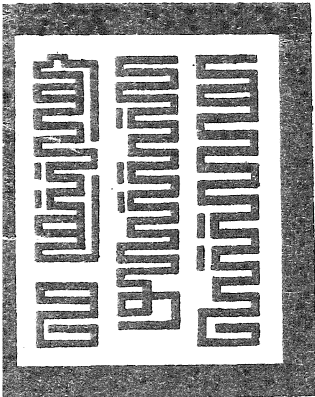




МОНГОЛЫН АНАГААХ УХААН



МОНГОЛЫН
АНАГААХ
УХААН

1/91



**БНМАУ-ЫН ЕРӨНХИЙЛӨГЧИЙН ЗАРЛИГААР АРДЫН ЭМЧ,
ГАВЬЯАТ ЗҮТГЭЛТЭН ЦОЛ ХҮРТЭГСЭД**

Ардын эмч, төрийн шагналт **Р.Пүрэв**

(Нийслэлийн клиникийн төв эмнэлгийн гэрлийн зөвлөх эмч)

БНМАУ-ын хүний гавьяат эмч **Д. Бадарчин** (Улсын клиникийн төв эмнэлгийн зүү төв-
нүүр заслын зөвлөх эмч).

БНМАУ-ын Эрүүлийг хамгаалахын гавьяат ажилтан **Г. Өедос** (Эх, хүүхдийн эрүүл мэ-
ндийг хамгаалах эрдэм шинжилгээний улсын нэгдсэн төвийн мэс заслын тасгийн су-
вилагч)

Эрүүлийг хамгаалахын гавьяат ажилтан **Д. Дашдорж** (Улсын эмгэг анатомын тов-
чооны дарга) гавьяат эмч **Ц. Янжин** (Хавдар судлалын төвийн эмэгтэйчүүдийн мэс
заслын тасгийн эрхлэгч), гавьяат эмч **О. Должинсүрэн** (Эх хүүхдийн эрүүл мэндийг
хамгаалах эрдэм шинжилгээний улсын төвийн поликлиникийн эрхлэгч)

Гавьяат эмч **Б. Жав Анагаах** ухаан дээд сургуулийн эх барих, эмэгтэйчүүдийн өвчин
судлалын тэнхимийн эрхлэгч зөвлөх эмч, БНМАУ-ын гавьяат багш **М. Дамбадорж**
(Анагаах ухааны дээд сургуулийн багш); Гавьяат эмч **Д. Чулуун** (Сүхбаатар аймгийн
нэгдсэн эмнэлгийн эх барих, эмэгтэйчүүдийн эмч), гавьяат эмч **Ж. Хайрулла** (Анагаах
ухааны дээд сургуулийн багш, мэдрэлийн мэс заслын зөвлөх эмч) Гавьяат эмч **Т.**
Дэлгэр (Халдварт өвчнийг анагаах клиникийн төв эмнэлгийн зөвлөх эмч) нар

АНАГААХ УХААН

ЭМЧ, ЭМЗҮЙЧ НАРЫН УЛИРАЛ ТУТМЫН ОНОЛ ПРАКТИКИЙН СЭТГҮҮЛ

32 дахь жилдээ

№ 1 (77)

1991 он

АГУУЛГА

БНМАУ-ын Эрүүлийг хамгаалах сал-
барт хийх өөрчлөлт шинэчлэл бо-
лон хүн амын эрүүл мэндийг сайж-
руулах талаар 2005 он хүртэлх ху-
гацаанд баримтлах үндсэн чиглэлийн
тухай

3

Р. ЦЭРЭНЛХАГВА, Монголын хүн
эмнэлгийн ажилтны IV их хурал
боллоо

13

СУДАЛГАА ШИНЖИЛГЭЭ

Г. ОРОСОО Бага насны хүүхдийн
мэдрэл-сэтгэцийн хөгжлийн судалгаа

14

Д. МАЛЧИНХҮҮ Хүүхдийн уушги-
ны стафилококкт анхдагч үрэвслийн
үеийн дархлалын өөрчлөлт

18

С. ЦОДОЛ, Н. ЦЭНД Сахуу, тат-
рангийн эсрэг нэмэлт давтах вак-
цинжуулалтын үр дүн

20

Б. ЭРДЭНЭЧУЛУУН, Б. ОЮУН,
А. САЙНЖАРГАЛ Хүүхдийн дунд
чихний идээт үрэвслийн үед хэнгэ-
рэгний ба хэнгэрэгний арын өөрч-
лөлтийг оношлох асуудалд

23

Ч. ИШХАНД, Ш. ЖАДАМБАА Ли-
зоцимийг хүүхдийн тэжээлд хэрэглэх
боломж

28

ЛЕКЦ, ТОЙМ, ЗӨВЛӨГӨӨ

Э. ЛУВСАНДАГВА, Ч. ӨЛЗИЙБУ-
РЭН Л. Н. ЦВЕТКОВА Хүүхдийн

хоол боловсруулах эрхтэний эмгэг
судлалын тулгамдсан асуудлууд

30

Б. ГОМБОСҮРЭН, Ш. ЖИГЖИД-
СҮРЭН Улаанбаатар хотын насанд
хүрэгчдийн гуурсан хоолойн тэлэг-
дэлтийн өвчин

Ч. ЦЭЦЭГМАА Бөөрний түүдгэнц-
рийн үрэвслийн шалтгааныг судлах
асуудалд

35

УЛАМЖЛАЛТ АНАГААХ УХААН

М. АМБАГА, Монгол анагаах ухаа-
ны хий, шар бадганы тухай ухагд-
хууныг тайлбарлах асуудалд

38

ХОВОР ТОХИОЛДОЛ

Д. ЦОГТ Цээжний хөндийд тунгал-
гийн шингэн хуралдсан тохиолдолд

43

Насны ой, Пэлжээгийн Долгор

45

ТАНИН МЭДЭХҮЙ, ЭМНЭЛЗҮЙН СЭТГЭЛГЭЭ

Д. ЧОЙЖИЛ, Өвчин, Өвчний шин-
жийг ангилах нь

46

ХЭЛЭЛЦҮҮЛЭГ

Ц. МУХАР Өрхийн эмчийн загвар
Оонолын судалгааг онцлон хөгжүүлэе

53

1989, 1990 онд эрдмийн зэрэг хам-
гаалсан эмч, мэргэжилтнүүд

62

СЭТГҮҮЛИЙН РЕДАКЦИЙН ЗӨВЛӨЛ:

П. Нямдаваа (эрхлэгч), **Ч. Энхдалай** (орлогч эрхлэгч), **Д. Цогт** (Хариуцлагатай нарийн бичгийн дарга), **Б. Болдсайхан**, **Ж. Батсуурь**, **Б. Дэмбэрэл**, **Г. Дашзэвэг**, **Д. Доржсүрэн**, **Ш. Доржжадамба**, **Э. Пүрэвдаваа**.

Манай хаяг: Улаанбаатар 210648, Карл Марксын гудамж 4, ЭМЯ
«Эрүүл энх» хэвлэлийн газар. Утас 22943, 21307

Техник редактор **Ө. Бямбажаргал**, **Хянагч** **Д. Чимгээ**, **Б. Наранжаргал**

Өрөлтөд 1991 оны 1-р сарын 9-нд орж 5000 ш хэвлэв.
Цаасны хэмжээ 70 x 108 1/16. Хэвлэлийн хуудас 4 С-116
Д. Сүхбаатарын нэрэмжит Улсын хэвлэлийн комбинат
өндөр хэвлэлээр хэвлэв.

**БНМАУ-ЫН ЭРҮҮЛИЙГ ХАМГААЛАХ САЛБАРТ ХИЙХ
ӨӨРЧЛӨЛТ ШИНЭЧЛЭЛ БОЛОН ХҮН АМЫН ЭРҮҮЛ
МЭНДИЙГ САЙЖРУУЛАХ ТАЛААР 2005 ОН ХҮҮТЭЛХ
ХУГАЦААНД БАРИМТЛАХ ҮНДСЭН ЧИГЛЭЛИЙН ТУХАЙ**

Илтгэгч нь: БНМАУ-ын Эрүүл мэндийн сайд П. Нямдаваа

Их хурлын төлөөлөгч нөхөд өө!

Манай эрхэм хүндэт зочид оо!

БНМАУ-ын хүний эмч нарын III их хурал хуралдсанаас хойш бүтэн 14 жил өнгөрчээ. Энэ хугацаанд манай орны нийгэм, эдийн засаг, улс төр, соёлын амьдралд олон чухал үйл явдал, өөрчлөлт, шинэчлэлт гарлаа.

Эдгээр үйл явцын жинхэнэ оргил нь тус орны нийгмийн амьдралыг бүхэлд нь хамран өрнөж буй өөрчлөн байгуулалт эргэлт буцалтгүй чиг зүгээ олж, гүнзгийрч байгаа явдал юм. Нийгмийн шударга ёс, ардчиллын төлөө тэмцэл хүн амын өргөн давхрыг хамран өрнөсний үр дүнд ардын эрхт хууль цаазат төрийн шинэ тогтолцоог бүрэлдүүлж эхэллээ.

Улс орны амьдрал, хөгжлийн ийм өвөрмөц онцгой цаг үед хүн эмнэлгийн ажилтны IV их хурал хуралдаж байгаа нь түүхэнд тэмдэглэгдэх үйл явдал болох нь эргэлзээгүй.

Хүн амын эрүүл мэндийг хамгаалан бэхжүүлэх асуудал манай төр засгийн нийгэм-эдийн засгийн бодлогын төвд байсаар ирсэн бөгөөд өөрчлөн байгуулалтын өнөө үед ард түмний эрүүл мэндийн тэргүүлэх ач холбогдол улам тод томруун илрэх боллоо.

Улс орны эдийн засаг, нийгэм-улс төрийн амьдралд өргөн далайцтай өрнөж байгаа өөрчлөлт шинэчлэл нь эрүүлийг хамгаалах салбарын хамт олны бүтээлч идэвх санаачлагыг өрнүүлж, үйл ажиллагааныхаа арга барилыг өөрчлөн шинэчлэх замаар урьдчилан сэргийлэх, эмчлэн эрүүлжүүлэх, хөдөлмөрийн чадварыг нөхөн сэргээх ажлын эцсийн үр дүнд чанарын ахиц гаргахын төлөө тэмцлийг эрчимжүүлж байна.

Нөхөд өө!

Манай эрүүлийг хамгаалах салбарт хуримтлагдсан дутагдал, доголдлыг даван туулж, шинэчлэн өөрчлөх зорилт тавихдаа бид өмнөх үеийнхнийхээ шударга хөдөлмөрийн үр шимээр бүтсэн ололт, амжилт бүхнийг ор тас үгүйсгэх үндэсгүй юм.

Ард түмний эрүүл мэндийг хамгаалан бэхжүүлэхэд чиглэсэн дэс дараатай арга хэмжээний үр дүнд сүүлийн 15 жилийн хугацаанд хүн амын эрүүл мэндийн зарим үзүүлэлт сайжирч, өвчлөл, эндэгдлийн бүтцэд өөрчлөлт гарлаа.

Дээрх хугацаанд эрүүлийг хамгаалах салбарыг санхүүжүүлэхэд улсын төсвөөс 6 тэрбум орчим төгрөг зарцуулснаас, нэг тэрбум шахам төгрөгийн хөрөнгө оруулалт хийж, 11 мянга шахам ортой 290 гаруй эмнэлэг, урьдчилан сэргийлэх байгууллагын барилга байгууламжийг ашиглалтад оруулснаар өнөөдөр эрүүлийг хамгаалах

салбар хэвтүүлэн эмчлэх эмнэлгийн 24160 ортой амбулатори-поликлиникээр нэг ээлжинд 41,5 мянган хүн үзэх хүчин чадалтай болоод байна.

Арван таван жилийн өмнө хэрэглэх нь бүү хэл, ихэнх маань сонсоо ч үгүй байсан хэт авиан зураглалын багаж (эхо-сонограф), дотор эрхтний уян дуран (фиброскоп), тооцоолуурт рентген зураглалын болон цацраг идэвхит бодис шингээлтийн зураглалын төхөөрөмж (компьютерт томограф, радиоскенограф), электрон бичил харуур, цацраг идэвхт бодис болон фермент холбоог эсрэгбиеийн урвал, нэг удаа хэрэглэх зүү, тариур зэрэг орчин үеийн оношлол, эмчилгээний багаж, төхөөрөмж практикт нэвтэрч, зарим нь манай эмч, эмнэлгийн ажилтны өдөр тутмын хэрэглээний зүйл болжээ.

Одоо эрүүлийг хамгаалах салбарт 44,3 мянга гаруй хүн хөдөлмөрлөж, түүний дотор 6000 шахам их эмч, 18 мянга гаруй эмнэлгийн дунд мэргэжилтэн ажиллаж байгаа нь 1976 онтой харьцуулахад манай салбарт ажиллагсдын тоо бараг 2 дахин нэмэгдэж, тус улсын 10000 хүн амд 27,4 их эмч, 87,3 дунд мэргэжилтэн ногдох боллоо. Одоогийн манай эмнэлэг, ариун цэврийн тусламжийн цар хүрээ, техник-жилтийн түвшин нь тус салбарт хэдэн мянган жолооч, инженер-техникийн болон санхүү-эдийн засгийн ажилтан, химич, физикч, биотехнологич зэрэг «эмнэлгийн бус» мэргэжлийн хүмүүс ажилладаг боллоо.

Манай эмч, эмнэлгийн ажилтны дотор мэдлэг мэргэжил, хүнлэг ариун ажил үйлсээрээ хөдөлмөрчин олон түмэн, хамт ажилладаг нөхдийнхөө хайр талархлыг хүлээсэн олон шилдэг тэргүүний хүмүүс бий. Саявтар манай төр, засгийн газар эрүүлийг хамгаалах салбарын шилдэг тэргүүний хүмүүсийн манлайд яваа гэрлийн эмч, төрийн шагналт Р. Пүрэвт «БНМАУ-ын ардын эмч», эх барих-эмэгтэйчүүдийн эмч Б. Жав, О. Должинсүрэн, Д. Чулуун, мэс заслын эмч Ж. Хайрулла, Г. Амгалан, Ц. Янжин, зүүний эмч Д. Бадарчин, халдвартын эмч Т. Дэлгэр нарт «БНМАУ-ын гавьяат эмч» АУДэС-ийн багш М. Дамбадоржид «БНМАУ-ын гавьяат багш», сувилагч Г. Өөдөс, эмгэг анатомич Д. Дашдорж нарт «БНМАУ-ын эрүүлийг хамгаалахын гавьяат ажилтан» долоо жил, сумын эмнэлгийн эрхлэгч их эмч Ц. Даваа, сумын эмнэлгийн жолооч Н. Цэвэгмид, гэмтлийн эмч Ц. Дэмбэрэл нарын олон хүнийг БНМАУ-ын одон, медаль, засгийн газрын жуух бичгээр шагналаа. Төр, засгийн өндөр шагнал хүртсэн энэ нөхөддөө баяр хүргэж, цаашдынх нь ажилд улам

их амжилт хүсээд бидний хөдөлмөрийг ийнхүү өндрөөр үнэлж, улам ихийг бүтээх урвал зориг хайрласан төр, засагтаа та бүхний болон салбарынхаа нийт ажиллагсдын өмнөөс баярласан, талархсанаа илэрхийлэе.

Төр, засгаас дэс дараатай авч хэрэгжүүлж байгаа арга хэмжээ, эмч, эмнэлгийн ажилтнуудын бүтээлч хөдөлмөрийн үр дүнд тус орны хүн амзүй, болон эрүүл мэндийн үзүүлэлтүүд ерөнхийдөө сайжирсаар байгаа юм. 1989 оны жилийн эцсийн үзүүлэлтийг 1976 оныхтой харьцуулбал, өнгөрсөн 15 жилийн дотор манай улсын хүн ам 600 мянга шахмаар өсч, 10000 хүн амд ногдох цочмог халдварт өвчин 119 тохиолдлоор, амьд төрсөн 1000 няраагаас ойндоо хүртэлх хугацаанд эндсэн хүүхдийн тоо 20 тохиолдлоор тус тус буурчээ.

Бид манай орны эрүүлийг хамгаалах салбарт гарсан ололт, амжилтын тухай ярихдаа олон улсын зарим байгууллага, ЗХУ болон бусад социалист орны үзүүлсэн тусламжийн тухай дурдахгүй байх эрхгүй юм.

НҮБ-ын төрөлжсөн зарим байгууллага, тухайлбал, Дэлхийн эрүүл мэндийн байгууллага (ДЭМБ), НҮБ-ын хөгжлийн программ (ХП), хүүхдийн фонд (ХФ), хүн амзүйн фонд (ХАФ)-оос өнгөрсөн 15 жилийн хугацаанд нийтдээ 12 сая америк долларын тусламж үзүүлсний дотор манай 500 шахам эмч, мэргэжилтнийг өндөр хөгжилтэй оронд сургаж, мэргэжлийг нь дээшлүүлж өгчээ.

Сүүлийн 15 жилд БНМАУ-ын эрүүлийг хамгаалах салбарт ЗХУ-ын техник-эдийн засгийн туслацтаатайгаар нэг тэрбум шахам төгрөгийн хөрөнгө оруулалтыг хийсний дотор Хавдар судлалын төв, Улаанбаатар хотын клиникийн төв эмнэлэг, халдварт өвчнийг анагаах клиникийн төв эмнэлэг, эх нялхсын эрүүл мэндийг хамгаалах төвийн цогцолбор, зургаан аймгийн төвийн нэгдсэн эмнэлэг зэрэг томоохон барилга байгууламж орж байгаа юм. БНАГУ, БНПАУ, БНБАУ, БНУАУ, БНСЧСУ (тусламж үзүүлж байх үеийн нэрээр) дээрх хугацаанд манай 100 шахам эмчийг буцалтгүй тусламжийн шугамаар клиникийн ординагурт сургаж өгчээ.

Тэвч харамсалтай нь улс орны нийгэм-эдийн засгийн амьдралд удаан хугацаагаар ноёрхсон захиргаадан тушаах арга барил, хэт төвлөрсөн удирдлага, төлөвлөлтийн хүнд сурталт механизм нь эрүүлийг хамгаалах салбарын ажилд ч нэн муугаар нөлөөлж, эмнэлэг-ариун цэврийн тусламжийн чанар, ажиллагсадын мэдлэг мэргэжил, үйлчилгээний соёлын түвшин нь хүн амын өсөн нэмэгдэж буй хэрэгцээ шаардлагаас ихээхэн хоцорч, нийгмийн бухимдлын нэг шалтгаан болох болжээ.

Төр, засгаас улс орондоо хүнлэг ардчилсан нийгэм байгуулах улс төр, нийгэм-эдийн засгийн өөрчлөлтийг шуурхайлан эхэлж, одоо байгаа улс төрийн бүх нам, хүчнүүд хүнийг эрхэмлэн дээдлэх үзлийг дэмжиж байгаа нь хоцрогдол, доголдлын-

хоо учир шалтгааныг буурь суурьтай задлан шинжилж, хүнийг эрүүл энх байлгах, өвчин шаналгааг нь эмчлэн эрүүлжүүлэх талаар өвөг дээдсийнхээ болон хүн төрөлхтний бүтээсэн, бүтээн буй болгосоор байгаа их өвөөс өөрийн орны нөхцөл бололцоо, хүн амынхаа биемахбод, сэтгэл санаа, зан заншилд хамгийн нийцтэй, прээдүйтэй бүхнийг шингээсэн үндэсний эрүүлийг хамгаалах шинэ бодлого боловсруулан хэрэгжүүлж эхлэх тун хариуцлагатай бөгөөд асар хүндтэй үүргийг түүх Та бидэнд ногдуулж байна.

Манай мэргэжилтнүүд хүн амын эрүүл мэндийг хамгаалах ажлын одоогийн байдалд шинэчлэл, өөрчлөлтийн үзэл санааны үүднээс дүгнэлт хийж, хэтийн төлвийг нь тодорхойлох ажлыг 1989 оны эхнээс эхэлсэн бөгөөд «БНМАУ-ын эрүүлийг хамгаалах, нийгэм хангамжийн салбарыг хөгжүүлэх, хүн амын эрүүл мэндийг сайжруулах талаар 2005 он хүртэлх хугацаанд баримтлах үндсэн чиглэл»-ийн төсөл боловсруулж, энэ оны VIII сард «Ардын эрх» сонинд нийтлүүлсэн юм. Үндсэн чиглэлийн төслийг X сарын 15 хүртэлх хугацаанд хэлэлцүүлэх явцад эмч, эмнэлгийн ажилтан, хөдөлмөрчидтэй 268 удаа санал солилцох уулзалт, ярилцлага зохион байгуулж, 17554 хүний саналыг авснаас гадна төв, орон нутгийн 3575 хүн 1900 гаруй саналыг амаар болон бичгээр ирүүлсэн байна. Эдгээр саналыг «Үндсэн чиглэл»-ийг эцэслэн боловсруулахдаа харгалзан үзэж зайлшгүй хэрэгжүүлэх асуудлыг тусгаад, энэ их хуралд ийнхүү хэлэлцүүлэхээр оруулж байна.

Тус орныг төрийн зохицуулалттай зах зээлийн харилцаанд шилжих явцад нэг талаас улс, хоршоолол, олон нийтийн байгууллага, хамт олон, иргэн бүрээс эрүүл мэнддээ тавих анхаарал халамж, нөгөө талаас хүн амд үзүүлэх эмнэлэг-ариун цэврийн үйлчилгээний чанар, хүрэлцээ нь байнга боловсронгуй болон сайжирч байх нөхцөлийг хангасан удирдлага-зохион байгуулалтын арга хэмжээ, эдийн засгийн механизмыг боловсруулан хэрэгжүүлэх замаар эрүүл монгол үндэстэн өсч хөгжих бололцоог бүрдүүлэхэд эрүүлийг хамгаалах албаны үйл ажиллагааг чиглүүлж, манай улсын иргэн бүрт тэдний оршин сууж байгаа газар, эрхэлж байгаа ажлын онцлогоос үл хамааран эмнэлгийн тусламжийг жигд, хүргэмжтэйгээр дэлхийн түвшинд үзүүлж чадах монгол үндэсний эрүүлийг хамгаалахын боловсронгуй систем бий болгохыг зорин.

Ингэхдээ одоогийн манай эрүүлийг хамгаалах албаны гол дутагдал болох:

— байгууллага, хамт олон, хувь хүн, нийгмийн болон хувийн эрүүл мэндээ ухамсартайгаар хамгаалах хөшүүрэг болж чадахгүйгээс эрүүл мэндийг эзэнгүйдэхэд хүргэж байгаа эдийн засгийн харилцаа, хуваарилалтын зарчим:

— өвчтөний эмчээ сонгож авах эрх, эмч-эмнэлгийн ажилтны мэдлэг, чадвараараа чөлөөтэй өрсөлдөх нөхцөлийг боогдуулснаас эмнэлгийн материаллаг бааз, техникжилтийн түвшингийн хоцрогдолд хүргэж байгаа эмнэлэг-ариун цэврийн тусламжин дахь улсын монополюг халж;

— шинэчлэгдэж буй эдийн засгийн харьцаанаас үүсч болох эрүүл мэндийн сөрөг үр дагавар, шинээр аж үйлдвэржсэн орнуудад ихэсдэг зүй тогтолтой зарим өвчин, эмгэгээс урьдчилан сэргийлэх арга хэмжээг цаг алдалгүй зохион байгуулан хэрэгжүүлэх хэрэгтэй болох юм. Энэ үүднээс «БНМАУ-ын үндсэн хууль», «Эрүүлийг хамгаалах хууль» болон бусад хууль, тогтоомжид хүний эрүүл мэндтэй холбогдон орсон заалтуудыг эргэн хянаж өөрчлөн байгуулалтын бодлогод нийцүүлэн боловсронгуй болгох, зарим шинэ хууль боловсруулан мөрдөх шаардлага зайлшгүй гарна.

Эмнэлэг ариун цэврийн тусламж, үйлчилгээний хүрээг өргөтгөж, чанарыг сайжруулах гол арга зам нь эмнэлэг-ариун цэврийн байгууллагыг улсын, хоршооллын, хувь нийлүүлсэн, хамтын, хувийн г. м олон хэв шинж, хэлбэрээр хэрэгжүүлж, оршин буй болон тохиолдож болох бэрхшээлийг эрдэм мэдлэг, оюун санааны шударга өрсөлдөөний үндсэн дээр шийдвэрлэх явдал гэж үзнэ. Зах зээлийн харилцаа сайтар хөгжсөн орнуудад эмнэлэг-ариун цэврийн тусламж, үйлчилгээний олон хэв шинж байдаг хийгээд хатуу төлөвлөгөөг эдийн засгаас зах зээлийн эдийн засагт шилжсэн Хятад, шилжиж буй Дорнод европын орнуудад нийм чиглэл баримталсан нь манай орны хувьд ч нийм байж болох нөхцөлтэй баталгаа болно. Гэхдээ бидний авч үзэж буй үеийн туршид, нэн ялангуяа зах зээлийн харилцаанд шилжих явцад эмнэлгийн тусламжийн зонхилох хэлбэр нь улсын эмнэлэг байх болно гэж үзэж байна.

Харин улсын эмнэлэг-ариун цэврийн албаны зохион байгуулалтын нэг загварын бүтэц, удирдлагын хэт төвлөрлийг өөрчилж, улсын эмнэлэг, ариун цэврийн байгууллагуудын бие даасан, бүтээлч үйл ажиллагааг өргөтгөж, нэгж байгууллагуудыг орон нутгийн болон хүн амын өвчлөлийн өвөрмөц байдлыг харгалзан бүтэц, зохион байгуулалтаа өөрчлөх эрхээр хангана.

Эрүүлийг хамгаалахын төлөвлөлтийн системийг үндсээр нь өөрчилж, эмнэлэг-ариун цэврийн тусламж, үйлчилгээний өртгийг тогтосны үндсэн дээр нэг иргэнд ногдох зардлын нормативыг боловсруулж төлөвлөлтийн үндэс болгоно.

Эрүүлийг хамгаалахын санхүүжилтийн эх үүсвэрийг нийгмийн баялагтай уялдаа-

тай, баталгаатай байлгах зорилгоор салбарт улсын төсвөөс зарцуулах хөрөнгийн хэмжээг жил бүр улсын үндэсний орлогын 8—10 хувь байлгах боллогыг баримтлах нь зүйтэй гэж үзнэ.

Эрүүл мэндийг хамгаалан сайжруулахад улсын төсвөөс гадна санхүүжилтийн бусад эх үүсвэрийг өргөн ашиглах чиглэл баримталж, аажимдаа даатгалын эрүүлийг хамгаалах зарчимд тулгуурласан төлбөрт үйлчилгээнд тодорхой үе шаттайгаар шилжинэ. Ингэхдээ одоогийн үнэ төлбөргүй үйлчилгээг шууд халах замаар бус харин түүнд нэмэлт болгон дам болов шууд төлбөрт үйлчилгээг бий болгон өргөжүүлэх замаар хэрэгжүүлнэ.

Эрүүл чийрэг бие бялдар нь хөдөлмөрийн зах зээл дээр ажиллах хүчний өртгийг тодорхойлох нэгэн чухал хэмжүүр болох тул зах зээлийн харилцаа нь эрүүл мэндийн үнэ цэнийг өөрийн эрхгүй ихсгэх болно. Гэхдээ эрүүл мэндийн «үнэ» өсөхийг идэвхгүйгээр хүлээж суух бус, хүн амд эрүүл мэндийн үнэ цэнийг ойлгуулахад чиглэсэн олон талт үйл ажиллагаа, үүний дотор эдийн засгийн хөшүүргийг ч идэвхтэй ашиглах шаардлагатай гэж үзнэ.

Хувь хүн өөрийнхөө болон үйлдвэр, аж ахуйн газар, албан байгууллагууд хөдөлмөрийн хамт олон, гишүүнийхээ эрүүл мэндийн төлөө тавих анхаарлыг дээшлүүлэх зорилгоор нийгмийн даатгалын хөрөнгийн тодорхой хувийг үйлдвэр, албан газруудын мэдэлд шилжүүлж, түүнийг хөдөлмөрчдийн эрүүл мэндийн төлөө, эмчилгээ-сувилгааны зардлыг нөхөхөд зарцуулах эрх олгох, хөдөлмөрийн чадвар түр алдуулах өвчлөлөөс өөрийгөө урьдчилан сэргийлж эрүүл мэндээ хамгаалах иргэний үүргээ сайн биелүүлж байгаа ажилчин, албан хаагчдад урамшил, шагналт өгөх, эрүүл мэндийн сан бий болгож зарцуулах журмыг хэрэгжүүлнэ. Хөдөлмөр эрхэлж байгаа хүн бүр эрүүл мэндийн даатгалын санд зохих хувь нэмэр оруулдаг журамд дэс дараатай шилжих нь хүн амын эрүүл мэндийн үзүүлэлтэд сайн нөлөө үзүүлэх нэг нөхцөлийг бүрэлдүүлнэ гэж үзэж байна. Эрүүл мэндийн даатгалтай хүн өвчилвөл уг сангаас мөнгөн тусламж авах, эрүүл мэндээ хамгаалж, тодорхой хугацаанд эмнэлгийн тусламж аваагүй бол эрүүл мэндийн даатгалын санд оруулсан мөнгөнийхөө зохих хувийг эргүүлж авах эрхээр хангагдах ёстой.

Хүний эрүүл мэндэд сөрөг нөлөө үзүүлэх орчин нөхцөлөөс болсон үйлдвэрийн осол, мэргэжлээс шалтгаалах өвчний үед хөдөлмөрийн чадвар түр алдах үед олгох тэтгэмж, эмчилгээ, оношлол, хөдөлмөрийн чадварыг нөхөн сэргээхэд шаардагдах хөрөнгийг гэм буруутай үйлдвэр, албан газар, байгууллага, хувь хүнээс гаргуулдаг журамд шилжих нь зүйтэй гэж үзнэ.

Хүний эрүүл мэндийг санаатайгаар хохироосон этгээд, түүнд дэм нөлөө үзүүлсэн гэм буруутнаар хохирогсдыг эмчлэх, хөдөлмөрийн чадварыг нөхөн сэргээх зард-

лыг гаргуулах, зарим халдварт өвчнөөр өвчлөгсөд эмчлүүлэхээс санаатайгаар зайлсхийсэн үед тэднийг албадан эмчилж, эмчилгээ, үйлчилгээний өртгийг өөрсдөөр нь төлүүлэх, архаг архичин, хар тамхины болон бусад хорын дон туссан хүмүүс, түүнчлэн өөрийн буруугаар эрүүл мэндээ хохирооснод төлбөртэй эмчилгээ, үйлчилгээг хийж зардлыг өөрсдөөс нь гаргуулж байх нь зөв юм.

Эрүүлийг хамгаалах салбарт хийх шинэчлэл, өөрчлөлтийг хэрэгжүүлэхдээ урьдчилан сэргийлэх арга хэмжээг урьдын адил үйл ажиллагааны үндсэн зарчим болгож, түүнийг жинхэнэ бодит үр дүнтэй ажил болгоно. Ингэхдээ одоогийн хоосон сурталдах, лоозогнох хэлбэрээс шийдвэртэй салж, эрүүл хүний эрүүл мэндийг хамгаалахад чиглэсэн эрүүл аж төрөх дэглэм, ахуйн нас, бие бялдрын онцлогт тохирсон биеийн тамираар хичээллэх нөхцөл бололцоог бүрдүүлэхэд зах зээлийн эдийн засгийн харилцааг ухаалгаар ашиглаж, «эрүүл мэндийн аж үйлдвэрлэл»-ийг явуулах санаачлагыг идэвхтэй дэмжинэ.

Урьдчилан сэргийлэх ажлыг сайжруулахад эрүүл ахуй, халдвар судлалын хяналтын албаны гүйцэтгэх үүрэг, тэргүүлэх үйл ажиллагааг улам өндөржүүлж, эрүүлийг хамгаалахын материал, санхүүгийн чадвархийн зонхилох хэсгийг урьдчилан сэргийлэх арга хэмжээг хэрэгжүүлэхэд зориулна.

Төв, орон нутгийн эрүүл ахуй, халдвар судлалын хяналтын байгууллагуудыг орчин үеийн тоног төхөөрөмжөөр тоноглогдсон зориулалтын барилга байгууламж, лабораторитой болгож, хүчин чадлыг нь нэмэгдүүлэн бэхжүүлнэ.

Урьдчилан сэргийлэх ажлыг байгаль, орчныг хамгаалах, экологийн тэнцвэрийг хадгалах асуудалтай нягт уялдуулан орчныг бохирдуулж байгаа үйлдвэрүүдийг хүн ам оршин суух бүсээс гаргах, хортой хаягдлыг багасгах, хот төлөвлөлтөд тавих эрүүл ахуй-ариун цэврийн хяналтыг сайжруулах, үйлдвэрлэлд хаягдалгүй технологийг өргөн нэвтрүүлэх, хот, суурин газрын агаар, хөрс, усны бохирдолтой тэмцэх зэрэг арга хэмжээг улс, олон нийт, хууль хяналтын болон байгаль орчныг хамгаалах байгууллагын хамтын үйл ажиллагаагаар хэрэгжүүлнэ.

Хүний эрүүл мэнд, хүрээлэн байгаа орчинд хор нөлөө, хохирол учруулсан буюу учруулахад хүргэсэн үйлдвэр, аж ахуйн газар, албан тушаалтанд хүлээлгэх хариуцлагыг өндөржүүлэн эдийн засгийн аргаар нөлөөлөх системийг бий болгоно.

Одоо улсын хэмжээгээр барилга, уулзурхай, хэвлэлийн үйлдвэрүүдийн ажлын байрны 43—56 хувь, эрчим хүчний салбарыг ажлын байрны 33 хувь нь эрүүл ахуйн шаардлага хангахгүй байна.

Үйлдвэрлэлийн эрүүл ахуйн нөхцөл, хортой болон хүчтэй үйлчлэх бодисын хэмжээг хянах дотоод хяналтын буюу автомат хяналтын систем бий болоогүй, үйлдвэрлэлд ашиглах химийн болгосыг гадаадаас авахдаа хүний эрүүл мэнд, байгаль

орчинд нөлөөлөх чадварыг судлах, хянах систем байхгүй байна. Одоогоор үйлдвэрлэлд 700 орчим нэр төрлийн химийн бодисыг гадаадаас авч ашиглаж байгаагийн 200 орчмынх нь химийн найрлагыг мэдэхгүй, судлан тогтоох лаборатори ч байхгүй байна.

Эдгээр нь шинэ үйлдвэр байгуулахдаа төлөвлөх шатнаасаа эхлэн тэнд ажиллах хүний эрүүл мэндийг хамгаалах, хөдөлмөрийн эрүүл ахуйн нөхцөлийг бүрдүүлэх ажлыг орхигдуулаад барьж байгуулсныхаа дараа ч ажиллагсдыг хөдөлмөрийн хүнд, хортой нөхцөлд оруулах, нэмэгдэл амралт эдлүүлэх, тэтгэвэрт эрт гаргах, цаг хорогдуулах зэрэг хүний эрүүл мэндийн хохирлыг нөхөх чадваргүй, тэтгэмж хөнгөлөлтөөр оруулах зохисгүй практик газар авснаас шалтгаалж байгаа юм.

Малчид, тариаланчид, ажигчдыг сувилан эрүүлжүүлэх, эрүүл мэндийг нь бэхжүүлэх амралт, сувиллын газрыг олшруулах, хүн амын хөдөлмөр, амралт, сургалтын байр, орчин, орон сууцны эрүүл ахуйн нөхцөл, хоол хүнсний тэжээллэг чанарыг сайжруулах, нийт хүн ам ялангуяа говийн аймгуудын хүн амыг эрүүл ахуйн шаардлага хангасан ундны усаар хүрэлцээтэй хангах арга хэмжээг зохион байгуулж хэрэгжүүлнэ. Хүнсний бүтээгдэхүүнийг боловсруулах, хадгалах, тээвэрлэх, борлуулах үйл ажиллагаа, хөдөө аж ахуйд хэрэглэх эрдэс бордоо, химийн хорт бодист тавих хяналтыг чангатгана.

Хүн амд, түүний дотор хүүхэд, өсвөр үеийнхэн, залуучуудад эрүүл аж төрөх мэдлэг, эрүүл ахуй, бие бялдрын хүмүүжил олгож төлөвшүүлэх хичээлийг боловсролын системийн бүх шатны сургуульд тусгай хөтөлбөрөөр зааж, бүх нийтээр эрүүл мэндийн боловсрол эзэмших арга хэмжээг зохион байгуулна. Хүн амын эрүүл мэндийг хамгаалан бэхжүүлэх үндсэн хэрэгжүүлэх нэг нь нийтийн биеийн тамир байх болно. Биеийн тамирын сургалтыг ясли-цэцэрлэгийн насны хүүхдээс эхэлж, сургуулийн өмнөх насны хүүхдүүдэд «Эрүүл мэнд-бие бялдрын хүмүүжил» олгох хичээл зааж, гэр бүлийн дотор биеийн тамираар хичээллэх ажлын шинжлэх ухааны үндэстэй хөтөлбөр боловсруулан хэрэгжүүлнэ.

Гүйлт, аялал, гимнастик, иог, ушу зэрэг биеийн тамир-чийрэгжүүлэлтийн төрөлжсөн клубуудыг байгуулах норматив тогтоож аймаг, хотод «спорт-амралт-аялалын бааз» бий болгох чиглэлийг баримтлан дэмжинэ.

Хүүхдийн эрүүл мэндийг бэхжүүлэх хэрэгт гэр бүлийн үүрэг, хариуцлагыг өндөржүүлж, эх, эцгийг хүүхдээ асарч сувилах, тэдэнд эрүүл ахуйн хүмүүжил олгох ажилд сургахад бүх нийтийн анхаарлыг чиглүүлнэ. Сул биетэй, олон дахин өвчилдөг хүүхдэд зориулан тусгай сургалт, эмчилгээ бүхий сувилал байгуулах ажлыг өргөжүүлнэ. Урьдчилан сэргийлэх тариалтын чанар, хамралтыг сайжруулан вирус гепатит, гахай хавдар зэрэг хэд хэдэн иочмог халдварт өвчний эсрэг урьдчилан сэр-

ггийлэх тарилга, халдварт өвчний оношлол, эмчилгээ, сэргийлэлтийн зарим биобэлдмэлийг эх орондоо үйлдвэрлэн практикт нэвтрүүлэх замаар эдгээр өвчнөөр өвчлөх явдлыг бууруулна.

Улсын хэмжээнд цацрагийн болон биобэлдмэл, эмнэлгийн дотоод халдварт тавих хяналтыг улам өргөжүүлнэ.

Дархлал хомсдлын хамшинж, гоц аюулт болон байгалийн голомтот халдварт өвчинтэй тэмцэх, сэргийлэх ажлыг онцгой анхааралд авч, уг халдварт өртөж болзошгүй хүмүүс, халдвар дамжуулах хүчин зүйлд хийх лабораторийн шинжилгээг өртөгтөж, эдгээр халдвараас биеэ хамгаалах арга, мэдлэгт хүн ам, ялангуяа залуучуудыг сургах ажлыг сайжруулна.

Хүн амын нийт өвчлөлийн дотор голлох байрыг эзэлж, хүн амын нас баралт, хөдөлмөрийн чадвар түр алдалтын үндсэн шалтгаан болж байгаа өвчнүүдээс урьдчилан сэргийлэх арга хэмжээг жинхэнэ үр дүнтэй ажил болгох хэрэгтэй байна.

Сүүлийн 3 жилд улсын хэмжээгээр өвчлөлийн улмаас жил тутам 226,8 мянган хүн, 3304,5 мянган хоног, өвчтөн асарчсувилсан 115 мянган хүн, 1155 мянган хоног хөдөлмөрийн чадвар түр алдаж, үүнд нийгмийн даатгалаас 40 сая гаруй төгрөг зарцуулжээ.

Хүн амын өвчлөлд зонхилох байр эзэлж байгаа амьсгалын зам, зүрх судас, хоол боловсруулах, мэдрэл, мэдрэхүйн эрхтэн, хавдрын болон халдварт өвчнүүдтэй тэмцэх тодорхой хугацааны иж бүрдмэл хөтөлбөрийг голлох өвчин бүрээр боловсруулан гаргаж хэрэгжүүлэх эрчимтэй арга хэмжээ авах нь зүйтэй гэж үзэж байна. Энэ хөтөлбөрийн хүрээнд тэдгээр өвчнөөс сэргийлэх, эмчлэх, нөхөн сэргээх тусламжийг бүхэлд нь багтаасан, судалгаа, сургалт, үйлчилгээг хосолсон цогцолборуудыг төвлөрсөн буюу бүсчилсэн үйлчилгээтэйгээр дагнуулан байгуулж, шинжлэх ухаан, техникийн дэвшлийн шинэ түвшинд хүрэхүйц материаллаг бааз, чадварлаг боловсон хүчинлэр бэхжүүлэх арга хэмжээг авах болно.

Ингэснээр бид эрүүлийг хамгаалах салбарыг хөгжүүлэх гол чиглэлийг зөв тогтоож жинхэнэ бодит үр дүнд хүрч чадна. Амбулатори-поликлиникийн тусламжийг давуутай хөгжүүлэх бодлогын дагуу тэдгээрийн оношлолын баазыг ойрын 3—5 жилд багтаан өргөжүүлэн бэхжүүлэх арга хэмжээг авах бөгөөд юуны өмнө хөдөөгийн эмнэлгүүдэд өвчнийг эрт оношлох, нөхцөл бүрдүүлэх болно.

Эмнэлгийн анхан шатны тусламж үзүүлэх ажлыг улам боловсронгуй болгох арга замын нэг бол одоо хэрэглэж, үр дүнтэй болох нь нотлогдож байгаа өдрийн болон гэрийн стационарын үйл ажиллагааг өргөжүүлэх, улмаар хөдөлгөөнт үйлчилгээний явуулын амбулатори, их эмчийн эргүүлийн байнгын үйлчилгээ, явуулын тусламжийн бие даасан бригад ажиллуулах үйлчилгээний шинэ хэлбэрүүдийг зохион байгуулах явдал юм.

Амбулатори-поликлиникийн тусламжийг түлхүү үзүүлэх арга хэмжээг хэрэгжүүлэхдээ эмнэлгийн идэвхтэй хяналтын аргыг улам боловсронгуй болгож өргөжүүлэх, үр дүнг дээшлүүлэх явдал нэн чухал байна. Манай эрдэм шинжилгээний байгууллагуудын судалгааны дүгнэлтээс үзвэл улсын хүн амын 44,8—61,8 хувь нь өвчний учир диспансерийн хяналтад байх хэрэгцээ гарч байна.

Гэвч одоогоор идэвхтэй хяналтад байх өвчтэй 3 хүн тутмын нэг нь л ийм хяналтад бүрэн хамрагдаж байна гэсэн тооцоо байгаа юм.

Эрүүл хяналтад байвал зохих бага насны хүүхэд, жирэмсэн эхчүүдээс 194,0 мянган хүн идэвхтэй хяналтад хамрагджээ. Үүнээс үзвэл одоогоор манай улсын хүн амын 25,5 хувь нь эмчийн идэвхтэй хяналтад хамрагдаж чадаж байгаа ажээ.

Хүн амын эмнэлгийн идэвхтэй хяналтын үр дүнг цаашид сайжруулахын тулд дараах арга хэмжээг авч хэрэгжүүлэх нь зүйтэй юм. Үүнд: Юуны өмнө үйлчилгээний хүн амын нийгэм-эрүүл мэндийн байдлыг бүрэн судалж мэдсэн байх явдал идэвхтэй хяналтын эхний шатны нэг гол ажил байвал зохино. Нөгөөтэйгүүр хяналтад хамрагдах хүмүүст энэ ажлын мөн чанар, зорилт, ач холбогдол, үр ашгийг ойлгуулж, итгэл үнэмшил төрүүлэх сурталчилгааны өргөн ажил зохиох хэрэгтэй байна. Өнөөдрийн байдлаар эмнэлгийн идэвхтэй хяналтад бүртгэгдсэн, тодорхой хугацаанд үзлэгт орвол зохих хот, суурин газрын хүмүүсийн 30—50 хувь нь үзлэгт ирэхгүй байгаа явдал диспансерчлалын ажлын үр нөлөө муу байгааг нотолж байна.

Хурц өвчтэй хүмүүсийг больниц, поликлиникээр эмчлээд хяналтад авахгүй орхисноос болж өвчин архагших тал багагүй гарч байна.

Сүрьеэ, арьс өнгө, хавдар, сэтгэл мэдрэл, халдварт өвчний диспансеруудын зүгээс нүүдлийн амбулатори, нутаг дэвсгэрийн поликлиник, сум, хэсгийн эмч нартай хамтран ажиллах, өвчнийг эрт илрүүлэхэд поликлиникийн урьдчилан сэргийлэх тасгийн үйл ажиллагааг үр дүнтэй ашиглах, ажлын уялдаа холбоог сайжруулах талаар ихээхэн ажил зохиох зүй ёсны шаардлага гарч байна. Цаашид нутаг дэвсгэрийн поликлиникийн эмч, сум, хэсгийн эмч нарын ажлын чанарын үнэлгээнд сүрьеэ, хавдар, арьс өнгөний өвчний эрт оношлолт-илрүүлэлтийг тооцож дүгнэх журамд шилжих болно.

Эмч нараас хяналтын эрүүл, өвчтэй хүмүүст гам дэг, эмчилгээний хоол хэрэглэх талаар тодорхой зөвлөгөө өгөхөд ихээхэн санаачлага гаргах хэрэгтэй. Хоолоор эмчлэх, сувилах, эрүүл мэндийг бэхжүүлэх талаар орон нутгийн нөхцөл бололцоонд тулгуурлан багагүй амжилт олох бололцоо байгааг идэвхтэй ашиглавал зохино.

Эрүүл мэндийг хамгаалах хүчин зүйлийн гуравны хоёр нь аж төрөх ёс, гадаад орчинтой холбоотой гэсэн номлолыг

үндэслэн хяналтад байгаа эрүүл, өвчтэй хүмүүсийн хөдөлмөр, ахуйг улс, олон нийт, гэр бүлийн гишүүдтэй хамтран эрүүлжүүлэх, архи, тамхи хэрэглэх, биеийн жин ихсэх зэрэг аливаа өвчинд өртөмтгий болгох хүчин зүйлийг арилгах, хүний нийгмийн асуудалд идэвхтэй оролцох, гэр бүлд эрүүл аж төрөх ёсыг хэвшүүлэх талаар эмч нарын зүгээс зохион байгуулах ажил их байна.

Эмнэлгийн анхан шатны тусламжийг чанарын шинэ түвшинд гаргахад эмнэлгийн яаралтай ба түргэн тусламжийн үйлчилгээг шуурхай, үр дүнтэй болгох явдал нэн чухал юм.

Эмнэлгийн түргэн ба яаралтай тусламжийн шуурхай, бэлэн байдлыг хангаж, хот, хөдөөгийн түргэн тусламжийн станцуудыг орчин үеийн аппарат, багаж, зориулалтын автомашин, холбооны хэрэгслээр тоноглож, мэргэжлийн бэлтгэл сайтай эмч ажиллуудан, аймгуудад яаралтай тусламжийн бригад байгуулах чиглэл баримтлана. Эрчимт болон сэхээн амьдруулах эмчилгээний материаллаг бааз, боловсон хүчний хангамж, бэлтгэлийг дээшлүүлж, үр дүнг сайжруулна.

