

МОНГОЛЫН

АНАГААХ

УХААН

1/92

~~Гэрээг нь анхдагч байсан~~
ЭРДМИЙН (ЗЭРЭГ ХАМГААЛСАН ЭМЧ НАР (1989—1990)

Ургэлжлэл түрүүч нь № 1 д

4. Баазандоржийн Цэенпил — Улсын клиникийн төв эмнэлгийн эмч Сэдэв; Моликлиникийн нөхцөлд глаукомыг эрт илрүүлэх эмнэлгүүд, үйл оношийг шинжилгээ.

Хэзээ, хаана хамгаалсан — 1990 оны 6 дугаар сарын 14.

Улаанбаатар.

Б. Цэвэлэн — Эрүүл хүмүүсийн нүдний төвийн ба захын дарга, нүдний дотоод даралт, өмнө камерийн өнцгийн зайн нийлбэр эвэрх үзүүлэлтүүдийн дунджийг тогтоох нүдний гипертенз, глаукомыг оношроход ассиметрийн байдлыг харгалзах, глаукомыг эрт оношлоход жингийн коэффициент ба горимыг тогтоох аргыг манай орны нөхцөлд тохируулан боловсруулжээ.

5. Бэгзийн Сангидорж — Анагаах ухааны дээд сургуулийн багш Сэдэв: — Улаанбаатар хотод полииноз хөгжих нөхцөл

Хэзээ, хаана хамгаалсан — 1990 оны 7 дугаар сарын 5,

Алма-Ата

6. Сангидорж энэ бүтээлдээ Улаанбаатар хотын нөхцөлд анх удаа аэрополинологийн судалгаа явуулсан дүнгээ нэгтгэж полииноз үүсгэх хөндөх шалтгаан (72.5%) нь агийн тоос болохыг нотолжээ.

6. Гэндэнгийн Пүрэвсүрэн — Анагаах ухааны дээд сургуулийн багш

Сэдэв: — Зүрхний хоёр хавтаст хавхлагийн хэрлэгийн гаралтай хавсарсан гэжигтай эмэгтэйчүүдийн жирэмсний явц, төрөлт удирдах онцлол.

Хэзээ, хаана хамгаалсан — 1990 оны 9 дүгээр сарын 13

Улаанбаатар

Манай орны нөхцөлд төрөх насны эмэгтэйчүүдэд олонтой тохиолддог хэрлэгийн гаралтай зүрхний хоёр хавтаст хавхлагийн хавсарсан гэжгийн үе дэх жирэмсний болон төрөлтийн явцын онцлогийг судалж, эх, ургийн амь насыг хамгаалах оновчтой аргыг боловсруулахад илгэсэн байна.

Мөн хэвлий дэх ургийн өсөлтийг хэт авиагаар оношлох, жирэмсний янз бүрийн хугацаанд эхийн төвийн цусны эргэлтийн үндсэн үзүүлэлтийг тогтоож эдгээр үзүүлэлтүүдийг жирэмсний төрөлтийн өртөмтгий бүлэгтэй холбон судалсан байна.

Хэрлэг өвчний идэвхжил, цусны хөдлөл зүйн хямралын гүнзгийрэлт, зүрхний гэжгийн хэлбэр, эх барихын тухайн үеийн эмгэг зэргээс хамааруулан зүрхний хоёр хавтаст хавхлагийн хавсарсан гэжгийн үед өвчтөнийг өртөмтгийн дөрвөн бүлэгт хуваан бүлэг тус бүрт тохируулан жирэмлэлт ба төрөлтийг удирдах тактикийн асуудлыг боловсруулан гаргасан нь практикийн эмч нарын өдөр тутмын үйл ажиллагаанд хэрэгтэй бүтээл болжээ.

7. Содовын Сонин — Улсын клиникийн төв эмнэлгийн эмч

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

Улаанбаатар

Я. Соёлын элэгний улайнхайт эхографийн шинж тэмдгүүдийн зураглалыг тогтоож, зарим шинэ шинж тэмдгүүдийг илрүүлэн морфологийн тайлбар өгч, эхографи нь элэгний бэтгийн уйланхайн хөгжлийн бүх үе шатуудыг тогтоох боломжийг олгож байгааг баталсан болно.

АНАГААХ УХААН

МОНГОЛ УЛСЫН ЭМЯ, ЭМЧ НАРЫН
НИЙГЭМЛЭГИЙН ЭРДЭМ ШИНЖИЛ-
ГЭЭ ПРАКТИКИЙН УЛИРАЛ ТУТМЫН
СЭТГҮҮЛ

33 дахь жилдээ

№ 1/79

1992 он

АГУУЛГА

ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН БОДЛОГО		Ц. МУХАР	Зах зээлийн эдийн засагт шилжих үеийн үндэсний эрүүлийг хамгаалах	35	
П. НЯМДАВАА	Гэр бүл төлөвлөлтийн асуудалд	3			
СУДАЛГАА, ШИНЖИЛГЭЭ		Б. НАЦАГДОРЖ	Монгол дахь эмгэг биезүйн албаны одоогийн байдал, тулгамдсан зорилт	37	
Д. БААСАНЖАВ Г. ДОЛГОР	Тодорхой хүн амын дундах тархины судасны өвчний тархалтын асуудалд	9			
М. АЛТАНХҮҮ Ж. ХУЛАН П. НЯМДАВАА Н. П. БЛОХИНА	Дельта гепатитын эмнэлзүй	13			
Л. АЖНАЙ В. Н. УШКАЛОВА	Монгол хүний цусны липидийн нсэлдэлтийг судалсан зарим дүнгээс	17	ЛЕКЦ, ТОЙМ, ЗӨВЛӨГӨӨ		
Х. ЦОЛМОН Д. БААТАР С. ЛОДОИДАМБА	Монгол хүний зажлах талбайг окклюзиограммаар тодорхойлсон дүн	18	М. ТУУЛ	Монгол хүний биезүйн хэмжээний судалгааны тойм	40
Б. ДАГВАЦЭРЭН Д. ЧИМГЭЭ	Хос имт дошинцогийн сэтгэцийн фармакологийн зарим үйлдэл	21	Г. ЦАГААНХҮҮ Д. ӨЛЗИЙБАЯР	Толгой өвдөлт	42
Г. НАРАНЦЭЦЭГ Ц. ХАЙДАВ А. ӨЛЗИЙХУТАГ	Туршлагын амьтдад загварчилж лерозын үед өөхүүсгэсэн атероскотсны солилцоо алдагдах байдал түүнд хөдөөгийн бираагийн бэлдмэлийн үзүүлэх идэвх	23	Г. ОРОСОО	Хүүхдийн цочмог суулгалт өвчин	45
АСУУДАЛ ДЭВШҮҮЛСЭН ӨГҮҮЛЭЛ			ЗИ ВЕЙ-ЛЯНЬ	Дархлааны үр дүнг дээшлүүлэх зорилгоор эдийн өвсгийн хөнүүрэг хэрэглэхий	49
Д. ЦЭГЭЭНЖАВ	Судасны мэс заслын яаралтай тусламжийн асуудалд	28	ХОВОР ТОХИОЛДОЛ		
Г. ЧОЙЖАМЦ С. БАТМӨНХ	Клиник эмзүйчийг бэлтгэх боломж бий юу	32	Э. СОЛОНГО Я. ДОНДОГ	Тохой өвдсөний учир	52
М. ШАГДАРСҮРЭН Ш. САРАНТУЯА	Эрүүл мэндийн даатгалын асуудалд	34	Д. МАЛЧИНХҮҮ Т. ОЮУНБИЛЭГ	Оюуны хомсдолын нэгэн шалтгаан	53
			Д. САМБУУПҮРЭВ Б. ТУУЛ Д. ДАШДОРЖ	Нүүрний дунд хэсгийн үхжилт мөхлөгөнгөр	54
			ҮЙЛ ЯВДАЛ		
			Ж. РАДНААБАЗАР	Хүний удамшил судлаачдын их хурал	56
			Б. ОРГИЛ	Уламжлалт анагаах ухааны олон улсын их хурал	58
				ЭМГЭНЭЛ	
				ЭНДОНГИЙН БАНЗАР	58

**«МОНГОЛЫН АНАГААХ УХААН»
СЭТГҮҮЛИЙН ЦЭЦИЙН ГИШҮҮД**

Ерөнхий эрхлэгч П. НЯМДАВАА,
Нэгдүгээр орлогч эрхлэгч Б. ДЭМБЭРЭЛ,
Орлогч эрхлэгч Г. ДАШЭВЭГ, Орлогч
эрхлэгч Ш. ДОРЖЖАДАМБАА, Хариуц-
лагатай нарийн бичгийн дарга Г. ПҮРЭВ

ДОРЖ. Гишүүд: Р. АРСЛАН, Ж. БАТ-
СУУРЬ, Б. ГООШ, А. ЛАМЖАВ, Э.
ЛУВСАНДАГВА, А. ӨЛЗИЙХУТАГ, Т.
ТОЙВГОО, Ц. ХАЙДАВ, Ж. ШАГЖ,
Б. ШИЖИРЕААТАР, Г. ЦАГААНХҮҮ

ЗӨВЛӨЛИЙН ГИШҮҮД: С. Алтан, Д.
Балдандорж, Б. Банзар, М. Грег, Б. Даг-
вацэрэн, Ж. Дашдаваа, Б. Доржготов,
Б., Жав, Г. Жамба, Ш. Жигжидсүрэн,
Г. Зориг, Т. Зориг, Г. Лувсан, Д. Малчин

хүү, Н. Мөнхтүвшин, Ц., Мухар, Б. Нацаг-
дорж, Ц. Норовпил, Ч. Нээчин, К. Онхуу-
ай, Э. Пүрэгдаваа, Б. Рагчаа, Э. Санжаа,
Г. Сүхбат, Х. Цолмон, Д. Цоодол, Л.
Шагдар,

Манай хаяг: Улаанбаатар 210648, Карл Ма-
рксын гудамж 4, ЭМЯ
«Эрүүд энх» хэвлэлийн газар. Утас: 21307
Техник редактор Б.ТУЯА
Цаасны хэмжээ 70x108 1/16. Хэвлэлийн хуудас
удас 4 С—116

Төмөр замын хэвлэх үйлдвэрт хэвлэв.

ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН БОДЛОГО

ГЭР БҮЛ ТӨЛӨВЛӨЛТИЙН АСУУДАЛД

Монгол Улсын Эрүүл мэндийн сайд,
ШУА-ийн гишүүн, доктор
П. НЯМДАВАА

Аливаа улс орны хөгжил, бадралын нэн чухал дотоод хүчин зүйл нь эрүүл чийрэг бие бялдартай, эрдэм боловсролтой хүн билээ. Тиймээс тухайн орны хөгжил, дэвшлийн хувь заяа нийгэм-эдийн засгийн чадавхи, хүн амынхаа ёс заншил-сэтгэлзүйн онцлогт тохирсон хүн амзүйн бодлого явлуулж чадах эсэхээс шалтгаалах нь цөөнгүй байдаг.

Өнгөрсөн онд Улсын Ерөнхийлөгчийн зарлигаар БНМАУ-ын хүн амзүйн талаар баримтлах чиглэл-ийг түүхнээ анх удаа баталсан нь дэлхий дахины хөгжлийн хандлагыг тусгасан манай төр, засгийн бодлогын бас нэг шинэлэг арга хэмжээ боллоо.

Нэг. Гэр бүл төлөвлөлт бол хүн амзүйн зохистой бодлогын цөм мөн

Орон зай, цаг хугацааны хэмжээсэнд байгалийн болон нийгмийн хөдөлгөөнөөр илрэх хүн амзүйн тогтолцооны гол хөдөлгөгч хүч нь хүн амын нөхөн үйлдвэрлэл юм.

Түүхийн нэн урт хугацааны туршид хүн амын нөхөн үйлдвэрлэл нь байгаль дахь биологийн бусад зүйл, еургийн нөхөн үйлдвэрлэлтэй тун төстэй урсгал зохицуулалттай явж иржээ. Урсгал зохицуулалтад ухамсартайгаар нөлөөлөх гэсэн хүн төрөлхтөний оролдлого ч мөн эртний түүхтэй юм.

Нэг талаас сэргийлэх тарилга (вакцин), антибиотик эм хоёрын хүчинд олон хүнийг хамран хиаруулах халдварт өвчин гарах нь багаснаас хүн амын тоо огцом өсч эхэлсэн, нөгөө талаас даавар эм, умайн ерөндөг зэрэг жирэмслэхээс хамгаалах найдвартай бөгөөд бие махбодод хоргүй аргууд бий болсон нь 1950-иад оны дунд үеэс хүн амын нөхөн үйлдвэрлэлийг ухамсартайгаар удирдан жолоодох бодит боломжийг бий болгосон юм. Жи-рэмслэхээс хамгаалах аргыг зохистой хэрэглэх замаар хүн амын нөхөн үйлдвэрлэл, үүнээс уламжлаад хүн амзүйн тогтолцоонд нөлөөлөх иж бүрэн арга яваандаа гэр бүл төлөвлөлт гэж нэрлэгдэх болжээ.

Гэр бүл төлөвлөлтийн бодлогыг 10 үзүүлэлтээр, үзүүлэлт бүрт 10 оноогоор тооцох аргыг америкийн эрдэмтэд 1970-аад оны дундуур санаачилсныг одоо гэр бүл төлөвлөлтийн байдлыг үнэлэхэд өргөн хэрэглэдэг болсон байна. Энэ 10 үзүүлэлт нь:

а) жирэмслэхээс сэргийлэхээр ууж хэрэглэдэг эмийн олдц, хүрэлцээ;

б) жирэмслэхээс сэргийлэх умайн ерөндөгийн олдц, хүрэлцээ;

в/эмэгтэйчүүдийг мэс заслаар үр тогтохгүй болгох аргыг хэрэглэх бололцоо, хангамж;

г/эрэгтэйчүүдийг мэс заслаар үр тогтохгүй болгох арга хэрэглэх бололцоо, хангамж;

д/жирэмслэхээс сэргийлэх бусад арга, хэрэгслийн олдц, хүрэлцээ;

е/үр хөндүүлэх бололцоо, хангамж;

ж/гэр бүл төлөвлөлтийн тухай албаны дэд бүтцийн хөгжил, сургалтын түвшин;

з/гэр бүл төлөвлөлтийн тухай мэдлэг, мэдээлэл, хангамжийн түвшин;

и/гэр бүл төлөвлөлтийн үйл ажиллагаанд хувийн секторын оролцоо;

к/гэр бүл төлөвлөлтийн талаар, төр, засгаас явуулах бодлого, зарцуулж буй хөрөнгийн түвшин болно.

Нийлбэр оноо нь 84-өөс дээш бол маш сайн (I зэрэг) 65-83 байвал дундаас дээш (II зэрэг), 41-64 байвал дунд (III зэрэг) 13-39 байвал дундаас доош (IV зэрэг), 12-оос доош байвал муу (V зэрэг) гэж үздэг байна.

Манай улсын гэр бүл төлөвлөлтийн ажлыг эдгээр үзүүлэлтээр дүгнэхэд 10 оноо авахтай, үгүйтэй байгаа нь гэр бүл төлөвлөлт муу хөгжсөн орны нэгэн болохыг илтгэж байна.

Гэр бүл төлөвлөлтийн бодлого бол зарим хүний төсөөлдөгчлөн хүн амын өсөлтийг бууруулах арга бус, төрөлтийг удирдан жолоодох замаар хүн амынхаа өсөлтийн тохиромжтой түвшинг эрүүл мэндийн болон эдийн засгийн хохирол багатайгаар хангах арга гэдэг нь дэлхийн олон орны хүн амын өсөлтийн түвшинг хүн амзүйн гол үзүүлэлтүүдтэй нь харьцуулан үзэхэд илэрхий болно.

Хүн амын жилийн дундаж өсөлтийг хувиас нь хамааруулан хүн амын нөхөн үйлдвэрлэлийг: буурч буй, зогсонги болсон, удааширсан, дунд зэргийн хурдацтай, хурдан, нэн хурдан, хэт хурдан гэж 7 зэрэглэлд хувааж болдог (хүснэгт №1).

1988—1989 оны хүн амзүйн үзүүлэлтээр дэлхийн улсуудыг ангилан үзвэл (Хүснэгт №2) хүн амын өсөлтийн нэгэн ижил түвшинд

а/төрөлтийн тоог гэр бүл төлөвлөлтийн аргаар бууруулж, эх нялхсын эндэгдлийг багасгах

б/эх, нялхсын эндэгдэл өндөр боловч, түүнээ төрөлтийн өндөр түвшингээр нөхөх гэсэн 2 өөр аргаар хүрч болдог нь харагдаж байна.

Хүн амын нөхөн үйлдвэрлэлийн зэрэглэл

№	Зэрэглэл	Хүн амын нөхөн үйлдвэрлэлийн байдал	Хүн амын жилийн дундаж өсөлт (хувиар)	Хүн амын тоо хэсэр дахин өсөх хугацаа (жилээр)	1988-1989 он үзүүлэлтээр хамрагдаж буй орны тоо
1.	I	Буурч буй	сөрөг тоо	хүн амын тоо буурна	3
2.	II	Зогсонги болсон	0,0	хүн амын тоо буурна	5
3.	III	Удааширсан	0,1-0,5	140-өөс дээш	13
4.	IV	Дунд зэрэг хурдацтай	0,6-1,0	70-39	11
5.	V	Хурдан	1,1-1,5	47-69	10
6.	VI	Нэн хурдан	1,6-2,0	36-45	9
7.	VII	Хэт хурдан			
		А	2,1-3,0	23-35	45
		В	3,1-4,0	18-22	19
		Б	4,1 ба дээш	17-оос доош	4

ХҮСНЭГТ 2

Хүн амын нөхөн үйлдвэрлэлийн зэрэглэлийг хүн амзүйн зарим үзүүлэлттэй харьцуулсан байдал (1988-1989 оаыхоор)

Хүн амын нөхөн үйлдвэрлэлийн зэрэг	хамрагдах орны тоо	Хүн амзүйн үзүүлэлтийн дундаж							
		А	Б	В	Г	Д	Е	Ж	З
I	а 2	-0,2	12	13	12	21	21,7	74	4320
	б 1	-0,3	49	23	169	390	6,9	2	280
II	а 4	0,0	11,2	11,7	8,5	7,7	1,5	76,7	14207
	б 1	0,0	32	9	45	—	3,8	—	2150
III	а 12	0,2	12,4	10,8	8,8	8,2	1,7	76,8	13720
	б 1	0,5	15	11	27	150	2,1	58	2560
IV	а 5	0,9	15	8,4	8,0	9,0	1,8	68,7	15114
	б 6	0,7	16	9,5	18,7	26,8	2,1	65,2	2703
V	а 4	1,3	15	6,2	11,7	10,7	1,6	72,7	8557,5
	б 6	1,3	23,5	7,3	31,5	75,5	2,8	61	1180
VI	а 6	1,8	23,3	6,2	17,5	39,4	2,7	51	2711,7
	б 3	1,9	34	12,7	87,3	796,7	4,6	27	333,3
VII А	а 10	2,4	29,7	6,6	41,8	74,1	3,6	53,5	1688
	б 35	2,6	40,7	14,1	100	418	5,6	22,5	597
VII Б	а 6	3,3	37	6,6	48	192	5,1	37,5	3070
	б 23	3,4	47,3	13,7	92,5	422,3	6,8	11,7	820
VII В	а 4	4,3	38,2	6,5	52,5	—	6,4	—	8097

А. Хүн амын өсөлт (%-иар)

Б. Төрөлт (1000 хүн амд)

В. Нас баралт (1000 хүн амд)

Г. Нярайн эндэгдэл (1000 амьд төрөлтөд)

Д. Эхийн эндэгдэл (100000 төрөлтөд)

Е. Нэг эмэгтэйд ногдох дундаж төрөлт

Ж. Жирэмслэлтээс сэргийлэх хэрэгслэл ашиглалт (төрөх насны эмэгтэйд (%-иар)

З. Нэг хүнд ногдох үндэсний орлого (америк доллараар)

Эмэгтэйд амьдралынх нь хугацаанд ногдох төрөлтийн дундаж тоог олон болгох замаар төрөлтийн өндөр түвшинг хангах нь төрөлтийн хоорондох зайг багасгаж, эх, хүүхдийн бие нөхөн төлжих бололцоог муутгадаг учир эх, нялхсын эндэгдэл, гажиг хөгжил, удамшлын эмгэгийг нэмэгдүүлж,

эрүүл мэндийн болон нийгэм хангамжийн зардлыг «үргүй» ихэсгэдэг. Энэ нь хүн амын бодит орлогод сөргөөр тусч, эх нялхсын эндэгдлийг эргээд нэмэгдүүлдэг. Иймээс гэр бүл төлөвлөлт муу хэрэгждэг орнуудад нэг хүнд ногдох үндэсний орлогын хэмжээ бага, амьдралын ерөнхий түвшин доогуур байдаг байна.

Хоёр. БНМАУ-ын хүн амзүйн байдал, түүнд нөлөөлж буй хүчин зүйлс

Энэ зууны эхэн гэхэд жил бүр монгол улсын 1000 хүн тутмын 30 нь амаржсан 100 эхийн 13 нь, амьд төрсөн хүүхдийн тэн хагас нь ойдоо хүрэлгүй эндэж хүн амын өсөлт буурах хандлагатай болж гадаадын зарим судлаачдын бичиж байснаар «Мөхөж буй үндэстэн»-д тооцогдож байв.

Ардын төр хүн амын эрүүл мэндийг сайруулах ажлыг улс орны амин чухал асуудлын нэгэнд тооцож, монгол гүрний түүхэнд урьд нь огт байгаагүй улсын эмнэлгийн албыг цоо шинээр үүсгэн хөгжүүлсэн нь түүхэн ахар богино хугацаа болох дэчээд жилийн дотор буюу 1960-аад он гэхэд хүн ам нь асар түргэн өсч байгаа, хүн амзүйн хувьд нэн залуу бүрэлдэхүүнтэй улс болгож чадсан юм. Хүн амын эрүүл мэндийн үзүүлэлт сайжирч, хүн амзүйн одоогийн зэрэг үзүүлэлт бий болоход шийдвэрлэх нөлөө үзүүлсэн урьдчилсан сэргийлэх чиглэлтэй, шинжлэх ухааны үндэстэй эрүүл мэндийн тусламжийг бид энд дурьдахгүй байх эрхгүй юм. Үүнийг ганцхан жишээгээр үзүүлбэл ЗХУ-ын материалын болон болвсон хүчний тусламжаатайгаар 1932 оноос хэрэгжүүлж эхэлсэн өргөн вакцинажуулалтын үр дүнд БНМАУ цагаан цэцэг өвчнийг Азийн улс орнуудын дотроос анх түрүүнд устгаж, уг аюулт өвчин 1940 оноос хойш манай улсад гараагүй байна. Ардын хувь-

гал ялсны эхний жилүүдэд тус оронд гарч байсан цагаан цэцэг өвчний дэглэлтүүдийн үед 100 хүн тутмаас 35 нь өвчлж, өвчлөгсдийн тал нь нас барж байснаар тооцоолж үзвэл манай оронд цагаан цэцэг өвчнийг устгаагүй байсансан бол 1940 оноос хойш мөндлөж, одоо эсэн мэнд байгаа нэг сая гурван зуун мянга гаруй иргэдээс 220 мянга гаруй нь буюу одоогоор хамгийн олон хүн амтай байгаа Хөвсгөл, Төв аймгийн бүх хүн амыг нийлүүлснээс ч олон хүн ор тас дутааж, бас тэр орчим тооны хүн цоохор нүүртэй байж болох асан ажээ.

Гэвч хүн амзүйн цэгцтэй бодлого байгаагүйн улмаас гэр бүл төлөвлөлтийн ач холбогдлыг дутуу үнэлж, сүүлийн 30 гаруй жилд хүн амын өсөлтийг төрөлтийн өндөр үзүүлэлтээр үндсэндээ хангасан нь:

— эмэгтэйчүүд олон удаа ойр ойрхон төрснөөс буюу үр хөндүүлснээс эхийн болоод хүүхдийн эрүүл мэнд сульдан доройтож, тэдний өвчдөл, эндэгдэл харьцангуй өндөр түвшинд тогтворжиж;

— нийгэм-эдийн засгийн дэл бүтцийн хөгжил, улс орны эдийн засгийн чадавхи нь хүн амын өсөлтийн хурднаас ихэвчлэн хоцорсноос хүн амын, нэн ялангуяа хүүхдийн эрүүл мэнд, хүмүүжил доройдож, ажилгүйдэл бий болж, өсөхөд хүргэн.

