоморфологическими сопоставлениями доказано, что все формы прогрессивного паралича различаются характером локализации атрофических процессов в коре головного мозга и степенью их выраженности. Если, например, поражение коры головного мозга в лобных отделах характерно для дементной формы, то поражение коры теменновисочной области типично для лиссауэровской, а затылочной области — для ювенильной формы.

При всех разновидностях прогрессивного паралича обнаружены атрофические и дегенеративные процессы в печени, а также во внутрисекреторном аппарате. Причем табетический процесс сопровождается преимущественным поражением инсулярного аппарата, экспансивная форма с лобно-пирамидной дегенерацией — атрофическими изменениями в надпочечниках; ювенильной форме с дегенерацией типа Мари—Фридрейха сопутствуют главным образом поражения гипофиза и т. д.

В целом монография производит хорошее впечатление и заслуживает высокой оценки. Однако в ней имеются некоторые недостатки: стилистические погрешности, орфографические ошибки, неудачные выражения, а порою излишняя категоричность суждений. Сосредоточив внимание на изучении больных, лечившихся в психиатрических клиниках, в частности табопсихозов (или так называемых „верхних форм“ спинной сухотки), авторы констатируют разрушение „теории первоначального поражения корешковых нервов“, поскольку „система мышечно-суставной чувствительности глубже всего поражается здесь в ее центральном конце“. Данное суждение противоречит многочисленным клинико-лабораторным наблюдениям венерологов и невропатологов, противоречит последовательности перехода ранних (мезенхимных форм) сифилиса нервной системы в поздние (паренхиматозные). Специфические изменения ликвора, оболочек спинного мозга, корешков при спинной сухотке почти всегда предшествуют поражению задних столбов спинного мозга (восходящая дегенерация). При табопараличах обычно развивается нисходящая дегенерация. „При этих формах, справедливо пишут авторы, — нередко задние столбы только умеренно изменяются и даже совсем могут не затрагиваться“.

В тексте без раскрытия сущности фигурирует диагноз соматический сифилис (стр. 190, 192). Читателю непонятно, что под этим понимают авторы. Во многих местах книги прогрессивный паралич описывается под названием металюзэ.

Отмеченные недостатки несколько не умаляют большой ценности монографии, по новому трактующей генез системных дегенераций

в структурах головного и спинного мозга, что имеет не только частное, но и важное общеневрологическое значение, особенно при клинической оценке системных заболеваний нервной системы.

В заключение необходимо указать, что плодотворное научное содружество и дружба братских народов открывают широкие возможности для дальнейшего развития медицинской науки в наших странах. Данная монография лишней раз свидетельствует чего могут достигнуть народы при взаимной поддержке и дружеской помощи.

Доктор мед. наук *Т. В. Васильев*
Кандидат мед. наук *В. Д. Кочетков*

ГАРЧИГ

СОДЕРЖАНИЕ

Шинжилгээ, судалгаа

- Х. Дашдорж.* Улс ардын аж ахуйн эрүүлийг хамгаалах салбарын хэтийн төлөв, боловсон хүчний хэрэгцээ, хангамжийн асуудал . . . 3
- Ц. Гурдорж.* Сэтгэл шалтгаант өвчин тархалтын байдал, эмнэлэг хангамжийн шаардлага 8
- Ш. Доржжадамба.* Хүн амын дундах оюун ухааны гажигтай хүүхдийн өвчлөлийн байдал, эмнэлэг сургалтын тусламжийн асуудал 15
- С. Бямбасүрэн, С. Дэлгэрцогт, Е. И. Терентьев.* Судасны шалтгаант солирлуудын клиник илрэлийн онцлог 19
- Д. Мижид.* Клиникийн I-р эмнэлгийн мэдрэлийн тасгийн 1964—1968 оны материалаар нугасны хатангирын клиникийн явц, шинж тэмдгийг судалсан нь 25
- Е. П. Загоровский, Г. Цагаанхуу.* Висцеро-рефлексийн механизмтай мэдрэл шалтгаант тэжээл хямрах ясны өвчнүүдийн эмчилгээ 27
- В. Г. Назаренко.* Одоогийн тохиолдож байгаа сүрьеэгийн мэнэнгийн онцлог 30
- И. Л. Бенькович, Б. И. Бенькович.* Нуруу болон нугасны гэмтлийн үед дэх мэдрэлийн системийн нөхөнзохицуулах ажиллагаа ба түүнийг идэвхжүүлэн түүгэгсэх аргуудын тухай 34
- Ш. Доржжадамба.* Мэдрэл судлал, сэтгэц гэм-судлалаар хийгдсэн эрдэм шинжилгээний ажлууд . . . 38
- Ю. С. Силаев.* Хорт хавдар өвчний үүсэх шалтгаан, эмгэг жамын асуудалд 44
- Н. Гэндэнжамц.* Бага насны хүүхдийн уушгины үрэвслийн үед цусны улаан цогцсын өөрчлөгдөх асуудалд 50
- Б. Лувсач-Ёндон.* Хүүхдийн ус цагаас өмнө ба эрт гарсан төрөлтийн үед үзүүлэх тусламжийн асуудалд 53
- М. Онолбаатар.* Жирэмсний зарим эмгэгийн үед ихэст гаргах бүтцийн өөрчлөлт 56
- Ж. Даидаваа.* Бруцеллезын үе дэх оношлын аядаа 60
- Ж. Ваачь, Е. Бачзар.* Туул голын бохирдолт ба түүний байгалийн нэгэршилт 62
- Л. Мягмар.* Бага алтан зул цэцгийн (*Neotomasalis minor Mill*) идээлэмэлийн ерөнхий үйлчилгээ ба цөс ялга-