Үйлдвэрлэл, ахуйн гэмтэл, ослын үед үзүүлэх эмнэлгийн мэргэжлийн тусламжийг шуурхай, үр дүнтэй болгож, гэмтэл согогчийн тусламжийн материаллаг бааз, боловсон хүчний хангамжийг сайжруулна.

Яаралтай тусламжийн больниц, түлэнхийг эмчлэх, нөхөн сэргээх эмчилгээний төв байгуулах арга хэмжээ авна.

Эрүүдийг хамгаалахын үндсэн асуудлын нэг бол эх, хүүхдийн эрүүл мэндийг хамгаалан бэхжүүлэх ажил мөн.

Энэ салбарын үзүүлэлт үнэндээ биднийг гялайлгах юмаар бага байна. Гэтэл хүүхдийн эрүүл мэндийг хамгаалах асуудлыг нийт хүн амын эрүүл мэндийн тулгуур гэж үздэг бөгөөд хүний эрүүл мэндийн гуравны хоёр нь хүүхэд насанд бүрэлддэг билээ.

Эрүүл мэндийн яамны тайлан, судалгааны материалаар нялхсын эрүүл мэндийн үзүүлэлт (индекс) буюу нэг хүртэлх насандаа ямар нэг өвчнөөр огт өвчлөөгүй хүүхдийн хувийн жин манай оронд 20—24 хувь байгаа боловч тэд дунджаар 3 удаа ханиад, уушгины хатгалгаар, хоёр удаа, ходоод гэдэсний ба бусад өвчнөөр өвдөж, нийтдээ нэг жилийн хугацаанд 4—6 удаа өвчилж байна. Нэг хүртэлх насандаа өвчилсөн хүүхдийн дунджаар 80 хувь нь эмнэлэгт хэвтэн эмчлүүлж байгаа юм.

Нялхсын эндэгдлийн шалтгаанд амьсгалын зам, хоол боловсруулах эрхтэний ба почмог халдварт өвчнүүдээс гадна төрөлтийд өндөр түвшин, жирэмслэлтийн хоорондох зай, эхийн нас, боловсрол, амьдралын түвшин үлэмж нөлөөлж байна. Хүүхдийн өвчлөлийг хүүхдийн бүх насанд харьцуулж үзвэл 3 хүртэлх насанд хамгийн их байснаа аажмаар буурч 8—15 насанд хамгийн бага байгаа боловч энэ нь тухайн насны хүүхдэд үзүүлж байгаа эмнэлгийн тусламжийн хүрэлцээ, өвчин ил-

рүүлэлттэй холбоотой байж болох үндэстэй юм.

Манай судлагчдын судалгаагаар жирэмсэн эхчүүдийн 40 хувь нь цус багатай, эмэгтэйчүүдийн 21,8 хувь нь архаг үрэвсэл өвчтэй, 3 хүртэлх насны хүүхдийн 30—40 хувь нь сульдаа, турсал мэтийн суурь өвчтэй, төрсөн эхийн 10 хувьд нь төрөлтийн хоорондын хугацаа 1 жил 6 сараас бага байна.

Манайд хүүхэд, эхийн эрүүл мэндийн асуудлыг дан ганц эрүүлийг хамгаалах байгууллагын хариуцах «мэргэжлийн ажил» мэт буруу ойлголт газар авснаас хүмүүсийн аж амьдралын түвшин, аж төрөх ёс, хоол хүнс, ухамсар, мэдлэг, чөлөөт цаг, ахуй орчин, хувь хүний анхаарал халамж, харуцлага зэрэг эх, хүүхдийн эрүүл мэндэд шийдвэрлэх нөлөө үзүүлдэг хүчин зүйлүүдийг дутуу үнэлж ирсэн нь асуудлыг ул үндэстэй шийдвэрлэхэд үлэмж бэрхшээл учруулж байлаа.

Хүүхэд, эхийн нас баралт, өвчлөлийг эрс бууруулж чадсан орнуудын жишээ, туршлагаас үзэхэд гэр бүл төлөөлөлтийн бодлого баримталж, хүүхдийн хоол тэжээлийн асуудлыг үйлдвэрлэлийн аргаар шийдвэрлэж, хүүхдийн асаргаа сувилгааг сайжруулж, эцэг эхийн хүүхдээ асрамжлах боломж нөхцөлөөр хангаж чадсанд оршиж байна. Энэ талаар манай оронд зарим арга хэмжээ авч байгаа боловч алиныг нь ч төгс шийдвэрлээгүй, хүүхдийн хоол тэжээлийн хангамж 57—60 хувь, цэцэрлэг яслийн хангамж 20 гаруйхан хувь, жирэмслэхээс сэргийлэх хэрэгслийн хангамж 5—6 хувь байна.

Энэ байдлыг өөрчлөхийн тулд 3 хүртэлх насны хүүхдийг эцэг эх нь өөрсдөө асран торнуулах боломж нөхцөлийг бүрдүүлж, яслийг бие султтай буюу эмгэгтэй хүүхдийг сувилалаар өөрчлөн зохион байгуулах, Улаанбаатар зэрэг төвлөрсөн хотод хүүхдийн хэсгийн системийн ажлын зохион байгуулалтыг өөрчлөн боловсронгуй болгох, хүүхдийн хоол тэжээлд чийрэгжүүлэлт, борогшилтын ажлыг улсын хэмжээнд төгс шийдвэрлэх дорвитой арга хэмжээг давын өмнө авах шаардлагатай юм. Ийм арга хэмжээнүүд засгийн газраас боловсруулсан «Эх, хүүхдийн эрүүл мэндийг хамгаалах 2000 он хүртэлх хугацааны зорилтот программ»-д тусгагдсан боловч хэрэгжилт удаан байгааг анхаарч, шинэчлэл өөрчлөлтийн бодлоготой уялдуулан боловсронгуй болгож эрчимжүүлэх шаардлагатай байна.

Эх, хүүхдийн эрүүл мэндийг хамгаалах, үр удмынхаа удамшлын цэвэр арвун байдлыг хангах, ухаан хомсдол төрөлхийн гажигтай хүүхэд төрөхөөс сэргийлэх зэрэг олон чухал асуудлыг оновчтой шийдвэрлэх гол арга замын нэг нь БНМАУ-д хүн амзүйн зохистой бодлого хэрэгжүүлэх явдал юм.

Хүн амзүйн бодлого нь манай орны эдийн засаг, нийгмийн хөгжлийн зорилтуудтай нягт уялдсан, хүн амын нийгмийн болон ажил, мэргэжил, насны тохиромж-

той бүтэц бүхий зохистой тоо нь өсөлтийг хангахад чиглэсэн цогцолбор арга хэмжээг авч хэрэгжүүлэх нөхцөлийг бүрдүүлэх болно.

Хүн амзүйн бодлогын хүрээнд хүн амын нөхөн үйлдвэрлэлийг зохицуулах, түүнийг тоо, чанарын зохистой бүтцийг хангах, гэр бүлийг бэхжүүлэх, хүмүүсийн эрүүл мэндийг сайжруулж, тэдний дундаж наслалт, идэвхтэй хөдөлмөрлөх хугацааг уртасгах зэрэг нийгэм-эдийн засгийн өргөн арга хэмжээг хэрэгжүүлэх зорилт тулгарч байна. Хүн амзүйн иж бүрэн бодлогын хүрээнд гэр бүл төлөвлөлт, эмнэлэг-удамзүйн алба байгуулан ажиллуулах асуудал нь эрүүлийг хамгаалах байгууллагуудын голлон гүйцэтгэх ёстой ажил болно.

Манай судлаачдын тооцоолж байгаагаар эх, нялхсын эндэгдэл их байдаг 20-оос доош, 35-аас дээш насанд төрөх явдлыг зогсоож, эмэгтэй хүн бүр 20—35 насандаа хоорондоо 3-аас доошгүй жилийн зайтай 5 хүртэлх төрөх бодлого баримталавал хүн амын цэвэр өсөлтийн одоогийн хандлагыг бууруулахгүйгээр эхийн болон нялхсын эндэгдэл, оюуны хомсдолтой хүүхэд төрөхийг тус бүр 3 дахин хүртэл бууруулж, үүнийхээ хэрээр нэг хүнд ногдох эрүүл мэндийн зардлыг төдийчинээ өсгөх бололцоотой ажээ.

Хүн амд үзүүлж байгаа эмнэлгийн тусламжийн чанарыг дээшлүүлэх асуудлыг эцсийн бүлэгт манай улсын эмнэлгийн шинжлэх ухааны хөгжлийн түвшин, түүнийг эзэмшсэн боловсон хүчний мэргэжлийн ур чадвар, дадлага шийдвэрлэж байгаа юм.

Үүнтэй холбогдуулан хэлэхэд сүүлийн үед манай оронд орчин үеийн анагаах ухааны хүчин чадалд итгэх итгэл буурч, ардын эмнэлэг, уламжлалт анагаах ухааны өргөн сурталчилж, шохоорхох, түүнд бишрэх явдал үлэмж нэмэгдлээ. Зарчмын хувьд хэлбэл, манай оронд шинжлэх ухааны эмнэлгийг нэвтрүүлж одоогийн түвшинд хүргэсэн нь манай төр, засгийн нэг гавъяа, зөв бодлого мөн.

Гэхдээ энэ явдал түүхэн хөгжлийн онцлогтой. 1930-аад оныг хүртэл улсаас уян хатан бодлого явуулж, төвд, монгол, европ эмнэлгийг хослуулан ажиллуулж байжээ. Гэтэл 1930-аад оны үед гарсан зүүний нугалаа, ялангуяа хувьсгалт хууль ёсыг ноцтойгоор завхруулж, нэг хүнийг тахин шүтэх үед «лам нар» гэдэг нэрийн доор олон тооны оточ, эмч, маарамбуудыг хоморголон баривчлах, сүм хийдийн хамт мамбын дацанг нураах, соёлын өвийг үрэн таран хийх, шинэ боловсон хүчин, үүнийг дотор эмнэлгийн боловсон хүчнийг хэлмэгдүүлэх зэрэг харамсалтай, эмгэнэлт явдал гарсан үе бий. Энэхүү ноцтой алдаа завхралын хор уршиг нь уламжлалт анагаах ухааныг бүхэлд нь шашин шүлэгтэй холбож, хар шар феодалын хэмээх нэр хоч өгч, эм барьдаг, эмчилгээ хийдэг бараг бүх хүнийг «хувьсгалын эсэргүү»-д тооцож сүрдүүлснээр тэднийг «нууц бай-

далд» оруулж, ардын эмнэлэг, уламжлалт анагаах ухааныг судлан шинжлэх эх сурвалжгүй болгосонд оршино. Үүнээс уламжлалт орчин үеийн анагаах ухааны ихэнх эмч, эрдэмтэд ч уламжлалт анагаах ухаан, ардын эмнэлгийг үнэлэхээ больж, түүнийг шинжлэх ухааны үндэсгүй, хоцрогдсон зүйл хэмээн ул үндэсгүй няцаах явдал газар авч залуу эмч, оюутнууд төвд, санскрит байтугай хуучин монгол бичгээ мэдэхгүйгээс эртний анагаах ухааны эх судар, материалаас холдон хөндийрч уламжлалт анагаах ухааныг сургалтад заах байтугай, судлах шинжлэхийг ч дэмжих хүн ховордсон нь үнэн.

Энэ бүхэн та бидний амьдарч буй өнөөгийн нөхцөлд нэг бол орчин үеийн шинжлэх ухаан гэдгээр бүхнийг халхавчлан ардын эмнэлэг, уламжлалт эмчилгээнй дэвшилттэй олон арга барил, түмэн бодисын анагаах чадлыг хэт үгүйсгэх, эсвэл ардын уламжлалт эмчилгээ гэдгийг хэт дөвийлгөж, орчин үеийн анагаах ухааны эмнэлгийн ололтыг үгүйсгэх болсон нь манай орны анагаах ухааны судлалд сайнаар нөлөөлөхгүй.

Ардын эмнэлэг, уламжлалт анагаах ухааныг хөгжүүлснээр бид хүн амд үзүүлэх эмнэлгийн тусламжийн төрөл, эмийн бодисын нөөцийг нэмэгдүүлж болно. Гэхдээ орчин үед дэлхий дахинаа эд, эс, молекулын түвшинд хийж байгаа судалгааг ор тас үгүйсгэх нь үлэмж эргэлзээтэй номлол болно.

Энэ учраас ардын эмнэлэг, уламжлалт анагаах ухааныг орчин үеийн анагаах ухаанаар баяжуулж, хослон хөгжүүлэхээс бус дан ганц ардын эмнэлгээр хүн ардынхаа эрүүл мэндийн асуудлыг шийдвэрлэнэ гэвэл ухралт болох билээ.

Орчин үеийн анагаах ухаан судлалыг төвд-монголын уламжлалт ба ардын эмнэлэгтэй зэрэгцүүлэн хөгжүүлэх чин эрмэлзлийг баримталж, аль алиных нь илүү талыг батлан, бие биеэр нь баяжуулах зарчим баримтлах нь зөв шугам гэж үзэж байна.

Энэ асуудлын хүрээнд эх орны эмсудлал, эмзүй, рашаансудлал, эмийн бус эмчилгээний аргуудыг илүү давуугай хөгжүүлэх арга хэмжээ авах болно.

Улсын эмийн бодлогыг шинжлэх ухааны үндэслэлтэй боловсруулж хэрэгжүүлнэ. Үндэсний фармакопей зохиож мөрдүүлэхийн зэрэгцээ эмийн зориулалтыг журамлах, хүн амын эмийн гаралтай харшлын өвчин, элдэв төрлийн гаж нөлөөний илрэл, хорын дон тусах явдлаас хамгаалахад чиглэсэн эрхзүйн актыг боловсронгуй болгоно.

Улсын эмийн нэгдсэн бүртгэлийг бий болгож, эмийн хэрэгцээг шинжлэх ухааны үндэстэй тодорхойлон импортлох, дотоодод үйлдвэрлэх эм, эмнэлгийн хэрэглэлийн нэр төрлийг хянан зохицуулж, хүн амын хэрэгцээ, эмнэлэг, урьдчилан сэргийлэх байгууллагын хэвийн үйл ажиллагааг хангахад нийцүүлнэ. Эмийн мэдээлэл, лавлагааны албыг бэхжүүлнэ.

Эм хангамжийн байгууллагын бүтэц, удирдлага зохирон байгуулалтыг боловсронгуй болгож, өөрийгөө санхүүжүүлэх, зарлагаа өөрөө нөхөх бүрэн аж ахуйн тооцоонд шилжүүлж, үүнтэй холбогдуулан эмийн сангийн ажиллагааны үндсэн үзүүлэлтийг гүйлгээний төлөвлөгөөний биелэлтээр биш, эмийн тусламжийн чанар, үйлчилгээний соёлын түвшингээр дүгнэх журамд шилжинэ.

Эмзүйн эрдэм шинжилгээний ажил, ялангуяа дотоодын эмийн түүхий эдийн судалгааны ажлыг өргөжүүлэн дотоодын эмийн үйлдвэрлэлийг эрс нэмэгдүүлнэ. Эмийн үйлдвэрлэлийн түүхий эдийн тогтвортой баазыг бий болгох зорилгоор эмийн ургамлын байгалийн нөөц судлах, говь, хангайн бүсэд эмийн ургамал тарималжуулах, сангийн аж ахуй, туршлагын амьтан үржүүлэх станц байгуулна.

Хүн амд үзүүлэх эмнэлэг, ариун цэврийн тусламжийн чанар, хүртээмж, эцсийн бодит үр дүнд дээшлүүлэхэд эмнэлэг урьдчилан сэргийлэх байгууллагын материаллаг бааз ихээхэн ач холбогдолтой нь тодорхой билээ. Манай орны эрүүлийг хамгаалахын цэг салбарын өсөлтөөс материаллаг бааз хоцрогдсоор ирсэн нь эмнэлэг үйлчилгээний ажилд муугаар нөлөөлсөөр байна.

Манай улсад эмнэлгийн нэг оронд дунджаар 4570 төгрөгийн аппарат, хэрэгсэл ногдож, энэ үзүүлэлтээр манай улс ЗХУ болон дорнод европын орнуудаас 16—55 дахин доогуур байгаа нь оношлол, эмчилгээний чанарт нөлөөлж байна.

Өнөөгийн байдлаар хот, хөдөөгийн эмнэлэг, урьдчилан сэргийлэх байгууллагуудад байвал зохих аппарат, багаж, тоног төхөөрөмжийн хангамж дөнгөж 18—25 хувьтай байна. Үүний дотроос лабораторийн алба ихээхэн хоцрогдсон нь онцгой анхаарал татаж байгаа юм.

Улсын нийт эмийн хэрэгцээний 90 гаруй хувийг гадаадаас авч байна. Эм хангамжийн байгууллагууд дөнгөж 20 гаруй нэр төрлийн эм, эмнэлгийн бараа үйлдвэрлэдэг бөгөөд эмийн үйлдвэрийн тоног төхөөрөмж, технологи ихээхэн хоцрогдонгуй, эх орны ургамал, амьтан, эрдсийн гаралтай түүхий эдийг төдий л ашиглахгүй байгаагаас хүн амын эмийн хэрэгцээг хангахад дорвитой нөлөө үзүүлж чадахгүй байна.

Манай хот, хөдөөгийн нийт эмнэлэг, урьдчилан сэргийлэх, эм хангамжийн байгууллагын 65,5 хувь нь зориулалтын барилгагүй байгаагаас нэгдсэн эмнэлгийн 33 хувь, хүүхдийн эмнэлгийн 52 хувь, төрөх газрын 68 хувь, халдвартын эмнэлгийн 38 хувь, амбулатори-поликлиникин 66 хувь, ариун цэвэр, халдвар судлалын станцын 74 хувь, сум дундын нэгдсэн эмнэлгийн 47 хувь, сумын эмнэлгийн 53 хувь, эмийн сангуудын 73 хувь, яслийн 68 хувь, төрөлжсөн нарийн мэргэжлийн эмнэлгийн 50 хувь нь тус тус зориулалтын бус барилгад байна. Энэ байдлаас шалтгаалан эмнэлгийн байгууллагуудын хүч чадлаас нь

бараг 2 дахин нлүү ор тавьж, эрүүл ахуйн норм, норматив, ариун цэврийн дэглэмийг ноцтой зөрчиж байгаагаас өвчтөний эдгэрэлт удаахрах, хүндрэх, эмчилгээг зохих түвшинд хийхгүй байх, эмнэлгийн дотоод халдвар гарах зэрэг зохисгүй үр дагаварт хүргэж байна.

Ирэх 5 жилд нэг ээлжинд нийтдээ 6,6 мянган үзлэг хийх хүчин чадалтай амбулатори-поликлиник, 7,0 мянган ор бүхий эмнэлэг, эрүүлжүүлэх төв байгуулах шаардлагатай тооцоо гарч байна. Мэргэжилтнүүдийн үзэж байгаагаар 2005 он хүртэлх хугацаанд ардын эмнэлгийн төв, бичил мөс заслын нэгдсэн клиник, элэгний эмгэг судлалын төв, зүрх судасны төв, сэтгэцийн эмгэг мэдрэл судлалын төв, сүрьеэ уушигны эмгэг, арьс өнгөний өвчин судлалын төв, оношлолын нэгдсэн төв, нэг удаагийн зүү тариурын үйлдвэр, эмийн үйлдвэр, эмнэлгийн тоног төхөөрөмж, засвар угсралтын үйлдвэр, шинжлэх ухаан үйлдвэрлэлийн «Биомед» нэгдэл зэрэг барилга байгууламж барьж, аймгууд болон Дархан, Эрдэнэт хотын нэгдсэн эмнэлгүүдийг лаборатори, шүд, дотор, мөс засал, флюорографийн төхөөрөмжтэй автомашинаар, эрүүл ахуй, халдвар судлалын болон гоц аюулт халдварт өвчнийг эсэргүүцэн судлах байгууллагуудыг нян судлалын хөдөлгөөнт лаборатори, шуурхай хяналт, халдвар судлалын зориулалттай автомашинаар хангаж, физик, хими, нян судлалын лабораторийг өргөтгөж;

— эмнэлэг, урьдчилан сэргийлэх, биеийн тамирын байгууллагуудын 70-аас доошгүй хувийнх нь дотоод тавилга, гал тогоо, угаалгын тоног төхөөрөмжийг шинэчлэхийн зэрэгцээ сум дундын нэгдсэн эмнэлгийг 3—5, сумын эмнэлгийг 2—3 автомашинтай болгож, тэдгээрийг богино долгионы холбооны хэрэгслээр бүрэн тоноглох хэрэгтэй байна.

Гэхдээ эрүүлийг хамгаалах албаны материаллаг баазыг бэхжүүлэх арга хэмжээг хэрэгжүүлэхдээ зах зээлийн эдийн засгийн бүх л механизмыг ухаалгаар ашиглах шаардлага гарч байна. Өөрөөр хэлбэл, улсын эмнэлгүүдийн барилга байгууламж, томоохон төхөөрөмжүүдийг хувьцаагаар эзэмшүүлэх, хувьцаа эзэмшигчдийн эрүүл мэндийг хамгаалахад өөрчлөлт гаргах замаар сонирхлыг нь өрнүүлэх, гадаадын хувь нийлүүлэгчийг ашиглах гэх мэтийн замаар эмнэлгээ өргөтгөх, шинэчлэх, хөрөнгө бүрдүүлэх хэрэгтэй болох болно.

Ард түмний эрүүл мэндийг хамгаалах ажлыг өөрчлөн байгуулж, төгс боловсронгуй болгох нийт ажлын хувь заяаг эцсийн дүнд мэргэжлийн боловсон хүчин, 44 мянга гаруй хүнтэй эрүүлийг хамгаалахын бүхэл бүтэн армийн гишүүн бүр идэвхтэй, бүтээлчээр оролцож байж шийдвэрлэх болно. Одоо манай их эмч, эмзүйч нарын 75—80 хувь нарийн мэргэжил эзэмшиж, мэргэжил дээшлүүлсний гадна эрдмийн зэрэг, цолтой 250 гаруй, эмчийн нарийн мэргэжлийн зэрэг хамгаалсан 212, клиникийн

ординатур төгссөн 381 эмч ажиллаж байгаа нь дунджаар 13 их эмчийн нэг нь эрдмийн болон эмчийн зэрэг хамгаалсан, клиник ординатур төгссөн байна. Эмнэлгийг дунд мэргэжилтний 37,1 хувь нь мэргэжил эзэмших, дээшлүүлэх курст суралцжээ. Анагаах ухааны дээд сургуулийг 400, тусгай мэргэжлийн дунд сургууль болон сувилагчийн сургуулиудыг 1200 эмч, мэргэжилтэн, сувилагч жил бүр төгсөн боловсон хүчний залуу халаа болж байна.

Эдгээр тоо баримт нь эрүүлийг хамгаалах салбарын хэмжээнд боловсон хүчнийг шилж сонгох, зүй зохистой хуваарилах, зөв байршуулах, нөхөн сэлбэх их нөөцтэй болсныг харуулж байна. Энэ их нөөц боломжийг оновчтой ашиглаж чадахгүй байгаад л боловсон хүчний асуудлаарх бодлогын нэг гол дутагдал оршиж байгаа билээ.

Эрүүлийг хамгаалах байгууллагын ажлын дотоод зохион байгуулалт, үйл ажиллагааны уялдаа холбоо хангалтгүй, ерөнхий болон нарийн мэргэжлийн эмч нарын тооны харьцаа алдагдсан, эмч, мэргэжилтний зарим хэсгийн мэдлэг, мэргэжлийн түвшин, ажлын хариуцлага, сахилга, хүнлэг энэрэнгүй сэтгэл дутагдаж байгаа нь эмчилгээ, үйлчилгээний талаар хөдөлмөрдийн гомдол, санал гарах нэг шалтгаан болж байна. Түүнчлэн эрүүлийг хамгаалахын бүх шатны удирдах ажилтнууд хөдөлмөрчин олон түмэнтэй ойр дотно ажиллан тэдний санал, дүгнэлт, хүсэл бодлыг сонсож, асуудлыг хамтран зөв шийдвэрлэх талаар идэвх санаачлагатай ажиллахгүй байгаагаас дээрх дутагдлыг бүрэн таслан зогсоож чадахгүй байна.

Эмнэлгийн байгууллагатай холбогдсон гомдол, шүүмжлэлийн дийлэнх нь зан харьцааны доголдолтой, ажлын хариуцлага муутай цөөн тооны эмч ажилчидтай холбоотой гарч байна. Шүүх эмнэлгийн магадлах товчоогоор шалгагдсан хэргийн 60 хувь нь эмч, эмнэлгийн ажилчдын ажлын хариуцлагатай холбоотой байна.

Мэргэжил мэдлэгээр хоцрогдсон, хариуцлага сахилгаар сул, архинд автсан, зан харьцаа, ёс суртахууны доголдолтой цөөн тооны хүмүүс л хамт олны нэр хүндийг гутааж байна.

Бид эмч нарын цалинг нэмбэл хамаг ажил сайжрах мэтээр нэг үе ярьж, бодож байлаа. Гэтэл их эмч, эмзүйч нарын цалинг нэмснээр ажилд дорвитой өөрчлөлт гарсангүй. Энэ нь цалингийн одоогийн систем нь ажиллагсдын бүтээлч идэвхийг дайчлах хэрэглүүр болж чадаагүйг харуулж байна.

Тиймээс эмнэлэг-архын цэврийн бүх үйлдэл, үйлчилгээний өртгийг тооцоолж, ажиллагсдыг бүтээсэн өртөгтэй нь шууд хамааралтай цалинжуулах системд шилжих нь зүйтэй гэж үзэж байна.

Эмчийн үйл ажиллагаанд мэргэжлийн мэдлэг, үр чадвараас гадна ёс суртахууны эрхэм чанар, энэрэнгүй сэтгэл онцгой ач холбогдолтой билээ. Энэ талын мэдлэг хүмүүжил олгоход цаашид онцгойлон

анхаарч, анагаах ухааны сургуулиудад сэтгэлсудлал, сурган хүмүүжүүлэх аргагүй, эмчийн ёсзүйн сургалт хариуцсан сургуульдундын тэнхим байгуулах ч шаардлагатай байна. Эмч, мэргэжилтний ёсзүйг тодорхойлсон, БНМАУ-ын хүний их эмчийн тангараг, ёс суртахууны хэм хэмжээ, мэргэжлийн үндсэн эрх үүрэг зэрэг эрхийн актууд байгаа боловч эдгээр нь эмч, мэргэжилтний хариуцлага, сахилгыг бэхжүүлэх, хүнлэг энэрэнгүй хүмүүжлийг жинхэнэ ёсоор төлөвшүүлэхэд бодит нөлөө үзүүлд чухалгүй байна. Эмч, эмнэлгийн ажилтан, ажилчдын мэргэжлийн онцлог шинж чанар, үйлчилгээний өвөрмөц байдлыг харгалзан цаашид эмч, эмнэлгийн ажилчид ажил, үйлчилгээнийхээ байран дээр аль нэг улс төрийн нам, эвсэл холбоодын эрх ашгийг илэрхийлсэн үйл ажиллагаа явуулахгүй байх нь эмчийн хүнлэг, энэрэнгүй ёсонд илүү нийцтэй байх болно гэж үзэж байна.

Эмчийн мэдлэг, мэргэжлийн түвшин, ёс суртахуун, энэрэнгүй үзлийн хүмүүжлийг шинэ өндөр шатанд гаргаж, өөрчлөөгүй нөхцөлд ямар ч их хөрөнгө, барилга байшин, багаж аппарат өөрчлөн байгуулалтын асуудлыг шийдвэрлэж чадахгүй юм.

Эмч, эмнэлгийн ажилчдын үйл ажиллагааны дутагдал, доголдол, хариуцлагатай байдлыг ил тод шүүмжлэн эвлэршгүй тэмцэл явуулахын хамт эмч, эмнэлгийн ажилчдын нэр хүндийг хамгаалах асуудалд ч бодит байдлаар хандаж явдал чухал байна.

Эмнэлгийн ажилчдын хөдөлмөрийн чадвар түр алдалт өндөр түвшинд, улсын хэмжээнд хоёрдугаарт байна.

Эрүүлийг хамгаалах салбарын 100 ажиллагсдын жилд хөдөлмөрийн чадвар түр алдсан 63,6 тохиолдол, 999 хонг ногдож байгаа юм. Гэвч эмнэлгийн ажилчдад зориулсан амралт, сувиллын газар байхгүй, дэргэдээ сувилал бүхий эмнэлэг алга байна. Эмнэлгийн ажилчдын ажиллах орчин нөхцөл муу, эмчилгээ-оношлолын багаж хэрэгсэл, урвалж бодисоор үргэлж гачигдаж байна.

Судалгаанаас, үзэхэд их эмч нарын 54,4 хувь нь ямар нэг бэрхшээлтэй нөхцөлд ажиллаж байна. Ажилд бэрхшээл учруулдаг шалтгааны 43,4 хувь нь онош, эмчилгээ, шинжилгээний багаж, төхөөрөмж, эм урвалж дутагдалтайгаас болж байна гэж үзжээ. Орон нутагт ажиллаж байгаа эмч нарыг орон сууцаар хангах тухай Сайд нарын Зөвлөлийн тогтоол гарсан боловч энэ талаар тодорхой ахиц өөрчлөлт гараагүй байна. Судалгаанаас үзэхэд анагаах ухааны дээд, дунд сургуульд төгсөөд хөдөө орон нутагт очсон олон залуу эмч, мэргэжилтэн орон сууцгүйгээс эмнэлгийн хээ нэг өрөөнд юмуу, айлд сууж ажиллаж, амьдарч байна.

Эмнэлгийн ажилчдын 80 гаруй хувь нь эмэгтэйчүүд байдаг тул өөрсдөө өвчлөх, хүүхдээ харах, сахих зэргээс ажлаас түр чөлөөлөгдөх нь их байдаг бөгөөд ялангуяа хүүхдээ гэрээр тэтгэмжтэй

харах чөлөөг өргөжүүлсэн зарлиг тогтоол гарсантай холбогдон ажиллах хүчин дутагдах хандлага гарч эхэлж байна.

Иймээс эрүүлийг хамгаалахын ажилтан, ажилчдын нийгмийн асуудлыг тодорхой төлөвлөгөөтэйгээр дэс дараатай шийдвэрлэх нь эмнэлэг-ариун цэврийн тусламж, үйлчилгээний чанарыг сайжруулах нэн чухал нөхцөл болно.

Эмнэлэг ариун цэврийн байгууллагад ажиллагсдын хөдөлмөр хамгааллын хувцас, хэрэгслийн хангамж хүрэлцээг сайжруулж, ажлын шинэ байр бий болгохдоо ажиллагсдын эрүүл мэндэд сөрөг нөлөөгүй байх, амрах, алжаал тайлах нөхцөл боловцоог бүрдүүлэхэд онцгой анхаарна.

Туслах аж ахуйг хөгжүүлэх замаар ажиллагсдын амьжиргааны түвшинг дээшлүүлэх, ажилд ойр цайны газрыг олшруулж, шөнийн ээлжийн болон мэс ажилбарт оролцсон эмч, ажилчдад хямдруулсан халуун цай, хоолоор үйлчлэх арга хэмжээг өргөжүүлнэ.

Эмнэлгийн ажилчдын амралт, сувилал байгуулж, байгууллага, хувь хүмүүсийн зардлаар аялал, жуулчлалд оролцуулах явдлыг өргөжүүлэх, ээлжийн амралтын хугацааг урамшлын шугамаар нэмэгдүүлэх ажлыг дэмжинэ.

Эмнэлэг-ариун цэврийн үйлчилгээний зориулалттай борилга байгууламжийг ажиллагсдын сууц, хүүхдийн ясли, цэцэрлэгийн хамт барьдаг болгохын хамт амины болон хоршооллын сууц барих хөдөлгөөнийг идэвхтэй дэмжинэ.

Эмч, эмнэлгийн ажилчдын ажлын өдрийн үргэлжлэх хугацааг богиносгож 6—7 цагийн ажилд шилжүүлэх саналыг тус их хуралд оруулж байна.

Цаашид боловсон хүчний бодлогыг хэт төвлөрүүлэх өрөөсгөл хандлагаас ангижирч, орон нутгийн болон нэгж байгууллагууд өөрийн боловсон хүчнийг бэлтгэх, давтан бэлтгэх, хуваарилах ажлыг өөрсдөө бүрэн мэдэж, шийдвэрлэж байхаар бүх шатны удирдах ажилтан, хөдөлмөрийн хамт олны эрхийг өргөтгөх болно.

Анагаах ухааны дээд, дунд сургуульд элсэгчдийг тоог хэтийн хараатай зөв тооцож тогтоох, аль болохоор эмнэлэг, урьдчилан сэргийлэх байгууллагад ажиллагсдаас элсүүлэх, гэрээгээр сургах бодлого баримтлана. Сургалтыг эрүүлийг хамгаалахын практикийн хэрэгцээ шаардлагад ойртуулах зорилгоор сургалтын төлөвлөгөө, хөтөлбөрийг хянан үзэж боловсронгуй болгохдоо ерөнхий эрдмийн хичээлийн цагийг багасгах, мэргэжлийн хичээлийн цагийг нэмэгдүүлж, бага ангиас нь мэргэжлийн хичээл зааж эхэлдэг болох, оюутнуудын бие даах ажиллагаа, практик дадлага хийх, ялангуяа орчин цагийн эмчилгээ, оношлолын техник, технологийг эзэмших, анагаах ухааны эдийн засаг, сэтгэл судлал, эмийн бус эмчилгээ, гадаад хэлний сургалтын хөтөлбөр цагийг нэмэгдүүлэхэд онцгой анхаарч өөрчилнө.

Анагаах ухааны дээд, дунд сургууль төгсөгчдөөс онол, практикийн талаар заавал эзэмшсэн байх мэдлэг чадварын үзүүлэлтийн нэгдсэн шалгуур боловсруулж мөрдөх, амбулатори-поликлиникийн тусламжийг бие дааж, гардан үзүүлэх практик үйл ажиллагаанд илүүтэй сургаж, дадлагажуулах чиглэл баримтлана.

Анагаах ухааны дээд сургууль төгсөгчдийг 1—2 жил туслах эмчээр ажиллуулж, практик дээр ажиллаж чадахаа харуулсны дараа улсын шалгалт авч мэргэжлийн диплом олгодог журмыг мөрдөх нь зүйтэй гэж үзэж байна.

Анагаах ухааны дээд, дунд сургуулиудад багшлах боловсон хүчин ялангуяа эмнэлзүйн хичээл заах багшийг бэлтгэх, сонгон авахдаа тодорхой хугацаанд эмнэлгийн байгууллагад ажиллуулж, туршлагажуулсны дараа аттестатчилал, мэргэжлийн бэлтгэл, ажлын үр дүн, ажил хариуцах, гүйцэтгэх чадвар, сахилга, ёс суртахууны түвшинг хамт олноор нь хэлэлцүүлж, зохих үнэлгээ өгүүлсний дүнгээр шийдвэрлэдэг журамд шилжих нь зүйтэй.

Анагаах ухааны сургалт, эрдэм шинжилгээний ажлын нэгдлийг хангах зорилгоор Анагаах ухааны их сургууль байгуулан ажиллуулахыг дэмжинэ.

Эмнэлгийн ажилтны мэргэжил дээшлүүлэх институт байгуулж, курст суралцах, хугацааг хянан үзэж, мэргэжлийн давтан сургалтыг үндэслэн курсээ гадна сэдэвчилсэн семинар, эцнээ мэргэжил дээшлүүлэх зэрэг хэлбэрээр баяжуулах арга хэмжээ авахын гадна эмнэлгийн асрагчдыг тусгайлан сургаж, бэлтгэдэг системтэй арга хэмжээг хэрэгжүүлнэ.

БНМАУ-ын эрүүлийг хамгаалах салбарын үйл ажиллагаа, анагаах ухааныг хөгжүүлэх, хүн амын эрүүл мэндийг сайжруулах зорилгыг хэрэгжүүлэхдээ манай үйл ажиллагааны зарчим, чиглэлтэй нийцэх олон улсын байгууллага дэлхийн бүх улс орон, тэдгээрийн төрөл бүрийн байгууллага, иргэдтэй харилцан ашигтай байх зарчимд үндэслэсэн, үр ашигтай хамтын ажиллагааг хөгжүүлэх чиг бодлогыг баримтлан хэрэгжүүлнэ.

Их хурлын төлөөлөгч нөхөд өө!

БНМАУ-ын эрүүлийг хамгаалах салбарт хийх өөрчлөлт, шинэчлэл болон хүн амын эрүүл мэндийг сайжруулах талаар 2005 он хүртэлх хугацаанд баримтлах үзэл баримтлал, түүнийг хэрэгжүүлэх арга замын талаар товч илтгэлээ.

Та бүхэн манай ажлыг өөрчлөн байгуулах зорилт, арга замын асуудалд нухацтай дүн шинжилгээ хийж, зөв мэргэн шийдвэр гаргана гэдэгт итгэл төгс байна.

МОНГОЛЫН ХҮН ЭМНЭЛГИЙН АЖИЛТНЫ IV ИХ ХУРАЛ БОЛОО

1990 оны 11 дүгээр сард хуралдсан монголын хүн эмнэлгийн ажилтны IV их хуралд эрүүлийг хамгаалах салбарын 44,3

мянган эмч, эмнэлгийн ажилтан ажилчдыг төлөөлж, ажил үйлсээрээ шалгарсан хот, хөдөөгийн 735 төлөөлөгч оролцлоо.

IV их хуралд «БНМАУ-ын Эрүүлийг хамгаалах салбарт 2005 он хүртэлх хугацаанд хийх өөрчлөлт шинэчлэл болон хүн амын эрүүл мэндийг сайжруулах үндсэн чиглэл»-ийн тухай илтгэлийг Эрүүл мэндийн сайд П. Нямдаваа, «БНМАУ-ын эмч нарын эрдэм шинжилгээний нийгэмлэгийн тайлан, дүрмийн тухай илтгэлийг тус нийгэмлэгийн дарга Б. Дэмбэрэл, «Монголын эрүүлийг хамгаалахын ажилтны холбооны зорилт, мөрийн хөтөлбөр, дүрмийн тухай» илтгэлийг холбооны түр зөвлөлийн тэргүүлэгч Ш. Доржжадамба нар тавьж танилцуулав. Мөн БНМАУ-ын засгийн газрын ерөнхий сайд Бямбасүрэн дэлгэрэнгүй үг хэлэв.

Хэлэлцсэн асуудлуудтай холбогдуулан 80 гаруй хүн үг хэлж санал гаргав.

IV их хуралд ЗХУ-ын Эрүүлийг хамгаалах яамны орлогч сайд Царегородский тэргүүтэй төлөөлөгчид оролцож, баяр хүргэж үг хэлэв.

Их хурал хэлэлцсэн асуудлуудаар тогтоол гаргав. Үүнд: — БНМАУ-ын Эрүүлийг хамгаалах салбарыг хөгжүүлэх, хүн амын эрүүл мэндийг сайжруулах талаар

2005 он хүртэлх хугацаанд баримтлах үндсэн чиглэлийг зүйтэй гэж үзэж энэхүү үндсэн чиглэлийг хэрэгжүүлэх арга хэмжээг холбогдох байгууллагуудтай хамтран нарийвчлан боловсруулж БНМАУ-ын Төр, засгийн газарт толилуулан шийдвэрлүүлж байхыг БНМАУ-ын Эрүүл мэндийн яаманд зөвлөв.

— БНМАУ-ын хүний их эмч нарын эрдэм шинжилгээний нийгэмлэгийн үйл ажиллагаа сүүлийн жилүүдэд идэвхижиж байгааг тэмдэглэж, нийгэмлэгийг цаашид «Монголын хүний их эмч нарын эрдэм шинжилгээний нийгэмлэг» хэмээн нэрлэхээр тогтоож, дүрмийг нь батлав.

— Эмч, эмнэлгийн ажилтан ажилчдын нийгмийн болон мэргэжлийн эрх ашгийг илэрхийлсэн олон нийтийн байгууллага болох БНМАУ-ын хүн эмнэлгийн ажилтны холбоог байгуулах нь зүйтэй гэж үзэв. Монголын хүний их эмч нарын эрдэм шинжилгээний нийгэмлэгийн даргаар Б. Дэмбэрэл, БНМАУ-ын хүн эмнэлгийн ажилтны холбооны түр зөвлөлийн ерөнхийлөгчөөр Ш. Доржжадамба, дэд ерөнхийлөгчөөр Б. Дагвадорж, хариуцлагатай нарийн бичгийн даргаар П. Янсан нарыг сонголоо.

Р. Цэрэнлхагва (ЭМЯ-ны ажилтан)

СУДАЛГАА ШИНЖИЛГЭЭ

БАГА НАСНЫ ХҮҮХДИЙН МЭДРЭЛ-СЭТГЭЦИЙН ХӨГЖЛИЙН СУДАЛГАА

ЭХЭМЭШҮТ-ийн ажилтан Г. Оросоо

Бие бялдар, оюун санааны үв тэгш хөгжилтэй, эрүүл чийрэг иргэдийг төлөвшүүлэх нь анагаах ухааны урьдчилан сэргийлэх чиглэлийн үндсэн зорилтуудын нэг билээ.

Өвөө үед олон улс орны эмч, багш сурган хүмүүжүүлэгчид, физиологичид, эрүүл ахуйчид, сэтгэл зүйчид бага насны хүүхдийн өсөлт хөгжлийг их анхааран судлаж байгаа явдал санамсаргүй биш (6), харин энэ насанд хүүхдийн бие бялдар, мэдрэл сэтгэцийн хөгжил маш эрчимтэй явагдахын зэрэгцээ тэдний эрүүл мэнд, хүмүүжлийн эх сурвалж тавигдаж, бие хүн төлөвшиж эхэлдэгтэй холбоотой (5).

Хүүхдийн бие бялдар, сэтгэцийн хөгжлийн физиологийн суурь судалгаа нь эрүүл хүүхэд төрүүлж өсгөх, тэдний хүмүүжих бүх нөхцөлийг хангах, ирээдүйн иргэний бие бялдар, оюун санааны илэхийг хамгаалан хөгжүүлэх, аливаа өвчнөөс урьдчилан сэргийлж өвчлөл эндэгдлийг бууруулах зэрэг эх, нялхсын эрүүл мэндийг хамгаалахын тулгамдсан зорилтуудыг амьдралд хэрэгжүүлж шийдэх үндэс мөн.

Хүүхдийг аль болох бага наснаас нь эхлэн хөдөлмөрлөх, сурч боловсрох, хүмүүжил сайн сайхан нөхцөлөөр хангах явдал мэдрэл сэтгэцийн эрүүл мэндийг урьдчилан хамгаалах нөхцөл болж байна (5, 7, 9, 37).

Орчин үеийн нийгмийн хөгжлийн нарийн явц, шинжлэх ухаан техникийн дэвшил хөгжилт, үйлдвэржилттэй уялдан хүн амын сэтгэц, сэтгэхүйн эрүүл мэндийг хамгаалах асуудал анагаах ухааны тулгамдсан зорилтуудын нэг болж байна. Мэдээлэл ихсэж, сургалт хүмүүжлийн хөтөлбөр өргөсөж, техник хэрэгслүүдийг өргөн ашиглаж, бүх насны хүмүүст тавих зан төлөв, ёс суртахуун, гоо-зүйн шаардлага ихсэж байгаа нь хүүхдийн төв мэдрэлийн тогтолцооны ачааллыг нэмэгдүүлсээр байна. Эдгээр ачаалал, шаардлагыг зөв зохион байгуулж, гадаад орчны сөрөг нөлөөг багасгах асуудлыг физиологийн, ялангуяа нейро-физиологийн судалгааны үндсэн дээр шийдэж байна (24, 5, 30).

Хүүхдийн хөгжлийн маш нарийн олон талт үйл явцыг тэдний сэтгэцийг судлахгүйгээр, мөн тэдний нас хүйсний болон хувийн онцлог, шаардлага, хэрэгцээ, сонирхлыг харгалзахгүйгээр залж удирдах боломжгүй гэж эрдэмтэд үзэж байна (16, 37).

Хүүхэд өсвөр үеийнхний бие бялдарын хөгжил хурдсаж байгааг гадаадын болон манай орны эрдэмтэд судлан тогтоожээ. Харин хүүхэд, өсвөр үеийнхний уураг гархины бүтэц, үйл ажиллагааны хөгжил хурдсаж байгаа эсэх талаар эрдэмтэд санал зөрөлдөөнтэй байна (14). Иймд хүүхдийн хөгжлийг өөрийн улс орны нийгэм эдийн засгийн хөгжилтэй уялдуулан судлаж тэдний эрүүл мэндийг хамгаалах, сурган хүмүүжүүлэх үндэс болгон хэрэглэх, ялангуяа монгол хүүхдийн сэтгэц, сэтгэхүйн хөгжлийн хэвийн байдал, түүний хувьсал өөрчлөлтийг судлах асуудал чухал болж байна.

Мөн хүүхдийн хуанлийн нас, биологийн насны зөрөө, өөрөөр хэлбэл хүүхдийн эрхтэн тогтолцооны хөгжил наснаасаа түрүүлэх нь давамгайлах боллоо. Үүнээс үүдээд хүүхдийн эрүүл мэндийг хамгаалан хөгжүүлэх, авъяас чадварыг нь эрт илрүүлэн сонгон сургах, хүмүүжлийн ажлыг ялгавартай явуулах зэрэг нь эрдэмтдийн анхаарлыг их татах болов (8).

Уураг тархины бүтцийн гаж хөгжилгүй эрүүл хүүхэд нь сурах асар их нөөц чадвартай бөгөөд байнга төгөлдөржиж байдаг онцлогтой. Иймд хүүхдийн сэтгэцийн физиологи, насны болон хувийн онцлогийг харгалзан, эрүүл ахуй, хүмүүжил сургалтын арга хэмжээг шинжлэх ухааны үндэслэлтэй зөв зохион явуулбал хүүхэд эрүүл мэнд, бие бялдар, оюун ухаан, ёс суртахуун, гоозүйн өндөр түвшинд хүрч болно (10, 33, 39).

Аугаа их физиологич И. П. Павлов «Дээд мэдрэлийн тогтолцооны үйл ажиллагааны гайхамшигт уян хатан байдал нь надад маш өндөр сэтгэгдэл төрүүлэв. Гагцхүү шаардлагатай нөхцөлийг бүрдүүлж чадвал хувиршгүй, засаж болохгүй тийм үйл гэж байхгүй, бүгдийг засан залруулж, үр дүнд хүрч болно» гэжээ.

Гадаад орчны байнгын өөрчлөлт нь хүүхдийн бие махбодын дасан зохицолтод нэмэлт ачаалал үзүүлж, хүүхдийн байгууллага ясли цэцэрлэгт хүмүүждэг хүүхдийн тоо жилээс жилд өсөн хүн амын шилжилт хөдөлгөөн ихсэж байгаа зэрэг нь хүүхдийн мэдрэл сэтгэцийн өөрчлөлт, онцлогийг судлах бас нэг шаардлага болж байна.