— эх, нялхсын өвчлөл, эндэгдлийн өндөр түвшин нь эрүүл мэндийн болон нийгэм хангамжийн үйлчилгээний зардлыг асар их нэмэгдэхэд хүргэж, угаасаа тэрчиг хомс эрүүл мэндийн төсөвт үр ашггүй «хүнд ачаалал» бий болсон байна.

Тус орны хүн амын нөхөн үйлдвэрлэлийн сүүлийн жилүүдийн үзүүлэлтийг (хүснэгт №3) олон улсын хэмжээнд баримталж буй хэмжүүрээр үнэлж үзвэл БНМАУ нь хүн амын хэт хурдан өсөлттэй, нярайн болон эхийн өндөр эндэгдэлтэй орон юм.

ХҮСНЭГТ № 3

БНМАУ-ын хүн амзүйн сүүлийн 5 жилийн үзүүлэлт

О н у у д	А	Б	В	Г	Д
1986	2,6	38,3	8,7	74,8	1,7
1987	2,5	37,2	8,3	65,0	1,6
1988	2,4	38,9	9,0	61,9	1,5
1989	2,9	36,4	8,4	60,8	1,3
1990	2,7	35,3	8,5	63,4	1,2
Дундаж	2,6	37,1	8,2	63,7	1,4

А — Хүн амын өсөлт (%-иар)
 Б — Төрөлт (1000 хүн амд)
 В — Нас баралт (1000 хүн амд)
 Г — Нярайн эндэгдэл (амьд төрсөн 1000 хүүхдэд)
 Д — Эхийн эндэгдэл (1000 төрөлтөнд)
 Дэлхийн хүн амзүйн түүхэн хандлага, хүн амын эрүүл мэндийн соёлын түв-

шингийн дээшлэлттэй холбоотойгоор сүүлийн хориод жилд тус орны хүн амын өсөлт аажуухан буурах хандлагад орж байгааг манай хүн амзүйчид баттай нотолсон бөгөөд цаашдаа хүн амзүйн хандлага үндсэн 3 хэлбэрээр явагдаж болно гэж тооцоолсон байна (Хүснэгт №4)

БИМАУ-ын хүн амзүйн үндсэн үзүүлэлтийн хөдлөл зүй

Он/уул	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1959	1197,9	30,2	12,3	27,9	3,1	7,3	50	85,0	180
1979	1595,0	37,9	1,4	27,4	2,9	7,0	60	78,0	161
1989	2011,0	3,0	7,9	30,1	2,6	5,3	63	6,3	120
1995 А	2632,3	35,0	3,0	23,0	2,6	5,0	64	51,0	100
Б	1312,0	3,0	8,0	26,0	2,5	4,5	65	40,0	60
В	2311,6	30,0	8,0	22,0	2,4	4,0	66	35,0	50
2000 А	2651,0	3,0	8,0	27,0	2,5	4,3	67	33,0	80
Б	1600,4	3,0	8,0	22,0	2,4	3,8	66	35,0	30
В	3579,3	23,0	8,0	17,0	2,2	3,0	67	22,0	20

А — Одоогийн хандлага өөрчлөгдөхгүй нөхцөлд

Б — Гэр бүл төлөвлөлтийн бодлого явуулбал

В — Хүн амын өсөлтийг хязгаарлах бодлого явуулбал

- 1 — Хүн амын тоо (мянга)
- 2 — Төрөлт (1000 хүн амд)
- 3 — Нас баралт (1000 хүн амд)
- 4 — Цэвэр өсөлт (1000 хүн амд)
- 5 — Хүн амын өсөлтийн хувь (%)
- 6 — Нэг эмэгтэйд ногдох дундаж төрөлт
- 7 — Дундаж наслалт
- 8 — Нэг хүртэлх насны хүүхдийн эндэгдэл (амьд төрсөн 1000 хүүхдэд)
- 9 — Төрөх үеийн эхийн эндэгдэл (1000 төрөлтөд)

Хүн амын өсөлтийн ерөнхий хандлагыг хадгалж, эх нялхсын эрүүл мэндийг хамгаалах чиглэлээр явуулах гэр бүл төлөвлөлтийн бодлогоо хэрэгжүүлэх тохиромжтой арга замыг боловсруулахын тулд, эх нялхсын эндэгдлийг төрөлттэй холбон судлах шаардлагатай.

Сүүлийн гурван жил амаржсан эхчүүдийн байдалд судалгаа хийж үзэхэд 5,5% нь 20 нас хүрээгүй, 10,0% нь 35-аас дээш насны эмэгтэйчүүд байгаа бөгөөд 25,0 хувь нь анх удаагаа, 21,6% нь 5 ба түүнээс дээш удаагаа төрж, 23,2 хувь нь 1 жилийн зайтай, 40,3 хувь нь 2 жилийн зайтай, 36,5% нь 3 ба түүнээс дээш жилийн зайтай төрсөн байна.

Төрөлтийн хоорондох зай 3-аас доошгүй жил байх нөхцөлд эхийн бие бүрэн төлжиж, гурүүчийн хүүхэд гараас гардаг байхад манайд төрж буй эмэгтэйчүүдийн 40 шахам хувь нус багадалттай, 3 хүртэлх насны хүүхдийн 30 гаруй хувь нь сульдаа, тураал зэрэг суурь өвчтэй болоход хүргэж байна. Энэ нь тэдний өвчлөл, эндэгдэл их байх дэвсгэр болж байгаа юм.

Бүх төрөлтийн 10 хувийг эзэлдэг 35-аас дээш насны эхчүүдийн төрөлттэй холбоотой эндэгдэл эхийн нийт эндэгдлийн 31,5 хувийг эзэлж, тав ба түүнээс олон төрж буй эхчүүд төрөлтийн 21,5 хувийг эзэлдэг боловч төрөлттэй холбогдон тэдний эндэх тохнолдол эхийн эндэгдлийн 73,0 хувь болж байна. Тиймээс ч 30-аас дээш

насны болон олон удаа жирэмсэлсэн эмэгтэйчүүд үр хөндүүлэх нь бас олон байна.

1989 оны хүн амын тооллогын үеэр 18-49 насны 65, 1 мянган эмэгтэйчүүдийн дунд явуулсан социологийн судалгаанд эмэгтэйчүүдийн 57,0 хувь нь нэг өрх дунджаар 4 хүүхэдтэй, 83,0 хувь нь 3-5 хүүхэдтэй байх нь тохиромжтой гэж хариулжээ.

Хүүхдийн өвчлөл эндэгдэл эхийн нас, төрөлтийн тоо бас нөлөөлдөг нь зарим түүвэр судалгаанаас харагдаж байна. 1968-1989 онд Дорноговь аймгийн төвд нас барсан 1 хүртэлх насны хүүхдийн материалыг судлахад 1000 амьд төрсөн хүүхдээс ойгоо хүрэхгүй эндсэн нь 20-34 насны эхчүүдэд 32,0; 20 хүртэлх насны эхчүүдэд 51,0; 35-39 насны эхчүүдэд 102,0 байжээ.

Эдгээр судалгаа нь манай орны нөхцөлд хүүхэд төрүүлэх хамгийн тохиромжтой хугацаа нь 20-35 насны үе бөгөөд энэ хугацааны дотор хоорондоо 3-аас доошгүй жилийн зайтай 5 хүртэл төрөх нь эх, хүүхдийн эрүүл мэндэд нэн тохиромжтой хүн амын тооны өсөлтөд сөрөг нөлөөгүй, тэгээд ч манай ихэнх өрхийн сонирхолд нийцтэй байх нөхцөлтэйг харуулж байна.

Жирэмслэлттэй үл нийцэх эмгэгтэй эхийн амь насыг аврах, хүсээгүй жирэмслэлтийг таслан зогсоох тархмал арга бол үр хөндөх явдал юм.

Үр хөндөлтийн тоо тус улсад жилээс жилд нэмэгдэж байгаа нь жирэмслэхээс хамгаалах эм хэрэгслийн хүртээмж хангалтгүй, тэдгээрийг хэрэглэх мэдлэг нэмгэн байгаатай холбоотой. Үр хөндөлтийг цөлөөтэй болгосноор зулбалт, эхийн эндэгдэл буурч, хүсээгүй жирэмсэнг бага сартайд нь таслан зогсоох нөхцөл бүрдсэн хэдий боловч олон дахин үр хөндүүлэх нь эмэгтэй хүний эрүүл мэндэд сөрөг нөлөөтэйг анхаарах хэрэгтэй болж байна. Үр хөндөлт бол жирэмслэхээс хамгаалах гэр бүл төлөвлөлтийн арга биш.

Манай оронд жирэмслэхээс хамгаалах гол арга нь олон жилийн турш сарын тэнгэрийн хуанли хөтлөх л байлаа.

1976 оноос умайн ерөндөг, 1989 оноос дааврын эм хэрэглэж байна.

Ерөндөгийг манай улсын практикт эмэгчүүдийн эрүүл мэндийн байдал, нийгмийн зарим заалтаар 13 жил хэрэглэсэн дүнг 1989 оны байдлаар судлахад 97,8 хувь нь жирэмслэхээс найдвартай хамгаалагдаж, 74,5 хувь нь ямар ч зовиур шаналгаагүй хэвийн байгаагаас үзэхэд манай нөхцөлд тохиромжтой бөгөөд үр дүнтэй арга болох нь харагдаж байна. Өнөөгийн байдлаар төрөх насны эмэгтэйчүүдийн 10 орчим хувь ерөндөг хэрэглэж жирэмслэхээс хамгаалж байна.

1989 оноос жирэмслэхээс хамгаалах бүрдмэл дааврууд Овидон, Анти-овен, Нон-Овлен зэргийг эмийн сангаар худалдаалж байна.

Гэр бүл төлөвлөлтийн өөр нэг зорилго нь монгол үндэстний гадаад, дотоод хүчин зүйлийг зөв зохицуулах, удамшлын болон эрхтэн согогийн гажигтай хүүхэд төрүүлэхээс сэргийлэх, цусан төрлийн гэр бүл үүсгэхгүй байх явдал болно.

1987-1991 онд хийсэн судалгаагаар манай улсад 1000 хүн амд дунджаар 10 буюу нийт 20-22 мянган оюун ухааны хомсдолтой хүн байгаа тооцоо гарч байна. Эдгээрийн шалтгааныг судлахад 24,5 хувь нь удамшлын гаралтай, 10,5 хувь нь эцэг эхийн архаг архидалтаас болсон, 5,5 хувь нь эцэг, эхийн архаг өвчнөөс шалтгаалсан байжээ.

Гурав, БНМАУ-ын хүн амзүйн зохистой бодлогыг хэрэгжүүлэх хүрээнд гэр бүл төлөвлөлтийн талаар тавих зорилт

Тус улсад хүн амзүйн талаар баримтлах ойрын жилүүдийн бодлогыг БНМАУ-ын Ерөнхийлөгчийн 1991 оны 6 дугаар сарын 25-ны 115 дугаар зарлигаар баталсан «БНМАУ-ын хүн амзүйн талаар баримтлах чиглэл»-д тодорхойлж «...хүн амын нөхөн үржихүйтэй нийгмийн үйлдвэрлэлийг уялдуулан зохицуулах, хүн амын жилийн дундаж өсөлтийн хэмжээг бууруулахгүй байх, хүн амын бүтэц, харьцааг зөв тогтоох, монгол хүний удмын санг нэвэр ариунаар хадгалах, гэр бүл бүрдэн бэхжих нөхцөлийг бүрдүүлэх чиглэлийг төрийн бодлого болгон явуулна, . . .»

Хүн төрж бойжих, өсч хүмүүжих анхны гол орчин нөхцөл бол гэр бүл гэж үзэж, гэрлэгчдийн гэрлэх нас, бие бялдар, эрүүл мэнд, сэтгэл зүй, соёл, хөдөлмөр, ахуйн нөхцөлтэй уялдуулан гэр бүлийн зохистой бодлого явуулна, . . .» гэж заасан байна.

Иймээс гэр бүлийн гишүүн бүр бие, сэтгэл, оюуны чадавхна бүрэн дүүрэн ашиглаж, сэтгэл хангалуун, аз жаргалтай аж төрөх нөхцөлийг бүрдүүлэхээр аж амьдралаа зохион байгуулж сурах нь хүн амзүйн зохистой бодлогын цөм болсон гэр бүл төлөвлөлтийн бодит зорилго мөн.

Гэр бүл төлөвлөлтийн бодлого эцсийн үр дүндээ өрхийн түвшинд шийдэгдэх боловч төр засгийн төв байгууллагууд орсон нутгийн хурал, захиргааны, эрүүл мэндийн боловсролын болон нийтийн байгууллагууд, үйлдвэр-олбан газрын захиргаа, хамт олон нь сургалт хангамж, хэвлэл мэдээллийн хэрэгслээр дамжуулан идэвхитэй дэмжин тусалж байж бүтэх нь ойлгомжтой.

Гэрийн эзэгтэй 20-35 насныхаа хооронд 3-аас доошгүй жилийн зайтайгаар 5 хүртэл

төрөх нь манай орны одоогийн нөхцөл байдал, хүн амын дийлэнхийн сэтгэл санаанд нийцсэн, эх хүүхдийн эрүүл мэндийг хамгаалах нөхцөлийг тооцон хүн амзүйн талаар төр, засгийн бодлогыг хэрэгжүүлэх бололцоо олгож буй гэр бүл төлөвлөлтийн хамтний тохиромжтой дэглэм гэж манай эмч, мэргэжилтнүүд үзэж байгаа юм. Энэ ерөнхий бодлогыг өөрийн гэр бүлийн хувьд хэрхэн хэрэгжүүлэх үр хүүхдээ эрүүл чийрэг, эрдэм боловсролтой хүн болгож үр удамаа үлдэхийн тулд ажил амьдрал өрхийн санхүүгийн нөөцөө хэрхэн зохицуулах, жирэмслэхээс хамгаалах аргуудаас өөрсдийн бие, сэтгэлд нийцсэнийг хэрхэн сонгон ашиглах нь өрхийн тэргүүн, гэрийн эзэгтэй хоёр торшлон шийдэх ёстой асуудал болно.

Өрхийн түвшинд гэр бүл төлөвлөлт нь:

— Гэр бүл болохдоо насан туршийн хань болох хүнээ бие, сэтгэлийн болон удамшлын талаар өөртөө тохирох эсэхийг шинжн сонгох;

— Хүүхэд бүрээ эрүүл чийрэг өсгөн, эрдэм боловсролтой болгон хүмүүжүүлэх нөхцөлийг хангах бололцоотойгоор төрөлтийн хоорондох зай, хүүхдийнхээ тоог тохируулах;

— Өрхийн гишүүдийн бие, сэтгэлийн онцлог, ёс суртахууны таашаал, хүүхдийн тсо, насны байдал, өрхийн санхүү-эдийн засгийн бололцоонд тохируулан жирэмслэхээс хамгаалах арга, хэрэгслийг сонгон авч хэрэглэх;

— Удамшлын материал, ургийн хөгжилд сөрөг нөлөөлж болох хими, физик биологийн зүйлс, тэдгээрт өртөхөөс биеэ хамгаалах талаар анхан шатны мэдлэгтэй байх;

— Угийн бичиг хөтөлж үр удамдаа дамжуулах;

— Өөрийнхөө болон өрхийн бусад гишүүдийн эрүүл мэндийг хамгаалан бэхжүүлэх арга, чадварыг эзэмшсэн байх явдалаар биеллээ олно.

Эрүүл мэндийн байгууллагууд нь:

— Гэр бүлийн төлөвлөлт-удамзүйн зөвлөгөө өгөх албадаар дамжуулан иргэдэд гэр бүл төлөвлөлтийн тохирсон арга сонгон авах, үр хүүхдээ эрүүл чийрэг өсгөн бойжуулахад нь туслах, зааж сургах;

— Жирэмлэхээс сэргийлэх болон гэр бүл төлөвлөлтөд шаардлагатай бусад эм, хэрэгслийн хэрэгцээ болон зах зээл дээрх үнэ, олдоцыг судалж, нэгдсэн захиалга боловсруулж, хангалтыг зохиоц байгуулах;

— Хүний үр удамд болон уржлийн эрхтэнд эргэлтгүй өөрчлөлт оруулаг өвчин эмгэг, ялангуяа бэлгийн замаар тархан халдварладаг өвчнөөс сэргийлэх, эмчлэх аргын үр дүнг байгаа боловсролгүй болгож, тархалтыг нь таслан зогсооход чиглэсэн арга хэмжээг боловсруулан хэрэгжүүлэх;

— Удамшлын эмгэгийг ураг эхийн хэвлийд байх үед оношлох албыг үүсгэн бий болгож, шаардлагатай үед иргэдийг хүсэлтээр юм уу, эмчлэлийн заалтаар шинжилгээ хийж, жирэмсэлтийг шийддэг болох;

— Ажлын байр, ахуйн нөхцөлд хүний удамшлын материал, үржих чадварт нө-

дөөлж болзшгүй хими, физик, биологийн хүчин зүйлсийг бүртгэн судалж, ашиглалт, хадгалалтад хяналт тавих ажлыг зохион байгуулах.

— Үр тогтох чадварыг нь мэс заслын зэрэг төгс аргаар зогсоох шаардлагатай өвчин эмгэгийн жагсаалтыг боловсруулж, хэрэгжүүлэх ажлыг зохион байгуулах.

— Өрхийн үгийн бичгийг хөглөх, түүнийг гэр бүл төлөвлөлтөд ашиглах аргачлалтыг боловсруулж, гэр бүл төлөвлөлтөд удамзүйн зөвлөгөө өгөх газар, сонирхсон олон нийтийн байгууллага, иргэдийг хангах;

— Мөнгөл хүний удмын сан, нөхөн үржихүйн биолог, сэтгэлзүйн онцлог зэрэг гэр бүл төлөвлөлт, хүн амзүйн бодлогыг хэрэгжүүлэхэд тулгамдсан чиглэлээр судалгаа шинжилгээний ажлыг зохион байгуулж, үр дүнг нь практикт нэвтрүүлэх;

— Хүн амын нөхөн үйлдвэрлэл, эрүүл мэнд, гэр бүл төлөвлөлтийн арга хэмжээнүүдийн үр дүнг улсын хэмжээгээр нэгтгэн судлах замаар тулгамдсан асуудал, түүнийг шийдвэрлэх арга замыг холбогдох төр, засгийн төв байгууллагуудад тавьж шийдвэрлүүлэх;

— Гэр бүл төлөвлөлтийн талаар улс, олон нийт, хоршоолол, хувийн байгууллагуудын үйл ажиллагааг уялдуулан зохицуулах замаар иргэд, олон нийтийн болон орон нутгийн хурал, захиргааны байгууллагуудад гэр бүл төлөвлөлтийн бодлогоо хэрэгжүүлэхэд нь тусална.

Орон нутгийн хурал, захиргааны байгууллагууд нь:

— Улсын хэмжээний бодлого, чиглэлийн хүрээнд дотор дэвсгэр нутгийнхаа хэмжээнд хүн амзүйн зохистой бодлого боловсруулан хэрэгжүүлэх ажлыг зохион байгуулах;

— Гурав хүртэл насны хүүхдээ гэртээ өсгөж бойжуулах эхчүүдийн хөдөлмөрийг нийгмийн тусгай хөдөлмөрт тооцон, эдийн засаг, нийгмийн баталгааг бий болгож, хүсэл сонирхлынхоо дагуу гэрийн буюу үйлдвэрлэл хавсран эрхлэх боломж бүрдүүлэх;

— Гэр бүл төлөвлөлтөд туслах, улс, олон нийт, хувийн байгууллагуудын үйл ажиллагааг нутаг дэвсгэрийнхээ хэмжээнд уялдуулан зохицуулах замаар гэр бүл төлөвлөлтийн ажлыг хэрэгжүүлэхэд тусална.

Олон нийтийн байгууллагууд нь:

Улсын хэмжээний бодлого, чиглэлийн хүрээнд дотор хүн амын тодорхой бүлэг, давхаргыг гэр бүл төлөвлөлтийн үйл ажиллагаанд идэвхтэй оролцуулах, сур-

гах талаар сонирхол, шаардлагад нь тохирсон үйл ажиллагаа явуулах, тэдний хүсэл санаачлагад үндэслэн төр, засгийн болон эрүүл мэнд, боловсролын байгууллагад санал боловсруулан оруулах, хамтран ажиллах замаар гэр бүлд тусална.

Гэр бүл төлөвлөлт сайн хөгжсөн орнуудын туршлагаас үзэхэд гэр бүл төлөвлөлтийн арга хэрэгсэлийг өрх бүрт хүргэх ажилд эмэгтэйчүүдийн байгууллага, гэр бүл төлөвлөлтийн сайн дурын нийгэмлэг холбоод ихээхэн үүрэг гүйцэтгэдэг байна. Энэ туршлагыг манай төв, орон нутгийн байгууллагууд анхааран оновчтой ашиглах нь зүйтэй юм.

Боловсролын байгууллагууд нь:

Хүүхдэд багаас нь гэр бүлийн хүмүүжил олгох, өрхийн тооцоо, гэр бүл төлөвлөлтөд сургаж ирээдүйн гэр бүлийн амьдралд бэлтгэх ажлыг байгууллагуудтай хамтран хэрэгжүүлэх.

Үйлдвэр, албан байгууллагын захиргаа, хамт олон нь:

— Залуу гэр бүлийн материал, санхүүгийн талаар дэмжих;

— Ажлын байранд үүсэх хими, физик, биологийн халгаат хүчин зүйлээс ажиллагсад ялангуяа эмэгтэйчүүдийг хамгаалах арга хэмжээг зохион байгуулах;

— Ажлын завсарлагаар ажиллагсад, ялангуяа эмэгтэйчүүд амрах, алжаалаа тайлах өрөө байрыг бий болгон эднэллуулах;

— Эмэгтэйчүүдийг жирэмсэл үед нь төрлөг, үр удамд нь халгаагүй хөнгөн ажилд шилжүүлэх, хүүхдээ харж буй эхчүүдийг санхүүгийн талаар дэмжих, гэртээ ажиллах бололцоогоор хангах зэргээр гэр бүлийн төлөвлөлтөд орлоно.

Төр, засгийн төв байгууллагууд нь:

Гэр бүл төлөвлөлт, хүн амзүйн зохистой бодлогыг хэрэгжүүлэх ажлыг эрхзүйн баталгаатай болгох, энэ талаарх төр, засгийн бодлогын биеэлтэд хяналт тавих, улс, олон нийт, хувийн байгууллага, иргэдийн санал хүсэлт, санаачлагыг судалж, бодлогын тулгамдсан асуудлуудыг шийдвэрлэх замаар гэр бүл төлөвлөлтийг дэмжинэ.

Манай улсад хэрэгжүүлж эхэлж буй гэр бүл төлөвлөлтийн бодлого нь хүн амын тоог нөөрүүлэх, өсөлтийг бууруулах зорилго агуулаагүй төрөлтийн хоорондох зайг тохируулах замаар эх, нялхсын эндэгдлийг бууруулж, дундаж наслалтыг уртсгах, гэр бүлийн сайн сайхан, тэгш дүүрэн амьдралыг хангах зорилготой.

СУДАЛГАА, ШИНЖИЛГЭЭ

ТОДОРХОЙ ХҮН АМЫН ДУНДАХ ТАРХИНЫ СУДАСНЫ ӨВЧНИЙ ТАРХАЛТЫН АСУУДАЛД

АУХ-ийн эрдэм шинжилгээний тэргүүлэх ажилтан, дэд эрдэмтэн
Д. Баасанжав,
Эрдэм шинжилгээний ажилтан Г. Долгор

Тархины судасны өвчин (ТСӨ) бүтээлч хөдөлмөрийн явсны хүмүүст тохиролдон, хөдөлмөрийн чадвар бүрмөсөн алдагдуулах, үхэлд хүргэх нэгэн гол шалтгаан болж байна.

Тархинд цус харвах, цус тасалдах өвчнөөр өвчлөгсдийн 40-өөс дээш хувь нь нас барж, үлдэгсэдийн 80 гаруй хувь нь тахир дутуу болж, эмчилгээний үр дүн хангалтгүй байгаа нь судлаачдын анхаарлыг татсаар байна. (Шмидт Е. В. 1972 он, Мисюк И. М., Амбразевич С. В., Клювер Г. М. 1984 он.)