Оригинальные исследования

- Х. Дашдорж.* Перспективы развития народного здравоохранения МНР и вопросы его обеспечения кадрами 3
- Ц. Гурдорж.* Показатель распространения психогений и потребность их в медицинских мероприятиях 8
- Ш. Доржжадамба.* К вопросу эпидемиологии олигофрении среди детей и организации медико-педагогической помощи 15
- С. Бямбасүрэн, С. Дэлгэрцогт, Е. И. Терентьев.* Особенности клинических проявлений сосудистых психозов в МНР 19
- Д. Мижид.* Клиника и течение спинной сухотки по материалам нервного отделения клинической больницы за 1964—1968 гг 25
- Е. П. Загоровский, Г. Цагаанхуу.* Лечение нейрогенно-дистрофических заболеваний висцеро-рефлекторного происхождения 27
- В. Г. Назаренко.* Современные особенности туберкулезного менингита 30
- И. Л. Бенькович, Б. И. Бенькович.* О компенсаторно-приспособительных процессах в нервной системе при травматическом повреждении позвоночника и спинного мозга и методах их активной стимуляции 34
- Ш. Доржжадамба.* Научные работы по невропатологии и психиатрии в МНР (с 1951 по 1970 гг) 38
- Ю. С. Силаев.* К вопросу об этиопатогенезе злокачественных опухолей 44
- Н. Гэндэнжамц.* К вопросу морфологического изменения эритроцитов при пневмонии у детей раннего возраста 50
- Б. Лувсан-Ёндон.* К вопросу ведения родов, осложненных несвоевременным излитием околоплодных вод 53
- М. Онолбаатар.* Морфологические изменения в плаценте при некоторой патологии беременных . . . 56
- Ж. Даидаваа.* Ошибки в диагностике бруцеллеза 60
- Ж. Ваачь, Е. Бачзар.* Загрязнение и самоочищение р. Толы 62
- Л. Мягмар.* Общее действие и токсичность настоя краснойневы малого и предварительные итоги иссле-

- руулах нөлөөг судалсан урьдчилсан дүнгээс 65
- С. *Дугарсүрэн*. Хөвсгөл, Хэнтий Дорнод, Сүхбаатар аймагт хийсэн антропометрийн хэмжилтийн харьцуулсан судалгаа 67

Хэвлэлийн тойм

- Ч. *Цэрэннадмид*. Дотрын өвчний үед анаболийн стероидуудыг хэрэглэх тухай 71

Практик ажиглалт

- Г. *Пүрэвээ*. *S. bovis norbificans*-аас үүссэн хоолны хордлогот халдвар 78

Шүүмж

- В. Н. *Русских*, В. М. *Банщиков*, Ш. *Доржжадамба*, В. В. *Русских*. Тархины тэмбүү, тэмбүүгийн психозууд 80

- дования его влияния на желчевыделительную функцию печени . 67
- С. *Дугарсүрэн*. Сравнительная характеристика некоторых антропометрических измерений населения Хубсугульского, Хэнтийского, Восточного и Сухэ-Баторского аймаков 67

Обзор литературы

- Ч. *Цэрэннадмид*. Анаболические стероиды в клинике внутренних болезней 71

Наблюдения из практики

- П. *Пүрэвээ*. О токсико-инфекции, вызванной *S. bovis norbificans* 78

Рецензия

- В. Н. *Русских*, В. М. *Банщиков*, Ш. *Доржжадамба*, В. В. *Русских*. Сифилис мозга и сифилитические психозы 80

СЭТГҮҮЛИЙН РЕДАКЦИЙН КОЛЛЕГИЙН ХАЯГ:

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

АДРЕС РЕДАКЦИОННОЙ КОЛЛЕГИИ:

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

МОНГОЛЫН АНАГААХ УХААН

Техник редактор *Ц. Өнөр*,
Хянагч *Л. Манлайбаатар*, *Д. Цэцэгмаа*

Өрөлтөнд 1970—8—30, Хэвлэлтэнд 1970—10—15 нд
Цагсны хэмжээ 70×108 1/16. Хэвлэсэн тоо 1000 А—42514
Хэв. хууд. 5,5 Хэв. нэгж хууд. 7,70 Хэв. газ. № 96/70
Зах № 211.

Улсын Хэвлэлийн Газр, Улаанбаатар. Их сургуулийн
гудамж, 1.

Сүхбаатарын нэрэмжит Хэвлэлийн Комбинат
Улаанбаатар, Сүхбаатарын талбай, 2.

Унс 6. та 55 ме.