Хүүхдийн сэтгэц-физиологийн судалгааны зорилт нь нэгдүгээрт сэтгэц-физиологийн хөгжлийн насны хэвийн байдал тогтоох; хоёрдугаарт гадны орчноос үзүүлэх нөлөө, хүүхдийн сэтгэц мэдрэл, фи-

эуиологийн өөрчлөлтийг харгалзан судлах явдал мөн (30).

Бага насны хүүхдийн эрүүл мэнд, мэдрэл сэтгэгд, бие бялдрын хөгжил нь салшгүй холбоотой. Хүүхдийн эрүүл чийрэг бие махбод нь мэдрэл сэтгэцийн хөгжлийн эх үндэс, мэдрэл сэтгэцийн хөгжил нь эрүүл мэндийн нэг шалгуур шинж болно. Иймд хүүхдийн эрүүл мэнд, тэдний биемахбодын хөгжлийн асуудлыг диалектик нэгдэлтэй судлах нь зүйтэй юм (31, 39).

Хүүхдийн биологийн нэг онцлог бол эрхтэн тогтолцооны бүтэц, үйл ажиллагааны хөгжил бүрэн төгөлдөржөөгүй, ялангуяа төв мэдрэлийн тогтолцооны үйл ажиллагаа илүү хоцронги байдаг. Үүний тод илрэл бол нярай хүүхэд амнид тулсан аюулыг мэдрэх, түүнээс зугтан амиа хамгаалах мэдрэхүй, хөдөлгөөний чадваргүй зөвхөн амьдралын зайлшгүй шаардлагаа хангах цөөн тооны болзолт биш рефлекс-тэй төрдөг явдал юм (26, 28, 29, 36).

Хүн биологи, нийгмийн гаралтай байдаг нь хүүхдийн нейробиологийн судалгааг 2 дахин хүндрүүлнэ. Бие хүн төрдөггүй харин нийгмийн орчин, хувь хүний онтогенезийн хөгжлийн явцад бүрэлдэж бий болно. (9, 16, 21, 24, 30).

Хүүхдийн сэтгэцийн хэвийн хөгжилд төв мэдрэлийн тогтолцооны эрүүл мэндээс гадна хүүхдийн төлөө анхаарал халамж тавьж тэдэнтэй харилцан ярилцаж, зугаацуулан тоглож, дэг журам баримтлуулж байнга ажилладаг эцэг эх буюу тэднийг орлогч хүн, тэдний амьдралын болон оюуны хэрэгцээг хангасан тайван нөхцөл, нөхөрсөг, тохилог орчин маш чухал (9, 20).

Ясли байгуулагдаж эхэлсэн үед тэнд бийжсон хүүхдүүд нь аливаад сонирхол багатай, нэгний гөлөрсөн, сэтгэцийн баясал, инээд хөөргүй, хуруугаа хөхөн, идэвх сул, хөдөлгөөний хөгжил хоцорсон байсныг эрдэмтэд ажиглан «хорионы шинж» хэмээн нэрлэсэн (1).

ХХ зууны эхэн үеэс энэ шинжийг судлан ой хүртэлх насны хүүхдийн өсөлт хөгжилд зөвхөн хоол ноёр, дулаан орон байр л хангалттай гэсэн үзлийг няцаан хүүхдийг төрсөн өдрөөс нь эхлэн хүмүүжлийн тодорхой арга хэмжээ зайлшгүй гэдгийг баталсан юм (4, 27, 32, 33).

Н. И. Шелованов (1925) дээд мэдрэлийн тогтолцооны онтогенезийг судалсныхаа дүнд уураг тархины хөгжил нь удамшиж дамжихгүй, хувь хүний хөгжлийн явцад бүрдэж бий болно гээд «хүүхэд өөрөө аяндаа мэдэж сурдаг зүйл байхгүй, хүүхдийг бүх зүйлд сургадаг» гэсэн нь төв мэдрэлийн тогтолцооны хөгжилд удамшил зонхилох нөлөөтэй гэсэн онолыг үгүйсгэсэн бол Н. А. Касаткин (1951), Н. Л. Фигурин (1949) нар болзолт рефлексийн үүсэл хөгжлийг судалсан нь хүүхдийг төрсөн өдрөөс нь эхлэн зөв хүмүүжүүлэхийн ач холбогдлыг баталсан суурь судалгаа болсон юм.

И. М. Сеченов, И. П. Павлов нарын сургааль дээр тулгуурлан бусад эрдэмтдийн явуулсан судалгаа нь хүүхдийн сэт-

гэцийн хөгжил гадаад орчноос хамааралтайг баталсан. Хүүхдийн хөгжилд удамшил, гадаад орчин, сургалт 3 чухал нөлөөтэйг эрдэмтэд санал нэгтэй зөвшөөрч байна. В. А. Гатев (1973)-ын хэлснээр гадаад орчны хүчин зүйлийн нөлөөллийг тодорхой зорилго тавин сонгож хэрэглэхийг сургалт гэнэ.

Хүүхдийн асаргаа сувилгааны явцад олон дахин давтагддаг нөлөөллөөр болзолт рефлексүүд үүсэн хүүхэд янз бүрийн зөв, буруу хэвшил эзэмшин, хувийн туршлагыг хуримтлуулдаг байна (3, 34).

Хүүхэд гадаад орчноо зөвхөн хүний оролцоотойгоор тусган танин мэдэж байдаг тул хүүхэдтэй ажиллаж буй хүмүүс нь тэдний амьдралын хэрэгцээг хангаснаар нийгмийн өмнө хүлээх үүргээ биедүүлж чадахгүй (23, 29, 35).

Хүүхдийн байгууллагад хүмүүжиж буй хүүхэд нь тоглож наадах, хоол унд, асаргаа сувилгааны хувьд дутагдах зүйлгүй боловч эцэг, эхээсээ тусгай байдаг нь хүүхдийн сэтгэл хөдлөл, ухамсар, сэтгэцийн хөгжилд ч нөлөөлж болно. Өнөө үед дэлхий дахинаа «хорионы шинж»-ийн гол шалтгаан нь хүн хүүхэдтэй бага ярьж харьцах явдал гэдэг нь нэгэнт батлагдаж яслийн хүмүүжүүлэгч хэн байх вэ? гэдэг асуудалд их анхаарч байна (4, 22, 35, 44).

Хүүхэд гурван долоо хоногтойдоо хүний харцанд хариулж эхэлнэ. Хүний нүүр нь хүүхдэд тоглоом, хөх, угжнаас илүү таалагдаж анхаарлыг их татаж тайвшруулдаг. Хүүхэд амьдралынхаа эхний долоо хоногуудад эхийн дууны аялга, эхийнхээ үнэрийг ялгаж, шүргэх, биеийн халуун зэргийг мэдэрч, өхөөрдсөн дууны аялганд нь уярч, эх хүн ч хүүхдээ гэнших, уйлагнах төдийд түүний учрыг ойлгон, хүүхдийн шаардлага, хэрэгцээг хангаж чаддаг нь эх, хүүхдийн биологи-физиологийн холбоо юм. Эх, хүүхдийн энэ холбоо нь нийгмийн амьдралын үндэс болдог. Цаашилбал эх, хүүхдийн биологи, физиологийн энэ холбоог хүүхэд-яслийн хүмүүжүүлэгчийн хооронд хэрхэн яаж бий болгох асуудал бүрэн шийдэгдээгүй байна. (17).

Судлагчид (41,42) эхийн мээмээ, хөхөн өссөн 1 настай хүүхдийн сэтгэгд, хөдөлгөөний хөгжил, нийгмийн гишүүн төлөвшилт нь угжаар өссөн үеийн хүүхдийнхээс илүү байдгийг, мөн өсвөр залуу насандаа эх болсон окидуудын хүүхдээс нас бие гүйцсэн эхчүүдийн хүүхэд сэтгэцийн хөгжлөөр давуутай зэргийг судлан тогтоожээ (43). Мөн хүүхдийн бие даасан идэвхтэй ажиллагааг хөгжүүлж бусадтай харьцах боломжоор хангах нь чухал (25). Нийгмийн бусад гишүүдтэй хүүхэд харьцах харьцаа нь нэгдүгээрт хүүхэдтэй ойр дотно байдаг хүмүүсийн шууд нөлөөлөл; хоёрдугаарт хүүхдийн өөрийн нь идэвхт ажиллагаа; гуравдугаарт бусад хүүхэдтэй харьцах харьцаанаас бүрдэнэ (15,27). Хүүхдийн янз бүрийн насанд эдгээр харьцааны үүрэг өөр өөр байх бо-

ловч насанд хүрэгсдийн ухамсартай нөлөөлөл л аль ч насны хүүхдийн сэтгэцийн хөгжилд онцгой нөлөөтэй (2,26).

Хүүхэд ой хүрэхэд бусдын үйлдлийг дууриах чадвартай болдог, бага насанд бусдыг дууриах нь их тул үеийн хүүхдийн нөлөө их байдаг. Ер нь хүүхдийг төрсөн өдрөөс нь эхлэн хүмүүжлийн арга хэмжээг зөв явуулах нь чухал юм. Орчин үед эрүүл чийрэг хүүхдийг зөв хүмүүжүүлэхэд л их анхаарч байна (31). Буруу хүмүүжсэн хүүхдийг засан хүмүүжүүлнэ гэдэг нь маш бэрх асуудал юм.

Гэр бүл нь нийгмийн соёлын хөгжил, нийгэм болон үйлдвэрлэлийн харьцааны хүрээнд үйл ажиллагаагаа явуулдаг эцэг, эх, ах дүү, эр эмийн харьцаанд тулгуурласан нийгмийн бичил орчин бөгөөд хүүхэд гэр бүлийн дотор хүмүүстэй харьцаж хэлд орж, бодит ертөнцийн үйл, эд юмсыг танин мэдэж авдаг учраас гэр бүл нь хүүхдэд нийгмийн тусгалыг дамжуулагчийн үүрэг гүйцэтгэнэ (12, 13, 18, 23).

1960-аад оны үеэс судлагчид анхаарах болсон «эртөмтгий байдал» гэдэг ойлголт нь бага насны хүүхдийн биологийн ямар байдалд гадаад орчны ямар хүчин зүйл нөлөөлж байгааг илрүүлэх явдал юм. «Эртөмтгий байдал»-д үзүүлэх гадаад хүчин зүйлсийн нөлөөг арилгаж түүний үр дагаврыг багасгахын тулд дараах зүйлүүдэд анхаарах хэрэгтэй (21). Үүнд:

— Сөрөг нөлөө тооны хувьд цөөн байвал тэдний үйлчлэл, үр дагавар сул байна.

— Биологийн хүчин зүйлсийн сөрөг талыг амьдрал, сэтгэл нийгмийн аятай нөхцөлөөр дарангуйлж илрүүлэхгүй байж болно.

— Сэтгэл-нийгмийн сөрөг нөлөөний үр дагавар нь биологийн хувьд эрүүл байхад сул илэрнэ.

— Зөвхөн тодорхой нөлөөлөлийн дор илрэх «эртөмтгий байдал» байна.

— Тодорхой «эртөмтгий байдал» урьдчилан тооцоолсноос тод илэрч байвал хүүхэд гадаад орчны нөлөөнд мэдрэмтгий байна.

— Биологийн, сэтгэл-нийгмийн хүчин зүйл нь харилцан бие биеэ дэмжинэ.

Биологийн болон нийгмийн хүчин зүйлс нь хоорондоо салшгүй уялдаа холбоотой байх боловч эцсийн эцэст нийгмийн хүчин зүйлс нь хүүхдийн хөгжлийг тодорхойлдог гэж эрдэмтэд үзэж байна.

Гадаад орны эрдэмтдийн судалгааны ажлын дүнг нэгтгэн дүгнэлт хийвэл дараах асуудлууд тулгамдаж байна.

— Монгол хүүхэд, өсвөр үеийнхний мэдрэл сэтгэцийн хөгжлийг улс орны нийгэм эдийн засгийн хөгжилтэй уялдуулан судалж, тэдний эрүүл мэндийг хамгаалах, сурган хүмүүжүүлэх, тоо-зүй, зан төлөв, эр эмийн хүмүүжил олгох зэрэг ажлуудын онолын үндэс болгон хэрэглэх;

— Хүүхдийн эрүүл мэнд, сургалт хүмүүжил, ер нь шинэ хүнийг хүмүүжүүлэх асуудалд иж бүрэн хандахын нэг үндсэн нөхцөл нь хүүхдийн сэтгэл зүйчдийг бэлтгэж, хүүхдийн «эгзэгтэй» насуудыг тог-

тоох сэтгэцийн эрүүл мэндийг хамгаалах хөгжүүлэх зэрэг асуудалд анхаарах явдал юм. Хүүхдийн сэтгэл-зүйг физиологич, философичид хамтран судлах;

— Манай орны нөхцөлд хүүхдийг яслийн нөхцөлд хүмүүжүүлж буй арга барилд шүүмжлэлтэй хандан, хүмүүжүүлэгч багш нарыг тусгайлан бэлтгэх, нэг хүмүүжүүлэгч багшид болон ангид ноогдох хүүхдийн тоог цөөрүүлэх, яслийн хүүхдийн эрүүл мэнд, хүмүүжлийн байдалд тавих эмнэлэг сурган хүмүүжүүлэх хяналтыг сайжруулахад анхаарах.

— Нэг хүртэлх насны хүүхдийн дагсан зохицолын болон сэтгэцийн хөгжлийн онцлогтой уялдан яслиар хүмүүжүүлэхэд хэцүү улмаар өвчлөл эрүүл мэндэд нөлөөлдөг зэргийг харгалзан эхэд төрсний дараа олгодог цалинтай ба цалингүй амралт цөлөөг уртдагшаар шаардлагад амьдралаас урган гарч байна;

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

Н. Авдеева, С. Мещерякова, Младенец: такой простой и такой сложный. Дошкол. воспитание, 1986, № 10, стр 32—37.

Н. М. Аксарина, Воспитание детей раннего возраста, М, Медицина, 1977, стр. 304.

Е. И. Андреева Успехи в организации общественного воспитания детей в социалистических странах, стр 1—4, Тезисы докладов 1-й Международной конференции по охране здоровья детей в Риге, м, 1978.

О. В. Баженова, Диагностика психического развития детей первого года жизни, М, Изд-во МГУ, 1986, стр 92.

Т. Бауэр, Психическое развитие младенца. Перевод с англ. М, «Прогресс», 1985, стр 320.

М. В. Бениаминова, Воспитание детей, М, Медицина, 1985, стр 287

А. Д. Болдырева, Э. Л. Фрухт, Методы диагностики соответствия уровня развития детей их биологическому возрасту, стр 144—145. В кн. : Основные закономерности роста и развития детей и критерии периодизации, Одесса, 1975.

Внешняя среда психическое развитие ребенка, Под редакцией *Р. В. Тонкова-Ямпольская* (СССР), *Е. Шмидт-Кольмер* (ГДР), *Э. Хабиновой* (ЧССР), *М. Медичина*, 1984, стр 208.

А. А. Воробьева Физиологические основы организации учебно-воспитательной работы с детьми, Педиатрия, 1983, № 1, стр 49—52.

В. А. Гатев, Развитие зрительно-двигательной координации в детском возрасте, София, 1973, стр 154.

И. И. Гребешева, Л. Г. Камсюк, Актуальные вопросы организации работы с семьями детей по охране и укреплению их здоровья, Педиатрия, 1986, № 12, стр. 3—7.

И. И. Гурский Работа детской поликлиники с семьей по воспитанию здорового ребенка, Педиатрия 1988, № 5, стр 87—88.

Л. Т. Журба, Е. М. Мастюкова Нару-

шение психомоторного развития детей первого года жизни. М., 1981, стр. 272.

Т. С. Залевская, Э. Л. Фрухт Влияние некоторых социальных и биологических факторов на развитие детей первых 3 лет жизни стр. 113—114. В кн: Тезисы докладов 1-й Международной конференции по охране здоровья детей в Риге. М., 1978.

Д. Н. Исаев Психопрофилактика в практике педиатра. Л., Медицина, 1984, стр. 192.

Л. Г. Камсюк Пути повышения роли семьи в формировании здорового ребенка. стр. 42—43. В кн: Тезисы докладов XI Всесоюзного съезда детских врачей, М., 1982.

Н. И. Касаткин Очерк развития высшей нервной деятельности у детей раннего возраста. М., Медгиз, 1951.

М. Ю. Кистяковской Развитие движений у детей первого года жизни. М., Педагогика, 1970, стр. 205.

В. В. Ковалев Проблема факторов риска в возникновении нарушении психического здоровья в детском возрасте и ее значение для профилактики, стр. 55—56. В кн: Психогигиена детей и подростков. М., Медицина, 1985.

Я. Кох Значение воспитания в раннем детстве, стр. 87. В кн: Тезисы докладов Международной конференции по охране здоровья детей в Риге. М., 1978.

Д. Н. Крылов, Т. П. Кулакова Нервно-психическое здоровье и задачи психогигиены детства, стр. 152—153. В кн: Гигиенические аспекты здоровья детей и подростков. Под редакцией Г. Н. Сердюковской. М., 1984.

Д. Н. Крылов Критические периоды в психофизиологическом развитии детей и подростков, стр. 17—35. В кн: Психогигиена детей и подростков. М., Медицина, 1985.

А. В. Мазурин, И. М. Воронцов Пропедевтика детских болезней. М., Медицина, 1986, Стр. 430.

К. Л. Печора Контроль за психическом развитием детей в СССР, стр. 74—91. В кн: Состояние здоровья и диспансеризация детей раннего возраста. Под редакцией Т. Я. Черток (СССР), Г. Нибш (ГДР), М., Медицина 1987.

Психическое здоровье и психосоциальное развитие детей (Доклад Комитета Экспертов ВОЗ) Женева, 1979, стр. 85.

Руководство по педиатрии. Общие вопросы: развитие, питание, уход за ребенком, Под редакцией Р. Е. Бермана, В. К. Вога-на. Перевод с англ. М. Ф. Логачева, В. Ф. Кобеляцкого и С. С. Никитина, М., Медицина, 1987, стр. 640.

Г. Н. Сердюковская Задачи психогигиены и пути ее развития. В кн: Психогигиена детей и подростков. М., Медицина, 1985, стр. 7—17.

М. Я. Студеникин Научно-технический прогресс и научные проблемы здоровья детей. Педиатрия, 1985, № 11, стр. 3—5.

Р. В. Тонкова-Ямпольская Проблема адаптации при поступлении в дошкольные учреждения. В кн: Тезисы докладов 1-й международной конференции по охране здоровья детей в Риге. М., 1978, стр. 73—75.

Р. В. Тонкова-Ямпольская, Л. Г. Голубева Достижения в системе общественного воспитания детей. Вопр. охр. мат. 1980. № 3, стр. 3—7.

Р. В. Тонкова-Ямпольская, Л. Г. Голубева и соавт Система профилактического медико-педагогического обслуживания здоровых детей раннего возраста на педиатрическом участке (Методические разработки). М., изд. ЦОЛИУВ, 1981, стр. 107.

Р. В. Тонкова-Ямпольская, Л. В. Дружинина и соавт Руководство для врачей домов ребенка. М., Медицина, 1987, стр. 320.

А. Ф. Тур Пропедевтика детских болезней. Л., Медицина, 1967, стр. 490.

Физиология развития ребенка. Под ред. В. И. Козлова, Д. А. Фарбер. М., Педагогика, 1983, стр. 296.

Н. Л. Фигурин, М. П. Денисова Этапы развития поведения детей от рождения до года. М., Медгиз, 1949, стр. 101.

Т. Я. Черток, Р. В. Тонкова-Ямпольская Определение понятия здоровья, стр. 10—19. В кн: Состояние здоровья и диспансеризация детей раннего возраста. Под редакцией Т. Я. Черток (СССР), Г. Нибш (ГДР), М., Медицина, 1987.

Н. М. Щелованов Методы генетической рефлексологии. В кн: Новое в рефлексологии и физиологии нервной системы. Л., М., 1925, стр. 134—153.

41. Baumgartner C. Psychomotor and social development of breast-fed and bottle-fed babies during their first year of life Acta. paediatrica hung 1984. № 4 409—417

42. Bhatia V. D. Banerjee D. Agarwal K. N. Intrauterine growth, Relationship with maternal body size and dietary intakes Indian J. paediatr 1983. 50. № 404 241—246

43. Levine L, Garcia coll C. T. Oh. w Determinants of mother-infant interaction in adolescent mothers. pediatrics 1985. 75

44. Margavet Robets. play, language and experiencethe vole of the adalts Раде 119—124 В кн Тезиса докладов I—й Международной конференций по охране здоровья детей в Риге М. 1978

ХҮҮХДИЙН УУШГИНЫ СТАФИЛОКОККТ АНХДАГЧ
ҮРЭВСЛИЙН ҮЕИЙН ДАРХЛАЛЫН ӨӨРЧЛӨЛТ

Д. Малчинхүү

Манай улсад хүүхдийн уушгины стафилококкт үрэвслийн эмгэг жам, эмнэлзүй, эмчилгээний асуудал нэлээд судлагдсан боловч бага насны хүүхдийн өвчлөл, эндэгдлийн шалтгаанд стафилококкт халдварын эзлэх байрт онцгой өөрчлөлт гарсангүй.

Бид уушгины стафилококкт анхдагч цочмог үрэвслийн явцад дархлаа тогтолцоо хэрхэн өөрчлөгдөхийг тодруулах зорилгоор уул үрэвсэлтэй 58 хүүхдийн тунгалаг эс (ТЭ), үүсгэвэр эс (ҮЭ)-д аяндаа шилжих урвал, өвөрмөц бус идэвхжүүлэгч фитогемааглютинин (ФГА) стрептококк, стафилококк (СТА), пневмококк, туберкулин гэх мэт нянгийн өвөрмөц, эсрэг төрөгчөөр нөлөөлөхөд ТЭ, ҮЭ-д шилжих урвал, ТЭ-ийн хонины улаан (ҮЭ)-тэй цэцгэн хүрээ үүсгэх урвал, цусны сийвэнгийн И_г А, И_г Ж, И_г М-ийн хэмжээ, стафилококкийн хорын эсрэг биеийн таньцийг тодорхойлж, нянгийн харшил төрөгчөөр арьсны сорил тавих зэрэг шинжилгээ хийж, эрүүл 20 хүүхдийн мөн үзүүлэлтүүдтэй харьцуулан судалсан юм. (20)

Судалгааны дүнг хүснэгт 1-ээр үзүүлэв.

Судалгаанаас үзэхэд:

1. Уушгины стафилококкт анхдагч үрэвслийн ид үед ТЭ хонины ҮЭ-тай цэцгэн хүрээ үүсгэх чадвар, ТЭ-ийн абсолют тоо, ТЭҮЭ-д аяндаа шилжих болон ФГА-ний нөлөөгөөр шилжих идэвх эрс буурч, эдгэрэлтийн үед эл үзүүлэлтүүд сайжирсан боловч эрүүл хүүхдийн хэмжээнд хүрч чадаагүй байна. Харин ФГА-ний нөлөөгөөр ТЭҮЭ-д шилжих чадвар хэвийн байдалд орж байгаа нь Т—ТЭ-ийн үйл ажиллагааны идэвх түрүүлж сэргэж буйг харуулж байна. Ийнхүү уушгины стафилококкт анхдагч үрэвслийн үед Т-тунгалаг эсийн

харьцангуй ба туйлын тоо эрс багасч, түүний үйл ажиллагааны идэвх магадтай буурч байгаа нь стафилококкийн халдвар эсийн дархлааг дарангуйснаас эсвэл Т-тогтолцоо дайчлагдан зарцуулагдаж байгаатай холбоотой байж болох юм. Ингэж эсийн дархлаа дарангуйлагдсан үедээ хүүхэд амьсгалын замын вирусийн халдварт өртөмтгий байдгийг бидний ажиглалт нотолж байна.

2. Стафилококк, пневмококк, туберкулин зэрэг эсрэгтөрөгчийн нөлөө мэдэгдэхгүй байхад стафилококкийн эсрэг төрөгчийн нөлөөгөөр ТЭҮЭ-д хувирах идэвх нэмэгдэж буй нь стафилококкийн халдварт бие махбодын мэдрэгжилт ихэсч байгааг үзүүлж байна. Нянгийн мэдрэгжлийн энэ үзүүлэлт арьсны харшлын сорилын үр дүнтэй тохирч байв. Өвчтөний 53,3%-д арьсны сорилоор стафилококкийн мэдрэгжил эерэг (+) гарсан байна. Өвчтөний цусанд стафилококкийн хорын эсрэг эсрэгбие нэмэгдэхийн хирээр энэ мэдрэгжил багасч байна. Харин өвчний хүнд хэлбэр, уушгины бүтэц эвдрэл гарах болон өвчин ужиграх үед стафилококк, пневмококк, стрептококкт биемахбодын мэдрэгжил нэгэн зэрэг ихэсч байгаа нь эл өвчний эмгэг жамд нянгийн хавсармал үйлчилгээ болон харшил чухал рольтойг харуулж байна.

3. Стафилококкийн хорыг эсрэг эсрэг биеийн таньц өвчний ид үед бага байснаа аажим нэмэгдэж эдгэрэх үед 3—4 дахин ихэсч байхад хорын эсрэг эсрэгбие агуулдаг И_г Ж-ийн цусны сийвэн дэх хэмжээ өвчний ид үеийнхээс эдгэрэх үед 50% нэмэгдсэн байна.

Ийнхүү уушгины стафилококк-үрэвслийн явцад шингэний дархлаа идэвхжин дайчлагдаж байгаа нь цусны сийвэнгийн И Ж, И_г

**Уушгины стафилококкт анхдагч үрэвслийн
үед дархлааны үзүүлэлт өөрчлөгдөж нь**

Дархлал шинжилгээний үзүүлэлт	эрүүл хүүхдийн хэмжээ	уушгины анхдагч ста- филококкт үрэвслийн		
		ид үе	эд гэрэх үед	
ТЭ, ҮЭ-д аяндаа шилжих урвал (%)	3,0 ± 0,4	1,6 ± 0,3	2,45 ± 0,2	
ТЭ, хонины ҮЭ-тэй цэцгэн хүрээ үүсгэх урвал	60,1 ± 1,7	40,3 ± 1,7	53,4 ± 2	
ТЭ-ийн тоо (1 мкл-д мянгаар)	1,8 ± 0,2	1,0 ± 0,2	1,8 ± 0,4	
ФГА-ийн нөлөөгөөр ТЭ ҮЭ-д шилжих урвал (%)	1—7 нас	66,2 ± 1,1	48,1 ± 2,2	66,1 ± 1,5
	8—12 нас	71,8 ± 1,7	55 ± 1,8	70,3 ± 2,5
СТА-ийн эсрэгтөрөгчийн нөлөөгөөр ТЭ, ҮЭ-д шилжих урвал (%) СТА-ийн хорын эсрэг эсрэгбиеийн таньц (АЕ)		1,7 ± 0,3	6,6 ± 1,6	4,4 ± 0,7
		1,2 ± 0,2	2,7 ± 0,3	5,7 ± 1,3
Дархан бөөмлүүрийн хэмжээ (г/л)				
ИГЖ.	1—6 нас	12,13 ± 0,5	13,24 ± 1,1	19,52 ± 1,2
	7—12 нас	13,9 ± 0,8	14,4 ± 0,8	23,5 ± 2,1
ИГ А	1—6 нас	0,97 ± 0,04	1,03 ± 0,15	1,29 ± 0,2*
	7—12 нас	1,52 ± 0,08	1,25 ± 0,1	2,33 ± 0,4*
ИГ М	1—6 нас	1,08 ± 0,05	0,91 ± 0,1	1,09 ± 0,63
	7—12 нас	1,11 ± 0,06	0,69 ± 0,15*	1,27 ± 0,15

Тайлбар: *эрүүл хүүхдийн үзүүлэлтээс магадтай ($P < 0,05$) багассан, ихэссэн үзүүлэлт.

А-гийн магадтай ихсэлтээр нотлогдож байна. Харин И_Г М-ийн хэмжээ өвчний эхний үед л бага, өвчний явцад И_Г Ж, И_Г А-гийн түвшин мэдэгдэхүйц өсөхгүй, стафилококкын хорын эсрэг эсрэг биеийн таньц нэмэгдэхгүй байх нь хүүхдийн тавиланд таагүй нөлөөлж хүндрэл гарах, өвчин ужиграхад хүргэж байна.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. Жамъянжав Д. Лечение стафилококковой деструктивной пневмонии у детей. Автореф. дисс. канд. мед. наук. Улан-Батор. 1982 г.

2. Д. Малчинхүү Клинико-иммунологическая характеристика острой пневмонии у детей. Автореф. дисс. канд. мед. наук. Ленинград 1979 г.

Д. Малчинхүү, О роли бактериальной сенсибилизации в патогенезе острой пневмонии у детей. В кн: Актуальные вопросы педиатрии акушерства и гинекологии. Улан-Батор. 1980. с. 66—68.

4. Д. Малчинхүү, С. И. Смирнова, М. Г. Чухловина, Состояние клеточного иммунитета при острой пневмонии у детей. В кн: Иммунологическое исследование в клинике и эксперименте. Ленинград. 1981 г. с. 67—71.

Отклонение показателей иммунологических исследований при первичной стафилококковой пневмонии у детей

Проведено иммунологическое исследование 58 детям со стафилококковой пнев-

монией. В результате проведенного исследования выявлена зависимость тяжести течения стафилококковой пневмонии от нарушения клеточного и гуморального иммунитета (выражавшиеся в угнетении активности и количества Т-лимфоцитов в нарастании уровня ИгЖ, ИгА, титра антитела к токсину стафилококка в динамике болезни) и степени сенсибилизации к бактериальным аллергенам.

Гипореактивность Т-системы, повышенные сенсибилизации к бактериальным аллергенам, низкий титр антитела к альфа-токсину стафилококка, незначительное нарастание уровня ИгЖ, ИгА сопровождалось тяжелым, осложненным и затяжным течением болезни.

Хүлээн авсан 1990. V. 23.

САХУУ, ТАТРАНГИЙН ЭСРЭГ НЭМЭЛТ ДАВТАН ВАКЦИНЖУУЛАЛТЫН ҮР ДҮН

С. Цоодол, Н. Цэнд (Эрүүл ахуй, халдвар нян судлалын улсын институт)

Сахуу өвчний халдвар судлалын төлөв байдал өөрчлөгдөж өвчлөл бүртгэгдэж, зарим суманд дэгдэлт гарч эхэлсэн нь практик арга хэмжээнд тавих хяналт, шалгалтыг улам эрчимжүүлэх, уг өвчнөөс сэргийлэх арга хэмжээг боловсруулж, хэрэгжүүлэх шаардлагатай болгов.

Сахуу өвчний эсрэг дархлалын статусыг хүн амын янз бүрийн насны бүлэгт тодорхойлсон байдлаас үзэхэд хүүхдийн нас ахиж тугам өвчлөмтгий насны хүүхэд, өсвөр үеийнхэн (8—16 нас), насанд хүрэгчдэд сахуугийн эсрэг дархлалын түвшин эрс буурсан байв. Ийм нөхцөлд сахуугийн өвчлөлийг цаашид бууруулах, тархалтыг таслан зогсоохын тулд өвчлөлд илүү өрөмтгий насны бүлгийн хүмүүсийн дархлалын түвшинг богино хугацааны дотор дээшлүүлэх, үүний тулд сахуугийн эсрэг нэмэлт давтан вакцинжуулалт явуулах арга хэмжээг гол тактик болгон сонгож хэрэгжүүлсэн юм.

Нэмэлт, давтан вакцинжуулалтыг улсын хэмжээний 8—15 насны бүх хүүхдэд (11 насанд ээлжит давтан тарилт хийх тул оруулаагүй) урьд нь АКДС, АДС тарилгаар хэдэн удаа таригдсан, схемийн дагуу хийгдсэн эсэхийг үл харгалзан АДС—М хоргүйсүүрээр (0,5 мл-ээр) эхний ээлжинд бүх сумдын, хоёрдугаар ээлжинд аймгийн төв, хотуудын хүүхдийг хамруулан 1 удаа тарьсан. Энэ арга хэмжээг тусгайлан гаргасан хүч бололцоог ашиглан зохион байгуулсан.

Нэмэлт, давтан вакцинжуулалтад эдгээр насны нийт хүүхдийн 85% орчим нь хамрагдаж, үлдсэн хэсэг нь янз бүрийн шалтгаанаар тарилтаас хоцорсон.

Бид энэ судалгаанаа нэмэлт давтан вакцинжуулалтын дархлал судлалын үр дүнг дүгнэх, цаашид өсвөр насныханд давтан вакцинжуулалт хийх схемийг боловсруулах үндэслэлийг гаргах зорилго тавьсан юм.

Судалгааны арга, материал Судалгааг явуулахдаа нэмэлт давтан вакцинжуулалт хийснээс хойш 3 сарын дараа Хөвсгөл, Дорнод, Өвөрхангай аймгийн тус бүр 2 сумын 8—15 насны 189 хүүхдийн цусны ийлдсэнд сахуу, татрангийн эсрэг дархлалын түвшинг хүчдэлийг тодорхойлж,

үзүүлэлтийг нэмэлт, давтан вакцинжуулалт хийхээс өмнө тодорхойлогдсон дархлалын үзүүлэлттэй харьцуулж, хоорондын ялгааны үнэн магадтайг стьюдентын шалгуураар (t) тодорхойлж дүгнэлт гаргасан. Сахуу татрангийн эсрэг дархлалыг тодорхойлох ийлдэс судлалын шинжилгээг энэ чиглэлээр бидний урьд хийж, хэвлэлд мэдээлсэн (1) аргаар явуулсан болно.

Үр дүн, шүүмж. Судалгаанд хамрагдсан хүүхдүүдэд тодорхойлогдсон сахуу, татрангийн эсрэг дархлалын үзүүлэлтээс үзвэл (Нэгдүгээр хүснэгт) нэмэлт давтан вакцинжуулалт хийсний дараа 8—15 насны хүүхдийн 62,6—82,4 хувь нь сахуугаас хамгаалах дархлалтай болсон байгаагийн дотор 13—15 насны хүүхдүүдэд хамгаалагдсан хувь хамгийн өндөр, 10 насанд хамгийн бага байна. Өндөр таньцад (1:160 ба дээш) дархлалтай хүүхдийн хувийн жин мөн 13—15 насанд хамгийн их (42,0—60,7%) байна.

Эндээс дүгнэж үзвэл нэмэлт давтан вакцинжуулалт нь дархлал судлалын үүднээс үр ашигтай болсоны дотор 13-аас дээш насны хүүхдүүдэд илүү тод илэрч байна.

Дархлалын түвшин, хүчдэл хэрхэн өөрчлөгдсөн нь нэмэлт, давтан вакцинжуулалт хийхээс өмнөх үеийн үзүүлэлттэй харьцуулсан дүнгээс (1,2 дугаар зураг) тодорхой байна.

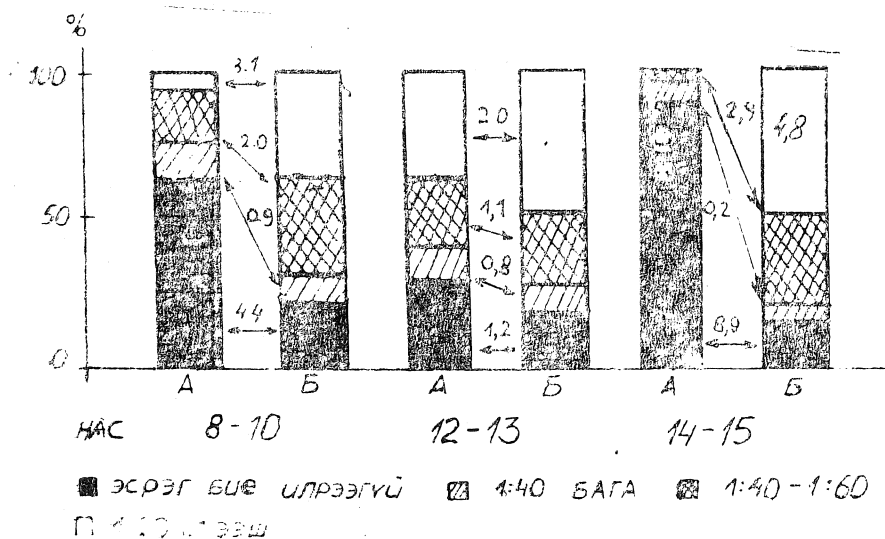
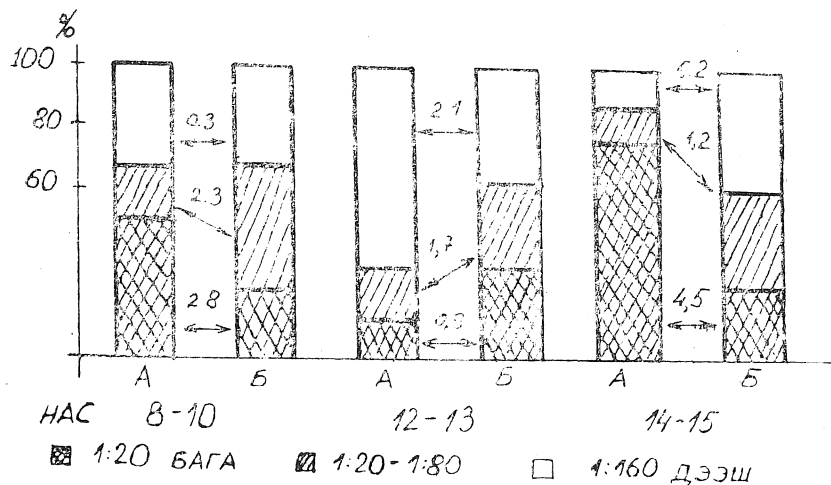
Нэгдүгээр зургаас үзэхэд нэмэлт давтан вакцинжуулалт хийсний дараа 8—10 насны хүүхдэд татрангийн эсрэг дархлалгүй хүүхэд 2 дахин буурч, хамгаалах таньцад дархлалтай хүүхдийн хувийн жин 3 дахин нэмэгдсэн байна. Гэтэл 12—13 насны хүүхдэд зөвхөн өндөр таньцад дархлалтай хүүхдийн хувийн жин буурч, бусад өөрчлөлт нь статистикийн шалгуураар батлагдаагүй буюу бүхэлдээ насны энэ бүлэгт давтан тарилт үр дүн муутай болсон нь харагдаж байна.

Дархлалын өөрчлөлтийн байдал 14—15 насныханд хамгийн их ашигтайгаар өөрчлөгдсөн байна. Үүнд дархлалгүй хүүхдийн хувийн жин 3 гаруй дахин багасч, өндөр таньцад дархлалтай хүүхдийн хувийн жин 2 дахин нэмэгдсэн нь өндөр магадлалтай батлагдаж байна.

8—15 насны хүүхдэд сахуу, татрангийн эсрэг нэмэлт, давтан вакцинжуулалт
хийсний дараах дархлалын үзүүлэлт (АДС-м анатоксин)

Нас (жишээ)	Сахуугийн эсрэг биеийн таныц										Татрангийн эсрэг биеийн таныц									
	0		< 1 : 40		1 : 40—1 : 80		1 : 160 ба дээш		< 1 : 20		1 : 20—1 : 80		1 : 160 ба дээш		< 1 : 20		1 : 20—1 : 80		1 : 160 ба дээш	
	Бодит тоо	%	Бодит тоо	%	Бодит тоо	%	Бодит тоо	%	Бодит тоо	%	Бодит тоо	%	Бодит тоо	%	Бодит тоо	%	Бодит тоо	%	Бодит тоо	%
8	5	17,8	7,2	10,7	5,8	10	35,7	9,0	10	35,7	9,0	6	21,4	7,7	10	35,7	9,0	12	42,8	9,3
9	6	20,0	7,3	13,3	6,1	11	36,6	8,7	9	39,2	8,9	9	30,0	8,3	11	36,6	8,7	10	33,3	8,6
10	7	29,1	9,2	8,3	5,6	6	25,0	8,8	9	37,5	9,8	6	25,0	8,8	10	41,6	10,0	8	33,3	9,6
12	9	28,1	7,9	9,3	5,1	7	21,8	7,2	13	40,6	8,6	11	34,3	8,3	9	28,1	7,9	12	37,5	8,5
13	4	13,3	6,1	6,6	4,5	7	23,3	7,7	17	60,7	9,0	7	23,3	7,7	10	33,3	8,6	13	43,3	9,0
14	4	14,2	6,5	3,5	3,4	6	21,4	7,7	17	60,7	9,2	5	17,8	7,2	5	17,8	7,2	18	64,2	9,0
15	3	17,6	9,2	—	—	6	35,2	14,5	8	42,0	11,9	4	23,5	10,2	8	47,0	12,1	5	29,4	11,0

Шилжигдсэн хүүхдийн тоо



Хоёрдугаар зурагт үзүүлсэн сахуугийн дархлалын өөрчлөлтийн ерөнхий хандлага ч дээрхтэй адил байна. Тухайлбал 8—10 насанд дархлалгүй хүүхдийн хувийн жин эрс багасч, хамгаалах болон өндөр таньцад дархлалтай хүүхдийн хувийн жин статистикийн хувьд үнэн магадтайгаар 2—5 дахин нэмэгджээ. Гэтэл 12—13 насны хүүхдэд өндөр таньцад дархлалтай хүүхдийн хувийн жин нэмэгдсэнээс бусад өөрчлөлт

нь статистикийн шалгуураар батлагдахгүй байна.

Нэмэлт, давтан вакцинжуулалт 14—15 насны хүүхдүүдэд хамгийн үр ашигтай болсон нь давтан тарилгын дараа дархлалгүй хүүхдийн хувийн жин 5 дахин буурч, өндөр таньцад дархлалтай хүүхдийн хувийн жин 50 хувьд хүрсэнээс харагдаж байна.

ДУГНЭЛТ

1. Нэмэлт, давтан вакцинжуулалт явуулсан нь 8—15 насны хүүхдийн сахуу, татрангийн эсрэг дархлалын түвшинг дээшлүүлэхэд ач холбогдолтой нь тогтоогдов. Ялангуяа сахуугаар өвчлөгсдийн насны бүлэгт давамгайлах хандлагатай байгаа өсвөр үеийнхэнд (14—15 насанд) дархлал судлалын үүднээс өндөр үр ашигтай арга хэмжээ боллоо гэж үзэж байна.

2. 12—13 насны хүүхдийн дархлал судлалын үр дүн сул байгаа нь 11 насанд ээлжит давтан тарилт хийснээс хойш өнгөрсөн хугацаа бага (1—2 жил) дархлалын суурь түвшин харьцангуй өндөр байсан нь нэмэлт, давтан тарилгын дархлал судлалын үр ашигт сөрөг нөлөө үзүүлснээс шалтгаалж байж болох юм.

3. Сахуу өвчний халдвар судлалын төлөв байдал хурцдаж байгаатай холбогдуулж өсвөр үеийнхэнд нэмэлт вакцинжуулалт хийхээр АДС тарилгын схемд оруулах өөрчлөлтөд 14—15 насанд хийхээр тусгах нь үр дүнтэй гэж үзэж байна.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. С. Цоодол, Н. Цэнд, В. М. Болотовский, В. Ю. Крюков БНМАУ-ын хүн амд сахуу, татран өвчний эсрэг дархлал тогтоцыг судалсан урьдчилсан дүн, Анагаах ухаан 1988, №1, хуудас 18.

ИММУНОЛОГИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ РЕВАКЦИНАЦИИ ДЕТЕЙ АДС—М АНАТОКСИНОМ.

С. Цоодол, Н. Цэнд

Учитывая низкий уровень противодифтерийного иммунитета особенно у школьников при резкого нарушения эпидемиологической обстановки дифтерийной инфекции, мы осуществили дополнительную всех детей страны в возрасте от 8 до 15 лет, независимо от их прививочного и иммунного статусов.

Сравнительное изучение величины противодифтерийного и противостолбчатного иммунитетов до и после ревакцинации показало в целом высокую ее иммунологическую эффективность (Табл. 1). При этом процент лиц, имеющих протективного уровня дифтерийного антитоксина увеличился до 62,6%—82,4% с самым высокие показателям у 13—15 летних.

Рис. 1 показываает, что у ревакцинированных в возрастах 8—10 лет удельный вес с защитными от дифтерии титрами вырос 3 раза, но у 12—13 летних статистически значимые сдвиги оказались лишь уменьшение доли детей с высокими титрами антитоксина. Таким образом, в данных возрастных группах дополнительная ревакцинация была малоэффективной.

Самая высокая иммунологическая эффективность наблюдалась у 14—15 летних. При этом процент незащищенных от дифтерии уменьшается более 5 раз, а доля лиц с высокими титрами у увеличивается до 50 процентов.

ХҮҮХДИЙН ДУНД ЧИХНИЙ ИДЭЭТ ҮРЭВСЛИЙН ҮЕД ХЭНГЭРГИЙН БА ХЭНГЭРГИЙН АРЫН ӨӨРЧЛӨЛТИЙГ ОНОШЛОХ АСУУДАЛ

Б. Эрдэнэчулуун, Б. Оюун, А. Сайнжаргал (Эх хүүхдийн эрүүл мэндийг хамгаалах эрдэм шинжилгээний улсын нэгдсэн төв, Хотын клиникийн төв эмнэлэг)

Удиртгал: Хүүхдийн дунд чихний архаг идээт үрэвслийн үед дуу дамжуулах аппарат, хэнгэргийн агааржилтын байдалд гүнзгий өөрчлөлт үүссэнтэй холбоотойгоор сонсгол буурч, удаан хугацаагаар идээ (булаг) гоожно.

Дунд чихний архаг идээт үрэвслийн үед үүссэн бичил өөрчлөлтийг байрлалаар нь хэнгэргийн (хэнгэргэн хальс, хэнгэргэн хөндий, сонсголын яснуудын), хэнгэргийн ар (гонхны хонгил, гонх-хөхөвцөрийн хөндий)-ын гэж ангилна (5).

Дунд чихний архаг идээт үрэвслийн эмчилгээний тавилан эдгээр өөрчлөлтийн хэмжээ, хэлбэр, шинж чанараас шууд шалтгаална. Сүүлийн үед хэнгэргийн ба хэнгэргийн арын өөрчлөлтийг хэнгэргийн

бичил дуран, компьютерт томографийн шинжилгээг ашиглан амжилттай оношлож байна. (1, 2, 8, 9).

Бид хэнгэргийн бичил дурандалт, компьютерт томографийн шинжилгээг үндэслэн дунд чихний архаг идээт үрэвслийн үед хэнгэргийн ба хэнгэргийн арын хэсэгт үүссэн бичил эмгэгийн бүтэц, хэлбэр, сонсголын аппаратын байрлал, хэнгэргийн агааржилтын байдлыг тодорхойлох замаар чихний бичил мэс заслын заалт гаргах зорилт тавилаа.