Хүн амын дундах тархины судасны өвчний эхний болон архаг цочмог хэлбэрүүдийн тархалт, тэдгээрийг үүсгэгч судасны үндсэн өвчин нөхцөлдүүлэгч хүчин зүйлсийн холбогдлыг тогтоосноор эмчлэгээ, урьдчилан сэргийлэх арга хэмжээг улам бүр оновчтой болгох боломж нээгдэнэ.

ТСӨ-ний эхний болон архаг хэлбэрүүдийн оношлогоо, эмчилгээний талаар олон тооны судалгааны ажил хийгдэж, тодорхой үр дүнд хүрч байгаа боловч, маргаантай, шийдвэрлэгдээгүй асуудлууд байсаар байна.

ЭЗХТЗ-ийн гишүүн орнуудын хүрээнд явуулж буй «ТСӨ-ний эрт илрэх хэлбэрүүдийн эмнэлзүй, оношлол, тархалт» сэдэвт судалгаанд бид оролцож, тодорхой хүн амын дундах ТСӨ-ний эхний ба архаг хэлбэрүүдийн тархалт, оношлогоо эмчилгээний чиглэлээр судалгааны ажил явуулан, тухайн хүн амын дундах ТСӨ-ний тархалт, тэдгээрийг үүсгэгч судасны үндсэн өвчний холбогдлыг тогтоох зорилт тавилаа.

Судалгааны арга, ажлын хэмжээ.

Тархины судасны өвчний тархалтын судалгааг нэг удаагийн үзлэгээр буюу тодорхой хугацааны ажиглалт хийх аргаар Ажилчны дүүргийн хөнгөн үйлдвэрүүдийн ажилчин, албан хаагчдын (зохион байгуулалттай хүн ам) дунд явууллаа.

Тархины судасны өвчинг илрүүлэхдээ ЗХУ-ын Анагаах ухааны мэдрэл, судлалын институтээс дэвшүүлсэн тархины судасны өвчний ангилалд (1984 он) заагдсан оношийн хэмжүүр, ДЭХБ-аас гаргасан зүрх судасны өвчний тархалтыг судлах аргачлал. ЭЗХТЗ-ийн гишүүн орнуудын баримталж буй ТСӨ-ний эхний ба архаг хэлбэрүүдийн тархалт, эмнэлзүй, оношлогооны асуудлыг судлах аргачлалуудыг үндэслэл болгохын хамт өөрийн орны онцлог байдалд тохируулан боловсруулсан сүлалгааны аргачлал, тусгай асуумж бүхий картыг ашиглав.

Хүн амын дунд явуулсан эмнэлгийн үзлэгт мэдрэл, зүрх судас, дотор, чих хамар хоолой, нүд, мэс заслын эмч нар оролцож, зүрхний цахилгаан бичлэг (12 холболтоор), нүдний угийн судасны байдал, липидийн солилцол, тархины ресграфийн шинжилгээнүүдийг хийж, шаардлагатай тохиолдолд лабораторийн бусад шинжилгээнүүдийг хийлгэлээ.

Судалгаанд 35-64 насны 3100 хүн хамрагдсанаас эрэгтэй 1609 (51,9%), эмэгтэйтэй 1491 (48,1%); насны бүлгээр: 35-39 насны 994, 40-49 насны 581, 50-59 насны 581, 60-64 насны 152, үүнээс бараг 3/4 нь 35-50 насны залуувтар буюу дунд насны хүмүүс байв.

Эрхэлсэн ажил мэргэжлээр ажилчин 75,5%, удирдах ажилтан 2,8%, дээд мэргэжлийн ажилтан 8,2%, дунд мэргэжлийн албан хаагч 13,5% тус тус бүрэлдэхүүнтэй байлаа.

Судалгааны дүн

Тодорхой хүн амын дунд тархины судасны өвчний янз бүрийн хэлбэрүүдийн тархалт 1000 хүн амд 216,8. Үүнээс: тархины цусан хангамж дутагдалтай эхний илрэл (ТЦХДЭИ) 112,6 (эрэгтэй 86,4; эмэгтэй 140,8). Тархины цусан хангамжийн архаг дутагдал (ТЦХАД) 97,4 (эр 101,3; эм 93,2), тархины цусны эргэлтийн түр цочмог хямрал (ТЦЭТЦХ) 4,8 (эр 6,2; эм 2,5), тархины цус харвалт, цус тасалдалт 0,6 (эр 0,6; эм 0,7), түүний үлдэц байдал 1,3 тус тус тохиолдолтой байв (Хүснэгт № 1).

Тархины цусан хангамж дутагдлын эхний илрэл, тархины цусны эргэлтийн түр цочмог хямрал 1000 хүн амд ногдох үзүүлэлтээр эмэгтэйчүүдэд илүү байна. ($P < 0,001$).

Насны бүлэг, хүйсний ялгаагаар ТЦХДЭИ-ийн тархалтын үзүүлэлт нь эрэгтэйчүүдэд 4,1% (35-39)-аас 13,1%, (45-49) хооронд хэлбэлзэлтэй аажим нэмэгдэж байхад 50-54, 55-59, 60-64 насны бүлгүүдэд буурч байна.

Эмэгтэйчүүдэд 10,6% (35-39)-аас 20,1% (50-54) хүртэл бараг 2 дахин нэмэгдэж, 55-59, 60-64 насны бүлгүүдэд мөн буурч байна.

Тархины цусан хангамж дутагдлын эхний илрэлийн тархалтын үзүүлэлт нь эрэгтэйчүүдэд 45-39 насны бүлэгт, эмэгтэйчүүдэд 50-54 насны бүлгүүдэд өндөр үзүүлэлттэй байна. Үүнээс үзэхэд ТЦХДЭИ-ийн тархалтын үзүүлэлт нь залуу насанд нөөн, дунд насанд ихэсч (45-49, 50-54), ахимаг (55-59, 60-64) илэрхий буурах хандлагатай байна.

ХҮН АМЫН ДУНДАХ ТСӨ-НИЙ ЯНЗ БҮРИЙН ХЭЛБЭРҮҮДИЙН ТАРХАЛТ

Нас хүйс	Тархины цусан хангамж дутагдлын эхний илрэл	Тархины цусан хангамжийн арга дутагдлын үе шат				Тархины цусны эргэлт-ийн үе шат-ын цочмог хямрал	Тархины цус харвалт, цус тасалдал	Түүний үлдэг байдал
		I	II	III	Бүгд			
35—59 эр эм	20/41,1/	5/10,1/	3/6,2/	=	8/18,6/			
	54/105,7/	5/9,3/	1/2,0/		6/11,7/	1/2,0/		
Бүгд	74/74,4/	10/1,0/	4/4,0/		14/14,8/	1/1,0/		
40—44 эр эм	42/104,5/	20/49,8/	4/10,0/	=	24/59,7/	1/2,5/		
	56/136,0/	17/141,8/	4/9,7/	=	21/50,9/	1/2,1/		
Бүгд	98/120,4/	37/5,5/	8/11,1/		45/55,3/	2/2,5/		
45—49 эр эм	34/130,8/	10/73,0/	5/19,2/	=	21/9,3/	3/11,5/	1/3,8/	
	53/17,2/	25/83,6/	9/30,1/	2/6,7/	36/120,4/	1/3,3/		
Бүгд	87/155,6/	44/78,7/	14/25,0/	2/3,3/	60/107,3/	4/7,2/	1/1,3/	
50—54 эр эм	22/101,3/	25/11,5/	8/37,9/	2/9,5/	3/165,9/	3/9,5/	1/1,7/ 3/14,2/	
	33/201,3/	30/189,9/	12/73,2/	=	42/256,1/	1/6,0/	1/1,1/	
Бүгд	55/146,7/	55/146,7/	20/53,3/	2/5,3/	77/205,3/	4/10,6/	2/53/ 3/8,0/	
55—59 эр эм	11/76,4/	21/145,9/	8/27,8/	1/6,9/	30/208,8/	2/13,8/		
	8/129,0/	9/145,1/	6/96,8/	=	15/141,9/			
Бүгд	19/92,2/	30/145,6/	14/72,3/	1/4,9/	45/223,3/	2/14,6/		
60—64 эр эм	10/91,7/	24/220,0/	15/137,6/	2/18,3/	41/376,0/	2/18,3/		
	6/131,5/	12/179,1/	8/186,1/	=	23/465,1/			
Бүгд	16/115,3/	36/223,8/	23/151,3/	2/13,2/	61/101,3/	2/13,2/		

Тайлбар: (...) хаалтанд — ТСӨ-ний 1000 хүн амд ногдох тархалтын үзүүлэлт
Хаалтын гадна — Тохиолдлын бодит тоо

Тархины цусан хангамжийн арга дутагдлын I үе шат 1000 хүн амд 68,4. II үе шат 26,3. III үе шат 2,3; Үүнээс 35-39 насанд 14,8; 40-44 насанд 55,3; 45-49 насанд 107,3; 50-54 насанд 205,3; 55-59 насанд 223,3 60-64 насанд 401,3 тус тус тархалтын үзүүлэлттэй байв. ТЦХАД-ын тархалтын үзүүлэлт 50-54, 55-59, 60-64 насны бүлгийн эмэгтэйчүүдэд илүү байна (Р<0,001). Насны бүлэг ахих тутамд ТЦХАД-ийн тохиолдлын хэмжээ 1,2% (35-39)-аас 40,1% (60-64) хүртэл нэмэгдэж байна.

Ялангуяа ахимаг насны бүлгийг (50-64), дунд насны бүлэгтэй (40-49) харьцуулахад бараг 4 дахин илүү тохиолдолтой байна.

ТЦХАД-ийн тархалтын үзүүлэлтийг ТЦХДЭИ-ийн үзүүлэлттэй харьцуулахад залуу, дунд насны бүлэгт (35-39; 40-49; 50-54) ТЦХДЭИ илүү олонтаа тохиолдож байхад ТЦХАД нь дунд, ахимаг насны бүлэгт (50-54; 55-59; 60-64) илүү тоогоор тохиолдож байна

Энэ нь ТЦХДЭИ нь аажимдаа ТЦХАД-д шилжиж буйг харуулж байна.

ТЦЭТХ-ын тархалтын үзүүлэлт 1000 хүн амд насны бүлгээр 35-39 насанд 1,0; 40-44 д 2,5 45-49-д 7,2; 50-54 д 10,6; 55-59 д 14,6; 60-64 д 13,2 тус тус тохиолдож байна.

Залуу насны бүлгийг (35-39), дунд насны бүлэгт (45—49) харьцуулахад ТЦЭТХ бараг 7 дахин, 40-44 насны бүлгийг 50-54 насны бүлэгтэй харьцуулахад 4,2 дахин тус тус илүү тохиолдолтой байгаагаас үзэхэд нас ахих тутам тэдгээрийн тархалтын үзүүлэлт ихсэх хандлагатай байна.

Тархины судасны өвчний тохиолдлыг насны бүрэлдэхүүний хувьд үзвэл 35-39 насанд 8,9%, 40-49 д 21,1%, 50-59 36,6%; 60-64 нас 52,0% тус тус эзэлж байгаа нь ТСӨ-ний үүсэн хөгжих, цаашид даамжран хүндрэхэд нас нилээд нөлөөтэй байгааг нотолж байна.

Тархины судасны өвчин удирдах ажилтнуудад 24,7%, дээд мэргэжлийн ажилтанд 22,5% ажилчдад 21,69% тус тус илэрч ажил мэргэжлийн ялгаа багатай байна. Харин ТЦХДЭИ, ТЦЭТЦХ нь оюуны хөдөлмөр эрхэлдэг хүмүүст тухайн нэршлээр 16,8%; 1,1%, биеийн хүчний хөдөлмөр эрхэлдэг хүмүүст 10,5%, 0,5% тус тус тохиолдолтой байна. Дээрх хоёр нэршлээр биеийн хүчний хөдөлмөр эрхэлдэг хүмүүст тохиолдлын үзүүлэлт цөөн байна. ($P < 0.05$). Е. В. Шмидт, Н. В. Верещагин (1976), Л. Л. Кушнецова (1980) нарын бичсэнчилэн ТЦХДЭИ, ТЦХАД-ийн I үе шатыг ТСО-ний эхний хэлбэрүүдэд хамааруулбал ТСО-ний эхний хэлбэр нийт ТСО-ний дотор 83,5%-ийг эзэлж байна.

Тархины судасны өвчний эхний хэлбэрүүд бүхий өвчтөнүүд нь ихэнх тохиолдолд өөрсдийгөө ТСО-ний хувьд эрүүл гэж тооцдог учир зөвхөн тухайн өвчнийг үүсгэсэн судасны үндсэн өвчнөөр оношлогдон эмчлэгдэж байдаг учраас эмнэлэгт ирэлтээр илрүүлэх бололцоо багатай юм.

Бидний судалгаагаар хүн амын дундах ТСО-ний дотор зонхилох байрыг эзэлж

буй ТСО-ний эхний хэлбэрүүдийг илрүүлж, идэвхтэй хяналт тогтоож, эмчилгээ, урьдчилан сэргийлэх арга хэмжээг явуулах нь тухайн өвчний хүндрэлээс сэргийлэх нилээд боломж байгаа нь нотлогдож байна.

Судалгаанд хамрагдсан хүн амын 1133 тохиолдолд (36,5%) артерийн гипертони, тархины судасны хатуурал, артерийн гипотони, вегето-судасны хямрал зэрэг үндсэн өвчнүүд илэрсэн нь хүн амын дунд тэдгээрийн тархалтын үзүүлэлт цөөнгүй байгааг харуулж байна.

Дээр дурдсан үндсэн өвчин илэрсэн нийт хүмүүсийн 672 (59,9%) тохиолдолд ТСО ний аль нэг хэлбэр илэрч байв. Тархины судасны өвчнийг үүсгэсэн судасны үндсэн эзлэх хувийн жингээр авч үзэхэд: артерийн гипертони 42,2%, тархины судасны хатуурал 30,0%, артерийн гипертони тархины хатуурал хавсарсан 11,5%, артерийн гипертони 4,6%, Вегето-судасны хямрал 10,9 хувь тус тус тохиолдолтой байна.

ХҮСНЭГТ 2

ТСО-ийг үүсгэхэд артерийн даралт ихсэх, тархины судас хатуурах өвчин тэдгээрийн хавсарсан тохиолдол зонхилох нөлөөтэй байна.

ХҮСНЭГТ №2

ТАРХИНЫ СУДАСНЫ ӨВЧНИЙ ЯНЗ БҮРИЙН ХЭЛБЭРҮҮДЭД, ТЭДГЭЭРИЙГ ҮҮСГЭСЭН СУДАСНЫ ҮНДСЭН ӨВЧНИЙ ЭЗЛЭХ ХУВИЙН ЖИН

ТСО-ний хэлбэрүүд	Судасны үндсэн өвчний төрлүүд		Артерийн гипертони + тархины судасны хатуурал	Артерийн гипертони	Вегето-судасны хямрал	БҮГД	
	Артерийн Гипертони	Тархины судасны хатуурал					
Тархины цусан хангамжийн дутагдлын эхний илрэл	166/47,7/	70/20,1/	28/8,1/	18/5,2/	67/19,0/	319/100%/	
Тархины цусан хангамжийн архаг дутагдал	I үе шат	73/34,4/	85/40,1/	36/17,0/	11/5,2/	7/3,3/	212/100,0/
	II үе шат	27/32,5/	44/53,0/	10/12,0/	2/2,4/	=	83/100,0/
	III үе шат	1/14,3/	3/42,9/	3/42,9/	=	=	7/100,0/
	Бүгд	101/33,4/	182/43,7/	49/16,2/	13/4,3/	7/2,3/	302/100,0/
Тархины цусны эргэлтийн түр цочмог хямрал	11/73,3/	1/13,5/	2/13,3/	=	=	15/100,0/	
Тархины цус харвалт тасалдалт	1/50,0/	1/50,0/	=	=	=	2/100,0/	
Тэдгээрийн үлдэн байдал	3/75,0/	1/25,0/	=	=	=	4/100,0/	
БҮГД	282/42,0/	206/30,7/	78/11,6/	31/4,5/	74/11,0/	672/100,0/	

Тайлбар: 1. Хаалтын гадна — Судасны үндсэн өвчний тохиолдлын тоо

2 () хаалтанд — ТСО-ний хэлбэрүүдэд судасны үндсэн өвчний эзлэх хувийн жин (%).

Тархины судасны өвчнүүдийн янз бүрийн хэлбэрүүдийн тохиолдлын хэмжээ судасны үндсэн өвчнүүдийн төрлүүдэд онцлог ялгаатай байна. ТЦДЭИ-ийг үүсгэхэд артерийн гипертони (47,7%) зонхилох нөлөөтэй байхад, ТЦХАД-ийг үүсгэхэд тархины судасны хатуурал (42,2%), артерийн гипертони (33,2%); ТЦХАД-ийн Ш үе шатанд артерийн гипертони тархины судасны хатуурал (42,9%) тус тус зонхилох хандлагатай байлаа.

Судлагдаж буй хүн амын дунд завсрын артерийн даралттай 194 (6,3%), артерийн даралт их 423 (13,6%) тус тус тохиолдолтой байна. Үүнээс артерийн даралт их тохиолдлын 3/4-д тархины судасны өвчин илэрсэн байна.

Судлагдаж буй хүн амын дунд зүрхний ишеми өвчтэй гэж оношлогдсон 164 тохиолдол илэрснээс тархины судасны өвчтэй бүлэгт тэр нь эрүүл бүлгийнхээс 3 дахин илүү тохиолдолтой байна. (Хүснэгт № 3).

ХҮСНЭГТ №3

ТАРХИНЫ СУДАСНЫ ӨВЧНИЙ ЭРҮҮЛ БҮЛЭГ БА
ТАРХИНЫ СУДАСНЫ ӨВЧНИЙ ЯНЗ БҮРИЙН ХЭЛБЭРҮҮДТЭЙ
ХАВСАРСАН ЗҮРХНИЙ ИШЕМИ ӨВЧНИЙ ТОХИОЛДОЛ

ТСӨ-ний янз бүрийн хэлбэрүүд	Судлуулагчдын бүлэг тус бүрт ногдох тохиолдлоо	Зүрхний ишеми өвчин	
		тохиолдлын тоо	хувь
1 Тархины судасны өвчний хувьд «эрүүл»	2428	85	3,5
2, Тархины судасны өвчинтэй	672	79	11,8
а/ Тархины цусан хангамжийн дутагдлын эхний илрэл	39	23	7,0
б/ Тархины цусан хангамжийн архаг дутагдал	302	52	17,2
в/ Тархины цусны эргэлтийн түр цочмог хямрал	15	2	13,3
г/ Тархинд цус харвах тасалдах	2	1	50,0
д/ Тархинд цус харвалт, тасалдалтын үлдэгдэл байдал	4	1	25,0
3 БҮГД	310	164	5,3

Тархины судасны өвчний хэлбэрүүд тус бүрт хавсарч буй зүрхний ишеми өвчний тохиолдлыг авч үзэхэд ТЦХДЭИ-ийн 7,0%-д ТЦХАД-ийн 17,2% ТЦЭТЦХ-ийн 13,3%, тархины цус харвалт, цус тасалдалтын 50,0%-д тус тус ногдож байна. Үүнээс үзэхэд ТЦХАД-тай өвчтөнүүдэд илэрсэн зүрхний ишеми өвчний тохиолдлын тоог ТЦХДЭИ-тэй өвчтөнүүдийнхтэй харьцуулахад 3 дахин их байна. Мөн тархины цус харвалт, цус тасалдалттай өвчтөнд илэрсэн зүрхний ишеми өвчний тохиолдлыг ТЦЭТЦХ-тэй өвчтөнүүдийнхтэй харьцуулахад 4 дахин илүү тохиолдолтой байна.

Энэ нь ТСӨ-ний янз бүрийн хэлбэрүүд ялангуяа ТЦХАД, тархины цус харвалт, цус тасалдалтын үед зүрхний ишеми өвчин хавсарсан тохиолдол цөөнгүй, болохыг нотолж байна.

Дүгнэлт: 1. Тодорхой хүн амын дунд тархины судасны өвчний тархалт 1000 хүн амд 216,8. Үүнээс тархины цусан хангамжийн дутагдлын эхний илрэл (112,6), ТЦХАД-ийн I үе шат (68,4) зонхилох байрыг эзэлж байна.

2. Тархины цусан хангамжийн дутагдлын эхний илрэл, ТЦЭТЦХ, ТЦХАД-ийн I үе шат нь 1000 хүн амд ногдох үзүүлэлтээр эмэгтэйчүүдэд илүү байна. ($P < 0,001$).

3. ТЦХДЭИ-ийн тархалтын үзүүлэлт нь залуу (35-39), дунд (45-50) насны бүлэгт нэмэгдэн, ацимаг насанд буурч байна ($P < 0,01$). ТЦХАД-ийн тархалт залуу (35-39) насны бүлэгт 14,8; дунд насны (50-54) бүлэгт 205,3 илэрхий нэмэгдэж ($P < 0,001$) өөрөөр хэлбэл дээрх 2 нэршилд тархалтын үзүүлэлт урвуу хамааралтай байна. Энэ нь ТЦХДЭИ-ээс аажмаар ТЦХАД-д шилжиж байна гэж үзэж болох үндэстэй.

4. ТСӨ-ийг үүсгэгч судасны үндсэн өвчинд артерийн гипертони (42,2%), тархины судас хатуурал (30,0%), эдгээр хоёр өвчин хавсарсан тохиолдол (11,5%) зонхилох байрыг эзэлж байна.

5. ТСӨ-тэй зүрхний ишеми өвчин хавсарсан тохиолдол нь эрүүл хүнийхтэй харьцуулахад тохиолдлын хэмжээ илүү байна. ($P < 0,001$).

6. Тодорхой хүн амын дунд ТСӨ-ний эхний хэлбэрүүдийн тархалт дээгүүр бай-

рыг эзэлж байгаа нь хүн амын дунд урьдчилан сэргийлэх арга хэмжээг идэвхтэй явуулах шаардлагатайг бидний судалгаа харуулж байна.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1 Е. В. Шмидт, В. Е. Смирнов, Э. С. Прохорова — Вопросы эпидемиологии со- судистых заболеваний головного мозга, М 1979 с. 3-9.

2 Ю. Г. Войко, Н. Н. Силаева, Н. И. Прокопчик — к эпидемиологии «судистых

поражений головного мозга журн невропат и психиатр. 1976 №1, с. 11—16,

3 В. Е. Смирнов, М. М. Романовский, Прохорова Э. С. — Методика выявления цереброваскулярной патологии в условиях массового обследования населения матери- риалы 1-й Поволжск. конференции по социальной гигиене и организации здра- воохранения кубышев. 1970 с 12-16,

4 ДЖ. А. Роуз, Г. Блэкберн — Методы обследования на сербносудистые за- болевания М. 1984. С. 2-35

ДЕЛЬТА ГЕПАТИТЫН ЭМНЭЛ ЗҮЙ

М. Алтанхүү, Ж. Хулан, П. Нямдаваа, Н. П. Блохина
ЭАХНСУИ, ЗХУ-ын АУА-ийн Д. И. Ивановскийн нэрэмжит
вирус судлалын хүрээлэн

Сүүлийн үеийн судалгаанаас (2, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 13) үзэхэд хүнд хэлбэрийн болон архаг гепатит, элэгний хатуурал өвчин үүсэхэд дельта вирус зонхилох үү- рэг гүйцэтгэдэг байна.

Манай улсад В гепатитын вирусээр халд- вар авсан (НВ₇ А₅ буюу анти — НВ₇ — эерэг) «Эрүүл» хүмүүсийн 45,5%-д нь анти-дельта эсрэг бие олдож байсан (3,4) нь энэ халдвар манай оронд тархмал бо- лохыг анх илрүүлсэн юм. Харин дельта гепатитын эмнэлзүйн явц, онолог, өвчний төгсгөл, онош, эмчилгээний асуудлууд ма- най орны хувьд огт хөндөгдөөгүй байна. Дельта гепатитын эмнэлзүйн илрэл, явц нь хүн амын дундах НВ₇ А тээгчдийн хү- вийн жин, дархлааны онолог, газар зүйн ялгаанаас хамааран харилцан адилгүй бай- даг (1, 2, 5, 6).