Аргазүй, материал:

а) ХБНГУ-ын «Siort» нэгдэлд үйлдвэрлэсэн 30°, 70°, 90°-ын налуутай «Tupraposcope Tup Wullstein» дуранг ашиглан хэнгэргийн ба хэнгэргийн арын хэсгийг

Хэнгэрэгний шууд дурандалтаар илэрсэн хэнгэрэгний өөрчлөлтүүд

Үндсэн өөрчлөлт		(С бүлэг) Цэвэрлэх мэс заслын заалтад хамаарагдсан		(В бүлэг) Цэвэрлэх болон нөхөн сэлбэх мэс заслын заалтад хамаарагдсан		А бүлэг Нөхөн сэлбэх мэс заслын заалтад хамаарагдсан	
		тоо	хувь	тоо	хувь	тоо	хувь
Хэнгэргэн хальсны цооролт	жигжиг (3 мм хүртэл)	1	16,6	5	18,5	5	35,7
	дунд (8 мм хүртэл)	2	33,4	8	29,5	5	35,7
	том ба нилэнхүй	3	50	14	51,9	4	28,5
Хэнгэргэн хальсны үлдэл	хуурай, хөдөлгөөнтэй соривжиж хатуурсан	—	—	6	22,2	13	92,8
	Хавантай, улаан идээтэй, наадацтай	—	—	1	3,7	1	7,2
		5	16,6	16	59,3	—	—
Алх	баруул, богино сэртэн эрүүл	1	16,6	20	74,0	14	100
	баруул, богино сэртэн хавантай	5	83,4	7	26,0	—	—
Хэнгэргэн хөндийн дунд хэсэг	ягаан, хуурай	—	—	2	74,0	12	85,7
	улаан, зузаандан идээтэй	—	—	6	22,3	2	14,3
	холестеотом мөхлөгтэй	1	16,6	17	62,9	—	—
	ДҮН	5	83,4	2	7,4	14	—
		6		27			

дурандав. Хэнгэргийн бичил дурандалтыг шууд, арын гэж ангилав. 90°-ын налуутай хошуу ашиглан, хэсгийн мэдээ алдуулалттай хэнгэргийн шууд дурандалт хийж, хэнгэргийн өөрчлөлт (хэнгэргэн хальсны үлдэгдэл, хэнгэргийн ёроол, алхны баруул, хэнгэргийн дотор хана)-ийг тодорхойлов.

30°, 70°-ын налуутай дурангаар ерөнхий мэдээ алдуулалтын доор хэнгэргийн арын дурандалт хийж хэнгэргийн арын өөрчлөлт (дугуй цонх, дөшний урт сэртэн дөш дөрөөний холбоо, хэнгэргийн арын ховил, хэнгэргийн дээвэр)-ийг ашиглаж Zhol дурангаар төхөөрөмжлөгдсөн «Olympus-40» аппаратаар 16—32 дахин өсгөж, 70—140 мм-ийн зайнаас гэрэл зураг авав (6).

б) Компьютерт томографийн шинжилгээ (Япон улсын Hitachi пүүсэд үйлдвэрлэсэн III үеийн CT-W4 төхөөрөмж ашиглан)-г хэвтээ (аксиаль), босоо (коринари) хавтгайгаар стандарт «O» шугамаас 1—2 мм-ийн зузаантай 8—16 зүслэг хийж, хэнгэргэн хальс, хэнгэргийн ёроол ба дээвэр, алх, дөш, дөрөө, гонхны хонгил, гонх-хөхөнцөрийн хөндийн дүрслэлийг олон улсын батлагдсан нэгж $\pm H$ (плотность)-ийг ашиглан тодорхойлов (3. 4. 7).

Хэнгэргийн бичил дурандалтаар илэрсэн өөрчлөлт, компьютерт томографийн дүрслэлийн нэгжийг хооронд нь харьцуулан авч үзэв. Бид 1986—1989 онд ЭХЭМХЭШУНТ-ийн чих, хамар хоолойн клиникт дунд чихний архаг идээт үрэвсэлтэй 58 хүүхдэд хэнгэрэгний бичил дурандалт (үүний 47 нь шууд, 11 нь арын), 112 хүүхдэд компьютерт томографийн шинжилгээ хийж, хэнгэргийн ба хэнгэргийн арын өөрчлөлтийн байрлал хэмжээг харьцуулан тодорхойлж, бичил мэс заслын заалт гаргалаа.

Заалт гаргаж байгаа үзүүлэлтийг дотор нь:

I. Цэвэрлэх мэс заслын (санитующий этап тимпанопластики)

II Цэвэрлэх нөхөн сэлбэх мэс заслын (одномоментная тимпанопластика)

III. Нөхөн сэлбэх мэс засал (пластический этап тимпанопластики)-ын заалтад хамаарагдах үзүүлэлтүүд гэж гурван хувилбарт ялгав.

Судалгааны үр дүн:

I. Хэнгэргийн шууд дурандалт: 16 дахин өсгөж, хэнгэргэн хальсны үлдэгдлийн ирмэг, өнгөц давхрын бүтэц эмгэг мөхлөг, шохойжилт наалдац, хэнгэргэн хөндийн салст бүрхэвч, алхны баруул, богино сэр-

тэнгийн эрүүл, эмгэг байдлыг илрүүлж бичил мэс заслын заалтыг гаргав (Хүснэгт №1-ээс үзнэ үү).

Түүнчлэн хэнгэргэн цагирагны бүтцийг тодорхойлсноор хэнгэргэн хальс суулгах мэс заслын ямар хувилбар сонгох боломжийг олгож байна.

2. Хэнгэргийн арын дурандалт: Чихний гадна сувгийн тэнхлэгээс 30°, 70°-ын налууд дурангийн харах талбайн тусгалт ойдог учраас ердийн аргаар харах бололцоотүй дугуй цонх, дөш-дөрөөний холбоо, хэнгэр арын ховилд байгаа эмгэг өөрчлөлтийг илрүүлж байгаагаараа давуу юм. Арын дурандалтын 21%-д хэнгэргэн хальсны цооролтоор эрүүл атлаа хэнгэр ховил, хэнгэр ёроолд идээт-эмгэг мөхлөг илэрч, цэвэрлэх болон нөхөн сэлбэх мэс засал хийлгэсэн байна (Хүснэгт №2-оос үзнэ үү).

Эрүүл хэнгэргийн агааржилт: хэнгэргэн хөндийд —400Н, гонхны хонгилд—150Н гонхны хөндийд —500— —600Н-ээс дээш (агааржилт хэвийн) байна. Сонсголын яснууд +400Н-аас +1360Н хүртэл нягтралттай дүрслэл өгч байна. Сонсголын ясны дүрслэлийн хэмжээг (урт ба өргөн) нэг адил тодорхойлов. Эрүүл дүрслэлийг үндэслэн дунд чихний архаг идээт үрэвслийн үед үүссэн хэнгэргийн ба хэнгэргийн арын өөрчлөлтийг хүснэгт №5, 6-д тодорхойлов.

Юуны өмнө хэнгэргийн агааржилт буурна. Агааржилтын бууралтыг хоёр (I II) төвшин болгон хуваав. Хэнгэргийн ёроол, дээвэр, гонхны хонгил, гонх-хөхөнцөрийн хөндийн агааржилт нь +20Н— +60Н байвал агааржилтын бууралтын I төвшинд хамааруулсан бөгөөд ихэнхдээ идээт-мөхлөгт үрэвсэл байлаа. Эдгээр хэлбэрт чихний цэвэрлэх мэс засал хийлээ.

Хүснэгт № 2

Хэнгэрэгний арын дурандалтаар илэрсэн хэнгэргэн ба хэнгэрэгний арын өөрчлөлтүүд

Үндсэн өөрчлөлтүүд		(С бүлэг) Цэвэрлэх мэс заслын заалтад хамаарагдсан		В бүлэг Цэвэрлэх болон нөхөн сэлбэх мэс заслын заалтад хамаарагдсан		А бүлэг Нөхөн сэлбэх мэс заслын заалтад хамаарагдсан	
		тоо	хувь	тоо	хувь	тоо	хувь
Хэнгэргэн хөндийн ёроол	цайвар ягаан улаан идээтэй, хавантай	—	—	1	33,3%	4	100%
		1	25%	1	33,3%	—	—
		3	75%	1	33,3%	—	—
Хэнгэрэгний арын ховил	цайвар ягаан улаан хөөнгө идээ, мөхлөг	—	—	—	—	3	75%
		1	25%	2	66,6%	1	25%
Дөш, дөрөөний холбоо	эрүүл идээ хавантай тасарсан тодорхойгүй	—	—	1	33,3%	3	75%
		2	50%	1	33,3%	1	75%
Гонхны хонгилын бөглөө		3	75%	1	33,3%		
ДҮН		4		3		4	

3. Компьютерт томографийн шинжилгээ: Бид эрүүл хүүхдийн дунд чихний бүтцийн компьютерт томографийн дүрслэл ($\pm N$) босоо зүслэгийн зузааны хэмжээ ($\pm mm$)-г тодорхойлов (Хүснэгт №3-аас үзнэ үү)

Компьютерт томографийн шинжилгээгээр сонсголын аппаратын бүтэц, хэнгэргийн агааржилтын төвшинг тодорхойлов.

Хэнгэргийн агааржилт нь ($-10 + 20N$ -ээс) хасах тал руугаа ихэссэн (II төвшин) хэнгэргэн хөндийд салслаг-зууралдсан ялгадас байсан ба цэвэрлэх нөхөн сэлбэх мэс засал хамтруулан хийв. Хэнгэргийн дурандалтаар илэрсэн өөрчлөлт нь компьютерт томографийн дүрслэлтэй тохирч байлаа.

Компьютерт томографийн босоо зүслэгийн зузаан (± мм)

НАС	Хөнгөргөн хальс		Хөнгөргөн хөндийн ёроол		Хөнгөргөн хөндийн дээвэр		Алх		Дөш		Дөрөө		Гонхны хонгил		Гонх хөнгөрийн хөндий		
	М	±mm	М	±mm	М	±mm	М	±mm	М	±mm	М	±mm	М	±mm	М	±mm	
6-7	3,0	±1,4	1,5	±3,5	0,5	±1,4	2,5	3,0	±1,4	2,0	±1,7	2,0	±1,4	±1,4	—	6,0	±1,8
8-9	—	—	3,0	±0,7	4,7	±1,5	±3,7	3,7	±0,6	±2,3	2,88	±0,5	±1,3	—	8,5	9,3	±2,0
10-11	4,0	±2,4	4,2	±0,7	5,00	±0,7	±3,6	3,5	±0,6	±2,3	3,5	±0,4	±2,1	±1,4	6,0	8,3	±0,4
12-13	—	—	5,0	±0,7	4,0	±0,7	±3,4	4,5	0,4	±2,7	3,75	±0,6	±2,59	±1,5	11,5	7,44	±0,8
14-15	4,9	±2,4	5,0	±0,4	3,6	±0,3	±2,3	4,67	±0,3	±1,3	3,45	±0,5	±3,7	±1,6	±2,3	11,0	±4,8
15-ээс дээш	—	—	4,0	±0,7	3,7	±0,8	±3,2	4,6	±0,4	±2,1	4,9	±9	±3,1	±1,4	8,0	6,3	±1,0

ГОХИОНДЫН 100

55

Хүснэгт № 4

Сонсголын эрүүл аппаратын компьютерт томографийн дүрслэл ($\pm H$)

Сонсголын аппаратууд	тохиол- дол	Дундаж үзүүлэлт		
		M	$\pm m$	$\pm \sigma$
Хэнгэргэн хальс	6	+99,8	$\pm 15,5$	$\pm 34,7$
Хэнгэргэн хөндийн ёроол	22	-409,7	$\pm 43,3$	$\pm 198,7$
Хэнгэргэн хөндийн дээвэр	22	-467,6	$\pm 50,3$	$\pm 231,2$
Алх	15	+761,0	$\pm 78,4$	$\pm 293,3$
Дөш	18	+923,8	$\pm 64,2$	$\pm 264,8$
Дөрөө	2	+447,0	$\pm 16,7$	$\pm 136,7$
Гонхны хонгил	2	-147,0	$\pm 26,8$	$\pm 26,8$
Гонх-хөхөнцрийн хөндий	25	-546,4	$\pm 31,4$	$\pm 154,2$

Хүснэгт № 5

Дунд чихний архаг идээт үрэвслийн үед цэвэрлэх мэс заслын өмнөх компьютерт томографийн дүрслэл $\pm H$

Сонсголын аппарат	тохиол- дол	Дундаж үзүүлэлт		
		M	$\pm m$	$\pm \sigma$
Хэнгэргэн хальс	—	—	—	—
Хэнгэргэн хөндийн ёроол	27	-186,8	$\pm 20,1$	$\pm 102,6$
Хэнгэргэн хөндийн дээвэр	34	+ 16,6	$\pm 1,70$	$\pm 9,9$
Алх	15	+592,8	$\pm 62,9$	$\pm 235,6$
Дөш	22	+959,9	$\pm 53,9$	$\pm 247,0$
Дөрөө	3	+420,0	$\pm 15,9$	$\pm 222,7$
Гонхны хонгил	5	+ 65,6	$\pm 18,11$	$\pm 36,2$
Гонх-хөхөнцрийн хөндий	42	+ 76,7	$\pm 6,95$	$\pm 45,0$

Хүснэгт № 6

Дунд чихний архаг идээт үрэвслийн үед цэвэрлэх, хэнгэргэн хальс суулгах мэс заслын өмнөх компьютерт томографийн дүрслэл

		Дундаж үзүүлэлт		
		M	$\pm m$	$\pm \sigma$
Хэнгэргэн хальс	—	—	—	—
Хэнгэргэн хөндийн ёроол	73	-524,4	$\pm 39,4$	$\pm 336,7$
Хэнгэргэн хөндийн дээвэр	79	-364,4	$\pm 23,1$	$\pm 206,3$
Алт	62	+735,0	$\pm 44,3$	$\pm 349,2$
Дөш	63	+920,1	$\pm 46,9$	$\pm 372,3$
Дөрөө	10	+440,6	$\pm 83,3$	$\pm 250,1$
Гонхны хонгил	5	-132,8	$\pm 29,0$	$\pm 58,0$
Гонхны-Хөхөнцрийн хөндий	94	-286,7	$\pm 17,1$	$\pm 166,7$

ДҮГНЭЛТ

1. Хүүхдийн дунд чихний архаг идээт үрэвслийн үед хэнгэргийн (шууд ба арын) дурандалт хийж, илэрсэн өөрчлөлтийг компьютерт томографийн шинжилгээтэй харьцуулах нь хэнгэргийн ба хэнгэргийн арын бичил өөрчлөлтийн хэлбэр, хэмжээ, шинж чанарыг нарийвчлан тогтоож, ул-

маар бичил мэс заслын оновчтой заалт гаргах бүрдмэл арга юм.

2. Компьютерт томографийн дүрслэлийг стандарт «0» шугамаас 1—2 мм зузаантай 6—8 зүслэгээр бүтцийн 6,9 цэгт төвлөрүүлж, сонсголын аппаратын бүтэц, хэнгэргийн агааржилт гэсэн хоёр чиглэлээр судлах нь ашигтай байна.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. Коновалов Н. А. В. И. Корниенко Компьютерная томография в нейрохирургической клинике М. Медицина. —С. 7—19
2. Косовой А. Л. Компьютерная томография и пространственная фильтрация изображения в диагностике заболеваний височной кости. Востн. оторинолар. 1985. —С. 77—80
3. С. В. Кузнецов, В. И. Апряткина Компьютерная томография в диагностике заболеваний среднего уха и височной кости. Журн. ушн. нос и горловых болезней. 1987. №5. —С. 51—54
4. С. В. Кузнецов, В. И. Апряткина —Компьютерная томография: особенности рентгеноанатомии височной кости. Вестн. оторинолар. 1989. №4. —С. 66—69.
5. О. К. Пятакина Блокада адитуса и тимпанального перешейка при хр гн. сред. отитах. Журн. ушн. нос и горл. бол. 1982. —С. 5—7.
6. М. С. Плужников, А. А. Усанов, Л. Н. Васин, Ю. А. Фролов Возможности применения особо тонких эндоскопов в оториноларингологии. Журн.—ушн. нос и горл. боль. 1982. №2. —С. 34—37
7. Пресображенский Н. А. И. Х. Рабкин, В. Е. Добротин Компьютерная томография при оториноларингологических заболеваниях. В. кн: к зональной научно-практической конференции оториноларингологий и выездной научной ассии МНИИ уха, горла и носа. Иркутск. 24—25 сентября 1987. М. 1987. —С. 91—92.
8. Köster O
Die Hochauflösende Computer tomographie des Mittel-und Innenohves Laryng. Rhinol otol 63 (1984) 488—492

9. ittinger G. Kalende W Computer-tomagrape bei Evkvankungen des HNO — Beveiches HNO (1981) 9. 364—369

РЕЗЮМ

Проблема к диагностике тимпанальной и ретроимпанальной патологии при хроническим гнойным средним ститом у детей.

Б. Эрдэнэчулуун, Б. Оюун, А. Сайвжаргал Единственными методами, дифференциальной и топической диагностики, с помощью, которого можно увидеть тимпанальную и ретроимпанальную патологию являются компьютерная томография и тимпаноскопия.

Нами обследовано 170 детей. Всеми большими помимо отоскопии, аудиологических и традиционных рентгенологических исследований, выполняли компьютерную томографию на аксиальной и коронарной проекций со срезом 1—2 мм шага и тимпаноскопию с микрофотографией.

При компьютерной томографии грануляции и холестеатомы отмечен изображение с плотностью от +20Н до +70Н, также снижена аэрозация тимпанального пространства от —20Н до 0Н.

Компьютерная томография и тимпаноскопия позволяют диагностировать многие патологические изменения в тимпанальной и ретроимпанальной области и уверен планировать адекватное лечение детей с заболеваниями среднего уха, что, в свою очередь способствует улучшению результатов их лечения.

ЛИЗОЦИМИЙГ ХҮҮХДИЙН ТЭЖЭЭЛД ХЭРЭГЛЭХ БОЛОМЖ

Ч. Ишханд (Анагаах ухааны дээд сургууль)
Ш. Жадамбаа (Эх нялхсын эрүүл мэндийг хамгаалах эрдэм шинжилгээний хүрээлэн)

Удиртгал. Орчин үед эхийн сүүний биологийн үнэт чанарыг үндсэн бодисоор нь биш, хамгаалах үйл ажиллагаа бүхий биологийн идэвхт бодис агуулж байгаагаар нь үнэлж байна. Түүний нэг нь лизоцим юм. Хөхний сүүнд байгаа лизоцимийн хэмжээ үнээний сүүнийхээс даруй 300—3000 дахин илүү байдаг учраас 0—1 насны хүүхдийн тэжээлд өргөн хэрэглэдэг сүү, сүүн бүтээгдэхүүнийг лизоцимээр баяжуулах асуудлыг шийдвэрлэж байна.

Лизоцим нь гуравдагч бүтэцтэй өвөрмөц уураг бөгөөд бактерийн

эсийн бүтцэд оролцдог нийлмэл нүүрс усыг N—ацетилглюкозамины 1,4-глюкозидын холбоогоор тасалж, ацетилмурамын хүчил үүсгэдэг учраас мурамидаз (фермент) гэж нэрлэдэг. Сүүлийн жилүүдэд нярай хүүхдийн биемахбодод лизоцимийн гүйцэтгэж байгаа үүргийг нарийвчлан судалж биемахбодын өвөрмөц бус урвалж чанарыг идэвхжүүлдэг (Бухарин О. В (1974)) Сафонова Т. В. Афанасьева Т. И. (1981), нянтгийн эсрэг үйлчилгээтэй Bissolotto (1961), сүүний уураг шингэхэд таатай нөлөө үзүүлдэг (Perlazzo E),

гэдэсний микрофлорын хэвийн үйл ажиллагааг нөхцөлдүүлдэг (Аршавская Э. И), вирусийн эсрэг нөлөө үзүүлдэг (Vissolattoc) болохыг тогтоожээ. Иймээс бид өөрийн орныхоо нөөц бололцоонд түшиглэн тахианы өндөгнөөс лизоцим бүхий хольц бэлтгэн туршсан нь зохих үр дүнгээ өгч байна.

Судалгааны арга. Тахианы өндгийг ариутгаж, угаагаад цагаан уургийг авч ферментэн гидролизод шатлан оруулах замаар лизоцим бүхий хольц бэлтгээд шар уургийг нь эмульсжүүлэгч болгон наран цэцгийн цусны эмульс бэлтгэнэ.

Судалгааны дүн. Судалгааны үр дүнгээс үзэхэд 1:8 гэсэн шингэрүүлэлттэй лизоцимийн хольц *E. coli* стафилакоккийн өсөлтийг 1—1,2 цагт зогсоож байгаа бөгөөд тэжээлийн доройтол, сульдаатай хүүхдийн цусны иммуноглобулины түвшинг хэвийн хэмжээнд оруулж, хүүхдийн хоногийн дундаж жинг нэмэгдүүлж, сүүн хольц болон сүүний хүчлийн савханцар бүхий тарагны (исгэлэнг) хүчиллэгийг бууруулж, тааламжтай үнэр, амттай болгож байна. Ийм учраас судалгааг нарийсган хүүхдийн тэжээлийн болон эмчилгээ сувилгааны зорилгоор бэлтгэж байгаа сүү, сүүн бүтээгдэхүүнийг лизоцимжуулах асуудлыг шинжлэх ухааны үндэстэй зохион байгуулах нь хойшлуулшгүй зорилт болж байна.

Дүгнэлт 1. Лизоцим бүхий хольц бэлтгэх нь аргын хувьд хялбар,

эдийн засгийн хувьд хямд, түүхий эдийн нөөц ихтэй юм.

2. Хүүхдийн сүүний үйлдвэрийг түшиглүүлэн лизоцим бэлтгэх жижиг цехийг байгуулах бололцоотой.

3. Эрдэм шинжилгээ туршилтын ажлыг эрчимжүүлэх нь чухал юм.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ 1. А. К. Акатов и соавт. Лизоцим как критерии патогенности стафилококков. Журн. микробиол., эпидемиол. и иммунобиологии 1979, № 9 с. 34—35.

2. Ч. Кантор, П. Шиммел Биофизическая химия Т-1 подред. А. А. Богданова, М., Мир, 1984. с. 34—35

3. Рахимова К. Р., А. И. Демидова. Углеводы и механизмы их усвоения Ташкент «Фан» УССР 1986 с. 7—12.

4. Фатеев Е. М. Э. Г. Щербакowa и др. Использование молочной смеси, обогащенной лизоцимом, при вскармливании новорожденных детей. Вop. охр. матер. и детст. № 6 1986 г 7—12.

ВОЗМОЖНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ЛИЗОЦИМНОЙ СМЕСИ ДЛЯ ПИТАНИЯ ДЕТЕЙ

Ч. Ишханд, Ш. Жадамбаа

Лизоцим в значительном количестве содержится в грудном молоке, который обладает выраженным антимикробным и антивирусным действием. Поэтому для обеспечения детей, лишенных материнского молока, полноценным питанием в настоящее время разрабатывают различные адаптированные смеси с биологическими активными веществами, среди них, лизоцимом.

В связи с этим мы приготовили лизоцимную смесь из яичного белка путем ферментативного гидролиза.

Результат работы показал, что лизоцимная смесь положительно влияет на рост стафилококков и *E. coli* гибель их наступает в течение 1—1, 2ч. при разведении (полученной смеси) до 1:8.

ЛЕКЦ, ТОЙМ, ЗӨВЛӨГӨӨ

ХҮҮХДИЙН ХООЛ БОЛОВСРУУЛАХ ЭРХТЭНИЙ ЭМГЭГ СУДЛАЛЫН ТУЛГАМДСАН АСУУДЛУУД

Доц. Э. Лувсандагва, Ч. Өлзийбүрэн, Л. Н. Цветкова
(Анагаах ухааны дэд эрдэмтэн)

Хүүхдийн хоол боловсруулах эрхтэний (ХБЭ) эмгэг судлал нь хүүхдийн өвчин судлалын шинжлэх ухааны нэг чухал хэсэг юм. ХБЭ-ний өвчний тархалт нь ЗХУ-ын янз бүрийн районд нэгэн түвшинд буюу 1000 хүүхдэд 80—100 тохиолдол байгаа бөгөөд ойрын 15—20 жилд дэлхийн хүн амын дунд 30—50% өсөх хандлагатайг тогтсоожээ. ЗХУ зэрэг оронд поли-клиникт үзүүлэгсдийн тоогоор энэ төрлийн эмгэгүүд амьсгалын замын өвчний дараа буюу 2-р байранд орж байна. Хүн амын өвчлөлийн бүтцэд ихээхэн хувийг эзлэн, нийгмийн эдийн засагт тодорхой хохирол учруулж, дэлхийн олон оронд тархалт нь өсөх хандлагатай зэргээс шалтгаалан ХБЭ-ний эмгэгийн нарийн мэргэжлийн тусламжийг хөгжүүлэх, боловсронгуй болгохын чухал нь харагдаж байна. ЗХУ-д хүүхдэд үзүүлэх 8 төрлийн нарийн мэргэжлийн тусламжийн тоонд хүүхдийн ХБЭ-ний эмгэгийн төрөлжсөн тусламж зүй ёсоор ордог.

ХБЭ-ний эмгэгүүд нь хүүхэд насанд өх үүсвэрээ олж, цаашид архагшин, насанд хүрэгсдийн өвчлөлд хүргэдэг нь тогтоогдсон тул эдгээр эмгэгийг эрт илрүүлэн, цаг тухайд нь эмчлэх, хянах нь насанд хүрэгсдийн өвчлөлөөс тодорхой хэмжээгээр урьдчилан сэргийлэх, хөдөлмөрийн чадвар алдалтыг багасгах нийгэм-анагаах ухааны ач холбогдолтой арга хэмжээ юм.

ХБЭ-ний эмгэг нь хүүхдийн эмч нарын анхварлыг эртнээс татаж байв. Манай зууны эхний хагаст хүүхдийн өвчлөл, үхэлд зөнхилох байр эзлэж байсан ходоод гэдэсний хүрч халдварт өвчний судлалд илүү анхварч байсан бол эдгээр өвчний тархалт буурах үед халдварын бус гаралтай архаг эмгэгүүдэд судлагчдын анхаарал төвлөхөц боллоо. Хүүхдийн анагаах ухааны практикт шинжилгээний орчин үеийн үр дүнтэй, оновчтой аргууд нэвтэрсэн явдал нь ХБЭ-ний урьд өмнө хүрч шинжилдэггүй байсан хэсгүүдийг судлах боломжийг нээж өглөө.

ХБЭ-ний архаг өвчнүүдийн тархалтыг судлаж үзэхэд уг системийн дээд хэсгийн эмгэг зөнхилох байр эзлэж байна. Ходоод, дээд гэдэс хаймсуурдах нь эдгээр эрхтэний үйл-оношийн орчин үеийн аргуудын эхлэл байв. Энэ аргыг боловсронгуй болгосноор улаан хоолой, ходоод дээд гэдэсний дотосд орчны хүчил болон ферментийн идээхийг тодорхойлох, халуун хүйтэн хөдөлгөөл, даралтыг хэмжих зэргээр уг эрхтэнүүдийн үйл ажиллагааны олон хэмжигдэхүүнүүдийг судлах бололцоо бий болжээ. Эдгээр нь улаан хоолой, ходоод,

12 хуруу гэдсэнд бүтцийн өөрчлөлт үүсэхээс өмнө үйл ажиллагааны алдагдлыг оношлох боломж олгохын зэрэгцээ эрүүл хүүхдийн ходоод шүүс-хүчил-фермент ялгаруулалтын хэвийн хэмжээг насны онцлогтой нь уялдуулан тогтоох судалгааны гол арга юм.

Саяхан болтол ХБЭ-ний дээд, доод хэсгийн болон цөсний замыг шинжлэх гол арга нь рентген шинжилгээ байв. Харин дуран шинжилгээ нэвтэрснээр ХБЭ-ий эмгэг судлалын хөгжилд «гайхамшигт дэвшилт» болсон юм. Энэ аргыг зөв эзэмшин, техникийн журмын дагуу хийхэд аюулгүй бөгөөд салст бүрхэвчийн байдал, олон тооны сфинктерийн үйл ажиллагааг нүдээр хараад зогсохгүй, салст бүрхэвчээр өчүүхэн жижиг хэсгийг авч гистологийн болон биохимийн аргаар шинжилж, эмгэгийн тархалт, өөрчлөлтийн үе шат, хэлбэр хэмжээг эсийн түвшинд тодорхойлох онош-лолын онцгой ач холбогдолтойгоос гадна, эмчилгээний үр дүнг бодитойгоор хянах хамгийн найдвартай арга болж байна. Уг шинжилгээний явцад ходоодны хүчлийн байдлыг тодорхойлох боломжтой юм. ЗХУ-ын хүүхдийн анагаах ухааны практикт дуран шинжилгээний аргыг нярай, дутуу нярай (биеийн жин 950 граммаас дээш үед) хүүхдэд хэрэглэж, нярай үед элбэг тохиолддог ХБЭ-ий хөгжлийн гажиг болон бүтэц-үйл ажиллагааны хямралыг оношлох, эмгэггүйг танин мэдэх, тайлбарлах, тухайлбал: улаан хоолой ходоод, ходоод дээд гэдэсний сфинктерийн бүтэц-үйл ажиллагааны төгс бус байдлыг онош-лоход ашиглаж байна. Шинжилгээний энэ арга нь бүтцийн өөрчлөлт бүхий олдмол өвчнүүд: үрэвсэл, шархлаа, хавдрыг эрт илрүүлээд зогсохгүй төрөлхийн гаралтай хөгжлийн гажгийг зөв оношлох, заримдаа уг эмгэгийн үед зайлшгүй хийж байсан мөс заслын эмчилгээний аргаас зайлсхийх боломжийг бий болгов. Улаан хоолойн эмгэгийг эрт илрүүлснээр өмөнд хүргэлгүй эмчлэх боломж бий болжээ.

Хүүхдийн эмнэлгийн практикт дуран шинжилгээний зэрэгцээ хэт богино авианы шинжилгээ нэвтэрсэн нь элэг, цөс, нойр булчирхайн эмгэгүүдийн оношлолд онцгой ач холбогдолтой болов. ХБЭ-ий янз бүрийн хэсгийн эмгэгийн онцлог нь дангаар бие даан тохиолдох нь ховор, харин ойр орчмын, хил залгаа хэсгүүдийн өөрчлөлттэй хавсран явагддагт оршино. Энэ нь эдгээр эрхтэний гарал үүсэл нэг, бүтэц-үйл ажиллагааны нягт уялдаа, цус, тунгалгийн

системийн болон мэдрэл-шингэний зохицолгооны онцлогтой холбоотой.

Орчин үед ХБЭ-ий эмгэгийн байршлыг оноож тогтоох, шалтгааныг олох, эмгэггүйг тайлбарлах явдал онцгой анхаарал татаж байна. ХБЭ-ий эмгэгийн бүтцэд ходоод дээд гэдэсний хавсарсан үрэвсэл-гастродуоденит хамгийн олонтаа тохиолддог бол ходоод, дээд гэдэс болон улаан хоолойн дагнасан үрэвслүүд (гастрит, дуоденит, эзофагит) «харьцангуй» ховор болох нь ажиглагдажээ. Ходоолны архаг үрэвсэл нь уг эрхтэний шархлааны урьдач нөхцөл мөн эсэх нь шийдэгдээгүй асуудлын нэг болж байна. Ходоод, дээд гэдэсний шархлаа нь (95%) дээд гэдэсний луковичийн хэсэгт 2/3 хувийн тохиолдолд олноор үүссэн байх бөгөөд цөөн тохиолдолд уг эрхтэний аль нэг хэсэгт, ганц хоёроор байрладаг болох нь тогтоогджээ. Дуран шинжилгээ нь ходоод, дээд гэдэсний шархлааг эрт илрүүлээд зогсохгүй, эмчилгээний үр дүнг хявах хамгийн найдвартай арга юм.

ХБЭ-ий эмгэгүүдээс нойр булчирхайн эмгэг нь нөхцөл бага судлагдсан хэсэгт орно. Нойр булчирхайн эмгэг нь дангаар тохиолдох нь ховор бөгөөд, элэг-цэсний замын болон дээд гэдэс-ходоолны эмгэгүүдтэй хавсарсан байдлаар олонтаа тохиолдоно. Ингэж хавсраад нэг талаас нойр булчирхайн эмгэгийн илрэх шинж тэмдэг бүрхэгддэг, нөгөө талаас уг эрхтэний бүтэц-үйл ажиллагааны алдагдлыг илрүүлэх шинжилгээний оновчтой арга дутагдалтай зэргийн улмаас уг эрхтэний эмгэг гүйцэд оношлогддоггүй байна. Нойр булчирхайн янз бүрийн гаралтай үрэвсэлт өвчнүүд элбэг тохиолддог боловч оношлогддоггүй удаан хугацаагаар явж архагшин, зэргэлдээх эрхтэний үрэвсэлт өөрчлөлтийг даамжруулах, эдгэрэлтийг нь удаашруулах зэрэг муу талтай байдлыг харуулж байна. Нойр булчирхайн үйл ажиллагаа-бүтцийн өөрчлөлтийг илрүүлэх зорилгоор амилаз болон түүний изоферментүүдийн идэвхийг цус, шээсэнд тодорхойлох, дээд гэдэсний шүүсийг биохимийн аргаар, булчирхайг хэт богино авлагаар шинжлэх аргыг анагаах ухааны практикт хэрэглэж байна.

Элэг-цэсний замын архаг өвчнүүдийг судлах нь хүүхдийн ХБЭ-ий эмгэг судлалын чухал зорилтын нэг. Энэ системийн өвчний оношлолд дээд гэдэсийг хаймсурдах, хураагуур судсанд толотгогч болс тарьж, рентгенээр цэсний гэрийн зураг авах, элэгний реографийн арга, радионотопийн болон хэт богино авианы аргуудыг хэрэглэж байна. Хэт богино авианы арга нь хялбар, өвчтөний зүгээс онцын бэлтгэл шаардаггүй бөгөөд оношлох хүчин чадал сайтайгаараа бусад аргаас давуутай. Цэсний гэр, замын үйл ажиллагааны хямралыг эрт үед нь оношлох эмчлэх нь элэгний гаднах цэсний зогсонгошил, цэсний гэрийн архаг үрэвсэл, чулуу зэрэг бүтцийн өөрчлөлт бүхий архаг өвчнүүдээс урьдчилан сэргийлэх гол арга болж байна.

Нарийн, бүдүүн гэдэсний эмгэг нь хүүхдийн ХБЭ-ий эмгэгүүдээс харьцангуй бага судлагдсан бүлэг юм. Энэ нь рентген, шулуун гэдэс дурандахаас өөр арга байх-

гүй байсантай холбоотой. Нарийн гэдэсний салст бүрхэвчийн шинэх үйл ажиллагааны хямралын хамшинжүүд, тухайлбал: түүний удмын гаралтай хэлбэрийн гол төлөөлөгч-целиаки болон лактоз ферментийн дутмагшлын хамшинж нь шийдэгдээгүй асуудлын нэг юм. Саяхан болтол бүдүүн гэдэсний эмгэгийн гол хэлбэр нь бүдүүн гэдэсний өвөрмөц бус шархлаа, Кроны өвчин гэж үзэж байв. Улс орон бүрд үрэвслийн бусад хэлбэрүүдийг янз янзаар тайлбарладаг. Архаг явцтай өвөрмөц бус суулгалтыг зарим оронд «бүдүүн гэдэсний салстын цочролын хамшинж» гэж үздэг бол ЗХУ-д «нарийн, бүдүүн гэдэсний халдварын дараах үрэвсэл» (постинфекционный энтероколит) гэж тооцдог бөгөөд үүний үндэс нь салст бүрхэвч дэх тэжээл хямрал-үрэвслийн процесс юм. Энэ маргаантай асуудлыг дуран шинжилгээгээр нарийн-бүдүүн гэдэсний дуран хүрэхүйц хэсгийн салстыг харах, биопси авч бүтэц-үйл ажиллагааны хямралын шинж чанар, хэлбэр, тархалтыг тогтоосны үндсэн дээр шийдэх юм.

Манай оронд хүүхдийн ХБЭ-ий эмгэг судлалын хөгжилт нь хүүхдийн өвчин судлалын бусад салбарын түвшингөөс харьцангуй хоцрогдолтой байна. ЗХУ зэрэг орны судлаачдын тогтоосон нийгэм-анагаах ухааны хүчин зүйлс, мөн тэдгээр оронд хүүхдийн ХБЭ-ий эмгэг судлалын салбарт олсон амжилт зэргийг тооцон, энэ салбарыг зохион байгуулалтын хувьд бэхжүүлэн, тодорхой төлөвлөгөө, зорилттой хөгжүүлэх хэрэгцээ гарч байна. Тухайн салбарын цаашдын ажиллагаанд нарийн мэргэжлийн боловсон хүчний бэлтгэл зохих техник, тоног төхөөрөмж, шинжилгээний орчин үеийн хэрэгслүүдийн оновчтой сонголт ихээхэн ач холбогдолтой.

Онош эмчилгээ, урьдчилан сэргийлэх болон сувиллын газруудыг зөвөөр зохион байгуулах, судалгаанд шинжилгээний нэгдсэн аргазүйг хэвшүүлэх нь чухал юм. Манай орны нөхцөлд хэрэглэж байгаа ХБЭ-ий эмгэгийн оношлох аргуудыг боловсронгуй болгох, элбэг тохиолдож байгаа өвчнүүдийн шалтгаан-эмнэлзүйн онцлогийг байгаль-цаг уурын өвөрмөц байдал, монгол хүүхдийн анатоми-физиологийн болон хоол тэжээлийн онцлог зэрэгтэй уялдуулан судлах явдал шаардлагатай байна.

Онош эмчилгээ, хяналтын эрэмбэ дараа, шатчилсан байдлыг нягт нямбай баримтлах нь энэ төрлийн эмгэгтэй өвчтөнийг эмчлэн эдгэрүүлэх үндсэн нөхцөл болдог. Юуны өмнө Улаанбаатар хотын райодын ба аймгуудын хүүхдийн поликлиник, амбулаториг гастроэнтерологийн кабинетыг, райодын ба аймгийн нэгдсэн, сум дундын эмнэлгүүдэд төрөлжсөн палат, хүүхдийн хоолны сувилал байгуулах, мэргэжилтээр хангах ажлыг зохих журмын дагуу хийх нь эн тэргүүний зорилт болж байна. Нийслэл болон төвлөрсөн хотуудын хоолны сувиллын газрууд хүүхдэд зориулсан ширээг гарган үйлчлэх нь зүйтэй юм.

ХБЭ-ий архаг өвчнийг идэвхтэй илрүүлэх зорилгоор нийтийг хамарсан урьд-

чилан сэргийлэх үзлэгийг сургууль, цэцэрлэгээр зохион байгуулах, шаардлагатай хүүхдийг цаашид бүрэн шинжлэх, илэрсэн архаг өвчтэй хүүхдийг диспансерийн хяналтад авах, өвчний үе шат, хэлбэрт тохирсон эмчилгээг цаг алдалгүй хийх нь өвчлөлийг бууруулан, насанд хүрэгсдийн ХБЭ-ий өвчлөлөөс урьдчилан сэргийлэх гол арга юм.

ХБЭ-ий эмгэгийн үүслийг нөхцөлдүүлдэг олон тооны «эгзэгтэй хүчин зүйлсийг» тооцоолж, урьдчилан сэргийлэх арга хэмжээг онолын үндэстэйгээр явуулж байх нь уг төрлийн эмгэгүүдээс сэргийлэх гол нөхцөл болдог. ХБЭ-ий өвчлөлөөс урьдчилан сэргийлэх, бууруулахын тулд шинжлэх ухааны үндэстэй зөв хооллох, явдал ний-

тийн анхаарлыг татаж байна. ЗХУ зэрэг орны эрүүлийг хамгаалах болон боловсролын системийн практик ажиллагааны жишээгээр сургуулиудыг цайны газартай болгох, хүүхдийн насны онцлог, цаг улирлын байдалд тохирсон чанар сайтай хоол ундаар үйлчлэх нь сургуулийн насны хүүхдийн хоол боловсруулах эрхтэний эмгэгээс урьдчилан сэргийлэхэд зайлшгүй хэрэгтэй Архаг өвчний үүсэлд хүргэдэг гол хүчин зүйлсийн тоонд ХБЭ-ий хурц халдварт өвчнүүд: гэдэсний явз бүрийн гаралтай хурц халдварууд, вирусийн гаралтай элэгний хурц үрэвсэл зэрэг орно. Иймд эдгээр өвчний өвчлөлийг бууруулах, өвчилвөл төгс эмчлэх, дараах үеийн хяналтыг зөв явуулах нь урьдчилан сэргийлэх арга хэмжээний салшгүй хэсэг юм.

УЛААНБААТАР ХОТЫН НАСАНД ХҮРЭГЧДИЙН ГУУРСАН ХООЛОЙН ТЭЛЭГДЭЛТИЙН ӨВЧЛӨЛ

Ш. Жигжидсүрэн Б. Гомбосүрэн

Сүүлийн жилүүдэд уушгины өвөрмөц биш архаг өвчнөөр (УӨБАӨ) өвчлөх нь гадаадын олон оронд мэдэгдэм ихсэх хандлагатай байна. (Н. В. Путов, В. Л.

Толузаков, Ю. Н. Левашов, 1984; Н. Р. Палеев, Л. Н. Царькова, А. И. Борохов, 1985; А. А. Бейсебаев, Л. И. Иоффе, 1982) Манай оронд УӨБАӨ-өөр өвчлөх нь

Хүснэгт I

Улаанбаатар хотын насанд хүрэгчдийн дунд УӨБАӨ-ний тархалт 1000 хүн амд (1989 оны байдлаар)

Насны бүлэг	УӨБАӨ 1000 хүн амд				Хүйс			
	шинжил-гээнд орсон бүх хүн	илэрсэн УӨБАӨ	1000 хүн амд ногдох УӨБАӨ (P±m)	P	Хүйс эр эм	УӨБАӨ	1000 хүн амд (P±m)	P
16—19	2197	127	57,8±4,9	—	эр 908 эм 1289	72 55	79,2±8,9 42,6±5,6	<0,00 05
20—29	4985	418	83,8±3,9	<0,0001	эр 1656 эм 3329	183 235	110,5±7,7 70,5±4,4	<0,00 01
30—39	3325	500	150,3±6,1	<0,0001	эр 1339 эм 1986	299 201	223,8±11,3 101,2±6,7	<0,00 01
40—49	1894	410	216,4±9,4	<0,0001	эр 784 эм 1110	227 183	289,5±16,1 164,8±11,1	<0,00 01
50—59	1851	445	240,4±9,9	>0,05	эр 780 эм 1071	221 224	283,3±16,1 209,1±12,4	<0,00 05
60-с дээш	2425	923	380,6±9,8	<0,0001	эр 1125 эм 1300	412 511	366,2±14,3 393,0±13,5	<0,00 05
БҮГД	16677	2823	169,2±2,9	—	эр 6592 эм 10085	1414 1409	214,5±5,0 139,7±3,4	<0,00 01

Улаанбаатар хотын насанд хүрэгчдийн дунд ГХТӨ-ний тархалт үзлэгт хамрагдсан 1000 хүн амд (1999 оны байдлаар)

Насны бүлэг	ГХТӨ 1000 хүн амд				Хүйс			
	илэрсэн УӨБАӨ	илэрсэн ГХТӨ	1000 хүн амд ногдох ГХТӨ ($P \pm m$)	P	Хүйс эр эм	ГХТӨ	1000 хүн амд ($P \pm m$)	P
16—19	2197	29,4	13,38±2,4	—	эр 908 эм 1289	20 10	22,0±4,8 7,75±2,4	<0,01
20—29	4915	75,9	15,22±1,7	>0,05	эр 1656 эм 3329	42 33,6	25,3±3,8 10,0±1,7	<0,0005
30—39	3325	58,4	17,56±2,2	>0,05	эр 1339 эм 1986	30 27,4	22,4±4,0 13,79±2,6	>0,05
40—49	1894	32,9	17,37±3,0	>0,05	эр 784 эм 1110	23 7,5	29,33±6,0 6,75±2,4	<0,0005
50—59	1851	29,4	15,88±2,9	>0,05	эр 780 эм 1071	21 11,5	26,9±5,7 10,73±3,1	<0,01
60-с дээш	2425	33,0	13,60±2,3	>0,05	эр 1125 эм 1300	16 17	14,22±3,5 13,0±3,1	>0,05
бүгд	16677	25,9	15,33±0,95	—	эр 6592 эм 10085	152 107	23,22±1,8 10,02±0,95	<0,0001

харьцангуй өндөр байгаа бөгөөд (Г. Цогт 1987, Е. Бодхүү, Ц. Мухар, М. Т. Максимова, А. Г. Марченко, 1988) түүний дотор гуурсан хоолой тэлэгдэх өвчин (ГХТӨ) хөдөлмөрийн насны хүмүүст нэлээд элбэг тохиолдож тэдний хөдөлмөрийн чадварыг удаан хугацаагаар алдагдуулах, тахир дуутуу болгох нь элбэг юм.

УӨБАӨ-ний дотор ГХТӨ нь ЗХУ-д 1,5—3,2% (В. Н. Молотков, О. М. Иванюта, 1985) байхад, манай пульмонологийн нэг тасагт хэвтэн эмчлүүлэгчдийн дотор 16,2% (А. Н. Лаптев, Ж. Цэрэжанд, Г. Цогт, Н. Түвшинбат 1987) эзэлж байна. Иймээс ГХТӨ-ний тархалтыг тогтоож, эмчилгээ оношлыг боловсронгуй болгох нь цаг үеийн чухал асуудлын нэг болж байгаа учраас Улаанбаатар хотын насанд хүрэгчдийн дунд ГХТӨ-ний тархалтыг тогтоох оролдлого хийсэн юм.

Флюорографийн шинжилгээгээр илэрсэн УӨБАӨ-тэй бүх хүмүүст бронхографийн шинжилгээ хийх боломжгүй байдаг учраас ГХТӨ-ний тархалтыг үнэн зөвөөр тодорхойлох боломж хомс байдаг. (Н. Р. Палеев, Н. Л. Царькова, А. И. Борохов 1985).

Улаанбаатар хотын насанд хүрэгчдийн дунд ГХТӨ-ний тархалтыг тогтоох судалгаанд орсон хүмүүсийг нас, хүйсийг харгалзан гурван үе шатаар судлав.

1. Флюорографийн шинжилгээнд орсон бүх хүний флюорограммыг мэргэжлийн (рентгений) эмчтэй хамтран уншиж УӨБАӨ-тэй хүмүүсийг илрүүлэн тогтоож, эдгээр хүмүүсээс ГХТӨ-г нь ялган авч хоёр дахь үе шатны судалгаанд оруулав.

2. Флюорографийн шинжилгээнд ГХТӨ-тэй гэж тогтоогдсон бүх хүмүүсийг судалгааны тусгай картын дагуу анамнезын аргаар дахин тодотгож үзэхэд тодорхой тооны хүмүүст ГХТӨ илрээгүй болно.

3. Флюорографийг анамнезын аргатай хослуулан судлаад ГХТӨ-тэй тодорхой тооны хүнд бронхографийн шинжилгээг түүвэрлэн хийж, онош нь бүрэн батлагдсан хүндээ статистикийн боловсруулалт хийх замаар тархалтыг тогтоов.