Бид манай хүн амын дунд тохиолдож буй дельта гепатитын онош, эмнэлзүй, эмчилгээний талаар судалгаа явуулж аж- лынхаа зарим урьдчилсан дүнгээс толи- луулж байна.

Материал, арга зүй:

Бид вирус гепатит (ВГ)-аар өвчилж буй хүмүүсийн дунд дельта халдварыг оношлох, өвчний эмнэлзүй, явцыг судлах зорилгоор 1989 оны 2 сараас 1990 оны 10 сар хүртэлх хугацаанд цочмог ВГ (НВ₇ А₅ — эерэг)-аар өвчилсэн 16—63 нас- ны хүнд явцтай 55, дунд ба хөнгөн явц- тай 66, нийт 121 хүн судалгаал авч онош тогтоох шинжилгээ хийлээ. Өвчний хүнд хөнгөнийг одоо манайд хэрэглэж буй ар- гаар (7) үнэлэн судалгаж ЖӨАКЭ-г хий- сэн. (Ерөнхий эмч Д. Сүх).

Шарлалтын үеийн 1-3 хоногос эхлэн 7-10 хоногийн зайтай өвчтөн, бүрээс цус авч ийлдсэнд нь дараах шинжилгээнүү- дийг хийв. Үүнд: анти НДУ, Иг М (гепат- итын дельта вирусийн эсрэг иммуног- лобулин М), дельта вирусийн эсрэг бие (анти-дельта)-ийг ЗХУ-ын АУА-ын Д. И. Ивановскийн нэрэмжит вирус судлалын хүрээлэнд гаргаж авсан оношлуураар, анти НВс, Иг М НВ₇ А₅ НВсА₅ анти НВс₇

«Диаплюс» пүүсийн оношлууруудыг ашиг- лан ФХЭБУ аргаар тус тус тодорхой- лов. Онош батлах зорилгоор зарим өвч- төнүүдэд «С» гепатитын эсрэг биеийг «ОРТНО» пүүсийн оношлуураар мөн ФХЭБУ аргаар шинжиллээ. (Ивановскийн нэрэмжит Вирус судлалын хүрээлэнгийн ВГ-ын шалтгаан судлал, оношлогооны лабораторит эрхлэгч проф. В. А. Аманбаев) Ийлдсэнд элэгний үйл ажиллагааны био- химийн шинжилгээнүүдийг нийтээр ба- римталж буй аргуудаар, тухайлбал Би- ларубин түүний фракцыг Ендрашикийн, АлАТ-ыг Фрейнкель, Райтманы аргаар, Ти- мол, сульмагийн сорил, Ф1, 6Ф-альдолаза, в — липопротеидыг тодорхойлоо.

Зарим өвчтөний ийлдсэн дэх уургийн бүлгийн харьцааг хувиар тодорхойлов. Хэмжих нэгжийг «си» системээр авлаа (ЖӨАКЭ-ийн биохимийн лаборатори, эрх- лэгч Л. Гантулга).

Үд дүн, шүүмж:

Цочмог ВГ-аар өвчилж манай судалгаанд хамрагдсан нийт 121 өвчтөнөөс 41 буюу 33,9%-д цочмог дельта халдвар илэрлээ. Тэдгээрийг 26 (63,4%) нь эрэгтэй, 15 (36,6%) эмэгтэй байсан ба 21-д нь дель- та болон В вирус гепатитын хавсарсан хэлбэр оношлогдов. Энэхүү хавсарсан хэл- бэрийг бид гепатитын Д болон В виру- сийн репликац эсрэг явагдаж буйг илэр- хийсэн маркерүүд тухайлбал НВ₇ А₅ анти НВс, Иг М, анти НДУ, Иг М анти дельта, НВс А₅-ийг илрүүлснээр оношлогдсон Өөрөөр хэлбэл дельта болон В вирус гепатитын хавсарсан хэлбэр (конфекция) нийт цочмог НВ₇ А₅ эерэг гепатитын өвч- лөлийн 15%-ийг эзэлж байна. Түүнчлэн нийт өвчлөлийн 14,5% буюу 20 өвчтөнд НВ₇ А₅ анти НДУ, Иг М, анти дельта, анти НВс тодорхойлогдож цочмог дель- та гепатит оношлогдсон ба энэ нь тус ул- сын хүн амын дунд тохиолдох НВ₇ А₅ тээгчдийн хувийн жинтэй ойролцоо бай- на. Харин дельта гепатитын дотор цоч- мог дельта гепатит ба В, Д гепатитын хавсарсан хэлбэрүүдийн эзлэх хувийн жин

* ТАЙЛБАР: Доод булангийн жижиг С-

ыг 7, 9-г бий тоогоор орлуулан тэмдэглэв.

48,8%; 51,2%; байв. Дельта халдварын өвчлөлийн талаарх бидний судалгааны үзүүлэлт нь HB₇ A₅ тээгчид ихтэй орны өвчлөлд хийсэн эрдэмтдийн судалгааны дүнтэй (3, 4, 5) ойролцоо байгаа бөгөөд энэ нь манайд дельта халдварын өвчлөл өндөр С-йгаар харуулж байна.

Бид дельта гепатитын эмнэл зүй, өвчний шинж харьцуулан судлахын тулд В вирус гепатитаар өвчлөгсөд 44, дельта гепатитаар өвчлөгсөд 41, нийт 85 өвчтөнд эмнэлзүйн харьцуулсан ажиглалт хийлээ. Бидний судалгаанд авсан цочмог дельта гепатитаар өвчлөгсдийн 55%. В гепатитын хавсарсан хэлбэрээр өвчлөгсөдийн 43,1% нь хүнд, 45% болон 56,9% нь дунд хөнгөн явцтай байлаа.

Дельта халдвараар өвчлөгсдийн ихэнх (70-70,3%) нь тариа хийлгэх, шинжилгээ авахуулах зэрэг арьс салстын бүрэн бүтэн байдлаа гэмтээх үйлдэл хийлгэсэн хүмүүс байсан ба цус түүний бүтээгдэхүүн сэлбүүлсэн тохиолдолд дөнгөж 5—5,9 хувь орчим байна. Харин өвчлөлийн нууц үеийн хугацаанд арьс салст гэмтээх ямар нэг үйлдэл хийгдээгүй. Хүмүүс 23,8% аас 25% байгаа нь ахуй хавьтлын замаар халдварладаг байж болох талтай гэдгийг илэрхийлж байна. В вирус гепатиттай харьцуулахад өвчний нууц үе нь нилээд богино байж болох талтай байна. Тухайлбал цочмог дельта гепатитаар өвчлөгсдийн 80% нь халдвар авч болох үйлдэл хийгдсэнээс хойш 35-60 хоноод өвчин эхэлсэн байна. Харин Д болон В гепатитаар хавсарсан хэлбэрийн үед 53,8% нь 30-70 хоноод өвчин эхэлсэн байв. Өвчний нууц үеийн хугацаанд арьс салст гэмтээх ямар нэг үйлдэл хийгдээгүй өвчтөнүүдээс 3 өвчтөн нь цочмог ВГ-аар өвчлөгсөдтэй хавьтал болоон байдлыг анхаарах нь зүйтэй юм.

Цочмог дельта гепатит (HB₇ A₅ тээгчид ба архаг В вирус гепатиттай хүмүүс дельта вирусийн халдвар авах), В болон Д гепатитын хавсарсан хэлбэр (Коинфекция) нь эмнэлзүйн хувьд хоорондоо нилээд ялгаатай явагдаж байна.

Ерөнхийдөө дельта халдвар нь голдуу бие сулрах, хоолонд дургүй болох шинж тэмдгээр эхэлжээ. Дельта гепатитын хавсарсан ба цочмог хэлбэрүүдийн шарлалтын өмнөх үед илэрч буй шинж тэмдгүүдээс ядарч бие сулрах (61,1%-89,5%), хоолонд дургүй болох (61,1%-89,5%), баруун хавирганы нумаар буюу аюулхай орчмсор өвдөх (55,6-47,1%), бөөлжих (33,4%-63,1%), халуурах (16,7%-21,1%) зэрэг нь хамгийн олонтоо тохиолдож байна. (Жуснэт №1). Харин дельта халдварын үед халуурах, хавагнах зэрэг бусад орны судлаачдын тогтоосон шинж тэмдгүүд манай өвчтөнүүдэд харьцангуй цөөн тохиолдож байв (26,1%—16,7%; 5,3%-0%).

Эмнэлзүйн ихэнх шинж тэмдгүүд нь шарлалтын үед багсахгүй буюу ялангуяа дельта болон В гепатитын хавсарсан хэлбэрийн үед улам нэмэгдэх хандлагатай байгаа нь В гепатиттай төстэй байна. В гепатитаас ялгаатай нь хордлогын шинж тэмдгүүд илүү тод илрэх ба ялангуяа цочмог дельта гепатитын үед халуурах (42,1%), баруун хавирганы нумаар өвдөх (84,2%), хавагналтын шинж тэмдгүүд (22,2%) илүүтэй ажиглагдаж бай-

на. Мөн дельта гепатитын үед шарлах шинж тэмдэг нилээд хурц илэрч цөс тогтонгиших, шарлалтын үе ихэнх өвчтөнд нилээд удаан үргэлжлэх төлөвтэй байна. Тухайлбал цочмог дельта гепатитын үед арьс загатнах шинж 47,5% хүртэл илрэхээс гадна цочмог дельта гепатит болон түүнтэй хавсарсан хэлбэрийн үед нийт билирубины хэмжээ дунджаар $319,7 \pm 46,9$ мкмоль л ($214,6 \pm 29,$) мкмоль) л тус тус хүрч ялангуяа цочмог дельта гепатитаар өвчлөгсдийн 45%-д нь нийт билирубины хэмжээ 320-оос зарим тохиолдолд 650 мкмоль/л хүртэл нэмэгдэж шарлалтын үе нь 52,3 хоног үргэлжилж байв. Гэтэл В вирус гепатит (ВВГ) болон В, Д вирусийн хавсарсан халдварын үед нийт билирубины дээрх хэмжээнд хүрэх тохиолдол 9,5% орчим байж шарлалтын үе нь дунджаар $28,2 \pm 2,5$ -аас $38,7 \pm 3,2$ хоног байна.

Цочмог дельта гепатитын үед бусад хэлбэрийн цочмог гепатиттай харьцуулахад элэгний үйл ажиллагаа нилээд гүнзгий гэмтдэг нь ажиглагдлаа. АЛАТ-ын идэвхийн хэмжээ ($7,1 \pm 0,54$ ммоль) л В гепатитыг бодвол нилээд өндөр байв. Цочмог дельта гепатит болон дельта, В гепатитын хавсарсан хэлбэрийн үед тимол ($11,6 \pm 1,0$; $9,6 \pm 1,3$), сулема ($1,4 \pm 0,09$; $1,6 \pm 0,04$), альбумин ($45,4 \pm 2,0$; $50,1 \pm 2,3$), гаммаглобулин ($28,45 \pm 1,0$ $22,2 \pm 2,6$)-ний өөрчлөлт их байгаа нь энэ өвчний үед элэгний уураг нийлэгжүүлэх үйл ажиллагаа нилээд гэмтдэгийг гэрчилж байна.

Цочмог дельта гепатит болон В, Д гепатитын хавсарсан хэлбэрийн нилээд гол онцлог шинж нь өвчний явц төгсгөл байна. Тухайлбал бидний ажиглалт явуулах хугацаанд (6 сараас 1 жил 3 сар) В болон Д гепатитын хавсарсан хэлбэрийн үед эдгэрэлт нь 71,4%, архагшилт нь 28,6% байхад, цочмог дельта гепатитын үед эдгэрэлт нь 6,15%, архагшилт нь 81,3%, мөн 12,5%-д нь гепатитын дараах элэг томролт буюу цөсний уутны үрэвсэл ажиглагдсан нь гадаадын судлаачдынхтай ойролцоо байв. (5,6).

Дельта гепатитын хавсарсан хэлбэрүүдийн үед өвчин нь маш хүнд (фульминант) хэлбэрээр явагдаж нас барах тохиолдол манай судалгаанд хамрагдсан өвчтөнүүдийн дунд гарсангүй, харин цочмог дельта гепатитын үед 3 тохиолдол (15%) ажиглагдлаа. Бидний судалгаанд хамрагдсан өвчтөнүүдэд илрэх зарим шинж тэмдгүүд нь зарим тохиолдолд гадаадын эрдэмтдийн (1,2,5,6.) тогтоосон үзүүлэлтүүдээс сул илэрч байгаа нь ялангуяа субъектив шинж тэмдгүүдийн хувьд мөнгөл хүмүүсийн зан аршингаас хамаарч болохоос гадна дархлааны хувьд дельта халдварын маркерууд нь аяндаа арилах хэлбэр манай судалгааны хүмүүст харьцангуй элбэг тохиолдож байгаагай холбоотой болох юм. Тухайлбал дельта гепатитаар өвчлөгсдийн дотор дельта халдварын аль нэг маркер дангаараа илрэх буюу өвчний цочмог үед арилаад дахин гарч ирэх явдал В, Д гепатитын хавсарсан хэлбэрийн үед 66,6%, цочмог дельта гепатитын үед 56,2%-д тохиолдож байв.

ДҮГНЭЛТ:

1. Манай улсад дельта гепатитын өвчлөл их (нутагшмал) байгаа ба HB₇ A_с эерэг гепатитаар өвчлөгсдийн 1/3-ээс илүү хувь нь дельта гепатитаар өвчилж байна.

2. HB₇ A_с эерэг гепатитын дараах архагшилтын ихэнх (81,3%) нь мөн нас баралтын дийлэнх нь дельта гепатиттай холбоотой байна.

3. Цочмог дельта гепатит нь эдгэрэлт муутай, хүнд явцтай, эмнэлзүйн хувьд

шарлалтын өмнөх үе нилээд богино байхаас гадна халуурах, баруун хавирганы нумаар өвдөх, хавагнах, дэлүү томрох зэрэг шинж тэмдгүүд, биохимийн шинжилгээнд элэгний эсийн гэмтлийн болон уураг нийлэгжүүлэх үйл ажиллагаа В — ВГ-тай харьцуулахад нилээд илүү өөрчлөгддөг нь ажиглагдлаа.

4. Дельта гепатитын маркерын хөдлөл зүй, дархлааны онцлогыг гүнзгийрүүлэн судлах нь зүйтэй.

ХҮСНЭГТ 1

Дельта халдварын шарлалтын өмнөх үеийн эмнэлзүйн шинж тэмдгүүдийн илрэлт (-иар) зарим

Эмнэл зүйн шинж		Цочмог дельта гепатит	В + Д гепатит	ВВГ	статистик магадлал	
Бие сулрах, ядрах		89,5	61,1	62,5	P < 0,05 1-2	
Толгой эргэх		11,1	5,6	15	P < 0,05 2-3	
Хоолны дуршил муудах		89,5	61,1	47,5	P < 0,01 1-2	
Гэдэс ходоодны хямрал	анорексия	10,5	16,7	12,5	мг	
	дотор муухайрах	47	50	40	мг	
	бөөл- жих	1 удаа	52,6	27,8	22,5	P < 0,05 1-3
		2 ба түүнээс дээш	10,5	5,6	7,5	мг
халуурах		21,1	16,7	13,3	мг	
Үеэр өвдөх		5,3	16,7	17,4	P < 0,05 1-3	
баруун хавирганы нуман доогуур өвдөх		42,1	55,6	35	мг	
Цусархаг хам шинж		—	5,6	—	—	
Хавагналтын хам шинж		5,26	—	—	—	
элэгний хэмжээ	3 см хүртэл	15,8	9,5	—	—	
	3 см-ээс дээш	21	5,6	—	P < 0,05 1-2	

МГ—магадлалгүй

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. А. К. Андриуца — «Клинико-лабораторные особенности вирусных гепатитов В и D у беременных в регионах с различ-

ным уровнем эндемичности» автореферат дисс М-1991

2. Е. С. Кетиладзе, И. Н. Хлопова, Н. П. Бугаева «Клиника острой дельта инфекции» сб. «Вирусные гепатиты» М-1987 ст 181-187.

Дельта халдварын шарлалтын үеийн эмнэл зүйн зарим ийнж тэмдгийн илрэлт

Эмнэлзүйн шинж тэмдгүүд		Цочмог дельта гепатит	В + Д гепатит	ВГВ	Статистик магадлал
1	Бие сулрах ядрах	88,5	83,3	69,8	мг
2	Толгой эргэх	21	5,6		P<0,05(1-2)
3	Толгой өвдөх	21	5,6	37,5	P<0,05(1-2)
Ходоод гэдэсний хам шинж	Хоолны дуршил муудах	81,5	88,9	52,5	мг
	Апорексия	26,3	22,2	27,5	мг
	Детор муурайрах	63,2	77,8	75%	мг
	1 удаа Олон удаа	26,3 47,4	27,8 27,8	31%	мг
5	Халуурах	42,1	22,3%	20,5	P<0,05(1-3) P<0,05(1-3)
6	Үеэр өвдөх	10,5	33,3%	15%	P<0,05(1-2)
7	Барууа хавирганы нуман доогуур өвдөх	68,4	61,1%	37,5	P<0,01(1-3)
8	Цусархаг хамшинж (хэмжээс)	31,6	16,7	17,5	
9	Хавангалын хамшинж	21%	4,7	7,5	P<0,01(1-2)
10	Цусархаг болон одлог тууралтууд	31,6	27,8	30%	мг
11	Арьс загатнах	47,5	38,9	35%	мг
12	Дахилт сэдэрэлт	68,4	33,4	20,9	P<0,01(1-3)
13	Элэгний томрох Хэмжээ	3см хүртэл 3 см-ээс дээш	50 25	35 27,8	37,5 мг
14	Элэг хатуурих тэмтрэгдэх	25,3	11,1	7%	P<0,001(1-2,3)
15	Дэлүү томрох	26,3	16,7	7%	P<0,05(1-3)
Бяохимийн шинжилгээ	16 Нийт билирубин (дунджаар)	315,6±46,9	214,6±31,1	192,7±17,7	P<0,01(1-3)
	АЛАТ-ын идэвхи	—, — 7,1±0,24	6,1±0,3	6,4±0,2	P<0,05(1-2,3)
	Тимол	—, — 11,6±1,0	9,6±1,4	8,2±0,9	P<0,01(1-3)
	Сулема	—, — 1,4±0,09	1,6±0,04	1,7±0,01	P<0,05(1-2,3)
	Нийт уураг	—, — 65,2±2,92	61,4±3,2	71,3±3,9	P≤0,01(1-3)
	Альбумин	—, — 45,4±2,0	51,1±2,3	55,7±3,5	P>0,01(1-3)
	Гамма глобулин	—, — 28,5±1,0	22,2±2,6	20,0±1,8	P<0,01(1-3) P<0,01(1-2)

3. П. Нимадава, В. А. Ананьев, В. А. Оюунбилэг Жи др «Частота выявления антител к дельта-антигену у практический здоровых носителей НВ₇ А₁ анти НВ₇ в Улан-Баторе. Вопр вирусол т-33, № 2 1988 ст. 173-175

4. П. Нимадава, В. А. Ананьев, М. Оюунбат и др «К сероэпидемиологий дельта гепатита в МНР. «Тезисы докладов У научной практической конференции «Актуальные вопросы вирусологии» Улан-Батор 1986.

стр 35-36.

5. Н. Е. Налади, «Клиника лабораторная характеристика острой дельта инфекции» дисс М, 1989.

6. И. Н. Хлопова «Клиника диагностика острой дельта-вирусной инфекции» авто. реферат дисс М-1988.

7. Н. А. Фарбер, Е. С. Кетилдзэ, Н. А. Малышев и др Тер, архив. 1979. № 2 стр 32-88.

МОНГОЛ ХҮНИЙ ЦУСНЫ ИСЭЛДЭЛТИЙГ СУДАЛСАН ЗАРИМ ДҮНГЭЭС

Л. Ажнай—Улаанбаатарын АУИС
В. Н. Ушкалова — Тюмен АУИС

Анагаах ухаан биологийн суурь судалгаанд липидийн хэт исэлдэлтийн механизмын судалгаа өнөөгийн хамгийн сонирхолтой чухал чиглэл боллоо. Биомембраны найрлага дахь тосны хүчлүүдийн болон үл исэлдүүлэгчийн (антиоксидант) агуулга, бүтцийн өөрчлөлт нь эмгэг үүсгэх үндсэн нөхцөл болдог нь тодорхой (1.5).

Бид липидийн исэлдэлтийн явцыг идэвхжүүлэгч (инициатор) бодисын тусламжтайгаар эрчимжүүлэн хүчилтөрөгчийг шингээх явцын кинетикийн үзүүлэлтүүдийг хэмжсэн.

СУДАЛГААНЫ АРГАЧЛАЛ

Донорын 0 (I) бүлгийн цусыг нимбэгийн хүчлийн натрийн 3,8%-ийн уусмалтай 1:10 харьцаагаар тогтворжуулан, 3000 эр/мин центрифугдэн сийвэн ба улаан эсийн массыг тусад нь салган авсан. Түүнийгээ гептан-изопропанолын ижил эзэлхүүн бүхий хольцтой 1:100 харьцаатайгаар авч экстракт бэлтгэнэ. Ялгасан экстрактаа 3000 эр/мин-д 5 мин эргүүлнэ. Дараа нь хоёр төрлийн давхраа үүстэл I мин тавиад гептаны экстракт дээр усгүй сульфат натрийг хуурайгаар нэмж 1 цаг байлгана. Экстрактаа шүүлтүүрээр шүүж, идэвхижүүлэгч бодисын хлорбензолд ууссан 1 мл хольцтой хольж хэмжилтийн уурт юулж хүчилтөрөгч шагна. Шахсан хүчилтөрөгчийн эзэлхүүний хорогдох кинетик нь хүчилтөрөгчийг шингээж буй хурдыг тодорхойлох хэмжигдэхүүн болно. Идэвхжүүлэгч бодисод динитрилазобисизо тосны хүчлийг сонгосон. Энэ бодис нь $60 \pm 2^\circ\text{C}$ -д чөлөөт радикалыг үүсгэн урвалд орно.

Идэвхжүүлэгчийн үүсгэсэн анхдагч радикалууд ханаагүй тосны хүчлүүдтэй урвалд орно.

Цааш идэвхижсэн ханаагүй тосны хүчлийн молекулууд хүчилтөрөгчтэй гинжин урвалд орно.

Хэрвээ урвалд саатуулагч (ингибатор) бодис авбал (тухайлбал витамин E) гинжин урвал тасарна.

Бид судалгааны дараагийн хэсэгт липидийн исэлдэлтэнд физик зарим хүчин зүйлүүдийн нөлөөллийг судлах болно.

СУДАЛГААНЫ ҮР ДҮН БА ХЭЛЭЛЦҮҮЛЭГ

Туршлагаас цусны сийвэнгийн липидийн хүчилтөрөгч шингээх нь хугацаанаас хамааран 2 үе шаттай явагдаж байна.

Эхний үе буюу удаан үе. Энэ үеийг индукцийн хугацаа гэж нэрлэдэг. Индукцийн хугацааг «исэлдэлтийн тогтворжилт» эсвэл үл исэлдэх идэвхийн хэмжигдэхүүн болгон авлаа. (2.4).

Хоёр дахь үеийг өөрөө хурдсах үе гэж нэрлэдэг. Энэ үеийн хурд нь липидийн хагаагүй хүчлийн исэлдэлтийн харьцангуй үзүүлэлтийг харуулдаг.

Бид эрүүл хүмүүсийн цусны дээрх 2 үндсэч үзүүлэлтийг тогтоох зорилго тавилаа.

Липидийн экстракт уусгагчдын зохимжит харьцааг сонгохын тулд 1:1, 1:10 ба 1:100 гэсэн харьцаануудаар авч үзэхэд 1:100 нь хамгийн тохиромжтой болох нь тодорхойлогдов. Энэ нь исэлдэлтийн индукци бага хугацаанд явагдсанаар тайлбарлагдана. (4).

ХҮСНЭГТ I

Донорын нас	Хүйс	(мин)	$W / \frac{\text{мм}^3}{\text{мин}} /$
18—29	эм	42 ± 5	$0,64 \pm 0,03$
	эр	78 ± 3	$0,44 \pm 0,02$
30—39	эм	48 ± 4	$0,70 \pm 0,03$
	эр	63 ± 4	$0,40 \pm 0,02$

Исэлдэлтийн анхдагч бүтээгдэхүүн болох линолеат болон түүний төрлийн бусад ханаагүй тосны хүчлүүд буюу 2 хос хоёрчийн холбоо-

той нэгдлийг хэт ягаан туяаны мужид спектрофотометр, UVSPEC-ORD-ээр тодорхойлов. (3.4)

ХҮСНЭГТ 2

Донорын нас	Хүйс	D 232
20—29	эм	1,24 ± 0,03
	эр	1,21 ± 0,03
30—39	эм	1,25 ± 0,04
	эр	1,25 ± 0,02

ДУГНЭЛТ

Дээрх анхдагч бүтээгдэхүүний агуулгатай исэлдэлтийн үндсэн тодорхойлогч хэмжигдэхүүнүүд ямар шүтэлцээтэй болохыг насны ахилтаар авч үзэхэд нэмэгдэх нь харагдаж байна. Мөн эндээс 30 ба түүнээс дээш насны эрэгтэйчүүдийн липидийн исэлдэлтийн индукцийн хугацаа, исэлдэлтийн хурдны бууралт нь үл исэлдэх шинж чанар нь багасах хандлагатайг харуулж байна. Тухайн насны эмэгтэй донорын дээрхи үзүүлэлт үеийн насны эрэгтэйчүүдийн хэмжээнд ойролцоо байгаа учраас үл исэлдэх шинж чанар харьцангуй тогтвортой нь ажиглагдлаа.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. Ю. А. Владимиров, А. И. Арчаков Перекисное окисление липидов в биологических мембранах М 1972.
2. В. Б. Гаврилов, М. Н. Мишкорудная, Лабораторное дело 1983 №3 х. 33-35.
3. Н. В. Мусатова, Н. И. Лонотина, Лабораторное дело 1989 № 3 х. 52—53.
4. В. Н. Ушкалово, Авторское свидетельство СССР SV 1303938, А-1.
5. Е. Б. Бурлакова, В. А. Веселовский, О. Р. Кольс Биокислители в регуляции метаболизма в норме и патологии. М 1982 х 9-20.

МОНГОЛ ХҮНИЙ ШҮДНИЙ ЗАЖЛАХ ТАЛБАЙГ ОККЛЮЗИОГРАММААР ТОДОРХОЙЛСОН ДҮН

Х. Цолмон—Анагаах ухааны их сургууль
Д. Баатар—Говь-Алтай аймгийн нэгдсэн эмнэлэг
С. Лодойдамба—Монгол улсын их сургууль

Хүний шүд хоол боловсруулах тогтолцооны чухал хэсэг бөгөөд толгой болон эрүүний харалдаа шүд ажлахаа талаараа өөр хоорондоо хоршиж байгаа үед хоол, хүнсний зүйлийг жижиглэх, бутлах боломжтой болдог.

Толгой, эрүүний харалдаа шүднүүд ажлахаа гадаргаараа өөр хоорондоо уулзаж байгаа энэ төлөвийг хэвийн зуулт гэнэ.

Зажлах эрхтний бүхий л (хэвийн, эмгэг) төлөв нь шүдний зуултын байдлаас гадна ажлахаа үйлдлийн гол үзүүлэлт болох хоол даах, ажлахаа чадал, чадвар зэрэг нь өөр хоорондоо хэвийн хоршиж байгаа шүдний тоо, шүд бүрийн ажлахаа талбайнаас голчлон хамаардагыг судлаачид тогтоосноо. Түүнчлэн ажлахаа эрхтний дээр дурдсан физиологийн гол үзүүлэлтүүд нь зуур амьсгал, газар зүй, угсаатны зүйн хүчин зүйлээс хамаардгийг эрдэмтэд тэмдэглэсэн байна. (2,3,4.). Хэвлэлийн тоймоос

үзвэл монгол хүний шүдний ажлахаа талбайг судалсан материал үгүй байна.

Бид монгол хүний шүдний ажлахаа талбайг эрүүл болон эмгэг зуултын төлөвд харьцуулан судлах зорилт тавьсан болно. Материал, аргачлал. Судалгаанд 18-24 насны хоёр бүлэг хүмүүсийг хамруулсны дотор хэвийн зуулттай 10 хүний 280, эмгэг зуулттай 30 хүний 685 шүдний ажлахаа (үүдэн шүдний таслагч ирмэгийг оруулаад) талбайг хэмжихээр 360 (хэвийн 90, эмгэг 270) окклюзиограмм гаргаж шинжилсэн болно.

Софи хотын Анагаах ухааны дээд сургуулийн хиймэл шүдний тэнхимд (М. Евтимов, Н. Попов) боловсруулж, боловсронгуй болгосон аргаар окклюзиограмм гаргаж, шүд бүрийн ажлахаа талбайн хэмжээг окклюзиограммын (хоршилтын бичлэг) миллиметрийн хуваарьт цаасны нүдийг томруулагч шилээр харж тоолон,

ЭРҮҮЛ ЗУУЛТГАЙ ХҮНИЙ ТОЛГОЙ ЭРҮҮНИЙ ШҮДНИЙ ЗАЖЛАХ
ТАЛБАЙН ХЭМЖЭЭ /мм²/

Толгой шүд	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
Зажлах талбайн хэмжээ	72,4 ± 1,2	92,5 ± 1,64	43,3 ± 1,15	33,9 ± 1,10	27,9 ± 0,72	9,9 ± 0,16	13,7 ± 0,33	13,6 ± 0,39	9,7 ± 0,14	27,9 ± 0,13	35,4 ± 0,13	42,3 ± 0,74	92,3 ± 2,09	65,6 ± 1,64
	80,8 ± 1,04	92,6 ± 0,79	37,6 ± 1,02	33,0 ± 0,93	21,67 ± 1,21	8,1 ± 0,15	7,8 ± 0,14	7,8 ± 0,14	7,8 ± 0,22	21,4 ± 1,05	31,2 ± 0,95	38,0 ± 1,46	92,7 ± 1,16	80,0 ± 0,82
Эрүүний шүд	47	48	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37

ЭРҮҮЛ БА ЭМГЭГ ЗУУЛТГАЙ ХҮНИЙ ТОЛГОЙН ШҮДНИЙ ЗАЖЛАХ ТАЛБАЙН ХЭМЖЭЭГ ХАРЬЦУУЛСАН ДҮН (мм²)

Шүд	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27
Эрүүл	72,4 ± 1,20	92,5 ± 1,64	43,3 ± 1,15	33,9 ± 1,11	27,9 ± 0,72	9,9 ± 0,16	13,7 ± 0,33	13,6 ± 0,33	9,7 ± 0,14	27,0 ± 0,13	35,4 ± 0,13	42,3 ± 0,71	92,3 ± 2,09	65,6 ± 1,64
	38,6 ± 1,82	34,1 ± 2,21	21,7 ± 1,05	19,4 ± 1,25	10,6 ± 0,56	5,1 ± 0,29	7,3 ± 0,31	7,6 ± 0,31	4,8 ± 0,30	8,7 ± 0,41	22,3 ± 1,24	21,6 ± 1,56	51,8 ± 2,55	49,7 ± 1,78
P	<0,001	<0,001	<0,01	<0,001	<0,05	<0,001	<0,05	<0,001	<0,01	<0,05	<0,01	<0,05	<0,001	<0,001

ЭРҮҮЛ БА ЭМГЭГ ЗУУЛТТАЙ ЭРҮҮНИЙ ШҮДНИЙ ЗАЖЛАХ ТАЛБАЙН
ХЭМЖЭЭГ ХАРЬЦУУЛСАН ДҮН (мм²)

Шүд	47	40	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37
Эрүүл	80,8± 1,04	92,6± 0,79	37,6± 1,02	33,0± 0,90	21,6± 1,20	8,1± 0,15	7,8± 0,23	7,8± 0,14	7,9± 1,22	21,4± 1,15	31,2± 0,95	38,0± 1,46	92,7± 1,16	80,0± 0,82
Эмгэг	40,2± 2,06	34,5± 2,23	84,1± 1,12	14,4± 0,63	10,0± 0,78	5,1± 0,22	4,4± 0,17	4,6± 0,18	4,8± 0,35	8,3± 0,28	17,1± 0,95	20,8± 1,36	52,9± 3,24	53,4± 1,72
P	<0,01	<0,001	<0,01	<0,001	<0,05	<0,001	<0,05	<0,01	<0,01	<0,05	<0,01	<0,05	<0,01	P<0,01

Тайлбар: Шүд бүрийг төлөөлсөн хөёр ор. өнцөг тооны эхний цифр нь тухайн шүдний баруун зүүн талын ални болох хамааралыг хөёрдох цифр нь уг шүдний дугаарыг тус

тус заана Үүнд: 1 гэдэг тоогоор толгойн баруун талыг хөёрсөөр, зүүн талыг, 3-аар эрүүний зүүн талыг 4-өөр эрүүний баруун талыг тус тус тэмдэглэдэг.

тодорхойлодожгүй тохиолдолд 0,01 мм нарийвчлалтай штангенциркульээр хэмжив.

Хоршилтын бичлэгийн дардсанд буусан шүдний заглах талбайн урт, өргөнийг 3 удаа хэмжин дундажийг байрлуулав.

Гарсан хэмжээгээ APPE — 2 хийцийн цахим тооцоолуурт БЕЙСИК хэлээр өөрсдийн бэлтгэсэн хөтөлбөрөөр боловсруулалт хийв.

Үр, дүн, Шүүмж. Эрүүл зуулттай хүнийг толгой, эрүүний шүд бүрийн заглах талбайн хэмжээг I хүснэгтэд үзүүлэв.

Уг хүснэгтээс үзвэл аль ч талын анхны том араа буюу 6-р шүдний заглах талбай бусад шүднийхээс харьцангуй их байгаа нь заглах үйлдлийн гол ачаалал энэ шүдний орчим ирдэг гэсэн судлаачдын дүгнэлттэй дүйж байна. Шүд бүрийн заглах талбайн хэвийн хэмжээ нь үүдэн шүд рүү дөхөх тутам багасч байдаг зүй тогтол харагдаж байна. Эрүүний голын үүдэн шүд (41,31) нь заглах талбай хамгийн багатай нь хүснэгтээс ил байна.

Мөн эрүүний соёо (43,33), толгойн соёоноос (13,23), эрүүний хоёрдох жижиг араа (45,35), толгойн ижил араанаас (15,25), толгойн хоёр дахь том араа (17,27) эрүүн талынхаасаа (37,47) тус тус заглах талбай багатай нь ажиглагдаж байна ($P < 0,01$). Түүнчлэн толгойн үүдэн шүднүүдийн (12,11,21, 22) таслагч ирмэгийн талбай нь эрүүнийхээсээ (42,41, 31, 32) харьцангуй их байна.

Хэвийн ба эмгэг зуулттай хүмүүсийн толгой, эрүүний шүд бүрийн заглах талбайг харьцуулан 2,3-р хүснэгтэнд үзүүлэв.

2-р хүснэгтээс үзвэл толгойн шүд бүрийн заглах талбай эмгэг зуулттай хүмүүст илэрхий багассан нь ($P < 0,001$) магадтай байна. Энэ нь эмгэг зуулттай (шүд цоорох өвчин түүний хүндрэлүүд, шүдний гаж хөгжил, шүдгүйдэл г.м.) хүмүүсийн хоол заглах чадал, чадвар буурч, улмаар хоол боловсруулах хэвийн ажиллагаа хямардагийг нотлох үндэслэл болж байна.

Мөн хүснэгтээс харвал том арааны (17, 16, 26, 27) заглах талбай нь эмгэг зуулттай хүмүүст илүү багассан байдал ажиг-

лагдана. Үүдэн шүд болон бага араа, соёоны заглах талбай харьцангуй бага хэмжээгээр буурч байгаа нь мөн хүснэгтээс харагдаж байна.

Эрүүний шүдний заглах талбайг харьцуулсан 3-р хүснэгтээс үзвэл толгойн шүдний нэг адил эмгэг зуулттай хүний шүд бүрийн заглах талбай багассан нь ажиглагдана.

($P < 0,001$). Харин зүүн, баруун талдаа мэдэгдэм ялгаа байхгүй байна. Шүдний бүлэг бүрийн тухайд толгойн шүдэнд ажиглагдсан зүй тогтол давтагдаж харагдана.

Ийнхүү эмгэг зуулттай хүмүүсийн шүдний заглах талбай багасч улмаар хоол боловсруулах эхний шат илт хямардагийг судалгааны дүн харуулж байна

ДҮГНЭЛТ.

1. Окклюзиограмм хүний шүдний хорших байдал, зуулт, заглалтын эрүүл, эмгэг төлөвийг тодорхойлох бодит арга болох нь харагдаж байна.

2. Шүд, эрүү, нүүрний өвчнийг оношлох эмчлэх, уг өвчнүүдээс сэргийлэхэд монгол хүний шүдний заглах талбайн хэвийн хэмжээг баримжаалах үзүүлэлт болгож болох юм.

3. Судалгааны үр дүнг бусад судалгаатай жиших замаар улам нарийсган гүнзгийрүүлэх шаардлагатай.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. Т. В. Никитина, Пародонтез, М., 1982 С., 66-67

2. В. Н. Колейкин, Ошибки в ортопедической стоматологии, М., 1986, с. 26-32, 3 Н. Попов и др. Рациональные методы и конструкции в гостового зубпротезирание. София с 157-158.

4. Попов Н., Филчев А. и Кацаров П. Объектив метод за анализ на оклузията с помощта на оклузофотоснимки Стом (5), 1979. 4, с. 381-386

ХОС ИМТ ДОШИНЦОГИЙН СЭТГЭЦИЙН ФАРМАКОЛОГИЙН ЗАРИМ ҮЙЛДЭЛ

Б. Дагвацэрэн, Д. Чимгээ—Ардын эмнэлгийн хүрээлэн

Уламжлалт эмнэлгийн зарим ном сударт халуун өвчнийг засах, нас уртасгах зорилгоор хэрэглэж байсан Хос имт дошинцог (*G. lewisii bifida*) хэмээх элбэг тохиолддог эмийн ургамлыг сонирхож үзэхэд орчин үеийн шинжлэх ухааны арга зүйгээр судалж хэрэглэсэн материал хомсон байсан нь бидний анхаарлыг татсан юм. Энэ удаа түүний сэтгэцийн фармакологийн зарим үйлдлийг туршсан ажлын дүнг авч үзлээ.

ТУРШИЛТЫН АРГА ЗҮЙ

Туршилтанд 18-26 г жинтэй 218 толгой цагаан хулгана, 130-250 г жинтэй 96 тол-

гой цагаан харх ашигласан. Хос имт дошинцогийн газрын дээд хэсгийн усанд ууслаг нийлбэр бодсыг 5, 20, 50, 100 мг/кг тунгуудаар туршлагын амьтны хэвлийд тарих, уулгах зэрэг аргуудыг хэрэглэв. Төв мэдрэлийн системийн сэрэл саатлын тогтолцоонд үзүүлэх бэлдмэлийн нөлөөг (Гацура В. В. 1974 г) цагаан хулганад мефинал (150 мг/кг), коразол (100 мг/кг) стрихнин (2 мг/кг) хордлого тайлах болон тиопондийн сэрэг нөлөөг дөрвөн хлорт нүүрстөрөгч (5 мг/кг), нитропруссия натри (20мг/кг) арьсан дор: нитрат натри (15мг/кг) зэрэг шалгуур эм бодистой хамт хэрэглэж үнэлсэн.

Түгшүүр тайлж, айдас намжаах нөлөөг нь «зөрчилт нөхцөлд оруулах» (метод конфликтной ситуации) сорьцоор харханд туршиж (Ю. И. Вихляев, Т. А. Клыгуль 1966 он).

Амьтны биеийн ядаргаанд үзүүлэх нөлөөг хуяганыг хурдтай сэлүүлэх кипленжерийн сорьцоор туршиж дүнг регрессийн аргаар үнэлсэн. (Ю. Г. Бобков, В. М. Виноградов и др. 1984).

Туршигтын дүнд Студентийн *t*-шалгуур хэрэглэн магадлалтай эсэхийг хянасан (Г. Ф. Лакин 1980 он).

ТУРШИЛТ СУДАЛГААНЫ ҮР ДҮН

Хос имт дошинцогийн газрын дээд хэсгийн өтгөрүүлсэн хандмалын хордуу чанарыг В. Б. Прозоровскийн (1978) хурдавчидсан аргаар цагаан хуяганад тодорхойлоход үхлийн дундаж тун $LD_{50}=3,1$ г/кг байв.

Судалж байгаа бэлдмэл нь 5, 20, 40 мг кг тундаа коразол (120 мг/кг), стрихнин (2 мг/кг), тиосемикорбозид (20 мг/кг) тарьж үүсгэсэн таталтын үед хулганы амьд байх хугацааг бага зэрэг уртасгах хандлагатай байсан боловч үхлээс хамгаалж чадахгүй байв. Харин медицинал (150 мг/кг) зэрэг эмтэй хамт хэрэглэхэд тэдгээрийн нойрсуулах үйлдлийн нууц үеийг богиносгон, үргэлжлэх хугацааг уртасгах замаар хэрэглэсэн тунгаас шууд хамаарч тайвшруулах үйлдлийг дэмжиж байгаа нь тод харагдлаа. Бэлдмэлийг хэрэглэсэн 5 мг/кг-аас 100 мг/кг хүртэлх тунгийн өргөн хүрээнд медицинал нойрыг дэмжих идэвхи илэрсэн бөгөөд хяналтын бүлгийн үзүүлэлттэй харьцуулсан ялгаа нь бүртгэл зүйн хувьд магадлалтай байв.

ХҮСНЭГТ № 1

ХОС ИМТ ДОШИНЦОГИЙН БЭЛДМЭЛИЙН МЕДИНАЛЫН НОЙРСҮЛТОНД ҮЗҮҮЛЭХ НӨЛӨӨГ ХУЛГАНАД ТУРШСАН ДҮН

Бэлдмэл мг/кг	Нойрсолтын нууц үе (мин)	Нойр үргэлжлэх хугацаа (мин)
Хяналт-медицинал	40,85±1,09	43,3±3,74
Дошинцог 5+мед	27,8±2,23**	40,6±4,1*
Дошинцог 20+мед	22,2±2,1**	55,1±5,1*
Дошинцог 50+мед	28,43±1,66**	66±4,07**
Дошинцог 200+мед	21,25±0,68**	82,87±4,98**

*— $P<0,05$

*— $P<0,01$

ХҮСНЭГТ №2

ДОШИНЦОГИЙН БЭЛДМЭЛИЙН ТҮГШҮҮР НАМДААХ ҮЙЛЧИЛГЭЭГ ЗӨРЧИЛТ НӨХЦЛИЙН АРГААР ХАРХАНД ТУРШСАН ДҮН

Бэлдмэл мг/кг	Ус уусан тоо	P	
Хяналт	19	3,26±0,55	—
Дошинцог—5	21	7,81±1,12	0,01
Дошинцог—20	10	4,8±1,48	0,2
Дошинцог—40	5	3,0±1,14	—

Бэлдмэлийн тайвшруулах, айдас намдаах, зөрчил тайлах нөлөөтэй эсэхийг нь батлах зорилгоор туршлагын хархыг зөрчилт нөхцөлд оруулах аргаар туршиж үзэхэд тодорхой тундаа түгшүүр намдааж зөрчилт нөхцөлөөс гаргах идэвхитэй байгаа нь харагдлаа (Хүснэгт № 2). Тодорхой хугацааны турш цаггаасан хархыг ус уух үед нь цахилгаан гүйдлээр цохиулахад нэг талаас ус ууж цаггаагаа тайлах гэсэн дотоод шалтгаант хүчтэй сэдэлтэнд автах, түүнийгээ хэрэгжүүлэх үед гадны хүчтэй

сөрөг цочрол авч (цахилгаан гүйдэлд цохуулах) өвдөлтийг мэдэрч улмаар сэтгэл түгшил, айдас орох зэрэг зөрчилтэй нөхцөл бий болгодогт уг арга үндэслэгддэг. Түгшүүр тайлж айдас намдаах (анксиолитик), зөрчлөөс гаргах (антиконфликт-ний) үйлдэлтэй эмүүдийн нөлөөгөөр харх хүчтэй цахилгаан гүйдэлд цохуулах боловч ус олон удаа ууж, уух гэсэн оролдлогыг тогтмол хийх зэргээр идэвхитэй байдалд байдаг.

Дошинцогийн бэлдмэлийг 5 мг/кг тунгаар хэрэглэх үед хархны ус уулгын дундаж тоо $7,81 \pm 1,12$ байсан нь хяналтынхаас ($3,26 \pm 0,55$) 2 дахин олон, ялгаа нь бүртгэл зүйн хувьд магадлалтай ($P < 0,01$) байлаа. Олонхи тайвшруулах анксиолитик идэвхитэй эм бэлдмэлийн нэг онцлог тал нь хордлогоос гаргах, стрессийн явцыг сааруулж, хүндрэлээс сэргийлдэг.

Бэлдмэлийг өндрийн болон нитрит натри, нитропруссид натри (20мг/кг) тарьж хүчилтөрөгчийн дутагдалд оруулах (гипоксия) загварууд дээр туршиж үзэхэд зөвхөн нитропруссид натри тарьж үүсгэсэн эдийн гипоксийн загварчлалын үед л хамгаалах идэвхи илэрч байлаа. Тухайлбал нитропруссид натри тарьсан хяналтын бүлгийн хулганы амьдрах дундаж хугацаа $27,28 \pm 3,19$ минут байхад бэлдмэлийг 50 мг/кг тунгаар хэрэглэхэд $42,28 \pm 3,34$ ($P < 0,05$; 200 мг/кг тунгаар хэрэглэхэд $47,75 \pm 7,8$ ($P < 0,05$) болон төсвөрлөх хугацаа нь магадлалтайгаар уртассан байв.

Дошинцогийн бэлдмэлийг хулганы хэвлийд 14 хоног тарьж дөрвөн хлорт нүүрстөрөгчийн хурц хордлого үүсгэн туршихад хяналтын бүлгийн хулгана 100% үхэж байв. Харин бэлдмэлийг 5 мг/кг тунгаар хэрэглэсэн тохиолдолд 30%, 50 мг/кг тунгаар хэрэглэхэд 50% үхлээс хамгаалж хорлогын эсрэг сайн идэвхи илэрсэн. Дөрвөн хлорт нүүрстөрөгч, нитропруссид натри мэтийн хүчтэй прооксидантаар хордох үед хамгаалах муугүй үйлдэл илэрсэн нь уг бэлдмэлд антиоксидант идэвхи байж болохыг үгүйсгэхгүй юм.

Амьтны биеийн физик ачааллын үед судалж буй бэлдмэлийн үзүүлэх нөлөөг туршлагын цагаан хулганад Кипленжерын хурдтай сэлүүлэх сорьцоор шалгаж дүнг регрессийн аргаар боловсруулсныг дүнг регрессийн аргаар боловсруулав. Туршлагын дүнгээс үзэхэд бэлдмэл хэрэглэсэн бүлэг хулганы сэлэлтийн тодорхой замыг бүх давталтын тохиолдолд хяналтынхтай харьцуулахад 3—4 секундээр түргэн сэлж байсан нь уг бэлдмэл физик хэт ачааллын үеийн биеийн ядралтаас сэргийлэх нөлөөтэйг харууллаа.

ДҮГНЭЛТ

Хос имт дошинцогийн бэлдмэлийг зөрчилт нөхцөлд оруулах сорьцоор харханд туршихад түүний түгшүүр намдааж зөрчлөөс гаргах (антиконфликтный) идэвхи харьцангуй бага тунд 5 мг/кг хамгийн өндөр байлаа.

Түүнчлэн 5, 20, 50 мг/кг тунгуудаар хэрэглэхэд биеийн физик ачааллын үеийн ядралтаас сэргийлэх, зарим хортой бодисын хордлогоос гаргах, (дөрвөн хлорт нүүрстөрөгч нитропруссид натри г. м) нөлөөтэй байсан бөгөөд энэ нь түүний тайвшруулах идэвхи илэрсэн тунтай давцаж байлаа.