Флюорографийн шинжилгээнд бүгд 16677 хүн орсноос 2823 (169,2±2,9%) хүн УӨБАӨ-тэй гэж тогтоогдсоноос эрэгтэй 1414 (214,5±5,0%), эмэгтэй 1409 (139,7±3,4%) буюу эрэгтэй нь эмэгтэйд гээсээ 1,5 дахин илүү өвчилж байна ($P <$

Улаанбаатаар хотын насанд хүрэгчдэд илэрсэн УӨБАӨ-ний дотор
ГХТӨ-ний эзлэх хувь. УӨБАӨ илэрсэн 1000 хүнд.
(1989 оны байдлаар)

насны бүлэг	1000 УӨБАӨ-д ногдох ГХТӨ				Хүйс			
	илэрсэн УӨБАӨ	илэрсэн ГХТӨ	1000 УӨБАӨ-д ГХТӨ ($P \pm m$)	P	Хүйс эр эм	ГХТӨ	1000 УӨБАӨ хүнд ($P \pm m$)	P
16—19	127	29,4	231,5±37,4	—	эр 72 эм 55	20 10	277,7±52,7 181,8±52,0	>0,05
20—29	418	75,9	181,5±18,8	>0,05	эр 183 эм 235	42 33,6	229,5±31,0 142,9±22,8	<0,05
30—39	500	58,4	116,8±14,3	<0,05	эр 299 эм 201	30 27,4	100,3±17,3 136,3±24,2	>0,05
40—49	410	32,9	80,2±13,4	>0,05	эр 277 эм 183	23 7,5	101,3±20,0 40,9±14,6	<0,05
50—59	445	29,4	66,0±11,7	>0,05	эр 221 эм 224	21 11,5	95±19,7 51,3±14,7	>0,05
60-с э эш	923	33,0	35,7±6,1	<0,05	эр 412 эм 511	16 17	38,8±9,5 33,2±7,9	>0,05
БҮГД	2823	259	91,7±5,4	—	эр 1414 эм 1409	152 107	107,4±8,2 75,9±7,0	<0,001

0,0001) (1-р хүснэгт) Нас ахих тутам УӨБАӨ-ний илрэлт нэмэгдэж байв ($V_{xy} = 0,98$), ($P < 0,0001$).

Флюорографийн шинжилгээгээр УӨБАӨ-тэй гарсан 2823 хүнээс 415-д ГХТӨ тогтоогдож эдгээр хүмүүсийг анамнезын аргаар дахин судлахад 323 хүнд ГХТӨ батлагдаж, 92 хүнд үгүйсгэгдэв.

Флюорографийн анамнезийн аргатай хослуулан судалсны дүнд ГХТӨ-тэй нь батлагдсан 323 хүний нас, хүйсийг нь харгалзан 76 (23,5%) -д бронхограммын шинжилгээ хийхэд 61 (80,2%) -д нь ГХТӨ бүрэн батлагдсан болно. ГХТӨ-тэй байвал зохих хүний тоо эхний хоёр аргаар батлагдсан бүх хүний 259 буюу 80,2%-ийг эзэлж байна.

ГХТӨ-ний тархалтыг тогтоох зорилгоор 3 үе шатаар судалгаа явуулахад 259 (15,33±0,95%) хүнд ГХТӨ батлагдав. Үүнээс эрэгтэй 152 (23,22±1,8%), эмэгтэй

107 (10,02±0,95%) буюу эрэгтэй нь эмэгтэйдээсээ 2,3 дахин илүү олон ($P < 0,0001$) байна. (хүснэгт 2) ГХТӨ-өөр өвчлөх нь насны бүлэгтэй ямар нэг холбогдолгүй ($V_{xy} = 0,05$), ($P > 0,05$) байна.

УӨБАӨ-тэй 2823 хүнээс 259 (91,7±5,4%) -д ГХТӨ тогтоогдов. Үүнээс эрэгтэй 152 (107,4±8,2%), эмэгтэй 107 (75,9±7,0%) байв. (Хүснэгт 3).

ГХТӨ-ний тархалтыг тогтоох 3 аргыг хооронд нь харьцуулан аль арга нь илүү давуутайг тогтоов. ГХТӨ-ийг илрүүлэхэд флюорографийн аргыг анамнезын аргатай хослуулан хэрэглэх нь дан ганц флюорографийн аргаар судлахаас үнэхээр давуутай сайн арга болох нь батлагдаж байна. ($X^2 = 963,5$), ($P < 0,0001$). Энэ 2 аргыг зөв сайн хэрэглэвэл ач холбогдолоороо бронхографийн шинжилгээний аргад ойртож ($X^2 = 0,21$), ($P > 0,05$) байна.

Хүснэгт 3

Улаанбаатар хотын насанд хүрэгчдэд илэрсэн УӨБАӨ-ний дотор
ГХТӨ-ний эзлэх хувь. УӨБАӨ илэрсэн 1000 хүнд.
(1989 оны байдлаар)

насны бүлэг	1000 УӨБАӨ-д ногдох ГХТӨ				Хүйс			
	илэрсэн УӨБАӨ	илэрсэн ГХТӨ	1000 УӨБАӨ-д ГХТӨ (ор ГХТӨ ($P \pm m$))	P	Хүйс эр эм	ГХТӨ	1000 УӨБАӨ хүнд ($P \pm m$)	P
16—19	127	29,4	231,5±37,4	—	эр 72 эм 55	20 10	277,7±52,7 181,8±52,0	>0,05
20—29	418	75,9	181,5±18,8	>0,05	эр 183 эм 235	42 33,6	229,5±31,0 142,9±22,8	<0,05
30—39	500	58,4	116,8±14,3	<0,05	эр 299 эм 201	30 27,4	100,3±17,3 136,3±24,2	>0,05
40—49	410	32,9	80,2±13,4	>0,05	эр 277 эм 183	23 7,5	101,3±20,0 40,9±14,6	<0,05
50—59	445	29,4	66,0±11,7	>0,05	эр 221 эм 224	21 11,5	95±19,7 51,3±14,7	>0,05
60-с э эш	923	33,0	35,7±6,1	<0,05	эр 412 эм 511	16 17	38,8±9,5 33,2±7,9	>0,05
БҮГД	2823	259	91,7±5,4	—	эр 1414 эм 1409	152 107	107,4±8,2 75,9±7,0	<0,001

0,0001) (1-р хүснэгт) Нас ахих тутам УӨБАӨ-ний илрэлт нэмэгдэж байв ($V_{xy} = 0,98$), ($P < 0,0001$).

Флюорографийн шинжилгээгээр УӨБАӨ-тэй гарсан 2823 хүнээс 415-д ГХТӨ тогтоогдож эдгээр хүмүүсийг анамнезын аргаар дахин судлахад 323 хүнд ГХТӨ батлагдаж, 92 хүнд үгүйсгэгдэв.

Флюорографийг анамнезийн аргатай хослуулан судалсны дүнд ГХТӨ-тэй нь батлагдсан 323 хүний нас, хүйсийг нь харгалзан 76 (23,5%) -д бронхограммын шинжилгээ хийхэд 61 (80,2%) -д нь ГХТӨ бүрэн батлагдсан болно. ГХТӨ-тэй байвал зохих хүний тоо эхний хоёр аргаар батлагдсан бүх хүний 259 буюу 80,2%-ийг эзэлж байна.

ГХТӨ-ний тархалтыг тогтоох зорилгоор 3 үе ялгаар судалгаа явуулахад 259 (15,33±0,95%) хүнд ГХТӨ батлагдав. Үүнээс эрэгтэй 152 (23,22±1,8%), эмэгтэй

107 (10,02±0,95%) буюу эрэгтэй нь эмэгтэйдээсээ 2,3 дахин илүү олон ($P < 0,0001$) байна. (хүснэгт 2) ГХТӨ-өөр өвчлөх нь насны бүлэгтэй ямар нэг холбогдолгүй ($V_{xy} = 0,05$), ($P > 0,05$) байна.

УӨБАӨ-тэй 2823 хүнээс 259 (91,7±5,4%) -д ГХТӨ тогтоогдов. Үүнээс эрэгтэй 152 (107,4±8,2%), эмэгтэй 107 (75,9±7,0%) байв. (Хүснэгт 3).

ГХТӨ-ний тархалтыг тогтоох 3 аргыг хооронд нь харьцуулан аль арга нь илүү давуутайг тогтоов. ГХТӨ-ийг илрүүлэхэд флюорографийн аргыг анамнезын аргатай хослуулан хэрэглэх нь дан ганц флюорографийн аргаар судлахаас үнэхээр давуутай сайн арга болох нь батлагдаж байна. ($X^2 = 963,5$), ($P < 0,0001$). Энэ 2 аргыг зөв сайн хэрэглэвэл ач холбогдолоороо бронхографийн шинжилгээний аргад ойртож ($X^2 = 0,21$), ($P > 0,05$) байна.

БӨӨРНИЙ ТҮҮДГЭНЦЭРИЙН ҮРЭВСЛИЙН ШАЛТГААНЫГ СУДЛАХ АСУУДАЛД

Ц. Цэцэгмаа (АУДС-ийн аспирант)

Сүүлийн жилүүдэд хүүхэд залуучууд, хөдөлмөрийн насны хүмүүсийн (ихэвчлэн эрэгтэйчүүдийн) дунд бөөрний түүдгэнцэрийн үрэвсэл (БТҮ) улам ихсэх хандлагатай болж сургуулиас завсардах, хөдөлмөрийн чадвар алдалт, эндэгдлийн гол шалтгааны нэг болсон нь эмч, судлагчдын анхаарлыг ихээхэн татах боллоо.

БТҮ-1963 онд 10000 хүнд 11,2 тохиолдож байсан бол 1976 онд 14,8 болж (5, 16, 21) 1986 оны байдлаар 4130 хүүхдийн 12,3%-д уг эмгэг илэрсний зэрэгцээ (9), БТҮ-тэй өвчтөний 86% нь залуучууд, дунд хирийн насны хүмүүст (28) тохиолдож, сүүлийн үед настай хүмүүс ч өвчлөх болжээ (10).

Улаанбаатар хотын хүүхдийн клиникийн төв эмнэлэгт 1965—1969 онд хэвтэж эмчлүүлсэн бөөрний эмгэгтэй хүүхдийн 67,5% (26), 1974—1979 онд 61,8% нь БТҮ-тэй (3) байжээ. 1985 оны БНМАУ-ын хүн амын өвчлөлийн судалгаагаар БТҮ, хавагнах хам шинжийн хамт бөөр, шээс, бэлгийн замын өвчний дотор 34,5%-г эзэлж байгаа нь уг өвчин манайд ихээхэн элбэг тохиолдож байгааг гэрчилж байна.

Ийнхүү элбэг тохиолддог БТҮ нь бүрэн төгс эмчилгээгүй, бөөрний архаг дутмагшлын (БАД) үндсэн шалтгааны нэг болдог (15, 17). БТҮ-ийн ямар хэлбэр байгаагаас хамааран 2—20 жилийн дотор БАД-үүсдэг (13) бөгөөд БАД-ын 50% нь БТҮ-тэй холбоотой гэж (11) үзэж байна.

Сүүлийн жилүүдэд БТҮ-ийн эмгэг замын эмчилгээг бүрэн шийдэх боломжгүйг харгалзан уг эмгэгийг үүсгэх шалтгааныг судлаж урьдчилан сэргийлэх арга замыг эрж хайх нь зүйтэй гэж 1986 оны Бүх холбоотын нефрологчдын III их хурал, 1986 оны социалист орнуудын хүүхдийн эмч нефрологч нарын IV их хурал, мөн 1987 оны Бүх хол-

боотын дотрын эмч нарын XIX их хурлаас үзжээ.

БТҮ нь халдвар харшлын гаралтай бөгөөд үүсгэдэг шалтгаанаас нь хамааруулан түүнийг халдварын ба халдварын бус гаралтай гэж хоёр хуваадаг.

Халдварын гаралтай БТҮ-г үүсгэгч гол шалтгаанд цус задлах стрептококк (А бүлэг), стафилакокк, пневмококк болон бусад микробуудаар үүсдэг архаг голомтот халдварууд болох гүйлсэн булчирхайн архаг үрэвсэл, шүд хорхойтох өвчин, арьсны идээт үрэвслүүд, амьсгалын дээд замын үрэвсэлт өвчнүүд, буглаа, дунд чихний архаг идээт үрэвсэл зэрэг өвчнүүд зонхилох хувийг эзэлдэг (14, 7, 11, 24, 26, 29, 30).

Энэхүү архаг голомтот халдваруудаар өвчилснөөс хойш 7—21 хоногийн дараа БТҮ үүсдэг.

Ер нь янз бүрийн халдварууд нь БТҮ-г үүсгэх шалтгааны 90 гаруй хувийг эзэлдэг (4).

Вьетнамд БТҮ-н 56,8% нь арьсны идээт өвчнөөр, 28,6% нь чих хамар хоолойн архаг голомтот өвчнөөр (11), Москвад 32% нь амьсгалын дээд замын үрэвслээр, 18% нь гүйлсэн булчирхайн үрэвслээр (7), Ленинградд 59,6% нь архаг голомттой халдвараар, (4), Карагандад 33,3% нь гүйлсэн булчирхайн хурц архаг үрэвслээр (24) тус тус үүсчээ. Үүнээс үзэхэд БТҮ-г үүсгэх янз бүрийн халдварууд харилцан адилгүй байгаа нь ажиглагдаж байна. Манайд 1973 онд БТҮ-тэй 150 хүүхдэд хийсэн судалгаанаас (26) үзэхэд 13,3% нь гүйлсэн булчирхайн хурц, 23,9% нь архаг үрэвсэлтэй, 27,3% нь шүд цоорох өвчтэй байжээ. Энэ нь халдварын гаралтай БТҮ манайд ямар байгааг эргэж харах шаардлага байгааг харуулж байна.

БТҮ үүсэхэд вирусийн гаралтай халдварууд (халдварт шар, салхин

цэцэг, улаанбурхан, гахай хавдар гэх мэт) ихээхэн нөлөөлдөг (24,23). БТҮ-тэй 162 хүүхдийн 2/3 нь амьсгалын дээд замын вирусын гаралтай өвчинтэй байжээ (24). 1973 онд манайд хийсэн судалгаагаар БТҮ-тэй 150 хүүхдийн 27% нь салхин цэцгээр өвчилсны улмаас бөөрний эмгэгт өртжээ (26,27).

БТҮ нь сүрьеэ, тэмбүү зэрэг халдварт өвчний үед илрэхийн зэрэгцээ Шенлейн Генохын өвчний үед хавсран тохиолддог, БТҮ-ийн шалтгааны 17%-ийг халдварт өвчин эзэлж байна (7). 1973 онд БТҮ-тэй 150 хүүхдийн 1,3% нь Шенлейн Генохын өвчний гаралтай байжээ (27). Тэгтэл 1967 онд Шенлейн Генохын өвчин Улсын хүүхдийн клиникийн эмнэлэгт хэвтэж эмчлүүлсэн хүүхдийн 0,34%-г эзлэж байсан бол 1987 онд 2,6% болтлоо өсчээ (25). Үүнээс үүдэн Шенлейн Генохын өвчин БТҮ үүсэхэд хэрхэн нөлөөлж байгааг тогтоох асуудал зүй ёсоор шаардагдаж байна.

Өнөөдөр манайд халдварт шар, сүрьеэ, тэмбүү зэрэг халдварт өвчнүүд буурахгүй байгаа нь БТҮ үүсэхэд ямар нэг хэмжээгээр нөлөөлж байна гэдэг нь эргэлзээгүй.

БТҮ-ийн 10% орчим нь тухайлбал цус, сийвэн юүлэх, урьдчилан сэргийлэх тарилга хийхэд болон төрөл бүрийн харшлын үед үүсдэг.

БТҮ-ийн 7% нь янз бүрийн харшилтай (7), 2% нь вакцин хийлгэсэнтэй холбоотой (4) үүсдэг. Мөн төрөл бүрийн хордлого, архи уух, тамхи татах, бөөр шээсний замын төрөлхийн гажиг хөгжил, бие галбир, удамшлын шалтгаантай холбоотой БТҮ үүсдэг (18, 2, 19).

Бөөрний эмгэгтэй 805 хүүхдийн 33% нь БТҮ байсны гуравны хоёр нь бөөр шээсний замын эрхтэний, 4% нь бөөрний судасны гажиг хөгжилтэй байжээ (6). 1986 онд Ленинградын хэсэг судлагчид (19) 112 өрхийг удмын зургаар нь судлаж үзэхэд БТҮ-тэй 87 хүүхэд илэрсний 25 нь хүүхдийн эцэг, эх, төрөл, төрөгсөд нь БТҮ-тэй байжээ. ЗХУ, БНАГУ, БНСЧСУ, БНУАУ, БНМАУ-ын сүүлийн 10 жилд явуулсан хамтарсан судалгаагаар

(8) БТҮ-н удамшлын шалтгааныг нарийвчлан судлах шаардлагатай байгаа нь тогтоогджээ.

БТҮ үүсэхэд төрөлтийн болон эмэгтэйчүүдийн эмгэгүүд нэлээд нөлөөтэй (12). Манай оронд энэхүү эмгэгүүд БТҮ үүсэхэд хэрхэн нөлөөлж байгаа нь одоогоор судлагдаагүй байна. Гэвч амьдралд өргөн тохиолддог дээр дурдсан халдварт болон халдварт бус шалтгаануудын нөлөөгөөр хүн бүр БТҮ-ээр өвддөггүй. Энэ нь юуны түрүүнд хувь хүний ажил амьдралын нөхцөл, нас, хүйсний онцлог, биеийн эсэргүүцэл, мэдрэх чадвараас хамаардаг. Тухайлбал хэтэрхий даарах нь БТҮ-н шалтгааны 12,2%-ийг эзэлдэг (4). БТҮ-ээр эрэгтэйчүүд эмэгтэйчүүдээс 2—3 дахин их өвчилдөг (21, 22, 28).

В. К. Серкова, Т. Ф. Мазур болон бусад судлагчдын (20) үзсэнээр БТҮ-тэй 300 хүний 20% нь мэргэжлийн хортой нөлөөнөөс (хэт даарах 65%, доргон 15%, удаан жугацаагаар зогсож ажилласнаас 6%) болж уг эмгэг үүсчээ.

Цаг уур, газарзүйн янз бүрийн бүсэнд орших 17 мянган хүүхдэд эпидемиологийн судалгаа хийж үзэхэд дунд болон нам уулын бүс, тал газар, үйлдвэрийн районд амьдардаг хүүхдүүдэд бөөрний эмгэг илүүтэй тохиолдож байна (1).

Нөгөө талаар бөөрний түүдгэнцэрийн хурц үрэвслийн (БТХУ) 50% нь архаг хэлбэрт шилжиж хөдөлмөрийн чадвар алдалтын болон эндэгдлийн нэг шалтгаан болдог (22). БТХУ-ээр өвдөөд насанд хүрсэн хүн 1 жилийн турш (хүүхэд 2 жилийн турш) хавагнан, цусны даралт нь ихсэж, шээсээр уураг (1 г/л дээш) ялгарч байвал архаг хэлбэрт шилжлээ гэж үздэг (22).

БТХУ архагших нь өвчний эхлэл явц, эмнэлзүйн хэлбэр, өвчин үүсгэгчийн хоруу чанар, хурц үеийн эмчилгээний үр дүн, дэглэм сахилт зэрэг олон шалтгаанаас хамаардаг. БТХУ-г архагшуулах шалтгаан манайд одоогоор судлагдаагүй байна.

Эрс тэс уур амьсгалтай, хангай, говь, тал хээр хосолсон өргөн уудам нутагтай, хот хөдөөгийн хүмүүсийн амьдралын нөхцөл ихээхэн

ялгаатай манай орны хувьд БТҮ-ийн шалтгаан, түүнийг архагшуулах хүчин зүйлийг судлан урьдчилан сэргийлэх оновчтой арга боловсруулах асуудал эрүүлийг хамгаалахын тулгамдсан зорилтын нэг болж байна.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ.

1. Д. В. Албегова, Е. Г. Темуриди. Эпидемиология и картограммы распространенности нефропатии в различных климато-географических регионах В кн: Тезисы докладов IV симпозиума педиатров-нефрологов социалистических стран. -Москва, 1986, с. 3.

2. У. Б. Балтаев, Б. Г. Тусупкалиев — Распространенность структура болезней мочевой системы у детей г. Актюбинска. В кн: Тезисы докладов IV симпозиума педиатров-нефрологов социалистических стран. -Москва, 1986, с. 4.

3. О. В. Виноградский Принципы профилактики и диспансеризации больных с заболеваниями почек. Всесоюзный съезд нефрологов 3-й: Тезисы докладов. Киев, 1986, Т. 1., С. 16.

4. Басбиш Батмунхийн. К характеристике диффузного гломерулонефрита у детей г. УБ. в процессе динамического наблюдения и лечения: Дис. канд. мед. наук. УБ, 1979, с. 4—60.

5. В. Г. Григорьев, К. И. Журавлева, С. И. Рябов. К организация этапной специализированной помощи нефрологическим больным Сов. мед. 1977. № 11, с. 123—126.

6. Э. М. Дегярега, В. В. Фокеева, О. Ю. Турпикто. Значение факторов предрасположенности в развитии гломерулонефрита у детей Всесоюзный съезд нефрологов, 3-й: Тезисы докладов-Киев 1986, Т. 1, с. 78.

7. А. А. Ефимова, С. Э. Шляхтина, В. П. Непомнящий и др. Эпидемиология болезни мочевой системы среди детского населения СССР. В кн: Тезисы докладов IV симпозиума педиатров-нефрологов социалистических стран. -Москва, 1986, с. 6—7.

8. М. С. Игнатов (СССР), П. Гросмани (ГДР) О. Павковичкова (ЧССР), М. Мельтения и Д. Шулер (ВНР), Э. Лувсандарва (МНР). Проблемы и перспективы научных исследований по детской нефрологии в ряде стран социалистического содружества. В. Кн: Тезисы докладов IV симпозиума педиатров-нефрологов социалистических стран. М. 1986, с. 7.

9. С. М. Кабулова, Х. Д. Аминов Распространенность наследственных и врожденных нефропатии по данным массового обследования детей города Душанбе. Всесоюзный съезд нефрологов, 3-й: Тезисы докладов. -Киев, 1986. Т. 1. с. 27.

10. О. П. Кузнецова, П. А. Воробьев, Л. И. Дворецкий и др. Лечение острого гломерулонефрита у лиц пожилого возраста. Тер. арх. 1987. № 8. с. 128—130.

11. Ле-Нам-Ча, Чан-Динь-Лонг, Дан-Нгует-Бинь. Течение и исход нефропатий по данным центрального института охраны здоровья детей Вьетнама в периоды 1974—1978 и 1981—1984 годы.

В кн: Тезисы докладов IV симпозиума педиатров-нефрологов социалистических стран. -Москва, 1986, с. 52.

12. И. И. Логвинова, Математическая оценка факторов риска возникновения заболеваний почек у детей. Всесоюзный съезд нефрологов, 3-й: Тезисы докладов. Киев, 1986. Т. I, с. 100.

13. В. И. Наумова, И. Н. Потапова, М. М. Исаева. Выживаемость детей больных хроническим гломерулонефритом, в зависимости от клинко-морфологических проявлений. Всесоюзный съезд нефрологов. 3-й: Тезисы докладов, Киев, 1986, Т. 1. с. 38—39.

14. А. П. Пелешук Практическая нефрология. Киев, 1974.

15. М. Я. Ратнер, В. В. Серов, В. А. Варшавский и др. Клинические и морфологические предикторы прогрессирования хронического гломерулонефрита Тер. арх. 1989, № 6, с. 14—18.

16. К. И. Рябов. Болезни почек Л., 1982. 427 с.

17. Н. Е. Савченко, В. С. Пилотович. Лечение больных хроническим гломерулонефритом в стадии почечной недостаточности В кн: Нефриты. Серия Медицины, 1982, № 11, с. 40—55.

18. В. П. Смурова, А. В. Папаян, В. И. Лисатова и др. Диспансеризация детей из семей с нефропатиями. В кн: Тезисы докладов IV симпозиума педиатров-нефрологов социалистических стран, Москва 1986, с. 13.

19. А. П. Серга, А. В. Папаян, В. П. Смурова. Изучение семей, где имеются больные гломерулонефритом. Всесоюзный съезд нефрологов, 3-й: Тезисы докладов. Киев, 1986. Т. 1, с. 123.

20. В. К. Серкова, Т. Ф. Мазур, Н. И. Пилявская и др. Влияние некоторых факторов риска на течение гломерулонефрита. Всесоюзный съезд нефрологов. 3-й: Тезисы докладов. Киев, 1986, Т. 1. Киев, 1986, С. 122—123.

21. Е. М. Тареев Хронический гломерулонефрит, В кн: Основы нефрология под ред. Е. М. Тареева. М. 1972, с. 350—404.

22. Е. М. Тареев. Клиническая нефрология. М., 1983, т. 1, 413 с.

3. Р. Г. Фидимонова, -Е. Г. Невраева, З. Г. Апросина: Инфекция вирусом гепатита. В как возможный фактор риска развития гломерулонефрита. Всесоюзный съезд нефрологов, 3-й: Тезисы докладов. Киев, 1986, Т. т. с. 135

24. В. А. Цай, Н. Е. Подгайная, И. А. Егорова, Факторы риска, заболеваний почек у детей. Всесоюзный съезд нефрологов. 3-й: Тезисы докладов. Киев, 1986, Т. 1. С. 137.

25. Д. Цэдэнбал, Д. Алтанцэцэг. Хүүхдийн судасны цусархалт үрэвслийн тар-

халт, эмнэлзүйн зарим асуудал, АУДэС-ийн багш нарын эрдэм шинжилгээний 31-р бага хурлын илтгэлийн хураангуй УБ. 1989. хууд. 151—153.

26. Цэдэнбал Дүгэржавын: Некоторые клинико-биохимические особенности течения острого диффузного гломерулонефрита у детей в Монголии. Дис. канд. мед. наук., -Л., 1973. с. 178.

27. Д. Цэдэнбал. Хүүхдийн гломерулонефрит. УБ 1980. 150 х.

28. Г. П. Шульцев, Н. И. Гилунова, Л. И. Кроткова Клиническая оценка структуры гломерулонефрита. XIX Всесоюзный съезд терапевтов: Тезисы докладов. Москва, 1987, с. 421—422.

29. Glassock R. J. Immunologic mechanisms of Renal Disease (Eds C. B. Nilson, B. M. Brenner, J. H. Stein New York 1979. p 255—322

30. Heptinstall R. H. Pathology of the kidney (Ed. R. H. Heptinstall-Boston) 1983. vol I, p 479—518

УЛАМЖЛАЛТ АНАГААХ УХААН

МОНГОЛ АНАГААХ УХААНЫ ХИЙ, ШАР, БАДГАНЫ ТУХАЙ УХАГДАХУУНЫГ ТАЙЛБАРЛАХ АСУУДАЛД

М. Амбага

Энэтхэг, төвд зэрэг дорно дахины орны анагаах ухаанаас уламжлан, монгол анагаах ухааны гол тулгуур онол болон баяжсаар ирсэн «хий, шар, бадганы» тухай ухагдахууны мөн чанарыг зөв тайлбарлан ухаарах нь олон талын чухал ач холбогдолтой билээ. Сүүлийн жилүүдэд энэ асуудлаар гадаад, дотоодын олон судлагч, ажиглагчид сонирхолтой санаа дэвшүүлсэн нь бий (4,5,22).

Дээрхи судлагчдын санаа бодлыг анхааран хүлээн авахын хамт зарим нэг дутагдалтай талыг дурдвал:

1. Хий, шар, бадганы ухагдахууныг орчин үеийн анагаах ухааны ангилал ойлголттой юм уу, ямар нэг тодорхой химийн бодисын үйлчлэлтэй шууд тулган холбохыг оролдсон; 2. Хий, шар, бадганы өөр хоорондын харилцан нягт уялдаат байдлыг алдагдуулан, хэт салгаж сарнимал байдлаар тайлбарласан нь бүхэлдээ энэ асуудлаар судалгааны нэгдмэл аргачлал, үзэл баримтлал бий болж чадаагүйтэй холбоотой юм.

Бид монгол анагаах ухааны сурвалж материалд тулгуурлан хий, шар, бадганы (Х.Ш.Б) мөн чанарыг тогтоох судалгаа, аргачлалын холбогдолтой нийтлэг асуудалд доорх үндсэн зарчмыг баримтлах нь зүйтэй болов уу хэмээн үзэж байна.

1. Хий, шар, бадгана нь бүтцийн нэг ерөнхий байгууламжинд шүтэн байрласан үйл ажиллагааны харилцан адилгүй хэлбэр, илрэл буюу «бүтэц-үйл ажиллагааны нийлмэл цогц» болох уг цогц нь гадаад, дотоод орчин, улирал, цаг уурын нөлөөг хүлээн авч хариу өгөх, даган өөрчлөгдөх, дасан зохицохын хамт өөр хоорондоо нягт холбоотой, харилцан бие биедээ хувиран шилжих чадвартай уян хатан динамик процесс гэдгийг нэн тэргүүнд анхаарах.

2. ХШБ-ны ухагдахуун нь амьд биемахбодын гадаад, дотоод орчны харилцан

үйлчлэлийн ерөнхий хийгээд өвөрмөц тал хандлагыг харуулсан түгээмэл ухагдахуун болохын хувьд тэдгээрийн бодит тусгал мөн чанар нь тухайлсан нэг бүтцийн нэгж болох амьд эсээс авахуулаад бүхэл бүтэн биемахбодын түвшинд илэрдэг зүй тогтолтой байх ёстой гэдэг зарчмыг баримтлах нь зүйтэй. Иймээс бид ХШБ-ын бүх талын мөн чанарыг илэрхийлж чадах тийм «бүтэц-үйл ажиллагааны» түгээмэл тогтолцоо бол биемахбодын нийт эсүүдийн мембраныг багтаасан бүхэл бүтэн «байгууламж» байж болох тухай санааг дэвшүүлж байна. Бид асуудлыг ингэж тавихдаа тусгайлан нэг эсийн мембраныг хэлээгүй бөгөөд харин мембраны байгууламжгүй нэг ч эс байдаггүй, мембраны зохицуулгагүйгээр явагддаг нэг ч эрүүд, эмгэг процесс үгүй, аливаа эд, эс нь мембраны бүтэц, найрлага, рецептор, ферментийн цогц, тэнд явагдах физиологийн процессын эрчим, чиг хандлагаасаа л хамъярч өөр хоорондоо эрс ялгагддаг болон мембран нь «гадаад орчин-эс» «эс-эс» гэсэн мэдээллийг хүлээн авч нэгтгэж зөөн дамжуулах, энергиэр хангах бүтцийн найдвартай байгууламж болдог өвөрмөц чанарыг анхааран тусгасан юм (8.10.12.17.20.21.24).

Эсийн мембраны бүтцийн хэсгүүдийн дотроос тэнд явагдах биологч биофизикийн процесст шууд нөлөөлөн (17) гадаад орчны (температур, даралт, чийглэг, хоол тэжээлийн найрлага) нөлөөг мэдэрч дасан зохицох өвөрмөц уян хатан чадвар бүхий бодис бол өөх тосны бодис юм (12). Эсийн мембраны байгууламжид өөхний бодис нь үндсэн хоёр хэлбэрээр буюу тосны ханасан, ханаагүй хүчлийн байдлаар орших бөгөөд уг хүчлүүдийн тохиромжтой тоон харьцаа нь мембраны нягт, эзлэхүүн, жин, уян хатан, чанар, урсамтгай чанар-хөдөлгөөн, ферментийн идэвх, «хатуу-шингэн» төлөв, хайлах царцах температур зэрэг амин чу-

хал шинж чанарыг нөхцөлдүүлнэ (20). Өөрөөр хэлбэл мембраны тосны ханасан, ханаагүй хүчлүүдийн тооны ялимгүй боловч өөрчлөлт нь харилцан эсрэг тэсрэг төлөв байдалд хүргэнэ (20, 24). Эсийн мембраны хоёрч давхаргад тосны хүчлүүд нь хатуу нягт-эмх цэгцтэй, эсвэл шингэн буюу нягтаршил султай хоёр төлөв байдалд орших бөгөөд нэгдүгээр нь транс-конфигурацитай, хоёрдугаар нь гош-конфигурацитай холбоотой буюу тосны ханасан хүчлүүд өөр хоорондоо амархан харилцан үйлчлэлцэж нягтарснаар хатуу төлөвийг (хатуу мембраныг) үүсгэдэг бол тосны ханаагүй хүчлийн хоёрчийн холбоо нь тосны хүчлийн дэс дараалал, нягтра-лыг судруулж сийрэгжүүлэх, учир шингэн буюу уяд хатан чанартай төлвийг (уян хатан мембран) үүсгэнэ (20). Хэвийн нөхцөлд мембран тосны ханасан, ханаагүй хүчлийн зөв зохистой тоон харьцаатай байгаагаас нөхцөлдөн хэт хатуу, хэт зөөлөн бус төлөв байдалд оршиж, тэнд ферментийн урвал, физиологийн процесс хэвийн явагдах нөхцөлийг бүрдүүлэх бөгөөд эрхтэн бүр эсийн мембрандаа дээрхи хүчлүүдийг харилцан адилгүй тооны харьцаатай агуулдаг нь ойлгомжтой (7, 12, 20).

Судалгааны дээрхи материал дээр үндэслэн хий, шар, бадганыг эсийн мембрант байгууламжтай холбоол хий (лүн) хэмээх ойлголтын дор физиолог үндэс нь мөны дамжуулалт, физик төлөв нь мембраны хатуу-шингэн байдлын зохистой харьцаа, биохимийн үндэс нь мембран дахь тосны ханасан-ханаагүй хүчлийн тоон харьцаагаар нөхцөлдөн, эсийн мембраны сэрэмтгий чанараар гадаад илрэлээ олсон үйл ажиллагааны олон талт үзэгдлийг хэлж болох байна.

Шар нь: мембрант байгууламжийн шингэн төлөв тосны хоёрч давхрага дахь ханаагүй хүчлийн, бадгана нь түүний хатуу төлөвтэй холбоотой буюу тосны ханасан хүчлийн шинж чанараар нөхцөлдөн явагддаг процесс болох тухай төсөөлөл мөн бий болж байна. Учир нь мембраны хатуу-шингэн төлөв нь тухайн эрхтэн, эсийн амин чухал фермент, уураг, рецепторийн буюу эсийн үйл ажиллагааны эрчимжилтийн түвшинд шууд нөлөөлөн зохицуулдаг зүй тогтолтой юм (20, 24). Х.Ш.Б-ны өөр хоорондын харилцан уялдаат байдал, тухайлбал хий нь арга, билэг (халуун-хүйтэн) тэгш чанартай буюу бадгана, шарын дунд оршиж, тэдгээрийн аль алианаас хамааран өөрчлөгдөх эргээд нөлөөлөх зохицуулгатай тухай ардын эмнэлгийн ухагдахуун нь (9) бидний дэвшүүлсэн шинэ санаанд хий нь мембрант байгууламжийн хатуу (бадгана) шингэн (шар) төлөв, тосны хүчлийн ханасан ханаагүй холбооны тооны тэгш харьцаанаас нөхцөлдөн гэсэн томъёоллоор бүрэн тусгагдаж чадаж байгаагаараа бусад судлаачдын дэвшүүлсэн санаанаас (4, 6, 22) илүү давуу талтай юм.

ХШБ-ыг мембраны байгууламжтай холбон тайлбарлах гэсэн бидний төсөөлөл хэр зэргийн үнэний үндэстэй байх нь ХШБ-ны тухай монгол анагаах ухааны онол, практикийн олон хүрээт асуудлыг энэ дагуу

хэр зөв зохистой, голыг нь олж тайлбарлаж чадаж байгаагаас харагдах ёстой. Нэг зүйлийг зорнууд тодруулан хэлэхэд амьд биемахбодын мембрант байгууламжийн бүтцийг өөх тосны бодисоор төлөөдүүлэн ийнхүү үзүүлж байгаа нь уураг, нүүрс ус, бичил элемент зэрэг мембраны бүтцийн бусад чухал хэсгүүдийн гол ач холбогдлыг үгүйсгэн орхигдуулж байгаа хэрэг огт биш бөгөөд тэдгээр нь дангаар болон өөхний бодистой нэгдэл үүсгэсэн байдлаар зохицуулгын үүргээ гүйцэтгэх нь мэдээж юм.

Мембраны бүтцийн эх бие (матрица) болж, бусад бодисууд түүнтэй холбогдон, үйл ажиллагаагаа явуулдгийн хувьд нь өөх тосны бодисыг нэлээд тодорхой байдлаар харуулахыг оролдог.

Ингэж хэлэхийн өөр нэг үндэслэл бол эсийн мембраны өөхний бодис хэт нэсгэдэн задарч, эс гэмтэж, үхжих нь аль ч эрхтэн, эсийн түвшинд илэрдэг түгээмэл зүй тогтолт эмгэг процесс гэдгээс урган гарч байна (5, 7, 10).

Бид юуны өмнө хүн амьтны биеийн бүх эрхтэн эсийг сэрэмтгий чанар мембраны шингэн, хатуу төлөвт орших тосны ханасан, ханаагүй хүчлийн тоо, чанарын онцлог, ялгарах байдлыг нь харгалзан ангилал оролдлого хийсэн юм. Үүнд:

— эсийн мембраны сэрэмтгий чанар өндөртэй буюу «хийн» төрх амархан илэрдэг эрхтнүүд (зүрх, тархи г. м)

— эсийн мембраны шингэн төлөв голлосон ханаагүй хүчлүүдийг харьцангуй их агуулсан (зөөлөн мембрантай) шар голдуу илрэх эрхтэн (элэг, цөс, гэдэс, өөхний эд)

— эсийн мембраны хатуу төлөв давамгайлсан тосны ханасан хүчил харьцангуй их агуулсан (хатуу мембрантай) бадгана голлосон эрхтнүүд (ходоод, дэлүү, уушги)

Ингэж ангилсны дагуу ХШБ-ын тухай Монгол анагаах ухааны онол-практикийн гол гол үзэл баримтлалыг тус тусад нь тайлбарлах оролдлого хийе.

1. Хий, шар, бадганы билиг чанар, тэдгээрийн харилцан уялдаат байдал хийгээд биемахбодын мембраны байгууламж
«.. Шар, бадгана хоёулаа бол шар халуун чанартай, бадгана хүйтэн чанартай эсрэг тэсрэг байдалтай байхад, хий нь тэр хоёрын дунд халуун-хүйтэн хоёуланд нь түшиж хоёрдмол чанартай байна. Ерөндгийн үүднээс хэлбэл шар арвитсныг дарах эм (ерөндөг) усан махбодтой, бадгана арвитсныг дарах эм гал махбодтой эсрэг тэсрэг гал, ус байх болно».

Гурван махбодыг (ХШБ) тус тусын билиг чанарын үүднээс авч үзвэл: бадганы хүйтэн шарын халуунтай, бадганы хүнд шарын хөнгөнтэй, бадганы мохдог нь шарын хурцтай бадганы хүйтэн чанартай тослог нь шарын халуун чанартай тослогтой тус тус харилцан эсэргүүцэх харилцаатай байх тул хүний бие иогцост бадгана, шар хоёр харилцан эсрэг, тэсрэг харьцаатай оршино.

Хийн билиг чанарын бүрэлдэхүүнийг шар, бадгана хоёрын билиг чанартай харьцуулж үзвэл хийн хөнгөн, бадганы хүндтэй

эсрэг боловч шарын хөнгөнтэй нэгдэж, хийн сэруун нь шарын халуунтай эсрэг боловч бадганы хүйтэнтэй нэгдэж, хийн ширүүн нь бадганы тослогтой эсрэг боловч шарын халууны хатаах, хуурай, болгох үйлдэлтэй нэгдэж, хийн хөлбөрөнхий нь бадгана, шартай эсэргүүцэлдэх нэгдэх хоёр талт чанарыг илтгэж байх тул хий махбод бол хоёрдмол чанартай юм. Шар, бадгана хоёр эсэргүүцэлдэх харилцан түшиглэж, харилцан хязгаарлаж байдаг. Эсэргүүцэлдэж байх нь шар, бадгана хоёрын аль нэг тал боловч нөгөө талаасаа ангижирч, тусгай оршиж чадахгүй. Халуунгүй бол хүйтэнгүй, шар галын илч болж галын үйлийг үйлдэж байхад бадгана түүний эсрэг усны үйлийг үйлдэж, шарын халуун нь бадганы хүйтнийг хэтэрхий дээшлэхийг хязгаарлаж, бадганы хүйтэн нь шарын халуун хэтэрхий дээшлэхийг хязгаарлах мэтээр харилцан хязгаарлаж байх тул хэвийн үед аль нэг нь хэтэрхий дээшлэх, доройтох үгүй тэнцвэртэй байдаг... хэмээжээ (3.9).

Шар бадганы харилцан түшиглэх хийгээд харилцан эсэргүүцэх чанарын талаарх эдгээр зүйл нь мембраны байгууламжинд тосны ханасан, ханаагүй хүчлүүд харилцан шүтэлцээтэй оршиж мембраны хэвийн төлвийг үүсгэдэг тухай дээр бидний өгүүлсэнтэй тохирох байдал харагдаж байна.

ХШБ-ны билиг чанарын бүтээгдэхүүний тухай Монгол анагаах ухааны ухагдахууныг мембраны байгууламжтай холбосон байдлаар өнгөц харахад гэнэн мэт боловч цаанаа гүн үндэслэлтэй байж болох дүгнэлт хийж болох юм. Бадгана, шар хоёулаа тослог билиг чанартай. Гэхдээ шарын тослог нь халуун, бадганы тослог нь хүйтэн чанартай гэсэн нь шар, бадгана хоёулаа «тосны бодистой» (ханасан, ханаагүй хүчил) нарийн шүтэлцээтэйг харуулах бөгөөд шарын тослог халуун, бадганы тослог хүйтэн гэдэг нь тосны ханаагүй хүчлүүдийн хайлах температур $+15 - +18^{\circ}\text{C}$ буюу халуун чанартай, ханасан хүчлүүд $+53^{\circ}\text{C} - +69^{\circ}\text{C}$ -т хайлдаг буюу тэдгээр нь гагцхүү ханаагүй хүчилдээ уусч байж бодисын солилцоонд (11) оролцдог харьцангуй «хүйтэн» чанартай гэж хэлж болохуйц байдал харагдаж байна. Энэ нь ерөөсөө шар, халуун, бадгана хүйтэн билиг чанартай гэдэгт ч мөн нэгэн адил хамаатай юм. Гадаад орчны температурыг 38°C -аас дээш болгоход мембраны зөвхөн шингэн үелбэр (ханаагүй хүчил) үлддэг, 12°C -аас багасах үед хатуу үелбэр (ханасан хүчил) үлддэг, $12^{\circ}\text{C} - 33^{\circ}\text{C}$ -д хоёул тэнцүү оршдог гэсэн нь ч (24) дээрхитэй шууд холбоотой юм.

Шар хөнгөн, бадгана хүнд билиг чанартайн тухайд бол мембраны байгууламжинд тосны хүчлийн ханасан холбоо ихсэх тутам мембран нягтарч, хувийн нягт (жин) нь ихэсдэг, ханаагүй холбоо олшроход мембран сэвсийж, нягт нь сулран, хөнгөрдөг тухай материалыг дурьдаж болно (24).

А. Шарын хурц, бадганы мохдог билиг чанарын тухайд бол тосны ханаагүй хүчлүүд (шар) нь ханасан хүчлээ бодвол урвалдах задрах чадвараараа хэдэн арав дахин их

байдагтай холбоотой байж болох юм. Элэг буюу бидний ангиллаар мембрандаа тосны ханаагүй хүчлүүдийг зонхилон агуулдаг шарын оронд оршдог эрхтэнд, дэлүү, уушги, ходоод зэрэг бадган голлосон (мембрандаа ханасан хүчил голдуу) эрхтнээс өөхний хэт исэлдэлтийн (ӨХИП) хэвийн түвшин харьцангуй их байдгийг бусдын (14.15.16) болон өөрсдийн ажиглалт дээр тулгуурлан үнэмшилтэй үзүүлж болох юм. Тухайлбал: бидний судалгаагаар цагаан хулгана, цагаан харханд хүчтэй исэлдүүлэгч бодис болох CCl_4 -ийг тарихад дэлүүний эдэд ӨХИП-ийн бүтээгдэхүүн диний коньюгатийн концентраци хэвийн үеийнхээс 1,2 малондиальдегид 1,2, шифрийн суурийн концентраци 1,9 дахин нэмэгдэж байсан бол элэгний эдэд хэвийн үеийнхээс диний коньюгат 2,4, малондиальдегид 1,6, шифрийн суурь 3,2 дахин буюу элэгний эдэд дэлүүний эдээс өөхний хэт исэлдэлтийн эрчим бараг 2—3 дахин их байгаа нь элэгэнд хэт исэлдэн урвалдах чанартай тосны бодисууд (ханаагүй хүчил) хавьгүй илүү байгааг харуулах бөгөөд ийм ӨХИП, хэт исэлдэлтийн бүтээгдэхүүн, язгуурууд нь өөр хоорондоо урвалдах, комбинацид орох явцдаа хэт сул гэрэл, квант, дулаан ялгаруулдаг онцлогтой нь (5, 10) гэсэн Монгол анагаах ухааны онолтой тохирно (9).

Бид янз бүрийн эрхтний эсийн мембраныг хатуу, шингэн үелбэр байдал, ханасан, ханаагүй тосны хүчлийн алиных нь тоо дийлэнхүй байгааг харгалзан хоёр хуваахдаа нэгдүгээр буюу ханасан хүчил ихтэй мембраны бүтэцтэй, бадганы оронд оршдог эрхтнүүдэд холинорецептор, хоёрдугаар буюу ханаагүй хүчил ихтэй мембраны бүтэцтэй шарын оронд оршдог эрхтэнд адренорецептор тооны хувьд давуутай оршдог гэсэн санааг мөн гаргасан юм. Холинорецепторийн нөлөөгөөр амьсгалын дээд замын салст, шүүрэл, цэр, ходоодны шүүс, хоол боловсруулах ферментийн ялгаралт ихэсдэг бол адренорецепторийн нөлөөгөөр өөх тосны бодисын задрал хурдасч бодисын солилцоо эрчимжин, дулаан ялгаралт ихэсдэг нь (21) ингэж хэлэхийн бас нэл үндэс болсон юм.

...Шарын өвөрмөц чанартай хүнд шарын хурц билиг чанараас нөхцөлдөн биений хөдөлгөөн, зан ааш зэрэгт нь бадгана, хийн өвөрмөц чанартнаас харьцангуй хурцлаг түргэн байдаг (9) гэсэн нь адренорецепторийн үйлдэлтэй холбоотой байж ч болох юм.

Монгол анагаах ухааны онолын дагуу ХШБ-ы үндсэнд таван хэлбэр, түүний өвчилсөн байдлын онцлогийг дээрхитэй холбон тайлбарлах оролдлого хийлээ.