Иймээс хос имт дошинцогийн бэлдмэл нь мэдрэлийн системийг тайвшруулж түгшүүр намдаах, биеийн хэт ачаалал, ядаргаанаас сэргийлж зарим төрлийн хурц хордлогын нөлөөнөөс хамгаалах зэрэг фармакологийн хувьд олон чиглэлийн сонирхолтой нөлөөтэй гэсэн дүгнэлтэнд хүрч байна.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. Ю. Г. Бобков, В. М. Виноградов и др. Фармакологическая коррекция утомления — М. Медицина 1984-йю8 стр.

2. Л. И. Вихляев, Т. А. Клюгуль, Экспериментальная характеристика спектра фармакологической активности малых транквилизаторов. Журн. невропат. и психиатрии 1966, стр. 123.

3. В. В. Гацура, Методы первичного фармакологического исследования биологически активных веществ М. Мед. 1974. Стр. 43.

4. Г. Ф. Лакин, Биометрия, М. Высш. школа 1980, стр. 293.

5. В. Б. Прозоровский, Экспресс метод определения средней эффективной дозы Журн. фармакол и токсикол. 1978.

ТУРШЛАГЫН АМЬТДАД ЗАГВАРЧИЛЖ ҮҮСГЭСЭН АТЕРОСКЛЕРОЗЫН ҮЕД ӨӨХ ТОСНЫ СОЛИЛЦОО АЛДАГДАХ БАЙДАЛ, ТҮҮНД ХӨДӨӨГИЙН БИРААГИЙН / БЭЛДМЭЛИЙН ҮЗҮҮЛЭХ ИДЭВХ

Г.Наранцэцэг, Ц. Хайдав, А. Өлзийхутаг—Ардын эмнэлгийн хүрээлэн

Судалгааны материалаас үзэхэд атеросклероз өвчний үед өөх тосны солилцооны хямралт байдал бий болох нь холестерин зэрэг ханасан тос, өөхний бодисын хэт исэлдэлтийн бүтгээдэхүүн уургийн амин хүчлээс тогтсон хөндлөн сүлжээт молекул хэт ихсэн хуримтлагдсантай шууд холбоотой болох нь олон талаасаа батлагджээ. (7, 3, 11, 12, 4).

Атеросклероз өвчний үед холестерин, ханасан хүчлүүдийн хэмжээ ихсэх шалтгаан, хүчин зүйлс нь юуны өмнө эд, эсээс холестериньг зайлуулагч үүрэг бүхий өндөр нягтралтай липопротейд (ӨНЛП) цусанд багасч, эд эсэд холестериньг зөвөөр лөдөг маш бага нягтралтай липопротейд (МБНЛП)-ийн хэмжээ их хэмжээгээр бий болсонтой холбоотой юм. Үүнтэй нэгэн

зэрэг эсийн мембраны чөлөөт холестеринь хэмжээ ихсэн мембраны зуурамтгай чанарыг хэт нэмэгдүүлэн, K^{++} , Na^{+} ,

АТФ-аза, Ca^{++} , цитохромоксидаза зэрэг эсийн мембраны үйл ажиллагааг зохих цуулдаг чухал ферментийн идэвхийг суурьруулдаг. (12). Тухайлбал: холестеринь гэсний хүчилд шилжих (7-гидроксисала ферментийн идэвх буурснаар) исэлдэлтийн процесс саатаж биеэс холестерин цөстэй хамт гадагшлах зохицуулга алдагдана (20). Улмаар цусны фесфотид-холин (лецитин) холестерин, ханасан хүчилтэй эфиржиж, холестеринэстераза (ХЭ) ферментийн нөлөөгөөр гидролизод орох хурд багаснаар холестеринолеат зэрэг нэгдэл үүсч судасны хананд тундасжин буух болмжтой болдог (18).

Цусанд ӨНЛП-ийн тоо хэмжээ цөөрснөөр холестериньг бодисын солилцооны идэвхитэй хэлбэрт (холестеринь эфир) оруулдаг лецитинхолестеринавилтрансфераза (ЛХАТ) ферментийн идэвх буурна. Учир нь ӨНЛП-ийн бүтцийн хэсэг апопротейн-А1 нь ЛХАТ ферментийн идэвхжүүлэгч болох нь нотлогджээ. (7, 11). Түүнчлэн атеросклерозын үед цус ба элэгнд тосны ханаагүй хүчлүүд (линол, линолен), простагландин (ПГ)-ны бүлгийн тоо хэмжээ мэдэгдэхүйц багасна. IV хэлбэрийн липопротейдийн солилцооны хямралттай өвчтөний цусанд ПГ-ний нийт бүлгийн хэмжээ 1,5 дахин ПГ А бүлэг 1,1 дахин, ПГ Е бүлэг 1:1 дахин буурч байжээ. (5). Ургамлын гаралтай тосны ханаагүй хүчлээр баялаг эмийг (архидон, чацарганы тос, эссенциаль г.м) хэрэглэвэл цусанд холестериньг бууруулах өндөр идэвхтэй болох нь эрдэмтдийн судалгаагаар нотлогджээ. (2, 7). Хөдөөний бираагийн химийн бүтцийн онцлог нь үрэндээ 33-34% ийн тос агуулна (10). 1981, 1984-1989 онуудад ардын эмнэлгийн болон химийн хүрээлэнд БНСЧСУ-ын мэргэжилтэн нартай хамтарч Улаанбаатар орчим, Өвөрхангай аймгийн Хужирт сумнаас түүж бэлтгэсэн Хөдөөний Бираага ургамлын үрийн тосны найрлагыг хий-шингэний хроматографын аргаар судалж үзэхэд эссенциаль хүчил $C_{18:2}$ -22%, $C_{18:3}$ -13.5%.

1—3 хоёрчийн холбоотой тосны ханаагүй хүчлийн нийт хэмжээ 90 гаруй хувийг эзэлж байгааг тогтоосон юм (13). Атеросклерозын эмгэг жамынөвөрмөц онцлог атеросклерозын эсрэг үйлчилгээтэй эмийн бодисын үйлчилгээний механизмыг судлахад гадаад оронд өргөн хэрэглэж байгаа арга зүй бол туршлагын амьтдад холестерин уулгаж гиперхолестеринемий үүсгэдэг эмгэг загвар юм (1, 6).

Ардын эмнэлэгт байгалийн гаралтай олон тооны эмийн бодисыг хэрэглэх талаар баялаг өв сантай. Энэ уламжлалаас хөөн «Жүдлэн»-шимийг авахуулах, нас уртасгах, тамир тэнхээг сайжруулах, хүч сэлгэх, бөөр, элэг, дэлүү, давсагны өвчнийг анагаах гэсэн заалттайгаар хэрэглэж ирсэн Хөдөөний бираага ургамлын атеросклерозын эсрэг нөлөөг дээр дурьдсан гиперхолестеринемийн эмгэг загвар дээр тодорхойлох зорилт тавьсан юм.

Судалгааны арга зүй.

Туулайд холестеринь тосон уусмал 4 мл (0,3 граммыг кг биеийн жинд бодож 150 хоног) амаар уулгах замаар архаг явцтай эмгэг загвар үүсгэн, эмчилгээний бүлэг холестеринь тосон уусмал Хөдөөний бираагийн бэлдмэл (ХББ) 1,5 г/кг тунгаар өдөрт 1 удаа амаар 90хоног уулган, эмчилгээний идэвхийг цусан дахь холестерин, МБНЛП, триглицеридийн өсөлт, бууралтын концентраци гол судасны хананд үүссэн өөх тосны булцууны нлрэл тархалтын талбайг зэрэг үзүүлэлтээр харьцуулан тодорхойлов.

1. Цусны ийлдсэнд ерөхий холестериньг тодорхойлохдоо: Холестерин, цууны хүчлийн ангидрид, хүхрийн хүчилтэй урвалдан ногоон өнгө үүсгэх урвалын эрчмийг харьцуулах уусмалын эсрэг «спекол»-д 690 нм-т хэмжих Илькийн (1962) аргыг хэрэглэв (12).

2. Цусны ийлдсэнд триглицеридийн агууламжийг тодорхойлохдоо: Триглицеридийг саванжуулахад ялгарах глицериньг исэлдүүлэхэд үүссэн формальдегид ацетилацетонтой урвалд орж дигидролутидиы уламжлалт нэгдлийн концентрацийг «спекол»-д 420 нм-т гэрлийн шингээлтийг хэмжих замаар «АСНЕМА» биотест ашиглан МГ%-оор гаргав.

3. Цусны ийлдсэнд МБНЛП-ийг тодорхойлохдоо: C^{++} ионы тусламжтайгаар гепарин МБНЛП-той нэгдэн тундасжинд жигд булингаршиллт үүсгэх бүрдлийн эрчмийг «спекол»-д 720 нм-т гэрлийн нягтыг хэмжих А. Н. Климовын (1966) аргаар тодорхойлов. (19).

4. Гол судасны хананд үүссэн өөх тосны булцууны үүсэлтийн илэрлийг 4 баллын системээр тодорхойлох (О-илрэлгүй, + сул, ++ дунд, +++ хүчтэй) Н. Н. Горев (1966) аргыг хэрэглэв (6).

5. Гол судасны хананд үүссэн өөх тосны булцууны тархалтын талбайг хэмжих шууд планометрийн В. С. Смольский (1960) аргаар тодорхойлов. (16).

Судалгааны материалд статистик боловсруулалт хийхэд Стьюдентийн аргыг ашигласан ба нэгж туршилтанд (П) 39 амьтныг авсан.

Судалгааны үр дүн

Туршлагын туулайд холестериньг амаар уулгах замаар атеросклерозын эмгэг загвар үүсгэсний дараахь 5 сард эмчлээгүй (хяналт) амьтдын үзүүлэлтийг эрүүл амьтдадтай харьцуулахад цусанд ерөнхий холестерин 24 дахин (эрүүл $42,3 \pm 4,3$ мг%, хяналт $1018 \pm 100,6$ мг%) $P < 0,001$, триглицерид 5,5 дахин (эрүүл $80,0 \pm 5,3$ мг%, хяналт $443,6 \pm 19,1$ мг%) $P < 0,001$, МБНЛП 25 дахин (эрүүл $71,2 \pm 5,0$ мг+, хяналт $1808,0 \pm 100,6$ %)

$P < 0,001$ нэмэгдсэн нь цусанд чөлөөт холестериньг эфир хэлбэрт шилжүүлэх ЛХАТ, липо протейд липаз (ЛЛЛ) зэрэг өөх тосны солилцоог зохицуулагч ферментүүдийн идэвх буурснаар цусанд гиперхолестеринемий үүсч өөх тосны солилцооны хямрал болсныг үнэмшилтэйгээр харуулж байна. Хүснэгт № 1.

ЛХАТ ферментийн идэвх аь цусан дахь чөлөөт холестеринь хэмжээтэй, урвуу, эд

эсээс холестериньг зайлуулах системийн нэг тал болох ӨНЛП-ийн концентраци-тай шууд эерэг корреляцийн холбоотой байдаг тухай судалгаан (11) дээр үдэслэн ийм дүгнэлт өх боломжтой. Харин ХББ-ийг 1,5 г/кг тунгаар хэрэглэхэд цусан дахь холестерин 1,5 дахин (хяналт $1808,0 \pm 43,1$ мг%, туршилт $395,0 \pm 23,7$ мг%) $P < 0,001$, МБНЛП 2,6 дахин (хяналт $1808,0 \pm 100,6$ мг%, туршилт $678,0 \pm 59,9$ мг%) ($P < 0,001$, триглицерид 3,9 дахин (хяналт $443,6 \pm 19,1$ мг%, туршилт $112,4 \pm 9,3$ мг%) $P < 0,001$ эмчлээгүй. (хяналт) амьтдынхаас багасч байсан нь ХББ-нь ЛХАГ ферментийн хамааралт холестериньг эд, эсээс зайлуулах системийн үйл ажиллагааг идэвхжүүлэх замаар өөх тосны солилцооны хямралыг засах (гиполипидемик) идэвх үзүүлдэг байж болохыг харуулав.

Бид туршилтын эцэст атеросклероз үүсгэсэн амьтдын гол судсыг авч эмгэг анатомын макро үзүүлэн бэлтгэж гол судасны хананд үүссэн өөх тосны булцууны илрэл, тархалтын талбайг хяналтын амьтадтай харьцуулан тодорхойлов. Хүснэгт № 2.

Туршлагын амьтанд загварчилж үүсгэсэн атеросклерозын явцад хяналт гол судасны хананд өөх тосны булцуу үүсэлтийн хүчтэй ба дунд зэргийн илэрэл 89,1 хувь эзэлж, тархалт нь 18% ихэссэн байхад ХББ-ээр эмчилсэн амьтад эдгээр эмгэг өөрчлөлт сулавтар, дунд зэргийн илэрэлээр явагдаж, тархалт нь багасч байгаа нь гол судсанд өөх тосны булцуу үүсэлтийг саатуулах үйлчилгээтэй болохыг харуулж байна. ХББ хэрэглэсэн амьтдын 10%-д нь гол судасны хананд өөрчлөлт гараагүй байв.

ДУГНЭЛТ

1. Туршлагын амьтанд холестеринээр үүсгэсэн атеросклерозын үед цусанд холестерин, триглицерид, МБНЛП-ийн тоо хэмжээ ихэсч хурмитлагдах нь өөх тосны солилцооны хямрал үүсэх эмгэг жамын хүчин зүйлсийн нэг болдог нь харагдлаа.

2. Хөдөөний бираагийн бэлдмэл цусанд холестериньг хүчтэй багасгах үйлдэлтэй болох нь илэрсэн бөгөөд тэр нь ЛХАТ ферментийн хамааралт холестериньг бодисын солилцооны идэвхтэй хэлбэрт (холестеринь эфир) шилжүүлэх зохицуулын тогтолцоог идэвхжүүлэх замаар өөх тосны солилцооны хямралыг засах, гол судсанд өөх тосны булцуу үүсэлтийг саатуулдаг байна.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. Аничков, Н. Н. и другие, Об экспериментальном атеросклерозе, Арх. биол. наук, Т, 32, с. 4-20,

2. В. И. Бобкова, К оценке эффективности лечения атеросклероза, кардиология, 1976, № 2, с. 108—112

3. Л. Н. Богацкая, Липидный состав и свойства плазматических мембран при старении, и некоторых видах экспериментальной патологии, Вестник, АМН СССР, 1990, №1, с. 31-34.

4. Е. А. Бородина и А. И. Арчаков, Теоретическое обоснование использования ненасыщенных липидов для восстановления структуры и функции поврежденных биологических мембран, Вестник АМН СССР, И зарубежных странах, М, Медицина, 1982, с. 107,

5. Е. В. Бочкарева и другие, Дефицит простагландинов архидон у больных коронарным атеросклерозом с нарушением липидного обмена, Бюлл. Всесоюз. Кардиол. Науч. центра АМН СССР, Л, 1979, № 1, с. 67.

6. Н. Н. Горев экспериментальной атеросклероз и возраст М, 1972.

7. А. Н., Климов Биохимические основы патогенеза атеросклероза, Л, Изд-во, АМН СССР, 1980, с. 3-45.

9. А. Н. Климов, Холестерин и клетка, Л, 1983, с. 14-18.

10. А. К. Кошеев, Дикорастущие съедобные растения в нашем питании, М, Паше вая промышленность 1980, с. 123.

11. Лоцухин и другие, Холестериноз, М, изд-во, Медицина 1983, с. 154-163.

12. М. Лэмб, Биология старения, Мир, Москва, 1980, с. 197.

13. З. Оюун, Е. Очир, Бираагийн тосны судалгааны дүгнээс, УБ хот, Химийн хүрээлэнгийн бүтээл, № 29,

14. А. Өлзийхутаг, Влияние облепихового масла на клинические проявления и показатели липидного обмена у больных атеросклерозом и на течение экспериментального атеросклероза 1989 Автореф. конд. дисс с 30—40.

15. А. Н. Савицкий, Биологическая химия Киев 1982, с. 64—79,

16. В. С. Смоленский О методах степени экспериментального атеросклероза, Бюлл. Эксперия биологии и медицины М, Медгиз, 1960, №6, с. 111-112,

17. Унифицированным методы лабораторных исследований в эндокринологии, Киев, 1981, с. 76-78,

18. Л. К. Финнагин, обмен холестерина и его регуляция, Киев, Изд-во «вища школа» 1980, с. 60-61,

19. З. И. Цюхно Функциональные методы исследования в эндокринологии,

20. Д. Ф. Чеботарев, Атеросклероз и возраст, Л, Медицина, 1982, с. 7.

Холестеринээр үүсгэгдсэн атеросклерозын явцад өөх тосны сойлидооны зарим үзүүлэлт өөрчлөгдөх нь, түүнд Хөдөөгийн бираагийн бэлдмэлийн үзүүлсэн нөлөө ($-78, M \pm$) Бэлдмэлийн тун 1,5 г/кг

Биохимийн үзүүлэлт	Туршилт явуулсан амьтад			Туршилтын амьтад (эмчилсэн) =39		
	хяналтын амьтад (эмчлээгүй) =39	Холестерин 2 сар хэрэг-лэсний дараах	Холестерин 5 сар хэрэг-лэсний дараах	Туршилт эхлэхийн өмнөх байдал	Холестерин 2 сар хэрэг-лэсний дараах эмчилгээ эхэл-сэн үе	Холестеринфөн дээр бэлдмэл 3 сар хэрэгсний дараах
Холестерин, мг%	42,3 ± 4,3	616,0 ± 41,6	1018,0 ± 43,1	44,7 ± 4,3	(9),0 ± 43,9	395,0 ± 23,7*** P ₁ 0,001 P ₂ 0,001
—пре-беттае липопротеид (МБНЛЦ), мг%	71,1 ± 5,06	1488,0 ± 77,3	1808, ± 100,6	66,9 ± 6,9	1557 ± 57,4	679,0 ± 59,9*** P ₁ 0,001 P ₂ 0,001
Триглицерид мг%	80,05 ± 5,3	256,0 ± 23,9	443,6 ± 19,1	91,0 ± 7,3	272,4 ± 29,0	112,4 ± 9,3*** P ₁ 0,001 P ₂ 0,001

Тайлбар: P₁ Бэлдмэл уулгахаас өмнөх үеийн тухайн бүлэг амьтны 5 дахь сарын түвшинтэй харьцуулсан магадлал, P₂ Бэлдмэл уулгасан бүлэг амьтныг бэлд-мэл уулгагүй бүлэг амьтны 5 дахь сарын үзүүлэлтэй харьцуулсан магадлал
***P 0,001

Холестеринээр үүсгэгдсэн атеросклерозын үед гол судасны дотор хананд өөх тосны булцуу үүсэлт, тархалтын байдалд Хөдөө бираагийн бэлдмэлийн үзүүлэх нөлөө /M±, n=78/

Туршилтын амьтны бүлэг	өөх тосны булцуу үүсэлтийн илрэл, %				Гол судасны хананд дахь өөх тосны булцууны тархалт (мм ²)
	±+± хүчтэй	++ дунд зэрэг	+ сулавтар	0	
Хяналтын амьтад =38	47,0 =17	42,1 =15	7,8 =5	2,6 =1	45,1±4,8
Туршилтын амьтад =39	28,1 =11	17,2 =7	43,6 =17	10 =4	27,5±4,1**

Тайлбар: ** P 0,01

Туршилтын амьтны үзүүлэлтийг, хяналт амьтны үзүүлэлтэнд харьцуулсан магадлам — амьтны тос

АСУУДАЛ ДЭВШҮҮЛСЭН ӨГҮҮЛЭЛ

СУДАСНЫ МЭС ЗАСЛЫН ЯАРАЛТАЙ ТУСЛАМЖИЙН АСУУДАЛД

Д. Цэгээнжав—Анагаах ухааны хүрээлэн

Сүүлийн жилүүдэд дэлхийн улс орнуудад судасны мэс заслын яаралтай тусламж үзүүлэх өвчтөний тоо өсч, зүрх судасны томоохон төвүүдэд судасны мэс засал биеэ даасан салбар болон хөгжих болсоо. АНУ-д нийт мэс заслын дотор судасны мэс засал 40%-д хүрч, судасны 2400 мэс засалч жилдээ 57100, ЗХУ-д судасны 400 гаруй мэс засалч жилдээ 22000 хагалгаа хийж байгаагаас үзэхэд (10) судасны мэс заслын тусламжийн хэрэгцээ их болсон нь харагдаж байна.

Манай оронд зүрх-судасны мэс засал гэсэн ерөнхий нэрийн дор судасны мэс засал дорвитой хөгжихгүй өдний хүрчээ. Гэтэл сүүлийн үед судасны эмгэг ихсэж артерийн том ба захын судсанд бүлэн (тромбо) үүсэх, гол судасны цүлхэн урагдах, артерийн томоохон судас гэмтэх зэрэгт үзүүлэх эмнэлгийн яаралтай тусламж цаг алдсангаас өвчтөн тахир дутуу болох, амь насаа алдах явдал тохиолдож байна. Энэ нь манай эмч нарын ихэнх нь судасны өвчтэй хүмүүсийг судлах арга зүйг муу эзэмшсэн, судас барих чагнах аргын онцлогыг мэдэхгүй, судасны эмгэгт үйл ажиллагааны сорилоор дүнэлт өгч чадахгүйн улмаас цаг тухайд нь оношлохгүй байгаагаар холбоотой. Судасны мэс заслын яаралтай тусламж авах ёстой өвчтөн өвчний судасны бүлэнт үрэвсэл, үе мөчний үрэвсэл, тунхний мэдрэлийн үрэвсэл, Рейногийн өвчин зэрэг өөр оноцдоор эмчлэгдэн хугацаа алдах явдал байна.

Иймд судасны мэс заслын өвчнийг оношлох, түүнд үзүүлэх яаралтай тусламж, эмчилгээний арга барилд эмч нарыг сургах явдал чухал байна. Судасны мэс заслын яаралтай тусламжийн нэг гол асуудал бол том судасны гэмтэл юм. Хэвлэлийн материалаас үзэхэд чөмөгт ясны хугарлын 24-60%-д томоохон судас гэмтэж (1; 4) 4-6 цагийн дараа эргэшгүй өөрчлөлтөнд ордог. Зарим тохиолдолд гэмтлийн улмаас (ялангуяа битүү гэмтэлд артерийн судасны хана язарч, зүсэгдэн тухайн үед нь оношлохгүй байх, шарханд анхны цэгцлэлт дутуу хийснээс гэнэтийн нус алдалт, судасны ханын цүлхэн үүсэх хүндрэл гарч сүүлдээ судас залгах, хиймэл судас суулгах, хааяа мөч тайрах ч тохиолдол гарч болох юм. Иймд шарханд анхны цэгцлэлт хийхдээ том судас, мэдрэлийн замыг сайтар шалгах, шаардлагатай үед ангиограммын шинжилгээ хийж, судасны гэмтлийг тогтоох шаардлагатай. Судасны гэмтэл зөөлөн эд болон ясны гэмтэлтэй хамт тохиолдох учир түүнд үзүүлэх яарал тусламжийг гэмтлийн болон судасны мэс заслын төрөлжсөн чиглэлээр нэгэн зэрэг үзүүлэх шаардлагатай бөгөөд энэ нь

цаашдаа манай оронд бичил мэс засал хөгжих боломжийг тавих юм.

Гол судасны цүлхэн судасны мэс заслын яаралтай тусламж шаардлагатай өвчний нэг юм. Гол судасны цүлхэн урагдах хүндрэл 50% тохиолддог бөгөөд урагдлын хэлбэрээс хамаарч 34-32% нь 7-24 цагийн дотор нас бардаг байна. (16), Хэвлийн гол судасны цүлхэн урагдах үед маш хүчтэй өвдөлт өгөх лугшилт ихтэй зүйл тэмтрэгдэх, чагнахад тэр хэсэгт аршилтын тод шуугиан сонсох гурвалсан шинж илрэхийн хамт дотуур цус алдалтаас уналтанд ордог. Гол судасны урагдлын хэлбэр, ямар эрхтэн рүү урагдсанаас хамаарч хэдэн цагаас хэдэн долоо хоног үргэлжлэх боловч нас баралт өндөр учир цаг алдалгүй оношлон мэс засал хийх шаардлагатай юм.