А. Хийн таван хэлбэрийн өвчлөлийн үед амь баригч хий хямарвал толгой эргэх, яриасаг болох, амьсгалахад төвөгтэй, дээш гүйгч хийн өвчний үед бие суларч, ярьж чадахгүй ой муудах, түгээгч хийн өвчний үед аймхай болох, яриа цөөрөх, гал гэгш хийн өвчний үед хоолонд дургүй, шингээлт сулрах, доош гүйгч хийн өвчний үед бие засч үл чадах, шээс ялгарахгүй зэрэг бүхэлдээ эсийн мембраны сэрэмтгий чанар

алдагдсантай холбоотой явагдах өвчний шинж тэмдгийг дурджээ (9,26).

Шарын таван хэлбэрийн өвчний үед шингээгч шарын өвчний үед гал тэгш хий нь ходоодонд тунгалаг цөвийг ялгаруулж үл чадсанаас ходоод дүүрч, баас хатах, өнгө урвуулагч шарын өвчний үед арьс шарлах, бүтээгч шарын өвчний үед ол ухаан муудах, нойр ихдэх, үзүүлэгч шарын өвчний үед нар луу харж үл чадах, цагаан юм шар ярагдах, өнгө тодруулагч шарын өвчний үед арьс ширүүн, шар болох хумс шарлах зэрэг шинж тэмдэг илрэх (9,26) бөгөөд энэ нь шарын орчны гол эрхтэн болох элэгний эсийн митохонд, микросом зэрэг мембран байгууламжид тосны хүчил, холестерин, цөсний хүчлийн нийлэгжилт явагддаг элэгний эсийн мембрант байгууламжийн тосны ханаагүй хүчлүүд нь бусад эрхтэнүүдтэй харьцуулахад хайлах температур багатай, исэлдэн задрах хурд ялгарах дулаан, хэт исэлдэлтийн эрчмээр илүү байдаг тухай орчин үеийн ухагдахуунтай дүйж байна (14. 15. 16).

Бадганы үндсэн таван хэлбэр тэдгээрийн өвчлөлтийн шинж тэмдгийн Монгол анагаах ухааны сурвалж материалд шүтүүлэгч бадганы өвчний үед хоол идэх дур муудах, гашуунаар гулгинах, ялзлагч бадганы өвчний үед хоол боловсролт муудан, юу идсэн ч бөөлжинө, хэхрэнэ, хэвлий дүүрч хатуурна, амьсгалуулагч бадганы өвчний үед юмны амт мэдэхгүй хэл хүйтэн оргино, дуу хоолой сөөнө, хангагч бадганы өвчний үед толгой хүндэрч хараа муудна, найтааж ханнаца, сонсгол муудна, барилдуулагч бадганы өвчний үед үе мөч бүдүүрч хавдана, цэр нус, амьсгалын салс гадагш ялгарч чадахгүй гэсэн нь (9) бидний дэвшүүлсэн бадгана дийлэнх эрхтэнд мембраны байгууламжид нь холинорецептор давамгайлан байрладаг байж болох тухай санаатай тохирч байгаа юм. Өөрөөр хэлбэл энэ үед холинорецепторын мэдрэмтгий чанар суларснаас амьсгалын дээд замын шүүрэл, ходоод зэрэг хоол боловсруулах эрхтний шүүрэл, фермент, гормоны ялгаралт багассан өвчний шинж тэмдгийг өгүүлсэн нь харагдана. Энэ нь бадганыг хоол боловсруулах ферменттэй холбож Б. Цэрэндэндэвийн (22...) бичсэнтэй тохирч байгаа боловч бид бадганыг зөвхөн гормон ферменттэй бус, харин бүхэл бүтэн рецептор, янз бүрийн эрхтэн мембраны байгууламжтай холбосноор асуудлыг арай өргөн хүрээтэй тавьж байна гэж үзэж байна.

Хоол боловсруулах замын олон тооны хүчтэй үйлдэлтэй ферментүүдийг нийлэгжүүлж, агуулдаг эсүүдийн (ходоод, нойр, булчирхай) мембраны байгууламж нь хэт исэлдэн задрах болон гадаад орчны тааламжгүй нөлөөнд тэсвэрлэх чадвар сайтай тосны ханасан хүчлээс (бадганы талын) голчлон тогтдог нь эс задлан хайлуулах хүчтэй фермент нийлэгжүүлдэг лизосом зэрэг бүтцийн жижиг хэсгүүдийн мембран дээрх хүчлийг баялаг агуулдаг хамгаалалтын нарийн зохицуулгатай байдаг тухай судалгаанаас ч харагдана (13. 16).

Б. Цаг улирлын үечлэл ХШБ, мембраны байгууламж

Монгол анагаах ухааны сурвалж материалд: «хий өвчин зун цагт үдэш, үүрээр босно. Шар намар цагт өдөр дунд, шөнө дунд босно! Бадган хавар цагт бүрий, өглөө эрт босно» гэснийг (12.18) хийсвэр ойлголт хэмээн үзэх үндэстэй бөгөөд харин ч олон зуун жилийн ажиглалтын явцад батлагдсан гарцаагүй үнэн зүйл гэлтэй. Уг асуудлыг амьд биомехбодын мембраны ерөнхий байгууламж, гүүний бүтцийн хэсгүүдийн динамик өөрчлөлттэй холбоо харуулсан зарим судалгааны материалтай жишвэл хөхтөн амьтдын биед тосны ханаагүй хүчлийн хэмжээ (олон лицолен зэрэг) хаврын улирлаас зун намрын улирал тийш аажим ихэсч, намарт 3—5 дахин нэмэгддэг болон (11) тосны ханасан хүчлүүд амьтны хүйтэнд тэсвэрлэх чадварыг сулруулдаг, харин ханаагүй хүчлүүд нь уг чадварыг мэдэгдэхүйц нэмэгдүүлдэг тухай судалгаа (11) нь бидний дэвшүүлсэн бадгана тосны ханасан хүчилтэй, шар хачаагүй хүчилтэй харилцан шүтэлцдэг байж болох тухай санааг давхар баталж байна.

Туршлагын амьтдыг тосны ханаагүй хүчлээр баялаг хоолоор тэжээхэд зүрхний ажиллагаа 7,2°C-д зогсож байсан бол хатуу буюу ханасан хүчил их агуулсан хоол хэрэглэхэд зүрхний агшилт 12°C-д зогсон хүйтэнд тэсвэрлэх чадвар эрс муудаж байсан (11) хийгээд гадаад орны температурыг 42°C-аас 27°C болтол бууруулахад ханасан, ханаагүй хүчлийн тосны харьцаа 1,6-аас 1,0 болтол багасч, хүйтэн нөхцөлд мембраныг хэт хатуурлаас хамгаалж байсан (20) зэргээс үзвэл хаврын бадгана хөдлөх цагт тосны ханаагүй хүчлээр баялаг бүлээн халуун хоол тэжээлийг, намрын шар босох цагт үүний эсрэг чачартай зүйлийг хэрэглэдэг байсан монгол анагаах ухааны уламжлал (9. 25. 26) шинжлэх ухааны бүрэн үндэстэй байхгүйц харгагдана. Харин зуны улиралд бол нийт биомехбодын мембрант байгууламжид ханасан хүчлээс хачаагүй хүчилд шилжих шилжилтийн үе болж мембраны бүтэц харьцангуй тогтвортой байдалд орж болох тул мембраны сэрэмтгий чанарт өөрчлөлт гарч, монгол анагаах ухааны ололоор бол хий өвчин босох бодит нөхцөл бүрэлддэг байж болзошгүй юм. Зүрхний шингээс өвчний үед эсийн мембраны өөх тосны бодис хэт исэлдэн задрах процесс, зүрхний эсийн мембраны сэрэмтгий чанар, биопотенциалийн өөрчлөлтийн хооронд хүчтэй эсрэг корреляци байдаг тухай бидний ажиглалт ч үүнд тодорхой баталгаа өгч байна (1).

Товч нэгтгэн дүгнэвэл, Хаврын бадгана хөдлөх цагт тосны ханасан хүчил ихтэй (хүйтэн чачартай) хоол тэжээл идэж уун, биеийн гадаад, дотоод орчны температурыг бууруулах байвал мембраныг хэт хатууруулах намрын шар хөдлөх цагт тосны ханаагүй хүчил ихтэй хоол хэрэглэх гадаад, дотоод орчны температурыг нэмэгдүүлдэг мембраны шингэн хэлбэрийн хувийн жижиг харьцангуй дээшилснээр мембран бүтэцгүйн ажиллагааны тохиромжтой төлөв байлаа алдаж эмгэг процесс үүсэх бодитой нөхцөл тавигддаг байж болох нь ХШБ хөдлөх цаг, улирал, хоол, эм заслын тухай

монгол анагаах ухааны онолтой тохирч байна.

В. ХШБ-ы орших орон, мембраны байгууламж

Бадгана нь толгойд шүтэж биеийн дээдэд оршино. Шар нь элгэнд шүтэж завсарт (зүрхнээс хүйс хүртэл) байрлана. Хий нь сүүж, бэлхүүсэнд шүтэж, биеийн доодод байрлана гэснийг зарим талаар тайлбарлах оролдлого хийвэл биеийн завсар буюу дунд хэсэг нь гэдэс, элэг зэрэг халуун үүсгэх чадвартай эрхтнүүдийн гол байрлалыг зааж байгаагаараа хүн, амьтдын бүдүүн гэдэсний хэсэгт биемахбодын халуун хүйтний зохицуулгын тодорхой хэсгийг бүрэн хангаж чадахуйц дулаан үүсдэг тухай доктор Ж. Шагжийн (23) онолтой нийцэж байна. Хэвлийн хөндийг дотор эрхтнийг даган байрласан өөх тосны бодисууд нь хайлах температур багатай, ханаагүй хүчил голлон агуулаг, харин биеийн гадаргуу (дээд) хэсгийн өөх тосны бодис нь голдуу хатуулаг ханасан хүчлээс (бадгана тогтдогийг ч (21) анхаарвал зохино.

Үүнийг монгол анагаах ухааны сурвалж материалд «...бадганы өвөрмөц чанартны бие дориун, өнгө цайруу байдаг, бадганы арвиталт таргалалт, өөхлөг эд арвитах зэрэг нь түүний тослогийн (хүйтэн) билиг чанараас болдог...» хэмээсэн нь (9) дээрхитэй (21) нийцэж байна.

«Г. Хүний нас, ХШБ, мембраны байгууламж»

Монгол анагаах ухааны судар бичигт «хөгшид нь хийн хүн, идэр залуучууд нь шарын хүн, нялхас нь бадганы хүн» гэсэн байдаг (18). Үүнийг өөрсдийн дэвшүүлсэн төсөөллийн дагууд авч үзвэл хүүхэд, идэр залуу насны хүмүүст өөх тосны бодисын солилцоо эрчимтэй явагддаг (ханасан, ханаагүй хүчил аль аль нь), харин нас ахихын хэрээр уг процесс алдагдаж байж болох тухай санааг бий болгох бөгөөд туршлагын амьтдад явуулсан судалгаагаар залуу амьтдад биеийн хүчний ачааллын нөхцөлд цусанд чөлөөт тосны хүчлийн концентраци 50—56%-иар нэмэгдэж, харин хөгшин амьтдад бараг өөрчлөгдөхгүй буюу өөхний бодисын солилцоо илэрхий суларсан байснаас (21) хөгшрөхийн хэрээр бадгана, шарын зохицуулга алдагдаж эцэстээ хий хямрах нөхцөлийг бий болгодог тухай дүгнэлт өгч болох юм.

Д. Хий, шар, бадгана, эмийн амт, мембрант байгууламж

Хий, шар, бадганаар үүссэн өвчний эмчилгээг эмийн зургаан амттай холбон үзүүлсэн байдлаар бол хийг амтлаг (шороо+ус), исгэлэн (гал+шороо), давслаг (ус+гал) амттай, шарыг амтлаг (шороо+ус), гашуун (ус+хий), эхүүн (шороо+хий), бадганыг исгэлэн (гал+шороо), давслаг (гал+хий), халуун (гал+хий), амттай эмт бодисоор эмчлэх зарчим баримталлаг нь хийл хөнгөн, бадганч хүйтэн, шард халуун билиг чанар зонхилдог тухай монгол анагаах ухааны онолд бат тулгуурлажээ (9, 25, 26).

Бид монгол анагаах ухаанд ус+хий махбодоос тогтсон гашуун амтан дээр нь тулгуурлан, элэгний халуун өвчнийг ана-

гаах зорилгоор өргөн хэрэглэдэг цэх галуун таваг ургамлын бэлдмэлийн идэвхийг туршлагын амьтдад CCL₄-аар үүсгэсэн элэгний цочмог үрэвслийн загвар дээр судалсан юм (19).

Уг бэлдмэл элэгний эсийн мембраны тосны ханаагүй хүчилд өдөөгдсөн хэт исэлдэлтийн процессыг (ӨХИП) 2—3 дахин бууруулсан болон уг процесс хэт нам, гэрэл, квант, дулааны энерги ялгаруулан явагддагт (5, 10) үндэслэн уг эм сэрүүн чанартай, элэгний халууныг дарах үйлдэлтэй гэж хэлж болох байна. Харин яг энэ туршилтын нөхцөлд уг эмийн бодис дэлүүний эсэд өдөөгдсөн ӨХИП-ийг харьцангуй сул дарангуйлсан (1,5 дахин), ерөөс CCL₄-ийн нөлөөгөөр дэлүүнд ӨХИП элэгний эдийг бодвол маш сул өдөөгдсөн зэрэг нь шар, бадганы мөн чанарыг мембраны тосны ханасан, ханаагүй хүчил, тэдгээрийн исэлдэлтийн эрчимтэй холбон тайлбарласан бидний саналтай тохирч байгаа юм. Тосны ханасан хүчилд ӨХИП маш сул өдөөгддөг, хүйтэн чанартай, гашуун амттай эмийн үйлдэл ч сул илэрдгийг илрүүлсэн нь бусад судлагчдын материалтай таарч байна (25).

ЭЦСИЙН ТОВЧ ДҮГНЭЛТ

Нийт бие махбодын «мембрант байгууламж» гэсэн өргөн хүрээнд хийсвэрлэн авсан ойлголтыг ХШБ-тай холбож, тухайлсан бодгаль хүн болон эрхтэн бүр мембрант байгууламжийн «бүтэц-үйл ажиллагааны» төрөлхийн өвөрмөц онцлогтой, тэр нь мембраны хатуу, шингэн төлөв хэмээх ойлголттой нягт уялдаатай, түүний биохимийн үндэс нь ханасан, ханаагүй хүчлийн тоон харьцаа болох, тэдгээрийн ялимгүй боловч өөрчлөлт нь эсэд явагдах бүх ферментийн урвал, АТФ-ийн нийлэгжилт (эсийн амьсгал, энергийг солилцоо) ионы солилцоо, сэрэмтгий чанар, рецепторийн харилцан үйлчлэл, мембранд холбогдон байрласан бүх биологийн идэвхтэй бодисын (аденилатциклаза, гуанилциклаза, ц. АМФ, ц. ГМФ) үйл ажиллагааны идэвхжилт, бууралтыг нөхцөлдүүлдэг уян хатан зохицолтой гэж үзсэн нь бидний дэвшүүлсэн «мембрант байгууламж-Х.Ш.Б.» гэсэн томъёоллын гол мөн чанар нь юм. Энэ томъёолол нь монгол ардын эмнэлгийн «Х.Ш.Б.»-ны тухайн ухагдахууны бүх хэлбэр, идээ, ундаа, явдал мөр, эм заслалын тухай сургаалтай яв цав тохирч байгаагаараа онцлог юм.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. М. Амбага, А. Авирмаа — Зүрхний шигдээс өвчний үе дэх цахилгаан бичлэгийн өөрчлөлт, өөхний хэт исэлдэлтийн эрчмийн үзүүлэлтийн хосрондох корреляци. Монгол анагаах ухаан, 1990, №3, Х 15—17.

2. М. Амбага, Таван цул эрхтний үйл ажиллагааны хоорондын харьцаа, цаг улирлын нөлөөллийн талаархи монгол анагаах ухааны онолын уламжлалыг судлах асуудалд. — Анагаах ухаан, 1990, №2, Х 29—31.

3. Ч. Баавгай, Б. Болдсайхан — Монголын уламжлалт анагаах ухаан, Улаанбаатар, 1990, 385 х.

4. Л. Баасанхүү. — Уламжлалт эмнэлгийн онолын үндсэн зарчмуудыг тайлбарлах асуудал. — Монгол анагаах ухаан 1990. № 1, х 53—54.
5. Биохемилуминесценция. Наука, 1983. 276 с.
6. Б. Болдсайхан, Л. Баасанхүү, С.М. Николаев — О регулирующих системах организма в традиционной восточной медицине. Тезисы докладов первой научной конференции молодых ученых-медиков МНР, г. Улан-батор, 1985, с 29—31.
7. Ю. А. Владимиров, А. И. Арчаков. Перекисное окисление липидов в биологических мембранах. М, Наука, 1972. 252 с.
8. Дудел, Дж, Рюзг И, Шмидт Р и др. Физиология человека I том, 1985. 272 с.
9. Б. Жигмэд — Монгол анагаах ухааны үндсэн онол. Өвөрмонголын хэвлэлийн хороо. 1988, 275 х.
10. А. И. Журавлев, А. И. Журавлева — Сверхслабое свечение сыворотки крови и его значение в комплексной диагностике. М, Медицина, 126 с.
11. Н. И. Қалабухов. Спячка млекопитающих М, Наука, 1985, 264 с.
12. Е. М. Крейс. Липиды клеточных мембран, Наука, 1981, 340 с.
13. Лизосомы и лизосомные болезни накопления, под редакцией Дж В Қаллаханна. Дж А Лоудена. М, Медицина 1984. 448 с.
14. А. С. Логинов, Б. Н. Матюшина, В. Д. Ткачев и др. Перекисное окисление липидов печени при ее патологии «Тер. архив». 1985, № 2, стр 63—68.
15. Ю. П. Никитин, С. А. Курилович, Г. С. Давидик. Печень и липидный обмен. М, Медицина, 1985. 151 с.
16. В. Ф. Нисевич, Н. И. Учайкин, Тяжелье и злокачественные формы вирусного гепатита у детей. М, Медицина, 1982, 288 с.
17. Р. П. Петров. Иммуногенетика и искусственные антигены М, Медицина, 256 с.
18. Рашааны зүрхний найман гишүүт нууц удисын үндэсний анхдугаар хэсэг язгуурын үндэс хэмээх оршвой.
19. Б. Саранцэцэг, М. Амбага, Т. Долгорсүрэн — Туршлагын амьтдад загварчилж үүсгэсэн элэгний үрэвслийн үед ӨХИП эрчимжих байдал, түүнд цэх галуун тавгийн нийлбэр алкалондийн үзүүлэх идэвх. Монголын анагаах ухаан, 1990. № 3, х 28—34.
20. Страйер, Биохимия, II том, 1984, 232 с.
21. С. Х. Хайдарлич. Функциональная биохимия, адаптации. Кишинев, Штиинца, 1984, 272 с.
22. Б. Цэрэндэндэв — Монголын уламжлалт анагаах ухааны зарим тулгуур ухагдахуун, Монголын анагаах ухаан, 1990. № 1, х 46—49.
23. Ж. Шагж — Хүн ба хөхтөн амьтны гэдэсний бүдүүн хэсэгт дулааны энерги үүсэх үзэгдэл. Биологийн ухааны докторын зэрэг горилсон диссертацийн хураангуй. УБ., 1989.
24. Ясуо Кагава, Биомембраны. М. Высш. Шк. 1985. 303 с.
25. Bagwan Dash, Fundamentals of Ayurvedic Medicine, Bombay 1978.
26. Tibetan Medicine 1983. S. № 6 p 64—91

ХОВОР ТОХИОЛДОЛ

ЦЭЭЖНИЙ ХӨНДИЙД ТУНГАЛГИЙН ШИНГЭН ХУРАЛДСАН ТОХИОЛДОЛ

Цээжний хөндийд тунгалгийн шингэн хуралдахыг хилоторакс гэнэ. Энэ нь ихэвчлэн мэс ажилбарын үед цээжний тунгалгийн цорго гэмтэхэд болон цээжний ил, битүү гэмтлийн үед тохиолддог. Зөвхөн 8,6—15,5% тохиолдолд ямар ч гэмтлийн шалтгаангүй үүсдэг (Ибатуллин И. А., 1983). Энэ нь ямар нэг өвчин эмгэгийн үр дагавар болж хоёрдогчоор, тухайлбал дундаж зайн болон уушгины хорт хавдрын үед тунгалгийн цорго буюу түүний салаа гэмтэж, сүрьеэгийн гэмтэлд

өртөх, тунгалгийн урсгал хавдар болон сорвижсон зүйлээр дарагдах, тунгалгийн судасны өргөсөн хэсэг хагарах, тунгалгийн судасны төрөлхийн гажгуудын үед илэрдэг. (Ибатуллин И. А. 1974, Herzog K. A. Branscom L. L. 1974, Murphy T. O. Piper S. A. 1977).

Эмчилгээ нь уг эмгэгийн үүсгэж буй шалтгаанаас хамаарна. Орчин үед гялтангийн хатгалтаар буюу цээжний хөндийд гуурс тавьж хөндий дэх шингэнийг соруулж авах замаар 2—4 долоо хоногийн турш

эмийн эмчилгээ хийх нь зүйтэй гэж ихэнх эрдэмтэд үздэг. Үр дүн өгөхгүй бол мэс заслын эмчилгээ хийж гэмтсэн цоргыг оёх, эсвэл боох шаардлагатай. Тунгалгийн шингэний хамт уураг, өөх тос, давс, дархлалын эсүүдийг их хэмжээгээр алдаж амархан тураалд ордог учир эртхэн мэс засалд оруулах нь ашигтай юм аа (А. М. Понемарев, P. Mulliez, G. Deblanwe 1979).

Өвчтөн Ц. Ж 54 настай эмэгтэй (Баянхонгор аймгийн Богд сумын харьяат. Хүүхдийн байгууллагад сахиулын ажилтай).

1990 оны V сарын 21-нд баруун талын гялтангийн шүүдэст үрэвсэл оноштойгоор уушгины мэс заслын тасагт хэвтсэн. Хэвтсэн үед цээжээр хөшин хүндэрч өвдөнө, амьсгаадна, ханиалгаж салсархаг өтгөн цэр гарна гэсэн зовиуртай байв. 1990 оны II сараас амьсгаадаж гүрээний судас хөөж эхэлсэн. Халуураагүй. IV сард орон нутгийнхаа эмнэлэгт хэвтэж баруун талын уушгины хатгалгаа, гялтангийн үрэвслээр хүндэрсэн гэсэн оноштой сар гаруй эмчлэгдсэн. 2 удаа гялтангийн хатгалт хийж 2 литр орчим сүү шиг цагаан шингэн авч байжээ.

Бодит үзлэгт цээжний хэлбэр зөв, баруун тал амьсгалд хоцорч оролцоно. Тогшилгоор баруун далаас доош дүлий чимээтэй, амьсгал сонсогдохгүй. Зүрхний авиа тод, жигд, судас 1 минутад 92 удаа лугшина. Цусны даралт 120/80 мм МУБД. Цусны шинжилгээнд нь Б-74,2 г/л, цагаан эс $8,6 \cdot 10^2$ /л, улаан эс $3 \cdot 10^{12}$ /л, УЦТХ-34 мм/ц, эозинофиль 2%, с/б-4%, х/б-65%, лимфоцит-27%, моноцит 2%, сийвэн дэх уураг 59 г/л, сахар 4,9 ммоль/л байв. Мантуугийн сорил 10 мл байлаа. Рентген зурагт баруун талын II хавирганаас доош тод, жигд сүүдэртэй, дундаж зайн эрхтэжүүд зүүн тийш түлхэгдсэн, өрц болон уушгины хил ялгарахгүй. Гуурсан хоолойг дурандахад цагаан мөгөөрсөн болон гуурсан хоолойн салст бүрхэвч бага зэрэг зузаарч нугалаас томорсон, цайвар ягаан өнгөтэй байв. Гялтангийн хатгал-

таар 2 л орчим гялтганасан, тундасжаагүй, нэг төрлийн сүү шиг цагаан шингэн соруулж авав. Түүнд уураг 22 г/л, цагаан эс 5—6%, улаан эс 12—15%, лимфоцит 100%-тосны дусалтай байв. Цагаан эсийн дүрст элементүүд тодорхойлогдоогүй.

Эндээс бид, тунгалгийн эргэлт алдагдаж цээжний тунгалгийн цорго гэмтсэнээс цээжний хөндийд тунгалгийн шингэн (хилус) хуралдаж гэсэн дүгнэлт хийж хуралдсан шингэнийг гялтангийн хатгалтаар байнга соруулан авч эмийн эмчилгээг хавсран хийсэн. Цээжний хөндийд тунгалгийн шингэн давтай хуралдаад байсан учраас 1990 оны VI сарын 18-нд эмчилгээ-оношлолын зорилгоор цээж нээх мэс засал хийв. Цээжний хөндийг нээж 700 мл орчим тунгалгийн шингэн авч уушгины наалдцыг салгаж чөлөөлсөн. Уушгины уг дээр байсан томорч гэмтсэн тунгалгийн булчирхайг авав (1,0 x 0,5 x 6 см).

Тэндээс тунгалгийн шингэн гурсан гоожиж байв. Өргөссөн тунгалгийн судсан дээр 3 оёдол тавьж боов. Шингэн гоожихоо бүрэн зогссон. Уушгины угийг шалгаад цээжний хөндийг үжлийн эсрэг бодисоор (фурациллин, риванол) угааж антибиотик (пенициллин 1 сая, стрептомицин 1 сая) цацаад цээжний хөндийд VII хавирганы завсраар гуурс тавьж шархыг битүүлж хаав. Хагалгааны дараах үе - хүндрэлгүй өнгөрч гуурсаар дахин тунгалгийн шингэн гараагүй.

Гуурсыг 3 дахь хоног дээр рентген хяналтын дор авав. Уушги бүрэн тэлсэн. Өвчтөн 42 хоногийн дараа эмнэлгээс гарсан.

Энэ тохиолдлоос үүдэн мэргэжил нэгт нөхөддөө сануулж хэлэхэд дундаж зай дахь тунгалгийн цорго гэмтсэнээс тэнд тунгалгийн шингэн хуралдаж болох бөгөөд цээжний хөндий рүү гэнэт нээгдсэнээс шингэн хүчтэй юүлэгдэж өвчтөн оврогийн байдалд ордог. Хоногт 400 мл-ээс дээш тунгалгийн шингэн алдаж болно. Ингэж тунгалгийн шингэн их хэмжээгээр, удаан хугацааны турш алдах нь

цөөнгүй байдаг. М. С. Соболева нарын эрдэмтэд (1970 он) ийм өвчтөнд 71 удаа гялтангийн хатгалт хийж нийт 140 литр тунгалгийн шингэн авч байжээ.

Тунгалгийн шингэнийг ингэж их хэмжээгээр алдахад бичил элементийн солилцоо хямралд орохоос гадна уураг, өөх тос болон дархлалын эсүүд хамт алдагдаж биемахбодын шингэний зохицуулалт бүхэлдээ хямралд ордог.

Эмчилгээний хувьд анхаарах нэг зүйл бол зарим нэг өвчтөнд гялтангийн хатгалт олон удаа хийс-

нээс тунгалгийн шингэн халдварлагдаж идээлдэг учраас эмчилгээний чиглэлийг өөрчлөх шаардлагатай болдог. Халдваржсан эсэхийг тодорхойлохдоо гялтангийн хатгалтаар тунгалгийн шингэн бүлэгнэсэн эсэхийг анзаарах хэрэгтэй. Хэрэв шингэн цэвэр байвал бүлэгнэдэггүй. Халдваржсан тунгалгийн шингэн бүлэгнэсэн байдаг. Ийм өвчтөн хөдөө, орон нутагт тааралдаад эмчилгээний нөхцөл, бололцоогүй бол уушгины мэс заслын тасагт цаг алдалгүй илгээж байх нь зохистой.

Д. Цогт, Д. Энхцэцэг

НАСНЫ ОЙ

ПЭЛЖЭЭГИЙН ДОЛГОР



1990 оны 7-р сард БНМАУ-ын гавъяат багш, БНМАУ-ын төрийн шагналт, мэс засалч Анагаах ухааны дээд сургуулийн тэнхимийн эрхлэгч анагаах ухааны доктор, профессор П. Долгор 60 нас хүрлээ.

П. Долгор 1930 онд Завхан аймгийн Жавхланта сумын нутаг Хайрхан булан гэдэг газар малчин ард Нацагийн гэрт мэндэлжээ.

Тэрээр 15 настайдаа МУИС-ийн бэлггэл ангид элсэн, 1947—1952 онуудад хүн эмнэлгийн факультетэд суралцан төгсчээ. Их сургуулийн 2-р дамжаанд суралцаж буй үеэс сургуульдаа анатомийн багшаар ажиллаж улмаар 1952—1956 онуудад МУИС-ийн хүн эмнэлгийн факультетэд багш, 1960 оноос МУИС-д мэс заслын багш, нэгдсэн I эмнэлгийн мэс заслын тасгийг эрхлэгч 1961 онд АУДэС-ийн багш, мэс заслын тэнхимийн эрхлэгчээр одоог хүртэл ажиллаж байна.

П. Долгор 1956—1960 онуудад ЗХУ-ын А. В. Вишневскийн нэрэмжит мэс заслын институтын аспирантурт суралцан «Ходоод тайрахад нойр булчирхайн шүүрэл өөрчлөгдөх нь» сэдвээр анагаах ухааны дэд эрдэмтний зэрэг, 1979 онд «Өрцөн дор байрласан бэтгийн оношлогоо, эмчилгээ» сэдвээр докторын зэрэг хамгаалсан юм.

П. Долгор манай нэрт мэс засалч, сурган хүмүүжүүлэгч, эрдэмтэн шинийг санаачлагч хүн юм.

П. Долгор 34 жилийн эрдэм шинжилгээ судалгааныхаа ажлын явцад 100 гаруй бүтээл хэвлүүлсний дотор шинэ бүтээл 5, оновчтой санал 10 гаруйг санаачлан нэвтрүүлсэн байна.

Сүүлийн 20 гаруй жилийн дотор түүний удирдлага, оролцоотойгоор хийгдсэн судалгааны үндсэн ажил нь, элэгний бэтгийн оношлогоо, мэс заслын эмчилгээ, элэг, цөсний замын өвчний онош мэс заслын үр дүнтэй аргыг боловсруулах, ходоод, гэдэс нойр булчирхайн хүнд, хүндэрсэн өвчний үед өвчтөний амь насыг аврах мэс заслын шинэ аргыг боловсруулах, нэвтрүүлэх, хэвлийг дурагдах, хэт авианы оношлогооны аргуудыг төгс боловсронгуй болгох өргөн хү-

рээтэй асуудлуудыг хамарсан юм. Түүний санаачилсан «Бэтгэнд дарагдсан хатанхайрсан өрцийг фибриоз бүрхүүлээр нөхөх арга» «Бэтгийн үлдэц хөндийг устгах арга» «Бэтгийн хөндийрүү цорсорон цөсний цоргыг нөхөх арга (Б. Гоош, С. Сонин, Б. Мөнхтоогоо нарын хамт), Ходоод гэдэсний замд «У» хэлбэрийн залгалт хийх арга гэсэн дорвитой бүтээлүүд нь БНМАУ-ын шинэ бүтээлд бүртгэгдсэн юм.

П. Долгор 1961 онд гол судсуудын хоорондох битүүрээгүй цоргыг боох мэс засал, 1966 оноос элэг хагуурах өвчний үед үүдэн хураагуур судсыг, доод хөндийн хураагуур судсанд, дэлүүний хураагуур судсыг, зүүн бөөрний хураагуур судсанд залгах мэс засал, 1967 оноос элэгний зүүн ба баруун дэлбэнг тайрах, цөсний ерөнхий цоргыг дээрх гэдэстэй холбох зэрэг нарийн төвөгтэй, олон мэс заслыг манай оронд анх хийсэн юм.

П. Долгорын удирдлагаар анагаах ухааны доктор I дэд эрдэмтэн 8 төрсөн, тэдгээр шавь нар нь тэнхимийн эрхлэгч, ахлах багш, зөвлөх эмчээр ажиллацгааж байна.

П. Долгор олон жилийн турш монголын эмч нарын нийгэмлэгийн даргаар ажилласан бөгөөд, 1962 оноос ДЭХБ-ын хорооны илтгэгч, орлогч дарга, даргаар сонгогдох ажиллаж байсан ба одоо зүүн өмнөд

азийн бүсийн хорооны эрдэм шинжилгээний зөвлөхөөр ажиллаж байна.

Тэрээр Эрүүлийг хамгаалах болон, ардын боловсролын тэргүүний ажилтан VI, VII таван жилийн гавшгайч бөгөөд ардын хувьсгалын ойн медалиуд, хөдөлмөрийн хүндэт медаль, алтан гадас, хөдөлмөрийн гавьяаны улаан тугийн одонгоор шагнагдсан. 1969 онд доцент, 1982 онд профессор, 1989 онд БНМАУ-ын гавъяат багш цолоор шагнагдаж 1990 онд «Элэг цөсний өвчнийг оношилж, мэс заслаар эмчлэх асуудлыг хам шийдсэн нь» бүтээлээр шавь нарынхаа хамт БНМАУ-ын төрийн шагнал хүртсэн юм.

П. Долгорын монголын анагаах ухаан, үндэсний мэс заслын хөгжилд оруулсан их хувь нэмэр, түүний мэргэжлийн өндөр ур чадвар, багшлах эрдэм ажилч хичээнгүй, даруу зам чанар эмч эмнэлгийн ажилчид, багш, эрдэмтэн оюутнуудын дунд төдийгүй эмчлэгдэж эдгэрсэн олон хүмүүсийн хайр хүндэтгэлийг хүлээдэг юм.

Профессор, П. Долгорт, түүний 60 насны ойг тохиолдуулан баяр хүргэж урт удаан насалж хүний төлөө ариун үйлстээ их амжилт гаргахыг хүсэн өрөөе.

Монголын үндэсний мэс засалчдын нийгэмлэг АУИС-ийн мэс заслын I, II тэнхим «Эрүүл энх» хэвлэлийн газар

ТАНИН МЭДЭХҮЙ, ЭМНЭЛЗҮЙН СЭТГЭЛГЭЭ

ӨВЧИН, ӨВЧНИЙ ШИНЖИЙГ АНГИЛАХ НЬ

Д. Чойжил (Намын түүхийн институт)

Судлах зүйлийнхээ талаар учир зүйн хувьд цэгцэрсэн үндэслэгээ бүхий ангилал, жагсаалттай байвал судалгааны тухайн тэр салбар шинжлэх ухааны үндэс сайтай байгаагийн нэн чухал үзүүлэлт мөн.

Ангилал, жагсаалтын асуудал бол практик ажилд чухал төдийгүй, онолын ихээхэн ач холбогдолтой байна. Үнэн чанартаа аливаа шинжлэх ухааны ангилал бол Ф. Энгельсийн тэмдэглэсэнээр үндсэн зүй тогтлыг холбоо уялдаа, дэс дараалал, эрэмбэ дэсээр нь илэрхийлсэн зүйл юм. Зөв бүлэглэх, ангилах асуудал бол В. И. Лениний өгүүлснээр: «...өнгөцхөн ажиглахад санагддаг шигээ зөвхөн техникийн, зөвхөн мэргэжлийн явцуу асуудал хэрхэвч биш» билээ (В. И. Ленин. Зохиолууд. 22-р боть, 54 дэх талд).

Ангилал бий болгох явдал шинжлэх ухааны хөгжилд нэгэн бүхэл эринийг эзэлдэг (Б. М. Кедров, 1961, 1965). Шинж-

лэх ухааны ангиллын сонгодог үлгэр загвар нь Ф. Энгельсийн боловсруулсан шинжлэх ухааны салбаруудын ангилал, Ч. Дарвины санал болгосон амьтны зүйлсийн ангилал, Д. И. Менделеевийн элементийн үелэх систем мөн.

Судалж байгаа зүйлийнхээ тухай мэдээ баримтаар дутмаг, ангиллын үндэс болгож болохуйц өвөрмөц шинж тэмдгийг мэддэггүйн улмаас урьд мэдлэгийн олон салбарт шинжлэх ухааны ангилал байсангүй.

Орчин үеийн шинжлэх ухаанд ангилал бий болгох буюу өөрөөр хэлбэл судлах аливаа олонлогийг (ангийг) дэд олонлог (дэд анги) болгож ялган салгах асуудлыг таксономи хэмээх тусгай шинжлэх ухаан авч үздэг бөгөөд таксономи бол таксон, шинж тэмдгээр ангилах тухай сургаал гэж тодорхойлдог байна (С. В. Мейен, Ю. А. Трейзер, 1976).

* К. Е. Тарасов, В. К. Великов, А. Фролова. Логика и семиотика диагноза. М., «Медицина», 1989. номын 6-р бүлэг.

Анагаах ухаанд ангилал XVIII зууны дунд үеэр үүссэн бөгөөд тэр үеийн нэрд гарсан анатомич Д. Б. Морганийн (1682—1779) зохиол бүтээл лүгээ холбоотой. Д. Б. Моргань «Өвчний байршил ба шалтгааны тухай» зохиолдоо өвчний ангиллыг нэлээд бүрэн дүүрэн бөгөөд тухайн үедээ шинжлэх ухааны үндэстэй хийсэн байна. Өвчний явцыг хүний биений үе мөч сегментэд байрласан эрхтэн, системээр хязгаарлан шинжлэх эмгэг судлалын зарчмыг ангиллынхаа үндэс болгожээ. Д. Б. Моргань өөрөө анатомчийн (бие бүтцийн мэргэжилтний) хувьд олон удаа задалгаа чийхдээ өвчний чухам ингэж байрших шинжийг олж мэдээд түүнийгээ үндэслэн өвчлөлтийг ялган салгах гэж оролдсон байна. XVIII—XIX зууны идеалист эмч нарын тогтоосон өвчний субъективист хуваарилалтыг бодвол Д. Б. Морганийн энэ ангилал нь өвчнийг эрхтнээр хязгаарлан шинжлэхэд үндэслэснээрээ өвчний материаллыг субстратыг нотолжээ. Энэ ангилал цаашдаа өвчний уг чанарыг материалист ёсоор судлахад тус дөхөм болж, эмнэлзүйн болон онолын салбар ухаанууд хөгжихийн суурь дэвсгэр болж өгчээ.

Үхэл, өвчний шалтгааны олон улсын ангилал, жагсаалт зохиох санаачилгыг анх Фарр (1853) гаргаж, цаашид францын статистикч Бартильон (1893) үргэлжлүүлжээ. 1910 оноос эхлэн үхэл, өвчний шалтгааны Олон улсын ангиллыг 10 жил тутам хянан өөрчлөх болсон байна.

Орос оронд XIX зууны далаад оноос эхлэн Земийн ариун цэврийн байгууллага байгуулах үед өвчлөлтийг ариун цэвэр-статистикийн үүднээс өргөнөөр судлах болсонтой уялдан олон нийтийн эмнэлгийн байгууллагууд өвчин, үхлийн шалтгааны ангилал, жагсаалт боловсруулах ажилд эхлэн оржээ. Пироговын нийгэмлэгийн жагсаалтад анагаах ухаан дахь этиологийн (өвчин үүсэх шалтгаан, нөхцөлийг судлах ухааны) чиглэлийг тодорхой тусгах гэсэн эрмэлзэл илэрсэн нь гадаадын ангилалтай жишээд урагш үлэмж ахисныг харуулж байна Үүнд 1899 оны ангилал, жагсаалт хамгийн сайн боловсруулагдсан учир 1924 оныг хүртэл бага сага өөрчлөөд хэрэглэж байв.

Зөвлөлт засгийн үед өвчний жагсаалтыг 4 удаа хянан өөрчилжээ. Өвчний сүүлчийн ангиллыг ЗСБНХУ-ын Эрүүлийг хамгаалах яамны коллеги 1952 онд баталсан байна. Энэ ангилалд өвчлөлийн анги (28), бүлэг (51), багц (рубрик) буюу өвчний нэрийн (338) жагсаалт оржээ. Гэхдээ энэ ангиллыг дан ганц этиологийн зарчимд үндэслэн зохиож чадсангүй. Одоо баримталж байгаа өвчний ангилал бол этиологийн зарчим, патологи-анатомийн (бие бүтцийн эмгэг судлалын) зарчмын аль алинд үндэслэсэн юм. Гэвч өвчний ангийг эрхтэн, системээр ялгахдаа урьдын байршлын зарчмыг шууд хуулбарлахаар хязгаарлаагүй, харин анги ангиар хуваарилахдаа анатом-физиологийн (бие бүтцийн ажиллагааны) зарчмыг илүү баримталсан гэхэд болно.

Өвчин, үхлийн шалтгааны талаар олоо дагаж мөрдөж байгаа улсын ангилал, жаг-

саалтын (1952) зэрэгцээгээр бас ес дэх удаа хянан өөрчлөх Бага хурлын (1975) зөвлөмжид үндэслэн зохиож, Дэлхийн эрүүлийг хамгаалахын 29-р ассамблейгаар баталсан өвчин, бэртэлт хийгээд үхлийн шалтгааны Олон улсын статистикийн ангилал бий. Энэхүү ангиллын I боть нь 1980 онд, II боть нь 1983 онд орос хэлээр гарсан юм. Үүний зэрэгцээгээр ЗСБНХУ-ын Эрүүлийг хамгаалах яам 1983 онд ес дэх удаа хянан өөрчилсөн олон улсын өвчний статистикийн ангиллыг эрүүлийг хамгаалахын ажил практикт ашиглах заавар хэвлүүлж, 1984 онд өвчин, бэртэлт ба үхлийн шалтгааны Олон улсын статистикийн ангиллыг (ЗХУ-д ашиглахад зориулан дөхөмчилсэн олон улсын ангилал—9-ийн хувилбар) хэвлүүлсэн нь Зөвлөлт оронд ариун цэвэр-статистикийн ажлыг журамлах үндсэн баримт бичиг болж байна.

Дээр дурдсан ангиллуудаас гадна ЗСБНХУ-ын статистикийн Төв Газрын хүн амын статистикийн хэлтсийн зохиосон үхлийн шалтгааны үсгийн дарааллын жагсаалт, Украин, Латвийн эрүүлийг хамгаалах яамдын ариун цэврийн статистикийн товчооны зохиосон өвчний жагсаалтыг ашиглах гарын авлага, эрүүлийг хамгаалахын зохион байгуулалт, анагаах ухааны түүхийн институтийн бэлтгэсэн өвчний үсгийн дарааллын жагсаалт, ЗСБНХОУ-ын Эрүүлийг хамгаалах яамны ариун цэврийн статистикийн эрдэм шинжилгээ-арга зүйн товчооны зохиосон оношийг нэрлэн тэмдэглэх үсгийн дарааллын жагсаалт бий. Бас зарим өвчний янз бүрийн ангилал байдаг. Жишээ нь: С. М. Рыссены хийсэн өвөрмөц шинжгүй шархлаат колитын (бүдүүн гэдэсний салст бүрхүүлийн үрэвсэл) ангилал (1966), Б. Е. Вотчалын хийсэн уушги зүрхний ангилал (1964), Е. М. Тареевын хийсэн хоёрдогч хорт хэт даралтын хам шинжийн ангилал (1972), Л. М. Мальцевын хийсэн зүрхний булчингийн хөндүүрлэж өвддөггүй шигдээсийн (инфаркт миокарда) жагсаалт (1969) гэж бий. Түүнчлэн И. А. Кассирскийн зохиосон лейкозын ангилал, жагсаалт (1970), С. И. Ребовын хийсэн төмөр дутагдсанаас цус багасах өвчний ангилал (1970), Г. А. Алексеевийн хийсэн цус багасалтын ангилал (1970), Ю. Александровичийн хийсэн цусны системийн өвчлөлийн ангилал (1960) гэх мэт өвчний ангийн нийтлэг шинжийн хэрээр ялгасан ангилал байдаг.

Нэг л өвчнийг өөр өөр зохиогч янз янзаар ангилсан байдаг. Эмнэлзүйн практикт даралт ихсэх өвчний 6 өөр ангиллыг нэгэн зэрэг ашиглаж байна (Г. Ф. Ланге, А. Л. Мясников, Е. М. Тареев нарын ангилал, ЗСБНХУ-ын Эрүүлийг хамгаалах яамны ангилал, Дэлхийн эрүүлийг хамгаалах байгууллагын ангилал, ЗСБНХУ-ын Батлан хамгаалах яамны эмнэлгийн албаны ангилал). М. С. Кушаковский (1977) практикийн эмч нарт зориулан бичсэн даралт ихсэх өвчний тухай нэг сэдэвт зохиолдоо эдгээрийн дээрээс өөрийнхөө ангиллыг нэмсэн нь долоо дахь ангилал болов.

Сүүлийн арван жилд зарим өвчин, өвчний ангийн олоо байгаа ангиллыг эмхтгэсэн тусгай ном гарч эхэллээ. Жишээ бол-

тон А. Н. Митропольский (1974), М. А. Хетеев (1974) нарын эмч нарт зориулан бичсэн нэг сэдэвт зохиол, бас Я. С. Циммерманы (1972) оюутнуудад зориулан бичиж, Пермийн анагаах ухааны дээд сургуулийн хэвлэн гаргасан суралцах бичгийг дурдсанаар хязгаарлая. Өвчин тус бүр дээр хэд хэдэн ангилал зохиосон байдгийг дурдахад сонирхолтой. М. А. Хетеев (1974) судас нягтран битүүрэх өвчнийг (облитерирующий тромбангит) өвчлөлийн хэлбэрээр ялгасан 5 ангилал, өвчний үе шатаар ялгасан 8 ангилал байдгийг иш татан дурджээ. Мөн зохиогч тараагуурын даралт багасахын (артериальная гипотония) анхдагч үеийн 12 ангилал байдгийг мэдээлж, ялдамд энэ өвчлөлийг ном зохиолд 15 өөр нэр томъёогоор тодорхойлон өгүүлсэн байдгийг жагсаан бичжээ. Даанч дээр дурдсан ангиллуудыг үзэж танилцахад тухайн эмгэгийг судлах талаар шинжлэх ухааны улам өсөн нэмэгдсэн ололтыг ашигласны үр дүн мөн байна даа гэсэн сэтгэгдэл төрүүлэхгүй байгаа нь харамсалтай.

Эрдэм шинжилгээний өдний төдий нийтлэлд эрдэм шинжилгээний ажилтан бүр дор дороо эмнэлзүйн аль нэгэн салбар ухааны хүрээнд, судалж буй өвчнийхөө талаар туйлын олон янзын шинж тэмдэг, арга зүй, зарчмын үндсэн дээр өөрийн онцгой ангилал зохиохыг эрмэлзэх хандлага үзэгдэж байгаа бөгөөд шинжлэх ухааны бодит хэрэгцээ, шинэ чухал үндэслэгээгээр шаардагдаагүй байхад дан өөрийн мэргэжлийн явцуу эрх ашигт захируулан олонхдоо онцын чухал биш тийм ангилал зохиож байна.

Шинжээч бүхэн заримдаа ч зөв зүйтэй гэмээр шинэ ангилал зохиодог нь бүр алба юм шиг, хийж гүйцэтгэсэн ажлын нь шинжлэх ухааны чанарыг харуулах үзүүлэлт юм шиг болжээ. Үүний улмаас ангиллын оронд өвчний нэрийг зүгээр тоочсон жагсаалт гарч ирэх нь цөөнгүй байна.

Үүний дээр эмнэлгийн тайлан мэдээний бичиг баримтыг бөглөх үүрэгтэй практик эмч нар анагаах ухааны өөр өөр дээд сургуульд сурч байхдаа хагас зуу гаруй жилийн турш оршиж ирсэн өөр өөр чиглэлийн төлөөлөгчдөөр хичээл заалгаж хүмүүжсэнийг нэмж хэлэх хэрэгтэй. Ийм учраас (явуут буюу хэвтүүлэн эмчлэх үед) өвчний түүхэнд бичсэн тэмдэглэл, нас барсны гэрчилгээ зэрэг тайлан мэдээний олон бичиг баримтад туйлын олон янзын өөр өөр нэр томъёо хэрэглэсэн байх нь цөөнгүй тохиолдоно.

Өдний төдий өөр ангилал, үсгийн дарааллын жагсаалт, ангиллын бүдүүвч байгаа нь практик эмч нарын толгойг эргүүлж байна. Г. А. Рейнбергийн (1951) «Оношлох арга зүй» номдоо тэмдэглэснээр амбулатори, хэсэг, нэгдсэн эмнэлгийн олон эмч, ялангуяа саахнаас ажиллаж эхэлсэн залуу эмч нар нарийн ангиллыг сайн мэдэхгүй байна.

Эмч нарын практик ажилдаа хэрэглэдэг оношийн нэр томъёо хэдэн түм байдаг билээ. Тохиолддог олон төрлийн бүх өвчлөлийг бие биеэсээ өвөрмөц чухал шинж тэмдгээр ялгаатай анги, бүлэг болгон нарийн чанд системчилсэн өвчний ангилал,

жагсаалтгүй бол өвчлөлийн тухай мэдээ баримтыг боловсруулах ямар ч арга байхгүй.

Ийм учраас больниц буюу нэгдсэн эмнэлэг бүр дор дороо шинжлэх ухааны үүднээс тийм ч их тууштай биш ч гэсэн өөрийн гэсэн нэлээд хялбар дөхөм ангиллын схемтэй байх нь зүйтэй гэсэн Г. А. Рейнбергийн самалыг бид буруу гэж бодож байна. Нэгдсэн эмнэлэг, больниц, хот район, мужийн эрүүлийг хамгаалах газар, Холбооны бүгд найрамдах улс, бүх холбоотын эрүүлийг хамгаалах яамдын хэмжээнд тус тусдаа тийм өвчний ангилал зохиох зарчим нь ялгаатай болоход хүрнэ. Нэг тохиолдолд этиологийн шинж тэмдгийг ангиллын үндэс болгосон байхад өөр нэг тохиолдолд этиологийн болон патолог-анатомийн хоёр шинж тэмдгийг нэг зэрэг харгалзахад үндэслэсэн, гурав дахь тохиолдолд хязгаарын эмгэг судлалын нозологийн (өвчний ангиллын тухай шинжлэх ухаан) онцлогийг нэмж харгалзсан байх жишээтэй.

Практик эмч нар өвчний тодорхойлолтод ихэнхдээ өөрсдийн шинжлэх ухааны мэдлэгийн явцуу хүрээ, тэр болгон хангалттай биш хувийн туршлагаар хязгаарлагдсан ангиллынхаа байр сууринаас ханддаг нь бараг ёс юм. Үүнд «Цөөн бөгөөд хялбар тусмаа сайн» гэдэг зарчмыг баримтлах бололтой. Тэр ч байтугай ийм «зарчмыг» практик эмчийн оношлох үйл ажиллагаанд ангиллын схемийн заавал баримтлах үндсэн зарчим болгон өргөмжлөдөг байна. Энэ тухайд оношийн томъёолол нь аль болохуйц товч, 2—3 үгээр бүрдсэн, тэгээд:

1. өвчний байдал төлөв,
2. өвчлөлийн байршил, бас шинжлэх ухаанд мэдэгдэж байгаа бол,
3. өвчлөлийн шалтгаан, үүслийг харуулсан байх ёстой гэж Г. А. Рейнберг (1951) үзэж байна. Үүнийхээ үлгэр болгож «уушгитас» («пневмония») гэдэг маш товч оношийг дурджээ. Гэтэл «уушгитас» гэдэг ойлголт нь олон улсын ангиллаар 7 багц буюу зөвлөлтийн ангиллаар 3 багцад хуваагддаг бүхэл бүтэн бүлгийг (ангийг) хамардаг бөгөөд Эрүүлийг хамгаалахын зохион байгуулалт, анагаах ухааны түүхийн институтийн 1959 онд зохиосон үсгийн дарааллын жагсаалтаар 80 өөр янзын уушгитасыг багтаасан, эсвэл Холбоот Орос Улсын Эрүүлийг хамгаалах яамны ариун цэврийн статистикийн товчооны 1960 онд зохиосон оношийг нэрлэн тэмдэглэх үсгийн дарааллын жагсаалтаар 36 өөр нэр бүхий уушгитасыг хамарсан байдаг юм.

Эмч нар энэ өвчнийг өвөрмөц хувилбараар нь «голомтолсон уушгитас», «хэлтрийн уушгитас», «архаг уушгитас» гэх мэтчилэн ялгахын оронд бүгдээрээ «уушгитас» гээд ганцхан үгээр тэмдэглэдэг боллоо гэж бодъё. Тэгвэл нэгдүгээрт, оношийн томъёолол нь оновчгүй болж, өвчнийг таниагүйг харуулж, тэгэхлээр эмчилгээ нь хангалтгүй болно. Хоёрдугаарт, статистикчид тайландаа «тодорхой заалтгүй уушгитас» гэсэн нэг л хүснэгтийг бөглөх бөгөөд үүнийг дутуу зэмдэг тодорхойлолт гэж үздэг юм.

Ингээд жигтэй хачин байдал бий болно. Эмчийн сэтгэлгээний соёлд хатуу шаардлага тавьж, практик эмчийн оношийн шинжлэх ухааны түвшинг дээшлүүлэн үнэн зөв болгохын оронд эмчийн оюун дүгнэлтийг бүдүүн тойм төдий байлгах, өвчний ангиллын схемийг хялбарчлахыг зөвшөөрөн өөгшүүлсэн хэрэг болно. Г. А. Рейнбергийн «Оношийн арга зүй» зохиолыг эмч нарын мэргэжлийг дээшлүүлэх төв институт эрхлэн хэвлүүлсэн боловч ниймэрхүү зөвлөмж эмчийн сэтгэлгээг боловсронгуй болгоход тус дэм болох нь юу л бол доо.

Нөгөө талаар практик эмч нар өвчнийг ангилахдаа өөрсдийн хялбарчилсан схемийг баримтлах юм бол Эрүүлийг хамгаалахын статистикч, зохион байгуулагч нар тус оронд байгаа өвчлөлийн тухай үнэн зөв төсөөлөл зохиож чадахгүй, ялангуяа шинжлэх ухааны үндэс бүхий өвчний ангилал боловсруулж чадахгүй болно.

Одоо байгаа өвчний ангиллыг «хялбарчилъя», анагаах ухааны практикийн хэрэгцээнд илүү тохируулна гэдгээр шалтаглан өвчний шинэ жагсаалт хийе гэсэн уриа Зөвлөлт оронд төдийгүй, гадаадад ч дуудлаж л байна.

1978 онд Д. Фрайн «Их дэлгэрсэн өвчнүүд» гэдэг ном орос хэлээр хэвлэгдэн гарчээ. Номыг зохиогч нь 25 жилийн турш гэрийн эмчээр (ЗХУ-ын хэсгийн эмчтэй ойролцоо гэж болно) ажиллаж байсан, одоо Дэлхийн Эрүүлийг хамгаалах байгууллагын (ДЭХБ) мэргэжилтэн юм. Тэгээд номдоо «нэг талаар эмнэлзүйч нарын практик ажиллагаа ба гэрийн эмч нарт тулгардаг асуудлууд, нөгөө талаар өөрсдийн явцуу, заримдаа сайтар бодож боловсруулаагүй үзлийн үүднээс өвчнийг ангилж, нэр өгдөг академийн эрдэмтэн, мэргэжилтэн нарын практикаас хол хөндий хандлагын хооронд» асар их зөрөө байгааг бичжээ. Тэр ч байтугай «уушгины үрэвсэл», «гуурстас» («бронхит») гэх мэтийн их дэлгэрсэн нэр томъёог хүртэл эсэргүүцэж: «Энэ бол тохиромжтой ч гэсэн чухамдаа өвчнийг ангилах, бололцоо олгохгүй байгаа ерөнхий практикт тохиолддог эмгэгийн хэв шинжээр өвчний явцыг тайлбарлахад ашиг багатай «шошго» төдий юм» гэжээ. Д. Фрайн энэ мэтээр өгүүлсний эцэст уушгины цочмог өвчний шинэ ангиллыг санал болгосон нь:

1. Цээжний хөндийн цочмог хэржигнүүр: гол шинж нь цээжний хөндийн хоёр талд нэвчингэ хуурай хэржигнүүртэй, заримдаа сарнимал нойтон хэржигнүүртэй.

2. Байршсан нойтон хэржигнүүртэй өвчтөн: нэг буюу хоёр уушгины угийн нэг хэсгийн дээд талаар нойтон юмуу нарийн хэржигнүүртэй, эсвэл шарчигнах чимээтэй. Заримдаа ниймэрхүү үзэгдэл нэгээс илүү хэсэгт ажиглагдана.

3. Гялтан (плевра) юмуу гялтангийн холбоос үрэлдэх шуугиан сонсогддог, уушгины хэсэг нь шүүрсэлтэй буюу амьсгалд оролцохгүй болсон өвчтөн. Ийм өвчтөн цөөн байдаг.

4. Байдлыг бүрэн дүүрэн харуулахын тулд (эмчийн үзлэгийн үед илрүүлж болохуйц) өвчний физик шинж тэмдэг байх

гүй ч халдвар авсан байж болох рентген шинжилгээний шинж илт мэдэгдсэн тийм тохиол байж болохыг дурдах хэрэгтэй гэжээ.

Шинжлэх ухааны үнэнийг хялбарчлах гэж оролдвол ийм болдог байна шүү! Энд нэрд гарсан хүүхдийн эмч А. А. Кисаль: «Шинжлэх ухааны анагаах ухаан гэж ганц л анагаах ухаан байдаг, үүнээс жичдээ практикийн анагаах ухаан гэж огт байхгүй гэсэн санааг би үргэлж давтан хэлж байдаг. Эмч хүн өвчтөн бүрд орчин үеийн шинжлэх ухааны мэдлэгээр өвч зэвсэглэн хандах ёстой» (В. А. Еренков, Л. Д. Фастовец, 1977) гэж хэлснийг энд иш татах нь зүйтэй.

Эмч нар бүгдээрээ заавал дагаж баримтлах ёстой нэгдмэл нэгэн мөр өвчний ангилал боловсруулах явдал зайлшгүй чухал зорилт мөн бөгөөд энэ зорилтыг шийдвэрлэхгүй бол практикийн ба онолын анагаах ухааныг амжилттай хөгжүүлэх, эрүүлийг хамгаалах ажлыг зохион байгуулах боломжгүй нь илэрхий байна. Өвчний жагсаалт ангиллыг тогтооход холбогдох нэр томъёог дээрээс өгсөн удирдамжаар нэг мөр болгох аргагүй нь ойлгомжтой. Өвчнийг тэмдэглэх тохиролцсон нэр боловсруулах хэрэгтэй бөгөөд энэ нь зөвлөлтөийн эрүүлийг хамгаалах аливаа системийн эмч нар аль нэг хэмжээгээр ижилхэн утгаар ойлгож, нийтээр хүлээн авч болохуйц нэр байх ёстой.

Анагаах ухааны сүүлийн үеийн ололт, зөвлөлтөийн эрүүлийг хамгаалахын практик эрэлт хэрэгцээг тусгасан, аргагүйн шаардлагыг харгалзсан шинжлэх ухааны үндэстэй өвчний нэгдмэл системчлэл, ангилал зохиохын тулд төрөл төрлийн салбарын өргөн хүрээний мэргэжилтэн нарыг хамран оролцуулж, байнга ихээхэн ажил хийх хэрэгтэй байна. Энэ бол нийт улсын хэмжээний маш чухал зорилт мөн гэж бид бодож байна.

Анагаах ухааны эрдэм шинжилгээний байгууллагууд голлох үүрэг гүйцэтгэх ёстой. Бүх Холбоотын хэрэх өвчний эсэргүүцэх хорооны (антиревматический комитет) хийж байгаа ажил бол өөрийн салбарын хүрээнд өвчний жагсаалт, ангиллыг байнга боловсронгуй болгох талаар үр бүтээлтэй ажиллаж байгаагийн үлгэр жишээ болж чадна. Хэрэх өвчний судлал (ревматология) шинжлэх ухааны нэг салбар болон хэлбэрэлтгүй хөгжиж ирсэнтэй уялдуулан 1934 оноос хойш тус хороо хэрэх өвчний ангиллыг 4 удаа хянан засварласан байна. Сүүлчийн хувилбарыг нь 1964 онд хэрэх өвчний ажлын ангилал, жагсаалтын асуудлаарх симпозиум дээр Зөвлөлтөийн томоохон ревматологич А. П. Нестеровын илтгэлийн дагуу баталжээ. Бүх Холбоотын хэрэх өвчнийг эсэргүүцэх хороо үе мөчний өвчний ангилал, жагсаалтыг боловсронгуй болгох талаар мөн нэгэн адил тууштай системтэй ажиллаж байна.

Гэхдээ дурдсан чиглэлд мэргэжилтэн нарын гаргаж байгаа хамтын хүчин чармайлт тэр болгон гүйцэд амжилттай болж чаддаггүй нь мэдээж. Жишээ нь Минск хотноо пульмонологичдын (уушги, амьсгалын замын эмгэгийг судлах салбар ухаан)

симпозиумаар (1964) баталж, Тбилис хот-ноо Бүх Холбоотын дотрын эмч нарын эрдэм шинжилгээний нийгэмлэгийн бүгд хурлаар (1972) нэмэлт оруулсан архаг уушгитасын ангиллыг хэлж болно. Өвчин ба үхлийн шалтгааны шинэ жагсаалт, ангилал зохиоходоо эх орны жагсаалтыг олон улсынхтай ойртуулах зорилго тавих нь чухал. Учир нь эдийн засаг, соёл, эрүүлийг хамгаалахын зэрэг салбарт зөвлөлтийн олон улсын хэлтээ холбоо өргөжиж байна. Зөвлөлт Холбоот Улс болон гадаад орны ард иргэдийн өвчлөлт, үхлийн шалтгааны тухай ариун цэвэр-статистикийн материалыг жишиж судлах шаардлага улам их гарч байна. Ийнхүү харьцуулан судлах нь Зөвлөлтийн Эрүүлийг хамгаалахын ололт, дутагдлын аль алиныг тодруулж мэдэх бололцоо олгоно.

Ажилд нь зөвлөлтийн эрдэмтэд ч оролцдог олон улсын анагаах ухааны зарим нийгэмлэг шинжлэх ухааны үндэстэй өвчний ангилал зохиох талаар амжилттай ажиллаж байна. Чихэр шинжингийн (сахарный диабет) талаар ДЭХБ-ын мэргэжилтний хорооны хийж байгаа ажлыг жишээ болгон дурдаж болно. Тус хорооны зөвлөмж болгосон чихэр шинжингийн ангиллыг янз бүрийн орон, тэр дундаа ЗХУ-ын эмч нар 15 жилийн турш амжилттай ашиглаж ирлээ. 1980 онд санал болгосон шинэ ангилал нь мэргэжилтэн нарын (М. П. Балаболкин, 1981) үзэж байгаагаар шинэ өвчний эмгэг гарал, эмнэлзүй, эмчилгээг судлах талаар шинэ судлалын шинэ амжилтыг аятайхан тусгажээ. Өөр нэг жишээ хэлбэл элэг хатуурах өвчний (пирроз печени) Гаванын хуучин ангиллыг (1956) 1974 онд Мексикт болсон их хурлаар элэг судлах асуудлаарх Дэлхийн Холбооны баталсан бөгөөд гепатологийн (элэг судлалын) орчин үеийн байдалд тохирсон шинэ ангиллаар сольсон байна (Е. С. Рысс, 1983).

Бид энэхүү бүлэгт уг асуудлаас хамгийн чухал гэж үзсэн аргагүйн зарим талыг л авч ярих байна.

Формаль логикийн үүднээс бол ангиллын үндсэн зорилт нь эгнэн зэрэгцсэн ойлголтын (ангиудын) аль нэг хэмжээгээр нарийн чанд систем зохих замаар нэгэнт хуримтлуулсан мэдлэгийг системчлэхэд оршино. Нийт ойлгоцыг хуваах, судалгааны зүйлээ төсөөтэй буюу ялгаатай шинжээр нь цэгцлэн хуваарилах логикийн дүрмийг үндэслэн ангиллыг зохионо.

Туслах чанарын ач холбогдол бүхий хэлбэрийн (зохиомол) ангилал гэж байдаг. Учир нь дураараа сонгож авсан онцын чухал биш шинж тэмдгийг уг зүйлээ ялган бүлэглэхийн үндэс болгосон байдаг. Эмнэлгийн байгууллагын тайлан мэдээ, статистикийг журамлахад туслах чанарын схем болж өгдөг өвчний жагсаалт, үсгийн дарааллын нэрсийг ийм ангилалд хамааруулж болно.

Үүний сацуу нэг чухал өвөрмөц шинжийг (нийлмэл нарийн ангилалд бол хэд хэдэн шинжийг) үндэс болгон зохиосон жам ёсны (агуулгын) ангилал гэж байдаг. Жам ёсны ангилал бол ихээхэн нарийн чанд цэгцэлсэн судалгааны объектыг эрэхэд тус

дөхөм болохоор үл барам, судалж байгаа зүйл, тэдгээрийн шинж, харилцааг шинжлэх ухааны үндсэн дээр ихээхэн тогтвортой системчлэх бололцоо олгоно. Ийм учраас бодит байдлыг шинжлэх ухааны үүднээс танин мэдэх, судалж буй объектыг түүний шинжээр тодорхойлох буюу хэрэв уг объектын анги нь мэдэгдэж байгаа бол шинжийг нь тогтооход тус болж чадна. Өвчний жам ёсны ангилал нь өвчлөлийг ихээхэн үнэн зөв танихад тус болно. Учир нь өвчнийг оношлохдоо тийм ангилал байхгүй бол учирзүйн хувьд зөв үндэслэж, ялган салгах аргагүй юм. Машинаар онош тавих, эмнэлгийн мэдээллийг залуурзүйн аргаар боловсруулах шаардлага хийгээд эрдэм шинжилгээний, ариун цэвэр-урьдчилан сэргийлэхийн, зохион байгуулалтын ажлын эрх ашгийн үүднээс ч ийм ангилал зайлшгүй хэрэгтэй байна.

Зөв зохиогдсон ангилал бол ойлголтыг ялган хуваахад холбогдох хэд хэдэн шаардлагыг хангасан байх ёстой.

1. Анги болгож хуваахдаа нэгдмэл нэг үндсийг (шинж тэмдгийг) баримтална. Ангийн дэд анги болгон олон удаа нарийвчлан хуваах болбол тухай бүрд жич үндсийг ашиглах боловч тэр нь нэг л үндэс байх учиртай. Ингэхдээ ерөнхий ангиуд нь ихээхэн өргөн чухал үндэстэй, ангиудын тусгайдаа салбар нь ихээхэн явцуу, өвөрмөц үндэстэй байна. Гэвч анги (эгнээ) бүрийг нэг л нэгдмэл үндсээр хуваана. Жишээ нь: Г. А. Алексеев цус багасах (анемия) өвчнийг ангилахдаа эхлээд эмгэг шинжээр нь; 1. цус алдсанаас (постгеморрагический) цус багасах, 2. цусны эргэлт гажсанаас цус багасах, 3. цусны задрал ихэссэнээс (гемолитический) цус багасах гэж ангилжээ. Цусны задрал ихэссэнээс цус багасах энэ сүүлчийн дэд ангийг ихээхэн явцуу өвөрмөц шинэ шинж тэмдгээр нь: 1. экзотроцитийн цусны задрал ихсэх хүчин зүйлийн улмаас цус багасах, 2. Эндотроцитын хүчин зүйлийн улмаас цус багасах гэж хоёр шинэ дэд ангид хуваажээ. Үүнээс цааш нь «эндотроцитын хүчин зүйлийн улмаас цус багасах» дэд ангийг: 1. эритроцитопати, 2. энзимопати, 3. гемоглобинопати гэж гурван бүлэгт хуваагаад бас цааш нь гемоглобинопатийг дотор нь: 1. талассеми (цус цайж багасах), 2. эс махирлаж цус багасах (серповидно-клеточная анемия), 3. С, Д, Е. Н гэх мэтийн гемоглобинопатин гэж ялгасан байна.

Харамсалтай нь өвчин, бэртэлт ба үхлийн шалтгааны олон улсын статистикийн ангилалд энэ журмыг баримтлаагүй нь түүний ялгаж заасан гол гол хэсгийг тоочиход л илт мэдэгдэнэ. Нийтдээ 17 хэсгийг ялгаж заасан нь: «Халдварт ба шимэгчийн үүсгэдэг өвчин», «Шинэ тогтоц», «Дотоод шүүрлийн (эндокринная) системийн өвчин, хоол тэжээл хямрах, бодисын солилцоо, дархлаа алдагдах», «цус ба цус бүтээгч эрхтний өвчин», «Сэтгэцийн хямрал», «Мэдрэлийн систем ба мэдрэх эрхтний өвчин», «Цусны эргэлтийн системийн өвчин», «Амьсгалын эрхтний өвчин», «Хоол боловсруулах эрхтний өвчин», «Шээс бэлгийн эрхтний өвчин», «Жирэмслэл, төрөлт, тө-

рөлтийн дараах үеийн хүндрэл», «Арьс ба арьсан дорхи эслэгийн өвчин», «Яс булчингийн» систем, холбох нэхдэсийн өвчин», «Төрөлтийн гажиг», «Төрсний дараах үед үүсэх зарим байдал», «Шинж, шинж тэмдэг ба оновчгүй тэмдэглэсэн байдал», «Бэртэлт, хордлого» эдгээр болно.

Ийнхүү өвчлөлийн янз бүрийн ангийг янз бүрийн шинж тэмдгээр ялгасан байх бөгөөд үүнд: өвчний этиологоор (халдварт ба шимэгчийн үүсгэлэг өвчин), эмгэг гарлын бичлэгээр (төрсний дараах үед үүсэх зарим байдал), байршилтаар (амьсгалын эрхтний өвчин), тэр ч байтугай эмнэлтийн нэр томъёо гүйцэд боловсроогүй, оновчтой бус байгаа баримтын үндсэн дээр (шинж, шинж тэмдэг ба оновчгүй тэмдэглэсэн байдал) гэх мэтчилэн хуваажээ.

Өвчний ангийг дэд анги, дэд ангийг бүлэглэл болгож хуваахдаа нэгдмэл үндсийг баримтлах зарчмыг зөрчсөн байна. Жишээ нь: «Мэдрэлийн систем, мэдрэхүйн эрхтний өвчин» ангийг дэд анги болгохдоо этиологийн болон байршилтын үндсийг нэг зэрэг баримтлан ялгажээ.

«Ходоодтос (гастрит) ба дуодонит» багцад: цочмог ходоодтос, хатингар ходоодтос, ходоодны салст бүрхүүлийн томролт, архины ходоодтос, бусад ходоодтос, нарийн мэдэгдээгүй ходоодтос ба гастродуодонит, дуодонит гэж 7 дэд багцыг ялгасан байна. Энд төрлийн тухай ойлголтыг өвчний явцын шинж төлөв, ходоодны салст

бүрхүүлийн хэлбэрийн өөрчлөгдлийн хэв маяг, үрэвслийн явцын байршил аль алнаар нь хуваажээ. Үүнтэй уялдан «нарийн мэдэгдээгүй ходоодтос» гэдэг нэр томъёогоор юу хэлсэн нь тодорхойгүй байна. Этиологийг нь уу, өвчний явцыг уу, ходоодны салст бүрхүүлийн байдлыг уу, эсвэл өөр нэг юмыг нь нарийн тодруулаагүй хэрэг үү?

Өвчин бэртэлт ба үхлийн шалтгааны олон улсын ангиллыг зохиогчид заримдаа гойдын хэрэгцээгүй байхад ацлан хуваах (дихотомическое деление) аргыг хэрэглэсэн байна. Жишээ нь: дотоод шүүрлийн системийн өвчний ангид «Бамбай булчирхайн өвчин» болон «Дотоод шүүрлийн бусад булчирхайн өвчний» оруулаад ингэхлээр энэ хоёр дахь дэд ангид өнчин тархи, бөөрний булчирхай, өндгөвч зэргийн маш олон янзын өвчлөлийг хамруулсан байна.

Хэрэв жишээ нь эхний хуваарилалтыг ерөнхий этиологийн шинжээр хийж, үүний үр дүнд солилцооны өвчин, халдварт өвчин, бэртэлт зэргийг өвчлөлийн том том бүлэглэлд ялгасан бол өвчний ангилал нь илүү зөв болох байлаа. Цааш нь эдгээр бүлэглэлийг этиологийн нэлээд өвөрмөц нарийн шинжээр нь задлан хувааж болох юм. Жишээ нь: халдварт өвчнийг вирусийн, янгийн (бактерийн) гэх мэтчилэн анги болгож болох байв.¹

Халдварт өвчнийг этиологийн зарим тусгай шинжээр нь хуваасны дараа өвчлөлийн ангийг дэд ангид хуваах дараачийн

I схем. ЧИХЭР ШИЖИНГИЙН АНГИЛАЛ



¹ Харамсалтай нь зарим өвчний этиологи тодорхой бус, зарим өвчин этиологийн хувьд олон давхар шинжтэй байдгийн улмаас энэ зарчмыг бүрэн дүүрэн хэрэглэх боломжгүй юм. Анагаах ухааны мэдлэгийн одоогийн түвшинд этиологийн шинжээр бус, анатомын байршлын шинжээр хувааж эхлэх зүйд нийлэмжтэй байж болох авч хэрэв ингэвэл зөвхөн үүнийгээ үндэс болгон баримтлаад дараа нь өөр маягаар хуваахад шилжих хэрэгтэй юм.

үндэс болгон байршлын шинжийг авч болох юм (жишээ нь уушгины сүрьеэ, яс-үе мөчний сүрьеэ, гэдэсний сүрьеэ гэх мэт). Өвчний эдгээр багц (дэд анги) тус бүрийг хэлбэр-үүргийн өөрчлөгдлийн шинж байдлаар нь зүйл болгон хувааж болох юм (жишээ нь, уушгины ширхэглэг тогтох сүрьеэ, уушгины сийрхий ширхэглэх сүрьеэ, уушгины үсэрхийлэх сүрьеэ гэх мэт).

Анги, дэд анги, зүйл бүрийг тус тусад нь ялган задлахад болохгүй гэх газаргүй. Зарим бүлэг өвчнийг (хүүхдийн, эмэгтэйчүүдийн) бие даасан байдлаар ангилж болох бөгөөд харин нэг л ерөнхий шинж тэмдгийг баримтлах ёстой. Хуваарилалтын бүх эгнээг цэгцэлж, журамласан өвчний нэгдмэл ангилал бий болгохыг эрмэлзэх нь зүйтэй. Нэгдмэл нэг үндсийг баримтлан дагахгүй бол хуваарилалт нь будлиантай давхардмал болж, үүний улмаас бүх ангилал нь буруу ташаа болгоход хүрнэ.

2. Ангилал зөв байхын чухал нөхцөл нь **хуваарилалтын хэмжээ ямагт зохицсон байхад** оршино. Энэ бол хуваарилалтын бүх гишүүдийн (ойлголтын зүйлийн) нийлбэр нь ангийнхаа (төрлийн ойлголт) бүх хэмжээг бүрэн хамран багтаасан байх ёстой гэсэн үг юм.

Эс тэгвэл хуваарилалт нь буруу болж нэг бол хэтэрхий өргөн, эсвэл хэтэрхий явцуу болно. Жишээ нь, «уушгин зүрх» гэдэг ойлголтыг архаг ба цочмог хэмээн хувааж, цочмог хэлбэр нь хэд хэдэн хувил-

бартай байж болохыг харгалзахдаа дэндүү явцуу хуваарилалт хийж байгаа хэрэг. Бас цусны эргэлтийн өвчний ангид холбох, нэхдэсийн нэвчих өвчнийг (диффузные болезни соединительной ткани) оруулбал нйм хуваарилалт нь үндэсгүй өргөн болно. Анагаах ухаан шинэ шинэ зүйл, хувилбарын өвчнийг нээн илрүүлж, ангиллыг байнга нөхөн дүүргэсээр байгаа учир эгнээ бүрд хуваарилалтын шинээр нээгдсэн гишүүнийг нэмж бичих зай үлдээвэл зохино.

Өвчин, бэртэлт ба үхлийн шалтгааны Олон улсын статистикийн ангилалд ангиллын эгнээ бүр нь «бусад өвчин», «бусад гажиг», «нарийн мэдэгдээгүй байдал» гэсэн дэд ангиар (багц, дэд багцаар) дууссан байна. Энэ ойлголтын хэмжээ төдий л тодорхой биш учир энд хуваарилалтын хэмжээг зөв зохицуулж чадсан эсэх асуудал эргэлзээтэй хэвээр үлджээ.

Бидний энд авч үзэж байгаа журмыг заримдаа зорнод зөрчиж байна. «Проблемы эндокринологии» («Дотоод шүүрлийн булчирхай судлалын асуудал») сэтгүүлд (1984, № 3) ДЭХБ-ын мэргэжилтний хорооны баталсан чихэр шижингийн ангиллын талаар өргөн шүүмжлэл нийтэлж эхэлжээ. В. Г. Баранов, А. М. Ситникова, А. С. Ефимов нар уул ангилалд урьд баримталж байсан шижингийн урьтал үе, далд шижин, ил чихэр шижин гэж өвчин ахих шатаар нь хувааж байсныг оруулсангүй гэж ангиллыг зохиогч нарыг зэмлэсэн байна (1 схем).

ХЭЛЭЛЦҮҮЛЭГ

ӨРХИЙН ЭМЧИЙН ЗАГВАР

Ц. Мухар

Эмнэлгийн үйлчилгээний нутаг дэвсгэрийн хэсэг (сум)-ийн эмнэлгийн зарчим бол хүн амд амбулатори-поликлиникээр үзүүлэх тусламжийн шалгарсан арга мөн. Зөвхөн хэсгийн үйлчилгээний зарчмаар сэргийлэх, эмчлэн эрүүлжүүлэх номлол биелж амьдралд хэрэгжинэ.

Эмч, хүн амыг нягт холбосон хэсэгчилсэн үйлчилгээний үр дүнд, нутаг дэвсгэрийн үйлчилгээний хүн нэг бүрийг эрүүл мэнд-эмнэлзүйн хувьд танин мэдэх боломжийг бүрдүүлж эрт оношлох, өвчнийг тууштай эмчлэх, сэргийлэх, диспансерчлах нөхцөл бий болдог байна. Сүүлийн үед эмнэлгийн хэсэгчилсэн үйлчилгээг өрхийн зарчмаар зохион байгуулж, улмаар ерөнхийн мэргэжлийн буюу өрхийн эмч бэлтгэх, ашиглах талаар судлагч, мэргэжилтнүүд нэлээд бичиж байна (А. Е. Ромоненко 1987, Ш. Жигжидсүрэн, Ц. Мухар 1987, С. А. Сыгаев 1988, А. А. Солнцева, Р. Р. Шиляев и др 1988, Б. О. Мильков, Г. И. Шамрой и др 1988).

Өрхийн эмч бэлтгэх, ашиглах нь орчин үед хурц шүүмжлэж байгаа эмчийн ёсзүй, ур чадварын өсөлтөд нөлөөлөх гол хүчин зүйл болж болох юм. Өрхийн эмч бий болсноор хүн ам-эмч гэсэн холбоо өрх гэр-хүн ам-эмч болж бэхжих болно. Эмчийн ажлын хүрээ тэлж, мэргэжлийн явцуу хүрээнээс гарч эмчийн ур чадварын өсөлт хангагдахын хамт эмч өвчтөн, эрүүл хүмүүсийн харьцаанд эмчийн ёсзүйн агуулга улам баяжих юм. Ерөнхий мэргэжлийн ба өрхийн эмчийн үйлчилгээнд шилжих тухай асуудлыг ЗХУКН-ын Төв Хороо, СнЗ-өөс баталсан «2000 он хүртэлх хугацаанд ЗХУ-ын хүн амын эрүүл мэндийг хамгаалах, эрүүлийг хамгаалахыг өөрчлөн байгуулах үндсэн чиглэл»-д нэг ч/х/л зорилт болж тусгажээ.

1984 оноос Куба улс өрхийн эмчийн үйлчилгээнд шилжиж эхэллээ (С. А. Сыгаев 1988, Д. И. Кича 1989). Өрхийн эмчийн үйлчилгээ бол хөгжингүй капиталист орны хувьд уламжлал туршлагатай, шинжлэх ухаан техникийн өнөө үеийг хүртэл ач холбогдлоо алдаагүй бөгөөд эмнэлгийн шинжлэх ухааны дагнал, төрөлжилт түргэн явагдаж байгаа энэ зууны эцэст улам өсөх болжээ.

ЗХУ-д өрхийн эмч бэлтгэх, ашиглах тухай хоорондоо зөрчилтэй хэд хэдэн санал шүүмж өрнөж байна. ЗХУ-ын ЭХЯ өрхийн эмчийг ашиглах чиглэлд баттай зогсож байна гэж үзэж болно. Н. А. Семашкогийн нэрэмжит нийгмийн эрүүл ахуй, эрүүлийг хамгаалахын эднийн засаг, удирдлагын эрдэм шинжилгээний институтээс боловсруулсан өрхийн эмчийг ашиглах гурван хэлбэрийг ЗХУ-ын ЭХЯ дэмжиж олон нийтээр хэлэлцүүлж байна. Өрхийн эмчтэй болох саналыг хүн амын бараг 90% дэмжиж байна. Гэтэл эмч нарын олонхи нь өрхийн эмчээс татгалзаж, дотор, хүүхэд, эх барих-эмэгтэйчүүдийн чиглэлээр олон жил мэргэжиж, дадлагажсан хэсгийн эмнэлгийн системийг бутаргах нь олсон ололтоосоо ухарсан алхам, ялангуяа эх нялхсын салбарт мэргэжлийн тусламж доголдоно гэж үзэж байна.

Ерөнхий мэргэжлийн өрхийн эмч ажиллуулах нь шинэ хэлбэр болох учраас бэрхшээлтэй, маргаантай байх нь ойлгомжтой юм. ЗХУ-д нэг эмч гэр бүлийн бүх гишүүдэд (дотор, хүүхэд, эмэгтэйчүүд) амбулатори-поликлиникийн анхны тусламж үзүүлэхэд мэргэжлийн хувьд бэрхшээлтэй болно гэж үзвэл долоо хүртэлх насны хүүхдийг хүүхдийн эмч үзэхээр, эсвэл эмч нар нэг баг болж айл өрхөөр үйлчлэх хэлбэр байж болох юм гэж томъёолж байна. Гэвч сүүлийн хоёр

бэр бол мөн чанартаа өрхийн эмчийн зарчим биш гэсэн санаа байна.

Профессор О. П. Шепин, эрдэм шинжилгээний ахлах ажилтан В. Козлитон нар «Медицинская газета» сонинд бичсэн «Амьдралгүй үзэл санаа явуургүй» гэсэн өгүүлэлдээ өрхийн эмчийн маргаанд дүгнэлт хийж «Эмнэлгийн тусламжийн чанарыг ялангуяа анхан шатны хүрээнд сайжруулах үүднээс авч үзэхэд өрхийн эмнэлэг бий болгох талаар эргэлзээ байхгүй гэсэн ганцхан дүгнэлт хийж болно. Дотрын биш тусламжийн хүрээг оролцуулан өрхийн бүх гишүүдэд сэргийлэх, эмчлэн оношлох, нөхөн сэргээх тусламж үзүүлж чадах чадвар бүхий өрхийн эмчийн тухай бид тодорхойлж болно. Манай оронд хүүхдийн тусламжийн алба сайтар хөгжсөн туршлага дээр үндэслэн өрхийн эмнэлгийн загварт 3 хүртэлх насны хүүхдэд эмнэлгийн тусламж үзүүлэхэд зориулж хүүхдийн эмчийг байлгаж ч болох юм. Өрхийн эмчийг дээд сургуулийн тусгай программаар бэлтгэх ёстой» гэж бичсэн байна. Дээрх зохиогчид өрхийн нэг эмчид оногдох хүний тоог ул суурьтай судалгааг үндэслэн тогтоох нь зүйтэй бөгөөд гурав хүртэл насны хүүхдийг мэргэжлийн эмч үзнэ гэж тооцвол нэг эмчид 1000—1500 хүн байх нь тохиромжтой гэж үзэж байна.

Куба улсад өрхийн эмчийн талаар богинохон хугацаанд багагүй туршлага хуримтлуулж байна. Анагаах ухааны талаар ойрын хорин жилд дэлхийн дээд түвшинд хүрэх зорилго тавьж зүрх шилжүүлэн суулгах хагалгаа эхэлсэн энэ оронд өрхийн эмчийн үйлчилгээ сонгодог хэлбэрээр хөгжиж байна. Куба улсад өрхийн эмч-сувилагчийн баг байгуулж, үйлчлэх хүрээний нутаг дэвсгэрт хоёр давхар бага оврын барилга барьж доод давхарт нь өрхийн эмнэлгийн салбар, дээд давхрыг нь эмч, сувилагч нарын орон сууц болгон ашиглаж байна. Эмч-сувилагчийн нэг баг 600—700 хүн амд (120—140 гэр бүл) үйлчилж байна. Тэд эмнэлгийн бараг нж бүрэн үйлчилгээг гүйцэтгэж эмч-

лэх, нөхөн сэргээх төдийгүй эрүүл хүмүүсийг өвчнөөс сэргийлэх, эрүүл мэндийг бэхжүүлэх үүрэгтэй юм. Үүний тулд эмчилгээ, эрүүл мэндийн хяналтаас гадна өвчтэй хүмүүсийг гэрээр идэвхтэй эргэж, шаардлага гарвал эмнэлэгт өвчтөнийг өөрөө биеэр хүргэх зэргээр үйлчилгээний нутаг дэвсгэрийн хүн амын эрүүл мэндийг шийдвэрлэх бүх асуудалд идэвхтэй оролдож, эмчээс хүний төлөө тавих ухамсартай сахилга хариуцлагыг өндөржүүлсэн байна.

Куба улсад 1987 онд 4 мянган өрхийн эмч байсан бөгөөд өрхийн эмчийг бэлтгэх хөтөлбөрийн дагуу 2000 он болоход 20 мянга болж өснө. 1990 онд ойролцоогоор Куба улсын хүн амын 68% нь (7 сая хүн ам) өрхийн эмчтэй болно. Гаван хотынхон 1993 он болоход өөрийн гэсэн өрхийн эмч, сувилагчтай болохоор төлөвлөж байна. Куба улсад дээд сургуульд эмч нарыг ерөнхий мэргэжлээр төгсгөж эхний нэг жил өрхийн эмчийн дадлага хийж цаашид гурван жил анагаах ухааны ерөнхий эрдэмд суралцаж мэргэжинэ. Дээд сургууль төгссөний дараах 4 жилд өрхийн эмчийн мэргэжил дадлага суусан эмч нар өрхийн эмчээр ажиллах, өөр мэргэжил сонгох эсэхийг өөрсдөө шийддэг ажээ. Өрх гэр, эрүүл мэндийн салшгүй хоёр тал болсон нийгмийн ба эмнэлгийн иж бүрэн агуулга хэлбэр болдгийг судлагчид (И. П. Кашково 1987, В. Н. Городов, И. К. Баготова и др 1989, Н. А. Кравченкая, З. А. Хуснутданова 1989) нэгэн дуугаар зөвшөөрч байгааг өрхийн эмчийн ач холбогдолтой холбох нь зүйтэй.

Манай оронд өрхийн эмч бэлтгэх, ашиглах талаар тодорхой ажил хийгээгүй боловч, албан ёсны хурал зөвлөлгөөн, нийтийн хэвлэлд өрхийн эмчийг бэлтгэх, эсэх талаар зарим санал гарч байна. Бид өрхийн эмчийг бэлтгэх, ашиглах талаар бусад орнуудын туршлагыг хэвлэлээс судалж, зарим дүгнэлт өгөх оролдлого хийлээ.

Түүхэн уламжлалаас үзвэл манай оронд зөвхөн гэрээр өвчтөн

үзэж эмчилдэг уламжлалт эмнэлэг олон жил үйлчилж байсан бөгөөд ардын хувьсгалын дараа 60-аад оныг хүртэл эмчийг ерөнхий мэргэжлээр ашиглаж байсан юм. Үйлчилгээний хүн амын тоо олон байгаа боловч сумын эмч нар өрхийн эмчтэй төстэй зарчмаар ажиллаж, Улаанбаатар хотод 80-аад оноос дотрын хэсгийн эмч нар өрхийн диспансерчлалын хэлбэрээр өрхийн эмчийн зарим элемент эмнэлгийн үйлчилгээнд нэвтэрч иржээ. Энэ бүхэн нь өрхийн эмчийг цоо шинэ хөрсөн дээр бий болгохгүй, харин сэтгэл зүйн хувьд уламжлал, туршлага дээр тулгуурлах боломж байгааг харуулж байна.

Хүн амыг үе шатлан диспансерчлах туршилт судалгааны зарим урьдчилсан дүнгээс авч үзвэл хот, хөдөөгийн хүн амын 92% өрхийн эмчтэй болохыг зүйтэй гэж үзсэн байна. АУДэС-ийн курст суралцаж байгаа 55 эмч нараас судалгаа авахад эмч нарын мэргэжил олгох курст сурч байгаа эмч нарын 70,7%, дээшлүүлэх курст суралцагчдын 57,1%, ерөнхий мэргэжлийн (өрхийн) эмч бэлтгэхийг дэмжиж, 24,4—42,9% нь эргэлзсэн байна. Хот, хөдөөгийн 130 эмч нараас авсан асуумжаар 77,4% нь өрхийн эмч бэлтгэх асуудлыг зүйтэй гэсэн дүгнэлт хийж байна. Ийм санал өгсөн эмч нарын 47,5% нь дотор, хүүхэд, эх барих эмэгтэйчүүдийн анхны тусламжийг нэг эмч үзүүлж чадна гэж үзсэн байна. Энэ урьдчилсан дүнг ЗХУ-д хийгдсэн судалгаатай харьцуулбал өрхийн эмчтэй байх талаар хүн амын санал бараг нэг түвшинд (80—90%) байгаа нь хэсгийн эмнэлгийн үйлчилгээнд өөрчлөлт шинэчлэлт хийх хэрэгтэй байгааг илэрхийлсэн үзүүлэлт. Харин манай эмч нар өрхийн эмчтэй болох талаар зөвлөлтийн эмч нараас илүү санал өгч байгааг ерөнхий мэргэжлийн үйл ажиллагааны уламжлал, манай орны өргөрийн онцлог, зан заншилтай холбоон үзэх нь зүйтэй.

Өрхийн гишүүдийн эрүүл мэндэд үнэлгээ өгч, тэдний эрүүлжүүлэхэд чиглэсэн эмнэлэг-нийгмийн

иж бүрэн арга хэмжээг авч хэрэгжүүлэх явдал өрхийн эмчийн үндсэн чиг баримжаа мөн.

Өрхийн эмчийн ажиллагаа нь сэргийлэх, оношлох, эмчлэх, зохион байгуулах чиглэлтэй. Өрхийн эмчийг зөвхөн эмнэлзүйч төдийгүй нийгмийн эрүүл ахуйч байх түвшинд ажиллахыг амьдрал шаардана. Өрхийн эмчийн ажлын агуулга, хэсэг сумын эмч нарын ажлаас нэлээд онцлогтой юм гэдгийг зөвхөн дотор, хүүхэд, эх барих эмэгтэйчүүдийн мэргэжилтэн төдийгүй өөрийн онцлогийг агуулсан шинэ маягийн хэсгийн эмнэлгийн алба гэдгээр тайлбарлана. Үүнээс ямар дүгнэлт хийх вэ гэвэл өрхийн эмч бэлтгэх, мэргэжлийг нь дээшлүүлэх талаар түүний ажлын онцлогт тохирсон систем бүрдүүлбэл зохино. Өрхийн эмч дараах үүрэгт ажлыг гүйцэтгэж болох баримжаа байна.

1. Урьдчилан сэргийлэх чиглэлээр:

— Өрх болгоныг хараандаа авч, эрүүл мэндийн сөрөг хүчин зүйлийг илрүүлэн арилгах, эрүүл аж төрөх ёсонд сургах.

— Эх нялхсын эмчлэн сэргийлэх бүх арга хэмжээ (гэр бүлийн төлөвлөлтөнд тусалж, хэрэгжүүлэх тухай цоо шинэ ажлын хүрээ бий болно).

— Эрүүл ахуй халдвар судлал

2. Оношлох, эмчлэх чиглэлээр:

— Амбулатори-поликлиник, гэрээр үзүүлэх тусламжийн хамгийн элбэг тохиолдох дотор, хүүхэд, эх барих эмэгтэйчүүдийн өвчнийг судлах, шинжлэх арга, оношлол, эмчилгээ, ялгах онош.

— Эмнэлзүйн түгээмэл асуудал (хам шинж, хордлогууд, харшил судлал, антибиотик, дааврын гаралтай эмийн хэрэглээ, бага халууралтай өвчний хамшинж, мэдрэл, тархи-судасны үйл ажиллагааны хямрал).

— Архаг (арьс өнгө, сүрьеэ, бруцеллез), хурц халдварт өвчний онош.

— Яаралтай мэс заслын өвчний онош

— Уламжлалт анагаах ухааны уламжлалт арга (барна засал, зүүтөөнүүр, хануур, орон нутгийн ургамал амьтны гаралтай эм бэлдмэл хийж хэрэглэх арга барил).

3. Эрүүлийг хамгаалах чиглэлээр:

— Хүн амын эрүүл мэнд, өвчлөлд дүн шинжилгээ хийж авах арга хэмжээг боловсруулах.

— Дээд шатны эмнэлэг, поликлиникээр үзүүлэх тусламжийг шуурхай хүртээмжтэй болгох.

— Анхдагч, хоёрдогч сэргийлэлтийг хэрэгжүүлэх.

— Хөдөлмөрийн чадварын үнэлгээ өгөх, нөхөн сэргээх ажилд оролцох.

— Эмчийн ёсзүйд төгс боловсрох

Өрхийн эмч бол одоогийн хэсгийн эмнэлгийн дэвшилт хэлбэр болж нутаг дэвсгэрийн амбулатори-поликлиникийн салшгүй бүрэлдэхүүн хэсэг болж ажиллана. Ийм учраас хэсгийн эмнэлгийн байршлын одоогийн зохион байгуулалт эвдэгдэхгүй.