Судасны мэс заслын өвчний дотроос хамгийн хүнд хэлбэр болох артерийн судасны тромбозын (А, С, Т.) онош, эмчилгээний асуудлыг тодруулан авч үзье. АСТ-ын шалтгааны 90-95% нь судасны хатуурал, зүрхний өвчин байдаг бөгөөд үүний дотор хэрлэг өвчний гаралтай зүрхний хавхлагын гажиг (33,3%), зүрхний шигдээс (4,9%), эндартерит (20%), зүрхний цүлхэн, зарим мэс ажилбар шинжилгээ, гэмтэл орно (1, 6, 7).

Харин зүрхний төрөлхийн гажгийн улмаас артерийн судсанд тромбо үүсэх нь ховор (1-2%) тохиолдож байна. (12). Ямар ч судсанд АСТ үүсч болох бөгөөд нийт тохиолдлын 2/3 нь доод мөчний артерит, 33,7% гуяны өнгөц ба гүнийн артерит, 10,5% тахмын артерит тохиолдож байгаа ба шилбэ, тавхайн артерит бүлэн суух нь ховор юм. (7, 10) Дээд мөчний артерийн дотроос эгэмний доорхи артери, суга, бугалганы артерт бүлэн үүсэх нь олонтаа байдаг ба харин шууны артерит ховор тохиолдоно.

Гол судас түүний томоохон салаанд бүлэн үүсэх нь АСТ-ын дотор 10,5%-ийг эзэлдэг (11). Энэ үед дээд, доод мөч, тархи, бөөр, гэдсэнд артерийн цусан хангамжийн цочмог дутагдлын (АЦХЦД) шинж (шисем) илэрнэ.

АСТ болж цусны урсгал бүрэн хаагдсанаас захын судас агшилтын байдалд орж улмаар нэмэлт цусан хангамж (коллатерали) үүсэхэд муугаар нөлөөлөх бөгөөд тухайн мөчид үхжил хурдан үүсэхэд хүргэнэ. Гэвч эд эсийн цусан хангамжийн дутагдал, захын судасны агшилтын байдал нь хэсэг хугацааны дараа эд эсийн андозын улмаас сааржлал байдалд орж судас өргөсч, цусны урсгал удаашран бөглөжлөөс дээш, доош үргэлжилсэн бүлэн тогтох нөхцлийг бүрэлдүүлнэ. Дээрх

байдал удаан үргэлжилбэл захын венийн цусны урсгал сааталд орж улмаар венийн судсанд бүлэн үүснэ.

Ийм үед артерийн бүлэн авах мэс засал (тромбоэктомиа) хийлээ ч венийн урсгалын зогсонгилоос болж дахин бүлэн үүсэх учир үр дүнгүй юм. Иймээс венийн цусны урсгал зогсонгишилд орсон байдлаас хамаарч эмчилгээний арга өөрчлөгдөх учиртай. АСТ-ын үед илрэх шинж тэмдэг бүлэн үүссэн судасны хэмжээ, бөглөрлийн байдал, байрлал, захын судасны агшилт зэргээс шалтгаалан янз бүр байж болно. Гэхдээ 90%-д цочмог явцтай, 10%-д аажим явцтай илэрнэ (6).

Өвчин ихэвчлэн (95%) гэнэт хүчтэй өвдөлтөөр эхэлж өвдөлтийн эрчим аажмаар даамжран өвчин намдаах эмэнд ч муу дарагдана. Өвдөлтөөс болж өвчтөн байж ядсан байдалтай, доод мөчний артерийн бүлэн үүссэн тохиолдолд хөлөө унжуулах буюу гөвддгээрөө нугалж хэвлийдээ шахсан албадмал байрлалтай байдаг. Ялангуяа үхжил эхлэхийн өмнө тэсэхүйеэ бэрх өвдөнө. Арьсны өнгө эхний үед цайвар байснаа цаашдаа хөхрөлт нь ихсэх ба барьж үзэхэд арьс хүйтэн, эхлээд өнгөц мэдрэхүй арилж сүүлдээ өнгөц ба гүнийн рефлекс арилахын хамт үе мөчний хөдөлгөөн хязгаарлагдан өвчин эхэлснээс хойш эхний 8-12 цагийн дотор булчингийн хөшилт үүснэ. Мөчний үзүүрт артерийн судасны лугшилт тэмтрэгдэхгүй харин бөглөрлөөс дээш судасны лугшилт илүү тодорсон байна. Хэрвээ *А / Masius*

бөглөрсөн бол доод мөчинд лугшилт тодорхойлогдохгүй. Гуяны артери бөглөрсөн бол тахим, тавхайд лугшилтгүй харин цавины хэсэгт лугшилт тодорхойлогдоно. Судас хагас бөглөрсөн байвал захын судасны лугшилт сулхан мэдрэгдэнэ. Урьд дурьдсан АЦХЦД-ын шинж гүнзгийрэхэд эд эсийн үхжлийн шинж тэмдэг гарна.

Эд эсийн цусан хангамжийн дутагдал (ЦХД)-ын хэд хэдэн ангилал байгаагаас эмч нарын өдөр тутмын үйл ажиллагаанд хэрэг болохуйц В. С. Савельевын (1974) ангиллыг авч үзье.

ЦХД-ын I—А. Тухайн мөчинд өвдөлт мэдэгдэхгүй боловч бадайрах, хөхрөх, мэнэрэх шинж ажиглагдана.

I—Б. Дээр дурьдсан шинж нэмэгдэхийн зэрэгцээ өнгөц мэдрэхүй бага зэрэг суларч өвдөлт мэдэгдэнэ.

ЦХД-ын II—А. Бадайрах, хөрөх шинжийн зэрэгцээ өвдөлт улам нэмэгдэж үе мөчний хөдөлгөөн эрс хязгаарлагдах боловч гүнийн мэдрэхүй хэвийн байна.

II—Б. Өвдөх, хөрөх, цайх шинж ихсэж мөчний үзүүрт өнгөц мэдрэхүй бүрэн арилж, үе мөчний идэвхтэй хөдөлгөөн хязгаарлагдан, тэмтэрч үзэхэд бага зэрэг эмзэглэлтэй байна.

ЦХД-ын III—А. Өвдөлт эрс нэмэгдэж хөрөлт ихсэн өнгөц ба

гүнийн мэдрэхүй бүрэн арилж, үе мөчний идэвхтэй хөдөлгөөн үгүй болж, идэвхгүй хөдөлгөөн хязгаарлагдмал болохын хамт булчингийн хальс доогуур хаван үүсч тэмтэрч үзэхэд маш их хөндүүр байна.

III—Б. Дээр дурьдсан шинж тэмдэг нэмэгдэхийн зэрэгцээ булчингийн хаван эрс нэмэгдэж улмаар булчингийн хөшилт үүсэн эд эсийн үхжлийн шинж илэрдэг.

ЦХД-ын дээрх шинж явцаараа үндсэн гурван хэлбэртэй байж болно.

1. ЦХД-ын шинж хурдан явагдаж үхжил эрт үүснэ.

2. ЦХД-ын шинж аажим илэрч үхжил удаан үүснэ.

3. ЦХД-ын шинж аажим илэрч үхжил үүсэхгүйгээр артерийн цусан хангамжийн архаг дутагдалд хүргэнэ.

Үүний зэрэгцээ А. А. Шалимов, Н. Ф. Дрюк (1979) нарынхаар эд эсийн ЦХД-ыг хөнгөн, дунд, хүнд, эргэшгүй өөрчлөлт-үхжлийн үе гэж 4 ангилж үздэг. Эмч нарын өдөр тутмын үйл ажиллагаанд В. С. Савельев, А. А. Шалимовын аль ч ангиллыг хэрэглэж болох юм ЦХД-ын шинжээр АСТ-г оношлох боломжтой боловч зарим тохиолдолд артерийн захын судасны бүлэгт оношлоход бэрхшээлтэй тал бий. АСТ-ын ямар ч тохиолдолд ангиографийн шинжилгээ хийж явдал онош болон эмчилгээний чухал ач холбогдолтой.

Зарим тохиолдолд хэвлий буюу бүсэлхийгээр хүчтэй өвдөх нь бөөр шээсний зам, хэвлийн цочмог өвчнийг санагдуулах авч чаархай болон бөөрний артрит бүлэн үүсэн байж болох талтай. Хэрэв шээсэнд улаан цогцос илрэх, цусны шинжилгээнд цагаан цогцос алирон хэвлийгээр хүчтэй өвдөх, гэдэсний гүрвэлзэх хөдөлгөөн сулрах зэрэг нь чаархай буюу бөөрний артерийн бүлэн байж болох учир ангиографийн шинжилгээгээр тодруулах шаардлагатай юм. Гэвч чаархайн артери (ихэвчлэн *a mesenterica superior* бүлэн үүсэхэд гэдэсний цусан хангамжийн цочмог дутагдлын шинж, хэвлийн цочмог өвчний хэлбэрээр илэрдэг. Энэ үед үхэл (81-90% — Ю. М. Зигмантович 1985) өндөр учир ангиографийн шинжилгээ хийхгүйгээр шууд мэс засал хийх нь зүйтэй юм. АСТ-ын эмчилгээний үр дүн хийж байгаа эмчилгээний арга хэлбэрээс хамаарахаас гадна, эмнэлгийн тусламж үзүүрсэн хугацаанаас их хамаарна.

ЦХД-ын зэргээс шалтгаалан ЦХД — А-д эмийн эмчилгээ хийж ажиглах, I—Б-ээс III—А-д мэс засал, эмийн эмчилгээ хамт хийх, III—Б буюу үхжил эхэлсэн нэцгөлд тухайн мөчийг тайрах мэс засал хийдэг зарчим бий. Иймээс АСТ-ын шинж илэрсэн өвчтөнг даруй эмнэлэгт хэвтүүлэн ЦХД-ын үе шатыг нарийн тогтоож, эмийн эмчилгээ эхлэх нь зүйтэй. АСТ ихэвчлэн

ямар нэгэн өвчний хүндрэл хэлбэрээр үүсдэг учир үндсэн өвчнийг эмчлэх шаардлагатай.

Эмчилгээ нь бүлэнг уусгах, ЦХД-г арилгахад чиглэгдэнэ. Гэвч бүлэнг бүр мөсөн уусгах сонгомол үйлчилгээтэй эм хараажан байхгүй хэдий ч гепарин, стрептокиназа, фибринолизин, авелизин гэх мэт өдөн эмийг хэрэглэж байна. Бидний өргөн хэрэглэдэг гепарин бүлэн үүсэхээс сэргийлэхээс биш нэгэнт үүсчихсэн бүлэнг уусгаж чадахгүй, тэгээд ч эмч нар хэт болгосмжилж бага тунгаар хийдгээс төдийлөн үр дүн гардаггүй. Гепарины 500 нэгжийг 4 цагийн завсарлагатайгаар хоногт 30 000 нэгж хүртэл хийх ба 4-5 хоногийн дараа тунг багасган 2500 нэгжийг 4-6 цагийн зайтай хоногт 10-15 000 нэгж, 7-10 дахь хоногоос шууд бус антикоагулянтыг 21 хоног хэрэглэнэ.

Хэрэв аль нэг мөчний артерит бүлэн үүссэн нь тодорхой байвал гепарин 10000 нэгж, новкайн 05%-ийн 10,0 г тухайн мөчний артерит шууд хийнэ. Фибринолизинийг хоногт 10-40 000 нэгж зарим тохиолдолд 70-80 000 нэгж хүртэл өсгөж 2-4 хоногийн турш хийнэ. Сүүлийн үед фибрин залах чадвараараа фибринолизинээс илүүд тослогдох болсон, Стрептокиназа (стрептаза)-г 200-300 000 нэгжийг 10-15 000 нэгж гепарины хамт венийн судсанд дуслаар хийх ба хоногт 500-750 000 нэгж-д хүргэх нь үр дүн сайн өгдөг байна (7, 9, 14). Үүний зэрэгцээ шууд бус үйлчилгээтэй антикоагулянт фенилин, пелентин, неодикумарин хэрэглэж болно.

Бүлэн уусгах бүлэн үүсэхээс сэргийлэх эмчилгээнээс гадна юуны урьд өвчин намдаах промедол буюу морфин 2%-ийн 1-2 мл хийхийн хамт артерийн судасны агшилтыг багасгаж, нэмэлт цусан хангамж (коллатерали) үүсгэх зорилгоор 1%-ийн 4 мл ношпа, 2%-ийн 2 мл напаверинийг булчинд буюу венийн судсанд хийнэ. Түүнийг бодисын солилцооны өөрчлөлтийг засах зорилгоор 4%-ийн содын уусмал, бичил цусан эргэлтийг сайжруулах реоплиглокин хэрэглэнэ. Дээрх эмчилгээ хийгээд 2-4 цагийн дотор үр дүн өгөхгүй бол мэс засал эмчилгээ хийнэ. Эмийн эмчилгээнд үр дүн өгч байвал 12-24 цаг, хэдэн хоногоор ч үргэлжүүлэн хийж болох үндэстэй юм. Зарим судлаачид эмийн эмчилгээ хийхийг эрс эсэргүүцэж, хугацаа алдаж хүндрэх нэг шалтгаан гэж үздэг.

В. А. Раздогоин, Н. Н. Малышев, И. П. Хмельок (1985) нарын судалгаагаар АСТ-үед эмийн эмчилгээ хийх ч 50-90%-д мөч тайрахад хүргэнэ гэж үзэж байна. А, П, Довенко болон бусад судлаачдын үзэж байгаагаар АСТ-ын шинж илэрснээс хойш 6-8 цагийн дотор мэс засал хийхийг илүү үр дүнтэйд тооцож байна.

Өвчин эхэлснээс хойш 24 цагийн дараа хийгдэж буй мэс заслыг хожуу гэж үздэг бөгөөд эхний 12 цагийн дотор мэс засал хийж амжвал тухайн мөчийг 90% хүртэл хамгаалах боломжтой. Мэс засал хожуу хийгдэх тутам хүндрэл, нас баралт их байдаг. Тухайлбал эхний 12 цагийн дотор мэс засал хийхэд нас баралт 7,6%, 24 цагаас хойш бол нас баралт 14,8% болж нэмэгддэг байна (2). R Fontaine (АНУ)-ын судалгаагаар эхний 10 цагийн дотор мэс

засал хийгдвэл цусан хангамжийг 66%-д нөхөн сэргээх боломжтой бөгөөд 19%-д мөч тайрагддаг, 10-24 цагийн дотор хийвэл цусан хангамж 43%-д нөхөн сэргэж 25,29%-д мөч тайрагддаг, 24 цагаас хойш бол цусан хангамжийн нөхөн сэргэлт 31% хүртэл буурч мөч тайралт 31% хүртэл нэмэгддэг байна. Дээрх байдал нь АСТ-ын үед цаг алдалгүй мэс засал хийх шаардлагатайг харуулж байгаа хэдий ч эмийн үйлчилгээг үгүйсгэж болохгүй. Мэс засал эмчилгээний хувьд ч маргаантай зүйл бий.

ЦХД-ын I—B, П—A, П—B-д цусан хангамжийг нөхөн сэргээх мэс засал тромбозектомия, тромбонтиомозектомия; Ш—A, Ш—B-ийн ихэнх тохиолдолд мөч тайрах мэс засал хийгддэг ерөнхий зарчимтай боловч өвчтөний биений байдал, хавсарсан өвчин, хүндрэл зэргээс шалтгаалан эмчилгээний хэлбэр өөрчлөгдөх нь бий.

АСТ-ын үед бүлэн авах (тромбозектомия) мэс засал хийхдээ мэс заслын өмнө буюу мэс заслын явцад ангиографийн шинжилгээ хийж бүлэнгийн байрлалыг сайтар тогтоох нь чухал. Ийм шинжилгээг хөдөө орон нутагт зөврийн рентген аппаратын тусламжтайгаар мэс заслын ширээн дээр хийх бүрэн боломжтой. Бүлэн авах мэс заслыг хийхдээ артерийн судсыг хөндлөн нээж фогертын сэтгүүрийн тусламжтайгаар гүйцэтгэх бөгөөд мэс заслын явцад 5000 нэгж гепарин, 05%-ийн 100 мл новокайны уусмалаар судсаа сайтар угааж байх хэрэгтэй. Нэгэнт үхжил эхэлсэн бол мөч тайрах мэс засал яаралтай хийх ба тайрах түвшинг ЦХД-ын шинж, ангиографийн шинжилгээг үндэслэн тогтооно.

АСТ-ын үед эд эс, хүчилтөрөгчийн дутагдалд харилцан адилгүй тэсвэртэй байдаг Хамгийн их мэдрэмтгий мэдрэл булчингийн эд 10-12 цагийн дараа эргэшгүй өөрчлөлтөнд ордог бөгөөд зөвхөн арьсанд гарсан өөрчлөлтөөр дүгнэлт өгөх буюу мөч тайрах түвшинг тогтоох боломжгүй юм (4, 14).

Иймээс булчин, мэдрэлийн эд эсийн үйл ажиллагааны байдал амьдрах чадварыг тогтоох электронимпульсатор, миографи болон ультразвуков доплерографийн шинжилгээ хийх бололцоогүй манай нөхцөлд ангиографийн шинжилгээг гол болгохоос гадна өвчтөний биений байдал, ЦХД-ын зэрэгт зөв дүгнэлт өгөхөд эмчийн туршлага ихээхэн ач холбогдолтой.

Сүүлийн үед зарим судлаачид нэгэнт АСТ иочмог хэлбэрээр үүсэж ЦХД-ын шинж даамжирч хордлого гүнзгийрч байгаа тохиолдолд эд эсэд үхжил үүсэхийг хүлээлгүй мөч тайрах мэс засал хийх нь зүйтэй гэж үзэж байна. Үүнийг үгүйсгэж болохгүй. Эмийн эмчилгээний хийгээд тодорхой үр дүн өгөхгүй байгаа нөхцөлд үхжил үүсээгүй байна гэж хугацаа алдах явдал өвчтөний амь насанд ч аюултай учир мөч тайрах мэс засал хийж болох юм.

Зарим тохиолдолд нөхөн сэргээх мэс засал үр дүнгүй болбол мэс заслыг үргэлжлүүлэн тухайн мөчийг тайрах мэс засал хийх нь өвчтөнийг хүнд байдалаас гаргах ач холбогдолтой.

АСТ-ын үед симпатик зангилаанд (симпатиктоми) мэс засал хийх талаар санал зөрчлөөнтэй байгаа ба ихэнх судлаачид судасны нөхөн сэргээх мэс заслыг, симпатик мэдрэлийг таслах мэс засалтай хамт хийх нь үр дүнтэй гэж үзэж байна. (3, 7, 8). Гэхдээ өвчний үе шатаас хамаарна, АСТ-ын үед нас баралт 25—30% өндөр байгаа бөгөөд мэс заслын дараа 14,9% хүртэл буурч байгаа боловч зарим судлаачдынхаар (3, 4) мэс заслын дараах нас баралт 11,4-33% хүртэл өндөр хэвээр байгаа нь эмнэлэгт хожуу ирсний улмаас хордлого гүнзгийрч амьдралын чухал эрхтнүүдийн үйл ажиллагаа өөрчлөгдсөнтэй холбоотой байдаг. Мэс заслын дараах нас баралтын нэг шалтгаан нь артерийн судсанд дахин бүлэн сууж бөглөрөх (ретром-боз) хүндрэл юм. (1, 5, 14). Дахин бүлэн үүсэх нь цусны бүлэгнэлтийн байдал, хийгдсэн мэс заслын хэлбэр, мэс заслын дараах эмчилгээ зэргээс хамаарна. Дахин бүлэн үүсэх тохиолдолд ЦХД-ын шинж даамжирч үхжил хурдан үүснэ. Ийм нөхцөлд эмийн эмчилгээ тодорхой үр дүн өгдөггүй учир мэс засал эмчилгээг яаралтай хийх хэрэгтэй.

Дээр дурьдсан судасны мэс заслын яаралтай тусламжтай холбоотой зарим тохиолдлыг сонирхуулъя.

1. Өвчтөн В, 49 настай, эр, түүх №73556 1990, 6, 9-нд зүрхээр хатгаж өвдөж байснаа зүүн талын хөл рүү хүчтэй өвдөж, хуруунууд цайж, хөрөн сүүлдээ хавагнах болсон байна. Өвчтөн түргэн тусламж дуудан дүүргийн эмнэлэгт зүүн хөлийн гүнийн венгийн бүлэгт үрэвсэл, эндоартерит оношоор хоёр хоног эмчлүүлээд өвчин эхэлснээс хойш 62 цагийн дараа зүрх судасны мэс заслын тасагт ирэхэд зүүн хөлийн артерит бүлэн үүссэний улмаас ЦХД-ийн Ш—Б шинж илэрсэн байсан учир яаралтай журмаар ангиограммын шинжилгээ хийж үзэхэд *a. Iliaca communis sinister* бөглөрсөн нь тогтоогдсон учир эхний удаа бүлэн авах мэс заслыг өвчин эхэлснээс хойш 72 цагийн дараа хийсэн боловч үр дүн өгөөгүй, үхжил зүүн хөлийн гуяны доод 1/3 хүрсэн учир 4 хоногийн дараа зүүн хөлийн дунд чөмөгний дээд 1/3-ээр тайрах мэс засал хийгдэж өвчтөн 3 сарын дараа эмнэлгээс гарсан.

2. Өвчтөн Н, 23 настай, эр, түүх №71-839, 1990, 3, 21-нд баруун гарын Рейногийн хам шигж өвчнөөр эмнэлэгт хэвтэж 3 хоногийн дараа баруун гарт ЦХД-ын шинж цочмог хэлбэрээр гүнзгийрч эмийн эмчилгээ хийсэн боловч үрдүн өгөлгүй 24 цагийн дараа ЦХД-ын Ш—Б шинж илэрч үхжил эхэлсэн байна. Өвчин цочмог хэлбэрээр эхэлснээс хойш 48 цагийн дараа ангиографийн шинжилгээ хийж үзэхэд *v. gastrius dexter* бөглөрсөн байсан учир бүлэн авах мэс засал хийсэн. Мэс заслын дараа ЦХД-ын шинж нэмэгдсгүй эмийн эмчилгээнд түр сайжрал авсан боловч ЦХД-ын шинж дахин нэмэгдэж үхжил үүссэн учир баруун гарыг бугалгын доод 1/3-аар тайрах мэс засал хийгдэж, өвчтөн эмнэлгээс гарсан байна.

3. Өвчтөн А, 58 настай, эр, Өмнөговь аймгийн Ханхонгор сумын төвд 1990, 11,

27-ны өдөр ажил дээрээ байтал зүрхээр хүчтэй хатгаж өвдсөний улмаас 30 минут орчим ухаан балартсан учир эмч үзэж зүрхний шигдээс өвчнөөр гэрт нь эмчилсэн. Гэтэл өвчний 6 дахь хоногт зүрхний өвдөлт аажим намдаж хэвлийгээр хүчтэй хатгаж өвдөж байснаа баруун хөл өвдөж, өвдөлтийн эрчим хүчтэй болж хөлийн хуруу, тавхайн арьс цайж, хөрөн сүүлдээ хавагнах болсон ба өвчин намдаах эмэнд өвдөлт дарагдахгүй байсан. Өвчтөнг 4 хоногийн дараа дуудлагаар очиж үзэхэд зүрхний зүүн ховдлын урд хананд том голомтод шигдээс үүссэн, баруун шилбэний дээд 1/3 хүртэл ЦХД-ын Ш—Б шинж илэрч тавхай, шилбэнд үхжил эхэлсэн, өвдөгний үеэр хөдөлгөөн хязгаарлагдсан хордлого ихтэй байлаа. Өвчтөн зүрхний шигдээсээр өвчлөөд удаагүй (10 хоногтоо) хөлөнд үхжил эхэлсэн учир хордлого зүрх судасны дутагдлын улмаас амь нас алдаж болзошгүй байсан учир аймгийн төвд авч ирэн амьдралын шаардлагаар артерийн судасны бүлэн авах, хөл тайрах мэс засал хийгдсэн юм.

Мэс заслын явцад баруун гуяны артерийг цавины хэсэгт хөндлөн нээж үзэхэд *a. femoralis* нлдээ бүлэгтэй байсан ба фсгертын сэтгүүрээр *a. Iliaca communis dexter* хүртэл үүссэн бүлэг авч мэс заслын ширээн дээр ангиограммын шинжилгээ хийхэд *poplitea dexter*-ээс доош ямар ч судас тодроогүй учир ЦХД-ын зэрэг, үхжлийн түвшинг харгалзан дунд чөмөгний доод 1/3-ээр тайрах мэс засал хийсэн. Мэс заслын дараа эхний 3 хоногт өвчтөн маш хүнд байсан боловч сайжирч эмнэлгээс гарсан.