Өрхийн эмчийн кабинетыг наад захын шаардлагатай авсаархан тоног төхөөрөмжөөр тоноглох ёстой (А. И. Патанов 1988). Хүний эрүүл мэндийн талаар өрхийн эмчийн ёсзүй, ур чадвар хариуцлага өсөхийн хэрээр эмч нар өвчтөнийг аль болох чирэгдэл багатайгаар эрт оношлох, эмчлэх туйлын эрмэлзлийг дагалдан нүд, чих, хамар хоолой, мэдрэл, арьсны зэрэг зарим өвчнийг өрхийн эмч эмчлэх болж, эмчийн сэтгэлгээний цар хүрээ тэлнэ. Үүний учир зарим эрхтэнийг шинжлэх авсаархан багаж, зүрхний цахилгаан бичлэгийн аппарат, шээс, наалдацыг түргэн аргаар шинжлэх аргууд өрхийн эмч, сувилагч нарын үйл ажиллагаанд өргөн ашиглах болно. Томоохон поликлиникуудын дэргэд өрхийн эмчид туслах «Гэр бүлд зөвлөгөө өгөх удамшлын кабинет» бий болж эх нялхсын эрүүл мэндийг хамгаалахад их үүрэг гүйцэтгэх болно. Өрхийн эмчийн үйлчилгээг баттай нэвтрүүлж чадвал больницоос гадуур үзүүлэх эмнэлгийн тусламжийн зохион байгуулал-

тад зарим шинэчлэл, өөрчлөлт хийх нь зайлшгүй. Үүнд: Түргэн тусламжаас хойшлуулшгүй тусламжийг салган нутаг дэвсгэрийн поликлиник, өрхийн эмчийн үйлчилгээнд шилжүүлнэ. Албан газрын эмнэлэг, үйлдвэрийн цехийн хэсгийн үйлчилгээг аажмаар нутаг дэвсгэрийн поликлиникийн үйлчилгээнд шилжүүлж үйлдвэрийн дэргэд зөвхөн ажлын цагаар яаралтай тусламж үзүүлэх хөдөлмөрийн эрүүл ахуйн хяналт тавих их, бага эмчийн салбар (цэг) бий болгох; Сургууль, сургуулийн өмнөх насны хүүхдийн эмчийн орон тоог цомхтгон, хүүхдийн байгууллагын хоол хүнс, эрүүл ахуй, арнун цэврийн хяналтыг эмнэлгийн дунд мэргэжилтэн нарт хариуцуулах; Эрүүлийг хамгаалахын төсөвт аж ахуйн тооцоонд шилжихэд санхүүгийн эх үүсвэрийг үйлчилгээний нутаг дэвсгэрийн нэг иргэн, нэг өвчтөнөөр тооцож эмнэлгийн төсөвт өрхийн эмчийн оролцох эрхийг нэмэгдүүлэх арга хэмжээг авч хэрэгжүүлэх; Ажил, сургуульд орох, гадаадад явах зэрэг хүний эрүүл мэндийн баталгааг өрхийн эмч бие даан шийдвэрлэх.

Ийм зохион байгуулалтын үр дүнд өрхийн бүх гишүүд шууд өрхийн эмчийн хараанд орж, ерөнхий мэргэжлээр ажиллах эмчийн тоо өсч нэг эмчид 300—900 хүн ам (150—200 өрх) оногдох нөөц бололцоо тооны хувьд бараг одоо (1990) бүрэлдэж болохоор байна. Гэвч өрхийн эмчийг бэлтгэх нэг мөр болсон систем бүрэлдүүлэх явдал чухал юм. Энэ нь оюутны сургалтад өөрчлөлт оруулахаас гадна хэсэг, сумын эмч нарыг өрхийн эмчээр дахин бэлтгэх нь хамгийн бэрхшээлтэй асуудлын нэг мөн.

Манай орны хүн амзүй, аж төрөх ёс, газарзүйн онцлогийг харгалзан өрхийн эмч-бага эмч (эх баригч)-сувилагчийн баг бүрэлдүүлэх нь зүйтэй бөгөөд 1991—1995 онд 2550, дараагийн арван жилд дунджаар 3500 орчим өрхийн эмнэлгийн ийм баг байх хэрэгцээ байна.

Бид АУДэС-ийн эмзүй, шүднээс бусад ангийг нэгтгэн ерөнхий мэргэжлийн эмчээр бэлтгэж 2—3 жил

өрхийн эмчээр сурган дадлагажуулсны дараа өрхийн ба мэргэжлийн эмч бэлтгэх асуудлыг дорвитойгоор хөндөн ярилцаж болох юм гэж үзэж байна.

Эрүүлийг хамгаалахын зөрчлөл байгуулалтын үед эмчийн ур чадвар ёс зүйн өсөлт эмнэлэг үйлчилгээнд хамгийн чухлаар тавигдаж байна. ЗХУ-д дээд сургуулийг дунд төгсөгчдөд бага эмчийн диплом олгох тухай санал дэвшүүлж байна. Манай оронд ур чадвартай сайн эмч бэлтгэх зорилгоор өөрчлөлт шинэчлэлтийг эхлэх зайлшгүй шаардлага бий боллоо. Зөвхөн олон ургальч санал бодлоос алдаагүй зөв шийдвэр гардаг сургаалд тулгуурлан сайн эмч домч бэлтгэдэг үндэсний уламжлалыг бүтээлчээр

ашиглаж, сонгон шалгаруулах замаар шат дараалан сувилагч, бага эмч, лаборант, дунд мэргэжлийн эмзүйч, шүдний техникч эцэст нь их эмч, дээд мэргэжлийн эмзүйч, шүдний эмч бэлтгэдэг системд шилжиж болох юм.

Өрхийн эмчийн ажлын чанар, үр дүнг дээшлүүлэхэд онол, арга зүй, дадлагын өндөр түвшинд бэлтгэхийн хамт нийгэм ахуйн (үйлчилгээний нутаг дэвсгэрт орон сууцаар хангах, алба амины машинтай болгох, урамшилт цалин) ба мэргэжил дээшлүүлэх (2—3 жил дутам сэдэвчилсэн курс хийлгэх, дадлага хийлгэх, эмчийн, эрдмийн зэрэгтэй болгох) талаар багагүй ажил хийх нь тодорхой.

ОНОЛЫН СУДАЛГААГ ОНЦЛОН ХӨГЖҮҮЛБЕ

Л. Зориг (АУ хүрээлэн)

Улс нийгмийн хөгжлийн тодорхойлогч хүчин зүйл болдог шинжлэх ухаан, техникийн дэвшил нь улам бүр өргөсөж байгаа эдүгээ манай эрүүлийг хамгаалах салбарын цаашдын хөгжлийг түргэтгэхийн тулд анагаах ухааны олон салбарт онолын суурь судалгааг хэтийн бодлоготой, эрчимтэй хөгжүүлэх явдал чухал байна.

Дэлхийн шинжлэх ухааны хөгжлийг түүхийн үүднээс нь харахад анагаах ухаан нь бусад шинжлэх ухааны нэгэн адил эмчилгээний практикаас хоцорч, түүний туршлага алдаан дээр үндэслэн хөгжиж иржээ. Жишээ нь: Английн эмч Э. Женнер цагаан бурхны эсрэг вакциныг XVIII зуунд дархлалын (иммунитет) тухай ямар ч ойлголтгүй байхдаа нээсэн ажээ.

Харин орчин үед анагаах ухааны онол эмнэлгийн практикаас бүх талаар түрүүлэн хөгжиж байна. Энэ нь шинжлэх ухаан техникийн үсрэнгүй хөгжил анагаах ухаан хөгжих асар их бололцоог бий болгосонтой холбоотой юм.

Манай улсын анагаах ухааны хөгжил нь практикийн эмнэлгийн

хөгжлөөс хоцорч түүний цаашдын хөгжлийн шинжлэх ухааны үндэслэл болох талаар шаардлага тэр бүр хангахгүй байна уу гэж бодож байна. Мөн анагаах ухааны салбарт онолын суурь судалгаа хоцрогдонгуй, хавсарга судалгаа давамгайлах байдал олон жил үргэлжилсэнээс эдгээр судалгааны зохистой харьцаа алдагдаж байна.

Анагаах ухаан, эмнэлгийн практикийн хөгжил нь физиологи, патофизиологи, генетик, биохими зэрэг салбарын онолын суурь судалгааны ололт амжилтаас гол нь шалтгаалдаг. Эдгээр болон анагаах ухааны хөгжлийг тодорхойлогч бусад чиглэлүүдэд бага анхаарал тавьж, хавсарга судалгаа голчилсноос судалгаа шинжилгээний ажлын үр дүн түр зуурын ач холбогдолтой байх, практикт нэвтрэх үр өгөөж муутай, эмнэлгийн байгууллагын хэрэгцээг зарим талаар хангахгүй байснаас анагаах ухааны хөгжилд хөгжлийн эволюци хэлбэр (тасралтгүй, аажмаар) зонхилж байжээ. Үүнээс болоод анагаах ухаан нь эмнэлгийн байгууллагаас хөгжлийн хурдцын хувьд хоцрох, дэлхийн анагаах ухаан

ны ололт амжилтыг цаг алдан хангалтгүй ажилдаа нэвтрүүлэх, тэр ч бүү хэл эмнэлгийн байгууллагаас материаллаг баазын хувьд ихээхэн хол хоцорч байна. Хамгийн ойрын жишээ гэхэд манай улсын томоохон эмнэлгүүдэд эхосонографи, тооцоолуурт томографи, барокамери бусад орчин үеийн эмчилгээ, оношлолын нарийн багаж төхөөрөмж нэвтэрсэн байхад, анагаах ухааны эрдэм шинжилгээний хүрээлэнгүүдийн дунд ч зориулалтаар төхөөрөмжилсөн судалгааны лаборатори, туршилтын бааз одоогоор байхгүй байна. Эрдэм шинжилгээний байгууллагын материаллаг баазын энэхүү хоцрогдонгүй байдал нь анагаах ухааны онолын суурь судалгааг орчин үеийн зохих түвшинд явуулахад муугаар нөлөөлөөд зогсохгүй улмаар эмнэлгийн байгууллагуудад шинжлэх ухааныг хөгжүүлэхэд саад болж байгаа юм.

Энэ нь цаашлаад шинжлэх ухаан ба эмнэлгийн практикийн байгууллагын ажил төрлийн уялдаа алдагдах, эрдэм шинжилгээний ажлын үр дүн практикт нэвтрэхэд хүндрэл учруулж байна. Үүнээс болоод эрдэм шинжилгээний болон эмнэлгийн байгууллагын хооронд зарим үед ажил төрлийн маргаан, үл ойлголцох явдал гарах шалтгаан болдог.

Шинжлэх ухаан үйлдвэрлэлийн холбоог бэхжүүлэх талаар олон жил ярьж зарим тодорхой арга хэмжээнүүд авч байна. Харин эдгээр арга хэмжээнүүдийн үр өгөөж зарим үед тааруухан байдаг нь сургалт, шинжлэх ухаан, практик гурвын холбоо зохистой оновчтой биш байгаатай холбоотой гэж хэлж болно.

Орчин үед шинжлэх ухааны олон салбарын нийлбэр цогц болж шинжлэх ухааны цоо шинэ салбар бий болох тодорхой асуудлыг шинжлэх ухааны олон салбар хамтран шийдвэрлэж, судалгааг эрдэмтдийн хамтарсан хүч, хамтлагаар шийдвэрлэх явдал өргөжиж байна.

Иймд эрүүлийг хамгаалахын өнөөгийн хөгжлийн түвшин, ирэх таван жил болон 2000 он хүртэлх хөгжлийг тодорхойлсон хэтийн тө-

лөвлөгөөтэй уялдуулан анагаах ухааны онолын суурь судалгааг хөгжүүлэх хөтөлбөр, чиглэл боловсруулах нь зүйтэй юм.

Үүний тулд өөрчлөлт шинэчлэлтийн үеийн эрүүлийг хамгаалах, нийгэм хангамжийн цаашдын хөгжлийн явцад эрдэм шинжилгээний болон эмнэлгийн байгууллага хоёрын ажлын уялдаа холбоо ямар байх, яаж хөгжих, зохион байгуулалт, эдийн засаг эрхийн ямар механизм үйлчлэх вэ гэдгийг харгалзан үзье.

Анагаах ухаан бол шинжлэх ухааны бусад салбараас ялгарах өвөрмөц онцлогтой юм. Энэхүү онцлогийг хадгалсан, харилцан нягт уялдаа бүхий холбоог эрдэм шинжилгээний байгууллага, эмнэлэг хоёрын хооронд тогтоох нь өөрчлөлт шинэчлэлтийн өнөө үед бүр ч чухал болж байна. Энэ нь байгууллага хоорондын хамтын ажиллагааны янз бүрийн хугацаатай гэрээ, аж ахуйн дотоод тооцоонд түшиглэн харилцан ашигтай ажиллах, мэдээллийг өөр хоорондоо солилцох, түүгээр ч үл барам эмнэлгийн аль нэг тасаг, кабинетийг эрдэм шинжилгээний байгууллага түрээслэн авч үр дүнтэй ажиллах гэх мэтийн хэлбэртэй байж болох юм. Мөн төрөөс эдийн засгийг удирдах зах зээл төлөвлөлтийн арга нэвтрүүлэхийн чухлыг зааж буй өнөөгийн нөхцөлд анагаах ухааны эрдэм шинжилгээний байгууллагууд үйлдвэр, аж ахуйн газар, шинжлэх ухааны бусад хүрээлэн, тэрчлэн гадаадын шинжлэх ухааны байгууллагатай аж ахуйн тооцооны үндсэн дээр үр ашигтай хамтран ажиллах явдлыг улам бүр өргөжүүлэх хэрэгтэй байна. Энэ бүхний эцсийн зорилт нь хүн амын эрүүл мэндийг хамгаалан бэхжүүлэх, анагаах ухааны хөгжлийг хурдасгах юм.

Сүүлийн хориод жилд анагаах ухааны судалгаа шинжилгээнд кибернетик, цахим тоолуур өргөн нэвтэрч, биохими, молекулын биологи, иммунологийн ухаанд шинжлэх ухааны хувьсгал болсон томоохон нээлтүүд хийгдэж эрчимтэй хөгжиж

байна. Иймд манай орны анагаах ухааны хувьд ЗХУ, бусад орнуудын төдийгүй дэлхийн анагаах ухааны хөгжлийн чиг хандлагыг баримтлал болгох нь зөв болов уу гэж бодож байна.

Манай улсын шинжлэх ухааны чадамж нь эдийн засгийн нийт чадамжийн нэг орчим хувь байдаг ажээ. Тэгвэл анагаах ухааны чадамж нь эдийн засгийн нийт чадамжийн хэдэн хувийг эзэлж байгаа, үүнийг цаашид дээшлүүлэхийн тулд ямар арга хэмжээ авах, түүний хэрээр улсын нийт төсвөөс ногдох хувийг ихэсгэн үр дүнтэй ашиглах талаар бодох хэрэгтэй байна. Манай орны шинжлэх ухааны салбарт ажиллаж буй эрдэм шинжилгээний ажилтанд нэг жилд ногдох судалгаа шинжилгээний зардал цалинтай нь нийлээд дунджаар 17000 төгрөг байдаг бол ЗХУ-д 17800 орчим рубль, Японд 150000 америк доллар байдаг ажээ. Энэ нь эрдэм шинжилгээний байгууллагад ажиллагсдын дундаж цалин бусад ажилтан нарынхтай адил байгаа өнөөгийн нөхцөлд цэвэр судалгаа шинжилгээнд зарцуулах зардал нэлээд бага байна гэсэн үг юм.

Анагаах ухааны бүх салбарт онолын суурь судалгааг явуулахад эрдэм шинжилгээний байгууллагыг санхүүжүүлдэг үлдэгдлийн одоогийн зарим нь хүчтэй түлхэц өгч чадахгүй байгаагаас түүнийг өөрчлөх шаардлага зүй ёсоор гарч ирж байна.

МАХН-ын Төв Хорооны V бүгд хурал «Шинжлэх ухааны бүх салбарт суурь судалгааны ач холбогдлыг дутуу үнэлдгээс онолын тал нь хоцорч, тэр нь улмаар хавсарга судалгааны хөгжлийг саатуулах ноцтой муу нөлөө үзүүлж байгаад дүгнэлт хийх цаг болсон байна» гэж тэмдэглэжээ. Тэгвэл өнөөдөр манай анагаах ухааны салбарт онолын суурь судалгааны эзлэх хувийн жин ямар хэмжээнд байна, цаашдын хөгжлийн төлөв нь ямархуу байна гэсэн асуулт урган гарч ирж байгаа юм. Гадаадын эрдэмтдийн үзэж байгаагаар анагаах ухаанд суурь судалгааны эзлэх

хувь 40—45% байх нь хамгийн тохиромжтой байдаг.

Онолын суурь судалгааны үр дүнг практикт нэвтрүүлэх үе шат нь нэлээд төвөгтэй, цаг хугацаа, хөрөнгө мөнгө шаардах ч тал бий. Иймээс практикт даруй нэвтрүүлэхгүй бол ямар ч том чухал нээлт бүр ашиггүй байх явдал ч байдаг ажээ.

Иймд эрдэм шинжилгээний байгууллагын судалгааны үр дүнг практикт нэвтрүүлэх нь хоёр талаасаа харилцан санаа тавьж, хамтран ажиллаж байж биелэх асуудал юм. Харин эрдэм шинжилгээний байгууллага дангаараа хариуцах үүрэг мэт ойлгох нь хэт өрөөсгөл юм. Мөн шинжлэх ухаан техникийн үсрэнгүй хөгжлийн өнөөгийн байдал нь үйлдвэрлэлд ажиллаж буй мэргэжилтэн, ялангуяа удирдах хүмүүст чанарын шинэ шаардлага тавих болсныг мартаж болохгүй.

Тийм учир томоохон эмнэлгүүдэд шинжлэх ухаан техникийн баазыг түлхүү хөгжүүлэх, эмч мэргэжилтнүүдийг шинжилгээ судалгааны ажилд оролцуулах явдлыг өргөжүүлэх хэрэгтэй байна. Энэ бүхэн нь анагаах ухааны судалгааны үр дүнг эмнэлгийн практикт бүрэн нэвтрүүлэх явдалд түлхэц өгнө.

Сүүлийн үед сургалт, шинжлэх ухаан, үйлдвэрлэл гурвын уялдаа холбоог сайжруулах явдал хамгийн гол нь юм гэж бичиж байна. Үүнийг манай эрүүлийг хамгаалах системийн хувьд өнөөгийн шаардлагыг тэр бүр хангахгүй байгаа явдал гэрчилж байна. Энэ нь дээд сургуулиудад хийж буй эрдэм шинжилгээний ажлын ихэнх хэсэг нь судалгаа шинжилгээний байтугай сургалтын баазыг зохих түвшинд өөд татаж чадаагүй нөхцөлд хийгддэгээс шалтгаалан практикт нэвтрэх үр өгөөж муу байх, хавсарга судалгааны хэлбэр голчлох, зөвхөн хувь хүний хэрэгцээ хангах төдий байхтай холбоотой. Иймд эрдэм шинжилгээний ажилтан боловсон хүчнээр харьцангуй сайн хангагдсан өнөөгийн нөхцөлд сургалтын салбарт өөрчлөлт шинэчлэлийг эмч, эмнэлгийн дунд мэргэжилтэн бэлтгэдэг сургалтын программын зарим

хэсгийг эргэж харах, эрдэм шинжилгээний ажилтан нарыг их сургуулийн хүрээнд эрдэмтэн багш эрдэм шинжилгээний ажилтан нарын оролцоотойгоор авьяас сонирхолтой залуучуудаас бэлтгэж эхлэх байдлаар хийж эхлэх нь зүйтэй. Монголын уламжлалт сургах аргын нэг багш-шавийн барилдлагаа тогтоох юмуу ганцаарчилсан сургалтыг ч туршиж үзэх нь ашигтай юм.

Тэдгээр оюутнуудыг эрдэм шинжилгээний ажилд эхнээс нь танилцуулан дадлагажуулах, онолын сэтгэн бодох чадварыг их хөгжүүлэх, улмаар ахлах ангиас нь факультетийн эрдэм шинжилгээний салбарт мэргэжлийн ажилчин, техникч, лаборантын орон тоонд тодорхой хугацаагаар ажиллуулж болно.

Ихэнх оронд шинжлэх ухаан эрчимтэй хөгжиж буй тэргүүлэх чиглэлээр боловсон хүчин бэлтгэх ажлыг их дээд сургуульд шинэ салбар нээх замаар шийдвэрлэж, түүнийгээ шаардлагатай боловсон хүчин, техник төхөөрөмжөөр сайтар хангадаг байна. Мөн нэгэнт бэлтгэсэн боловсон хүчний давтан сургалтыг ч тэнд явуулдаг ажээ.

Бүтээлч сэтгэлгээ буюу шинэ санаа дэвшүүлэх чадвар 30 хүртэлх насанд илүү сайн байдгийг нэгэнт тогтоосон тул энэ үед сургалт, судалгаа шинжилгээний ажлыг хослон явуулах нь хамгийн үр дүнтэй юм. Иймд залуу ажилтнуудын ийм чанарыг эрдэмтдийн өргөн мэдлэг, арвин туршлагатай хослуулж хөгжүүлвээс их үр дүнд хүрэх болно.

Сургалтын салбарт хийх өөрчлөлт шинэчлэлт хийх шаардлага боловсон хүчнийг бэлтгэхэд тооны талыг хэт баримталснаас анагаах ухааны шинээр хөгжиж буй салбаруудад нарийн мэргэжлийн боловсон хүчин дутах, сургалтын чанар нь улс орны нийгэм-эдийн засгийн хөгжлийн хурддын шаардлагыг зарим талаар хангахгүй байх, бэлтгэж гаргасан боловсон хүчин нь шинжлэх ухааны болон эмнэлгийн практикт дасан ажиллах хугацаа нь уртсах зэрэг олон шалтгаанаас үүдэн гарч байна.

Сургалтад хийх өөрчлөн байгуулалт нь дараах таван үе шатыг дамжин хөгжих зүй тогтолтой ажээ.

Нэгдүгээр шатанд сургалтын системд өөрчлөлт хийх шаардлага танин мэдэгдэж, шинжлэх ухааны үндэслэл зарчим боловсруулагддаг. Энэ бүгд нь туршилтаар батлагдаж, тодруулагдаж тогтсоноор хоёрдугаар шат дуусдаг байна. Дараа нь боловсролын системд хэрэгжиж нэвтрэх үйл явц үргэлжийн тогтвортой давамгайлан зонхилох хандлагатай болсноор дөрөвдүгээр үе шат дуусдаг. Шинжлэх ухаан техникийн хөгжлийг дагалдан сургалтын энэ систем нь мөн л шаардлага хангахаа больж дахин шинэчлэл хийх санаа гарч ирнэ.

Ийнхүү мөчлөг байдлаар явах нь аливаа хөгжлийн диалектиктэй холбоотой гэж үздэг. Энэ байдал нь манай оронд ч ажиглагдаж байгаа юм.

Сургалтын салбарт хийх өөрчлөлт шинэчлэлтийн өөр нэг чухал тал нь дээд сургуулийн хүрээнд хийх судалгаа шинжилгээний ажлын материаллаг баазыг бэхжүүлэх, хавсарга судалгааны үр ашгийг дээшлүүлэх, онолын суурь судалгааг давуутай хөгжүүлэх явдал юм.

Одоо манай хүрээлэнд эхлэх нь тавигдан хөгжиж буй хүний генетик судлал, иммунологи, клиникийн биохими зэрэг нь дээд сургуулийн холбогдох тэнхим лабораторийг түшиглэн хөгжих нь ашигтай байна.

Дараагийн нэг анхаарал татсан зүйл бол эрүүлийг хамгаалах системийн эрдэм шинжилгээний байгууллагуудын материаллаг бааз өнөөгийн шаардлага хангахгүй байгаагаас судалгаа шинжилгээний ажлын үр дүнд сөрөг нөлөө үзүүлж байгаа явдал юм. Иймд анагаах ухааны судалгаа шинжилгээний ажлын эцсийн үр дүн нь шийт эрүүлийг хамгаалах байгууллагын хөгжлийн нэг шийдвэрлэх хүчин зүйл болох үүднээс түүний материаллаг баазыг яаралтай бэхжүүлэн сайжруулмаар байна. Юуны өмнө анагаах ухааны эрдэм шинжилгээний төв лабораторийг байгуулах явдлыг яаравчлах нь зүйтэй юм.

Эрдэм шинжилгээний байгууллагууд төсөвт аж ахуйн тооцоонд шилжиж буйтай холбогдуулан тэдний бие даасан байдлыг улам өргөжүүлэх цаашид тэднийг аж ахуйн дотоод тооцоо, өөрийгөө санхүүжүүлэх зарчимд аажмаар шилжих бэлтгэлийг хангахын тулд харьяа яамны аппаратын үргэлжлэл байдлаар ажилладгийг багасгаж, харин яамны захиалгаар аж ахуйн тооцооны үндэстэй ажилладаг болгож, хүрээлэнгийн зарим боломжтой сектор, лабораторийг аж ахуйн тооцоонд шилжүүлэх нь зүйтэй.

Мөн үйлдвэр аж ахуйн газруудтай харилцан ашигтай хамтын ажиллагааны гэрээ байгуулахдаа судалгаа шинжилгээний ажлын зардлыг (санхүүжилтийг) гэрээт аж ахуйн газарт нь хариуцдаг журмыг өргөнөөр турших хэрэгтэй байна.

Өөрчлөлт шинэчлэлтийн өнөө үед эдийн засгийн сэтгэлгээ, боловсрол чухлаар тавигдаж буй нь эрүүлийг хамгаалах салбарын хувьд онцлог учир холбогдолтой юм. Эрүүлийг хамгаалахын эдийн засгийн ухаан бие даан хөгжих эхлэл тавигдаж буй нь үнэхээр цаг үеэ олж байгаа ба энэ нь анагаах ухааны хөгжлийн хандлагыг эдийн засгийн талаас нь чиглүүлэх болов уу гэж бодож байна.

Энэ бүхэнд анагаах ухааны оруулах хувь нэмрийг дээшлүүлэхийн тулд шинжлэх ухааны боловсон хүчний бодлогыг оновчтой явуулах, залгамж халааг тасралтгүй байлгах, шинжлэх ухааны тодорхой салбар чиглэлд тэргүүлэх эрдэмтдийг хэтийн бодлоготой бэлтгэх, нарийн мэргэжлийн эрдэмтдийг шинжлэх ухаан өндөр хөгжсөн оронд тодорхой хугацаагаар томилон ажиллуулах, тэдгээр орнуудтай хамтран ажиллах явдлыг өргөжүүлэх хэрэгтэй байна.

Мөн АУДЭС-ийн сургалтын хөтөлбөрийг дахин хэлэлцэж нийгмийн ухааны хичээлийн цагийг багасгах, физикийн олон төрлийн хичээлийн оронд англи хэл, эдийн засгийн онолын үндэс, хүний экологи, адаптацийн төрлийн хичээлийг зааж эх-

лэх нь зүйтэй байна. Ер нь эрүүлийг хамгаалахын төлөвлөлт, хэтийн төлөвлөгөөнүүд нь нөхцөл байдлаас шалтгаалан өөрчлөгдөн сэлбэгдэх чадвартай, уян хатан байх нь их шаардлагатай болж байна. Энэ нь эмнэлгийн практикт нарийн багаж төхөөрөмж олноор нэвтэрч, эмнэлгийн үйлчилгээний өртөг асар хурдацтай өсөх болсонтой нэг талаар холбоотой юм.

Иймд анагаах ухааны ололтыг эмнэлгийн практикт нэвтрэх хугацааг богиносгох нь эмнэлгийн үйлчилгээний үр дүнг дээшлүүлэх нэг чухал нөөц гэдгийг мартаж өсгүй.

Шинжлэх ухаан техникийн дэвшил эрчимжиж буй өнөө үед хүний гараар байгаль орчин ихэд бохирдсоноос буцаад хүний эрүүл мэндэд хортойгоор нөлөөлөх боллоо. Мөн хотжилт болон техникжилт ихсэхтэй холбогдон хүмүүс унаган байгалиасаа холдох болсон нь тэдний эрүүл мэндэд нөлөөлж, хорт хавдар, зүрх судас, мэдрэл сэтгэхүйн зэрэг энэ зууны гэгдсэн өвчнүүд элбэгших төлөвтэй боллоо.

Энэ уялдаа холбоог хүний орчиндоо дасан зохицох чадвар, өвчнөөс анхдагч урьдчилан сэргийлэх боломжтой нь холбон судалдаг хүний экологийн ухаан дэлхийн хэмжээнд эрчимтэй хөгжиж байна. ЮНЕСКО-гийн хүрээнд олон улсын «Хүн ба шим мандал» хөтөлбөр боловсруулан судалгаа шинжилгээний асар өргөн хүрээтэй ажил хийж байна. Нэлээд оронд энэ асуудлыг засгийн газрын бодлогын хэмжээнд дэмжиж байна.

Манай орны шинжлэх ухаан техникийн хөгжлийн хэрээр Монгол хүний экологи, дасан зохицох чадвар, өвчнөөс анхдагч урьдчилан сэргийлэх боломжийн тухай асуудал маш хурцаар дэвшигдэн гарч ирж байна.

Монгол хүний антропометрийн дундаж хэмжээ, цусны биохимийн болон микроэлементийн хэвийн үзүүлэлт гэх мэт монгол хүний бие организмын онцлогийг нарийн тогтоогоогүй байна.

Энэ нь эмч бид Европчуудын биеийн байдалд тохирсон эмийн тунгаар монгол хүн ялангуяа хүүхдийг эмчилж байсан хэрэг бөгөөд энэ талаар судлан тогтоох нь зайлшгүйг харуулж байна. Гадаадын технологич хийсэн гутал монгол хүний хөлд тохиромж муутай байдаг нь бас нэг баталгаа юм. Энэ мэт олон жишээ дурдаж болно.

Хүний биеийн бүтэц, эрхтэнүүдийн үйл ажиллагаа, орчиндоо дасан зохицох чадвар нь тухайн хүний үндэсний болон удамшлын (генийн) онцлог, амьдран суугаа нутаг орны байгаль цаг уурын нөхцөл байдал, амьдралын хэв маяг, ёс заншил, хоол тэжээл зэрэг олон зүйлээс маш их хамааралтай байдаг билээ. Энэ бүгд нь тухайн үндэстэн, хэсэг бүлэг хүмүүс (популяци), бие болон хувь хүний орчиндоо дасан зохицох чадварт нөлөөлж улмаар өвчлөл, нас баралтанд ч ихээхэн нөлөө үзүүлдэг нь тогтоогдсон юм.

Хотжилт ихсэж, хүмүүс өөр газар оронд шилжин суурьших нь өргөжиж буй өнөө үед монгол хүний экологи, адаптаци, өвчнөөс анхдагч урьдчилан сэргийлэлтийн талаар онолын суурь судалгааг явуулах нь эрүүлийг хамгаалахын хөгжлийн нэг чухал нөхцөлийг бий болгоно.

Анагаах ухааны хүрээлэнд эмнэлэг-биологийн сектор байгуулан хоёр дахь жилдээ эмнэлэг-биоло-

гийн судалгаа явуулж байна. Цаашид энэ судалгааны хүрээг улам өргөжүүлэн монгол хүн судлалыг эрчимтэй хөгжүүлэхийн тулд материаллаг баазыг нь бэхжүүлэх, шинжлэх ухааны бусад салбартай үйл ажиллагаагаа уялдуулан зохицуулах замаар монгол хүн судлалын үндэсний хөтөлбөрийн хамтлаг байгуулах нь зүйтэй юм.

Монголын уламжлалт анагаах ухааныг цаашид улам хөгжүүлэхдээ энэхүү бүхэл бүтэн шинжлэх ухааны онолын суурь судалгааг иж бүрэн явуулах хэрэгтэй байна. Үүний тулд АУХ, ардын эмнэлгийн хүрээлэнгүүдийн судалгаа шинжилгээний ажлын уялдаа жолбоот сайжруулах, хүрээлэн дундын эрдэм шинжилгээний лаборатори, туршилт үйлдвэрлэлийн бааз бий болгох талаар бодох нь зүйтэй.

Эцэст нь Монгол улсын анагаах ухааны хөгжлийн түүхийг судлах, ашигтай өв уламжлалыг орчин үеийн судалгаагаар батлах явдал чухал байна.

Энэ мэтээр анагаах ухааны салбар материаллаг бааз, боловсон хүчний ашиглалтыг улам сайжруулан бэхжүүлж, онолын суурь судалгааг түлхүү хөгжүүлэх чиглэл баримтлах аваас эрүүлийг хамгаалахын өөрчлөлт шинэчлэлд оруулах хувь нэмэр нь улам арвижих билээ.

64

1989, 1990 ОНД ЭРДМИЙН ЗЭРЭГ ХАМГААЛСАН ЭМЧ, МЭРГЭЖИЛТНҮҮД

(Үргэлжлэл. Түрүүч нь манай сэтгүүлийн 1990 оны № 1 (116)-д бий

Хоёр. Дэд эрдэмтний зэрэг хамгаалсан нь:

7. Жамсрангийн Мэндсайхан, аспирант

Сэдэв-Эпидемийн болон эпидемийн бус үед ялгасан томуугийн вирусийн биологийн шинж чанар.

Хэзээ, хаана хамгаалсан — 1989 оны 4 дүгээр сарын 11, Ленинград.

62

Ж. Мэндсайхан энэхүү бүтээлдээ эпидемийн болон эпидемийн бус үед ялгасан эсрэгтөрөгчийн 4 хувилбарт хамаарах томуугийн вирусийн 34 омгийн биологийн төрхийг харьцуулан судалж, томуугийн вирусийн эпидемийн чадавхийг үнэлэх шинэчилсэн хэмжүүр боловсруулжээ.

8. Даржаагийн Галбадрах, Эрүүл ахуй, халдвар нян судлалын улсын институтын секторын эрхлэгч

Сэдэв: — БНМАУ-ын хүрээлэн байгаа орчны объектуудын вирус судлалын шинжилгээ

Хэзээ, хаана хамгаалсан — 1989 оны 4 дүгээр сарын 28, Москва

Д. Галбадрах энэхүү бүтээлдээ БНМАУ-ын нутаг дэвсгэрт анх удаа хүрээлэн буй орчин, тухайлбал үндэны болон ил задгай, бохир ус, газрын хөрсний гэдэсний өвчин үүсгэгч вирусээр бохирдсон зэрэглэлийг судалж, улирлын хөдлөл зүйтэй болохыг тогтоожээ. Цаг агаар болон нийгмийн хүчин зүйлс бохирдолд нөлөөлж байгааг илрүүлсэн байна.

9. Баатарын Баярт, аспирант

Сэдэв: — Ин-виво тогтолцоонд макрофагийн үйл ажиллагааг зохицуулагч лимфокины биологийн идэвхийг судалсан нь

Хэзээ, хаана хамгаалсан — 1989 оны 11 дүгээр сарын 29, Москва,

Б. Баярт энэхүү бүтээлдээ ин виво тогтолцоон дахь лимфокины М ба Л бүлэглэлүүдийн идэвхийг үнэлэх сорил боловсруулжээ.

Лимфокины М ба Л бүлэглэлд хамаарах полипептид нь шарх эдгэрэх хугацааг хоёр дахин богиносгож, фагоцитозыг идэвхжүүлж байгааг тогтоосон байна.

1990 оны эрдмийн зэрэг хамгаалсан эмч, мэргэжилтнүүд

Нэг. Докторын зэрэг хамгаалсан нь:

1. Эрээдэрийн Лувсандагва — Эх, хүүхдийн эрүүл мэндийг хамгаалах эрдэм шинжилгээний улсын нэгдсэн төвийн нэгдүгээр орлогч захирал.

Сэдэв: — Эпидемиологийн болон эмнэл зүйн шинжилгээгээр БНМАУ-ын хүүхдийн ерөнхий өвчлөлийн бүтцийн дотроос бөөрний өвчнүүдийг судалсан нь

Хэзээ, хаана хамгаалсан — 1990 оны 5 дугаар сарын 30, Москва

Э. Лувсандагва энэхүү бүтээлдээ БНМАУ-д тохиолдож буй бөөрний эмгэгийн онцлог нь цусархаг

васкулиттай холбоотой бөөрний үрэвсэл (нефрит) болохыг илрүүлж хамгийн их өвчлөл уулархаг нутагт (Улиастай хотод) 1000 хүүхдэд 70, хамгийн бага өвчлөл тал нутагт (Чойбалсан хотод) 1000 хүүхдэд 15 байгааг тогтоосон байна.

Бөөрний эмгэгт хүргэж байгаа гол шалтгааныг эрс тэс уур амьсгал амьсгалын эрхтэний өвчлөл, хүүхдэд буй халдварын архаг голomt, хүүхдийн ойр төрлийнхэнд байгаа бөөрний өвчин, ойр ойрхон төрөх, жирэмсний нефропати гэж үзсэн байна.

Нас барсан хүүхдийн дотор бөөр, шээсний замын эмгэг 57,6 хувь байгаа нь Москва хотынхоос (45 хувь) их байгаа ажээ.

Бөөрний өвчнийг эмчлэхэд зүү эмчилгээ өндөр үр дүнтэй байгааг тогтоожээ. Д витамин дутагдлын сульдаа болон бөөрний тубулопатыг ялган оношлох шалгуур боловсруулжээ.

2. Аюулгүйн Өлзийхутаг — Анагаах ухааны хүрээлэнгийн эрдэм шинжилгээний ахлах ажилтан

Сэдэв — БНМАУ-ын бэсрэг болон нам уулын бүсэд оршин суугч уугуул хүн амын цусны эргэлт, амьсгал цусны эмнэлзүй-физиологийн онцлог.

Хэзээ, хаана хамгаалсан — 1990 оны 9 дүгээр сарын 20, Минск

А. Өлзийхутаг энэхүү бүтээлдээ оршин суух газрын өндөр нэмэгдэх тутам уушгины эзлэхүүн, цусны хүчилтөрөгчийн эзлэхүүн нэмэгдэж артерийн цусан дахь хүчилтөрөгчийн шингээлт, оксигемоглобины агуулга багасч, судасны цохилт цөөрч байгааг тогтоосон байна.

Газрын өндөр болон жилийн хугацаанд хүйтрэлттэй хоногийн тоо нэмэгдэхэд систолын ба диастолын артерийн даралтын давтамж өсч байгааг илрүүлсэн байна.

Говь-Алтай болон Хангайн бэсрэг уулсын бүсэд суугаа уугуул хүн амын дунд тохиолдож буй зүрхний булчингийн бодисын солилцоо дистрофийн өөрчлөлт, зүрхний дамжуулах чанарын хямрал, Дор-

нодын нам уулын бүсэд оршин сууж байгаа хүмүүсийнхээс 3,6—5,5 дахин илүү тохиолдож байна гэж дүгнэжээ.

Цусны эргэлтийн тогтолцооны байдлаар Эрүүл мэндийн байдлыг үнэлэхэд бэсрэг уулын бүсэд оршин суугчид, нам уулын бүсэд оршин суугчдаас эрүүл мэндийн үзүүлэлтээр доогуур байгаа нь нотлогдсон байна.

Хоёр. Дэд эрдэмтний зэрэг хамгаалсан нь:

1. Очирхүүгийн Бадамцэрэн — Улаанбаатар хотын клиникийн төв эмнэлгийн эмч

Сэдэв: — Монгол орны уулын нөхцөлд артерийн битүүрээгүй цорго хэмээх зүрхний төрөлхийн гажгийн эмнэл зүй, оношийн онцлог

Хэзээ, хаана хамгаалсан — 1990 оны 3 дугаар сарын 20, Улаанбаатар

О. Бадамцэрэн энэхүү бүтээлдээ артерийн битүүрээгүй цорго хэмээх төрөлхийн гажгийн цусны хөдлөл зүйн өөрчлөлт болон өвчтөнд илэрч байгаа шинж тэмдгийг гадаад орны судлаачид, цусны эргэлтийн өөрчлөлтгүй хүмүүсийнхтэй тус тус харьцуулан дүн шинжилгээ хийх, гажгийн үед илрэх объектив, субъектив шинжүүдийн оношийн ач холбогдлыг тогтоосон. Артерийн битүүрээгүй цорготой хүмүүст илрэх гадаад амьсгалын өөрчлөлт, цусны хөдлөл зүйн байдлыг хүмүүсийн оршин сууж байгаа газар нутгийн байдлаар (газар зүйн бүсээр), өвчний бүлгээр судалж, уул гажгийн бүлэг бүрт тохирсон мэс заслын хувилбарыг тогтоосон байна.

2. Дэчингийн Дорж — Анагаах ухааны дээд сургуулийн багш

Сэдэв: — БНМАУ дахь флюроз өвчний газар зүй

Хэзээ, хаана хамгаалсан, 1990 оны 4 дүгээр сарын 5, Улаанбаатар

Д. Дорж энэхүү бүтээлдээ эмнэлэг газар зүйн судалгааны аргачлал боловсруулан, нутаг дэвсгэрийн үнэлгээ өгч, загвар зураглал зохиожээ.

Нутагшмал эмгэгт зонхилох өвчний нэг болох флюрозыг сонгон авч түүнийг тухайн нутаг орны онцлог, усны фторын хэмжээтэй холбон олон талаас нь нарийвчлан авч үзжээ.

3. Гомбодоржийн Цэцэгдарь — аспирант

Сэдэв: — Дунд чихний архаг булагтай өвчтөнд сонсголын гуурсны үйл ажиллагааны алдагдлыг оношлож, эмчлэх нь

Хэзээ, хаана хамгаалсан — 1990 оны 5 дугаар сарын 31, Улаанбаатар

Г. Цэцэгдарь нь энэхүү бүтээлдээ дунд чихний архаг булгийн үед сонсголын гуурсны үйл ажиллагааны байдлыг оношлох, эмчлэх бүрдмэл аргыг өөрийн орны нөхцөлд анх удаа боловсруулж, үр дүнт судалсан байна.

Судалгааны явцад боловсруулсан бүрдмэл арга нь дунд чихний булгийн үед сонсголын гуурсны үйл ажиллагааны бүхий л үзүүлэлтийг тодорхойлон оношлох, эмчилгээ (эмийн болон сонсгол сайжруулах мэс засал)-ний арга барил сонгон авах, үр дүнт нь тооцож, дээшлүүлэхэд ач холбогдолтой болжээ.

Гэмтэл согоогийн клиникийн эмнэл-
гийн 30 жилийн ойд

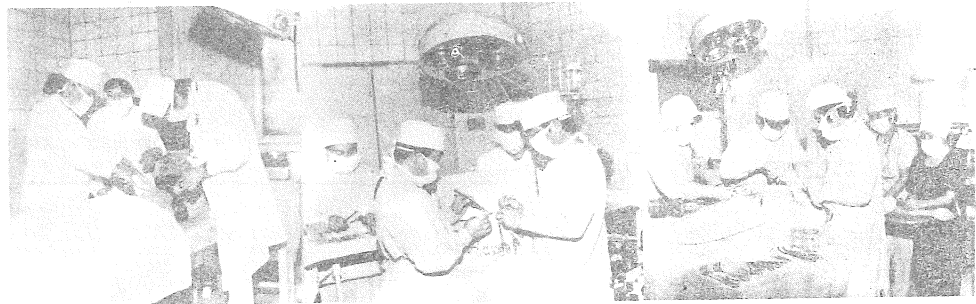
Эрүүлийг хамгаалах байгуул-
лагад олон жил үр бүтээлтэй ажил-
лаж хүн ардын эрүүл мэндийг хам-
гаалах үйлсэд тодорхой амжилт гаргаж
БНМАУ-ын ерөнхийлөгчийн зарлигаар
шагнагдсан тэргүүний сайчууд:



—Гэмтлийн их эмч Ж. Олзвой, энэ
байгууллагад 24 жил тасралтгүй
ажилласан ахмадуудын нэг билээ:



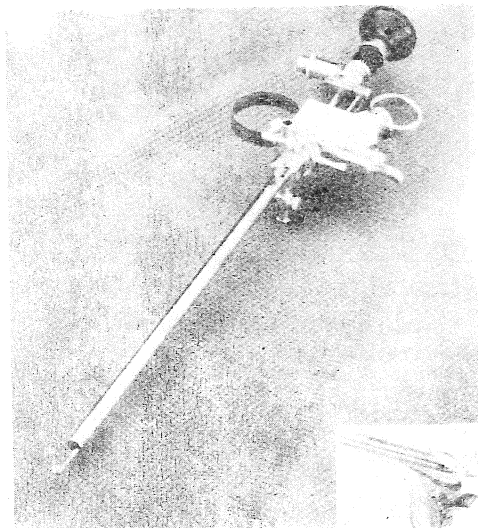
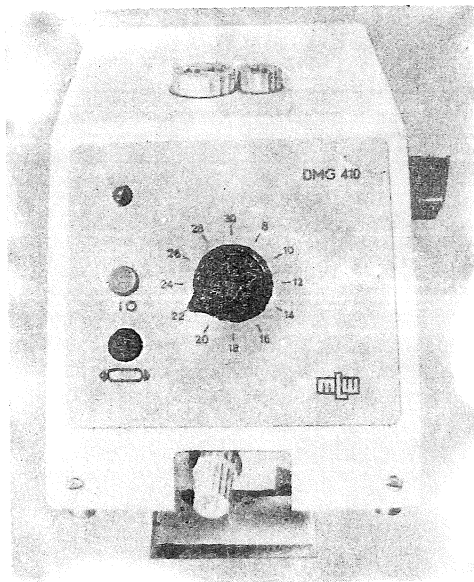
—Рентген тасгийнхан (зүүн гараас)
лаборант Д. Мөнхсайхан, их эмч Б.
Гантөмөр, лаборант Ц. Чулуунбат нар



— Гаваал тархины гэмтлийг мэс зас-
лаар эмчилж буй

—Хэвлийн эрхтний гэмтэлийг
эмчилж буй
Гэрэл зургийг Ж. Давдасамбуу

Улсын клиникийн төв эмчлэлийн Бөөр шээсний замын эрхтэнг дурандах кабинетын эмчилгээнд хэрэглэж байгаа Уретротомин гэдэг багжаар шээсний сувгийн нарийсалтыг дотроос нь зүсч томсгодог. Энэ багажийг Герман улсаас 1988 онд авч эмчилгээнд хэрэглэж байна.



- Герман улсад үйлдвэрлэсэн **DMG 410** гэдэг төхөөрөмж шүдний эмчилгээнд зориулагдсан юм:
- Мөнгө, цагаан тугалга, металлын хольцыг авч томагаар зохих хэмжээгээр тохируулан хольж манайхны нэрлэгдэгээр «Металл ломбо» гэгчийг бэлтгэдэг байна.
- Металл ломбо нь цанаран өндөр үзүүвэлтэй.
- Материал, цэг хэмжээг
- Шүдний эмчийн эмчилгээний байранд металл ломбо бэлтгэх боломжтой
- Жин нь 7 кг
- Хэмжээ нь 220 х 180 х 200 мм
- 220 вольтоор ажиллана
- DMG 410 гэдэг аэсвэрлэм энэ төхөөрөмжийг нүүр амны эмчлэлийн шүдний эмчилгээнд өргөн хэрэглэж байна.

У: Лхагваасүрэнгийн авсан гэрэл зураг