4. Өвчтөн Э, 21 настай, эр, түүх №78-794, Баруун гуяны хэсэгт буудагдсан шархны улмаас аймгийн эмнэлэгт хэвтэж 5 хоноод гарсан боловч сарын дараа гэнэт цус алдаж, судас залгах мэс засал хийгдсэн. Гэвч 14 хоногийн дараа дахин цус алдсан учир хотод ирж *a. femoralis* доод 1/3-ийн хэсэгт 6 см урттай хиймэл судас суулгах мэс засал хийгдсэн, Жилийн дараа ангиограммын шинжилгээ хийж үзэхэд хиймэл судасны бөглөрөлтэй байсан боловч бөглөрлийг тойрсон нэмэлт цусан хангамжаар баруун хөл бүрэн тэжээгдэж ЦХД-ын дөнгөж I—A шинж илрэх төдий байсан учир хиймэл судсыг тойрсон буглааг цэвэрлэж хиймэл судсаа авах мэс засал хийсэн. Одоо өвчтөний баруун хөл бөглөрлийг тойрон үүссэн нэмэлт цусан хангамжаар тэжээгдэж байна.

Дээрх шинжүүдээс үзэхэд судасны мэс заслын яаралтай тусламж авах өвчтөн эмнэлэгт хэвтэхээс өмнө болон хэвтсэний дараах аль ч шатанд эмчилгээний хугацаа алдаж байгаа нь харагдаж байна. Түүнчлэн өвчний үе шатнаас хамаарсан мэс заслын хэлбэр янз бүр байхад мэргэжлийн ур чадвар дутагдах явдал байгааг ч үгүйсгэх аргагүй. Өнөөдөр бид гол ба том судас болон захын томоохон судсанд цөөн тооны мэс засал хийж байгаа боловч гол судасны өгсөх хэсэг, гол судасны нум, түүний салааны эмгэг, зүрх-

ний титэм судас, бөөрний судасны эмгэг (бөөрний судасны гаралтай даралт ихсэх) гол судасны цүлхэнгийн хүндэрсэн хэлбэр, бичил судасны мэс засал зэрэг хойшлуулшгүй шийдвэрлэвэл зохих асуудал олон байна.

Судасны мэс заслын тулгамдсан дээрх асуудлыг шийдвэрлэхэд юуны урьд мэргэжилтэн бэлтгэх, шаардлагатай багаж хэрэгслээр хангах, судасны мэс заслын тусламжийг улсын хэмжээнд зохион байгуулан мэргэжлийн тасаг, салбар байгуулуулах, судасны мэс заслын чиглэлээр оюутан эмч нарыг даглан сургах зэрэг асуудлыг шийдвэрлэх нь зүйтэй юм.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. Э. А. Аспаратов, Т. А. Султаналиев. Диагностика и лечение острой артериальной недостаточности. Вкн: Акутальные вопросы организации, профилактика и хирургического лечения болезней магистральных сосудов. часть I, 139-141, 1985.

2. А. П. Доценко, А. Е. Пайкин. Отсроченная и поздняя реваскуляризация конечностей при тромбозах и эмболиях магистральных артерий. Вкн: там же стр. 49-50.

3. Н. П. Макарова, Е. П. Бурлева. Ампутации при острых артериальных тромбозах. Вкн: там же часть II стр. 58-60.

4. Л. В. Новиков, М. П. Вилижский, Н. В. Проценко. Неотложная ангиохирургическая помощь. 170 стр.

5. Ю. Э. Полишук, Н. Ф. Дорюк, В. И. Сморфевский, М. А. Васенько. Ранние реокклюзии после реконструктивных операций на аорте и магистральных артериях нижних конечностей. Вкн: там же стр. 145-147.

6. А. В. Покревский. Заболевания аорты и ее ветвей. Медицина 2979, 311 стр.

7. В. А. Раздрагин, Н. Н. Малышев, В. Н. Чирков. Тактика при острых тромбозах магистральных артерий конечностей. Вкн: там же часть I стр. 142-144.

8. В. С. Савельев. Хирургия острого тромбоза бифуркации аорты и артерий конечностей. Вестник хирургии 1986 №3, стр. 3-6.

9. А. Н. Савченко, Н. С. Микуцкий, С. М. Ленсу. Тромботическая терапия при острых магистральных артерий. Вкн: там же часть I стр. 156-158.

10. А. А. Спиридонов, Клионер. Острая артериальная недостаточность кровообращения конечностей. Вкн: Сердечнососудистая хирургия стр. 684-688, 2990.

11. И. П. Хмельок, Н. В. Камкин, В. В. Жильцов. Тромботическая терапия при острых тромбозах магистральных артерий конечностей Вкн: там же часть I стр. 154-155.

КЛИНИК ЭМЗҮЙЧДИЙГ БЭЛТГЭХ БОЛОМЖ БИЙ ЮУ

Г. Чойжамц, С. Батмөнх -- Анагаах ухааны их сургууль.

Улс орны хөгжлийн хандлагад нээлттэй эдийн засгийн бодлого явуулж зах зээлийн харилцаанд шилжих замаар өөрчлөлт шинэчлэлийн ирээдүйг харж байгаа үед эм зүйн дээд мэргэжилтэн бэлтгэх ажилд дэлхий нийтийн хэмжээнд хөгжлөөр хошуучилж яваа улс орны жишгийг анхааралтай судлан үзсэн үндсэн дээр «Эмийн эмчилгээ» хичээлийг эм зүйн ангид орох нь зайлшгүй гэж үзээд энэ саныг боловсруулав. Эм зүйчийг эмийн саагийн, клиникийн, үйлдвэрийн гурван чиглэлээр бэлтгэдэг олон улсын туршлага байна.

Манайд ганцхан эмийн саагийн чиглэлээр эм зүйч бэлтгэж байна. Ерөөс олон улсын хэмжээгээр эмийн дээд мэргэжилтэй боловсон хүчнийг эм зүйч буюу эм найруулагч гэж нэрийдхээ нэгэнт больжээ. Энэ нь зөвхөн нэр томъёоны өөрчлөлт бус үйл ажиллагааны хувьд өөрчлөгдсөнтэй яв цав холбоотой байна.

Сүүлийн 25-30 жилд эмийн шинжлэх ухаан түргэн хурдацтай хөгжиж эмчилгээнд хэрэглэгдэх шинэ эмийн нэр төрөл маш их өслөө. Дэлхийн зах зээлд шинэ эмийн нэр төрөл жилд дунджаар 10-12% өсч байна. 2000 он гэхэд эрдэмтдийн тооцоолж байгаагаар зөвхөн тооны өсөлт төдийгүй одоогоор хэрэглэгдэж байгаа эмийн бараг 60% орчим нь шинэ эмээр солиг-

доно гэсэн дүгнэлтэд хүргэж байна. Эмийн хэлбэр ч ихээхэн өөрчлөгдөнө.

Эмийн шинжлэх ухааны энэхүү хурдац эмч нарын хувьд үнэхээр хүнд байдлыг буй болгосон юм. Энэ нь доорх хэдэн зүйлтэй холбоотой. Үүнд: — Эмч нарын эмийн химийн мэдлэг, эмийн бодис хоорондын харилцан үйлдлийн зүй тогтол, эм-хоолны зохицол, үл нийцэл, эмийн бие биенээ орлох чадвар, эмийн бодис бүрийн фармакокинетикийн чанар, эмийн эмчилгээнд хэрэглэгдэх зөв загвар ба дэг, гэмийг тогтоох явдал юм.

Чухам үүннийг хэлэхэд дээрх мэдлэгийг олгохын тулд эмч нарт эмийн хими, клиникийн фармакокинетик, клиникийн фармакологи зэрэг хичээл заах хэрэгтэй болно.

Эмчилгээний ангид эм зүйн зарим хичээл оруулах гэвэл бэрхшээл гарна. Эм зүйн ангид ордог бүх хичээлийн цагийн 30% орчим нь эмийн химийн холбогдолтой хичээл байдаг. Чухам үүний хагастай тэнцэх, хэмжээний мэдлэг олгоно гэвэл эмчилгээний анийн ямар хичээлийг хасах вэ? Хэдэн цаг гаргах вэ? мэдээж боломжгүй. Дээрх бэрхшээлээс гарах арга замыг эрж хайгаад олсон хамгийн хялбар арга бол эмийн химийн зохих мэдлэг нэгэнт эзэмшихээд байгаа эм зүйчдэд эмийн эмчилгээ, эмийн кинетикийн мэдлэг ол-

гох замаар «Клиникийн эм зүйч» бэлтгэн гаргах явдал юм.

Клиникийн эм зүйч гэдэг бол эмийн мэдээлэгчид биш гэдгийг юуны өмнө ягштал ойлгох хэрэгтэй болно.

Клиникийн эм зүйч бэлтгэгдэн практикт ажиллаж эм-зүйч нарын хамтын үйл ажиллагаа хэрэгжсэнээр эмийн эмчилгээний үр дүн даруй шинэ шатанд гарна.

Зарим нэг жишээ дурдъя: Одоо бүх төрлийн хордлогын 58% эмтэй холбоотой байна. Эмнэлэгт хэвтэн эмчлүүлэгчдийн 18-30%-д эмийн хортой гаж нөлөө ба эмийн хүндрэл тохиолдож байна. (фармация 1990).

Манай эмч нарын эмчилгээний практикт эм судлалын шинжилгээгээр нотлогдож ашигтай хортой нь тогтоогоогүй эмийн янз бүрийн хослол хийх, нэг зэрэг өвчтөнд хэрэглэх зэргээр хүний эрүүл мэндэд хичнээн хохирол учруулсныг мэдэж тооцоолоход бэрх. Ер нь эмчилгээний явцаас үзэхэд 1 өвчтөнд дунджаар 4-12 эмийг үндэслэл багатай хэрэглэж байна. Эмийн хослол хийхдээ нийцэх, үл нийцэх чанарыг тооцоолох явдал нэн цөөн байгаарх биш анхаарах цаг болжээ.

Зөвлөлтийн эрдэмтдийн судалгаанаас үзвэл халдварын эсрэг эмийн эмчилгээнээс өвчтөний 25,4%-д харшил үүсч байна (И. П. Замочнев, 1987) Хэрэв өвчтөний хувийн онцлогийг эмийн бэлдмэлийн кинетикт хийгээд эм хоорондын урвалыг нягт холбон авч үздэгсэн бол ийм их гаж нөлөө гарах онолын үндэс байхгүй юм.

Энэ нь эмч нарыг бэлтгэх сургалтад клиник фармакологийн зохих мэдлэг шаардлагатайг бас бэлхнээ харуулж байна.

Клиник фармакологийн хичээл гэдэг бол эмийн эмчилгээний хичээл бишээ. Энэ хоёр хичээлийн судлах зүйл судалгааны арга сургалтын төлөвлөгөөний агуулга өөр юм. Клиник фармакологийн судалгааны үндсэн арга нь өвчний эмтэг жам дээр тулгуурласан эмийн кинетик судлал байдаг бол эмийн эмчилгээний хичээлийн судалгааны үндсэн арга нь эмийн химийн бүтэц дээр тулгуурласан эмийн болоод эм хоолны нийцэх, үл нийцэх чанар, эм харилцан бие биенээ орлох чадвар зэргийг судалдаг.

Клиник фармакологийг мэдсэнээр эмч нар эмийн эмчилгээний зөв загварыг боловсруулж эмийг зөв сонгохмэдлэг, чадварыг эзэмшдэг бол эмийн эмчилгээг мэдсэнээр эм зүйч нар эмийн хамгийн зөв хослолыг тогтоон эмийг зөв хэрэглэх аргыг өвчний байдалд зохицуулан эмчид зөвлөн туслах чадварыг эзэмших юм.

Орчин үеийн нөхцөлд эмийн эмчилгээг өндөр үр дүнтэй бөгөөд аюулгүй, ариг хамтай явуулахад эмч-эм зүйч нарын хамтын чармайлт шийдвэрлэх үр дүнтэй юм гэдгийг дэлхий нийтийн туршлага бэлхэнээ харууллаа.

Эдүгээ АНУ-ын бараг бүх эмнэлэгт клиникийн эм зүйч ажиллаж байна. Тэдний ажлын үндсэн үүрэг нь эмч нарт эмийн эмчилгээ болон эмийг зөв хэрэглэх талаар зөвхөн туслах явдал юм. Хамгийн гол нь эмийн эмчилгээний талаар эмч-эм зүйч нар хамтран хуулийн харууцлага хүлээж байгаа явдал юм {

Клиник эм зүйч нар эмнэлгийн нөхцөлд ажиллаж өвчтөнд хэрэглэсэн эмийн центрацыг өвчтөний цусанд тодорхойлох фармакокинетикийн хяналт явуулснаар эмийн эмчилгээ өндөр үр дүнтэй, гаж нөлөө бага болсон тухай америкийн эрдэмтэд мэдээлжээ.

Олон оронд клиник эм зүйч нар амбулаторт ажиллаж өвчтөнүүдэд эмийн талаар зөвлөгөө өгч байгаа нь эмийн гаж нөлөө, хорон чанараас сэргийлэх таатай нөхцөл бүрдүүлжээ. Жишээ нь Франц улсад эрчүүдийн 15%, эмэгтэйчүүдийн 38% өөрийгөө дур мэдэн эмчлэж тэр тусмаа тэдний 70% нь эмийн эмчилгээний дэглэм алдагдуулж байна.

Англид эм зүйч нар аль хэдийнээ эмч нарын хамтран зүтгэгчид болсон төдийгүй тэдний дотор эм зүйчдийн нэр хүнд их өссөн байна, *Wojtas—Zlwska* Н. 1983).

АНУ бол эрүүлийг хамгаалахын өндөр үр ашигтай тогтолцоо бүрэлдэн тогтсон орон гэхэд 1986 оны байдлаар 5000 гаруй эм зүйчид клиник-эм зүйчээр ажиллаж байна. Тэднийг одоо АНУ-ын 68 коллежид бэлтгэж байгаа юм.

ЗХУ-д 1989 оноос эхлэн Курск, Волгоград, Харьков зэрэг хотуудын АУДС дээр клиник-эм зүйч бэлтгэх тусгай анги нээгдлээ.

Нэн даруй манайд юу хийвэл зохих вэ? Юуны өмнө АУИС-ийн Эм зүйн ангийн сургалтын хөтөлбөрт зарим өөрчлөлт оруулж клиник-эм зүйчийн мэргэжилтэн бэлтгэн гаргах анги зохион байгуулж, энэ ангид эмгэг судлал, эмгэг физиологи, эм судлал, эмийн эмчилгээ зэрэг хичээл зааж зохих мэдлэг олгох, Эдгээр хичээлтэй холбогдох үйлдвэрлэлийн дадлагыг төлөвлөж гүйцэтгүүлэх, багш бэлтгэх, Хоёрдугаарт: Эм зүйн нарийн мэргэжил олгох дээшлүүлэх дамжаа зохион байгуулж клиник-эм зүйч бэлтгэх, гуравдугаарт: Эмчлэн удьчилан сэргийлэх байгуулагын дэргэд клиник-эм зүйчдийн орон тоо баталж ажил үүргийн хуваарь гаргаж эмчлэх байнгын ажилд оролцуулах, дөрөвдүгээрт: Эмнэлгийн нөхцөлд фармакокинетикийн судалгаа явуулах материаллаг боломж нөхцөлийг бүрэлдүүлэх шаардлагатай байна.

Манайд одоогоор ийм мэргэжилтэн байхгүй, тэр байтугай тийм мэргэжил байдгийг ч мэдэхгүй болохоор эргэлзэх, тээнгэлзэх явдал гарч тодорхой саад гарах л байх гэхдээ төвлөрсөн томоохон эмнэлгүүдийн дэргэд туршилтын журмаар хэдэн мэргэжилтэн ажиллуулж үр дүнг үзвэл ашидаа хэн бүхэнд ач холбогдолтой гэдэг нь тод харагдах болно.

Манайд үнэндээ эрүүлийг хамгаалахын тэр тусмаа, эм хангамж мэдээллийн хоцрогдсон тогтолцоо байгаа болохоор эмч-эм зүйчдийн ажлын уялдааг сайжруулах, хүний сайн сайхны тусын тулд өндөр үр ашигтай аюул осолгүй бөгөөд арвиц хямгац эмийн эмчилгээ явуулах талаар урьд нь бага анхаарч иржээ.

Өөрчлөлт, шинэчлэлтийн үе бидэнд шинээр сэтгэх шинээр ажиллах боломж олгосон төдийгүй ажил амьдрал дээр шаардаж эм зүйчдийг клиник, үйлдвэрийн чиглэлээр бэлтгэх явдал чухлаар тавигдаж байна.

ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ДААТГАЛЫН АСУУДАЛД

Ш. Шагдарсүрэн, Ж. Сарантуяа—Анагаах ухааны хүрээлэн

Монгол оронд өрнө дахины анагаах ухааны дэг сургуульд үндэслэсэн эрүүлийг хамгаалахын тогтолцоо үүсч, хүн амд эмнэлгийн тусламж үзүүлэх боловсон хүчин, материаллаг баазын суурь тавигдсан нь 70 жилд олсон түүхийн бодит үнэн.

Манай орон 10 мянган хүнд ногдох эмчийн тоогоор дэлхийн улс орнуудын эхний 10 байранд байгааг ч үгүйсгэх арга үгүй. Манай орон өөрчлөлт шинэчлэлтийн зүй тогтолоор зах зээлийн эдийн засгийн хөгжилтэй орнуудын туулсан замын урсгалд орох нь гарцаагүй болов. Зах зээлийн нөхцөлд хүн амын эрүүл мэндийг хамгаалах, эмнэлгийн тусламжийн зохион байгуулалт, бүтэц, санхүүжилтийг боловсронгуй болгох нь онол, арга зүйн хувьд шинэ асуудал болж байна. Энэ талаар холбогдох хэвлэлийн материал олдоогүй гадаадаас мэдээлэл авах бололцоо одоогоор бүрдээгүй байна.

БНМАУ-ын засгийн газрын үйл ажиллагааны үндсэн чиглэлд «Эрүүл мэндийн даатгалын тогтолцоог бий болгон» гэсэн нь зах зээлийн эдийн засгийн арга хэмжээг судлаж, шинжлэх ухааны үндэстэй шийдвэрлэх зорилтыг бидний өмнө тавив. Иймээс эрүүлийг хамгаалах зардлын өнөөгийн төвшин, зах зээлийн орнууд дахь эрүүл мэндийн даатгалын асуудлаар санал солилцохыг зорив.

Төвлөрсөн төлөвлөгөөт эдийн засгийн харилцаа нь эрүүлийг хамгаалахын санхүүжилтийг улсын төсвөөс хуваарилж, дээрээс удирдах зарчим баримталж ирвэ. Эрүүлийг хамгаалахын зардал манай улсын үйлдвэрлэсэн үндэсний орлогод 5 гарай, нэгдсэн төсвийн зарлагад 7 орчим хувийг эзлэж, нэг иргэд 230 гаруй төгрөг ногдож байна. Улсын хөрөнгө оруулалтын 2,4 хувийг эрүүлийг хамгаалахад зарцуулж байна (7, 8). Одоо больницын 60 гаруй, амulatorи-поликлиникийн 50 хүрэхгүй хувийг хангах хүчин чадал бүхий барилга байгууламжтай, эмнэлгийн тоног гөхөөрмжийн хангамж ихээхэн доогуур байна. Эрүүлийг хамгаалахын зардлыг дан ганц улсын төсвөөс бүрдүүлж, хэт төвлөрүүлсэн нь орон нутгийн төрийн байгууллага, үйлдвэр, аж ахуйн газраас хүн ам, хамт олны эрүүл мэндийг хамгаалах, хөдөлмөрийн нөхцлийг сайжруулах, орчныг бохирдолоос хамгаалах арга хэмжээ авах идэвх санаачилгыг бууруулж эрүүлийг хамгаалах байгууллагын ажил мэт үзэх өрөөсгөл байдалд оруулав. Нөгөө талаар үнэ төлбөргүй, нийтэд хүртээмжтэй эмнэлгийн тусламж үзүүлэх нэрээр хувь хүмүүсийн эрүүл мэндээ бэхжүүлэх урьдчилан сэргийлэх нөөцийг дайчлах чадваргүй идэвхгүй байдалд оруулан өвчилсэн хойно нь эмчлэх гэж хөцөлддөг зохисгүй хандлага давамгайлсан байна. Эрүүлийг хамгаалахад олгож байгаа улсын төсөв нь хүн амд эмнэлгийн тусламж үзүүлэх төдий зардал болж, урьдчилан сэргийлэх, материаллаг баазыг бий болгоход хүрэлцэхгүй, ихээхэн хязгаарлагдмал

зардал болохыг өнгөрсөн түүх харууллаа. Зах зээлийн эдийн засагт шилжихэд нийгмийн (төрийн) ба хувийн өмч, өмчийн бусад олон хэлбэр үйлчилснээр хүн амын амьжиргааны төвшин сайжрах нь гарцаагүй. Энэ нь эрүүлийг хамгаалах салбарт улс-нийгэм, хувь хүний ёшиг сонирхлыг хосолсон эдийн засгийн уян хатан, харилцан холбоотой санхүүжилтийн механизм шаардлагатайг харуулж байна.

Хүн амын эрүүл мэндийг хамгаалах бэхжүүлэх, өвчнөөс сэргийлэх, эмчлэх ажлыг төрийн ивээлд байлган санхүүгийн янз бүрийн эх үүсвэр бий болгох, эмнэлгийн тусламжийг чанартай үр өгөөжтэй үзүүлж чадах салбарыг оновчтой зохион байгуулах нь ардчилсан хүмүүнлэг энэрэнгүй нийгмийн төрийн бодлогод нийцэх болно. Эрүүлийг хамгаалахын санхүүжилт, зардлын бүтцийг боловсронгуй болгохын тулд зах зээлийн эдийн засгийн хөгжилтэй орнуудын туршлагаас суралцах нь чухал байна. Судалгаанаас үзэхэд дэлхийн хүн амын 18 хувийг хамарсан үйлдвэрийн өндөр хөгжилтэй 25 оронд «Өвчний тохиолдолд» эрүүл мэндийн даатгал хэрэгжиж байна. (11).

Хүн амаас эрүүл мэндийн даатгалд хамрагдсан найдлыг үзэхэд АНУ-д 70 хувь, Австрид 70 хувь, Холбооны Германд 88, Швецарт 92, Францад 98 хувь байна.

Канадад «өвчний тохиолдолд» бүх хүн эрүүл мэндээ даатгуулж, 65 нас хүрээд даатгалаас чөлөөлөгддөг (3, 6, 9, 10). Зах зээлийн эдийн засагт шилжсэн орнуудад эрүүлийг хамгаалахын зардлыг бүх эх үүсвэрээр бодож, үндэсний нийт бүтээгдэхүүнд эзлэх хувиар илэрхийлж байна. Тухайлбал АНУ-д 11,1 хувь, Францад 8,5 Канадад 8,5 Холбооны Германд 8,1, Японд 6,7 хувь байна.

Эрүүл мэндийн даатгал нь иргэд өвчний учир эрүүл мэндээ даатгаж, даатгалын байгууллагад мөнгөн татвар төлөөд эмнэлгийн тусламж авах, хэвтэж эмчлүүлэх зардлаа тодорхой хувиар буюу бүрэн хэмжээгээр даатгалын байгууллагаар төлүүлэхэд оршино. Эрүүл мэндийн даатгал нь албан журмын ба сайн дурын гэсэн хоёр хэлбэртэйгээр улсын, хувийн гэж зохион байгуулагддаг байна. Албан журмын заавал хийх даатгалд бүх үйлдвэр, аж ахуйн байгууллагад ажиллаж байгаа хүн хамрагддаг байна. Сайн дурын даатгалыг хүн ам чөлөөтэй, гэрээний үндсэн дээр даатгалын газар, эмнэлэг эмч нартай хүртэл хийж болдог.

Эрүүл мэндийн даатгалын сан нь улс, орон нутгийн төсөвт хамаарахгүй бнээ дааж зарцуулагддаг. Зах зээлийн эрүүл мэндийн даатгалын татварыг хөлслөн авачид, ажиллагчдын цалингийн сан, орлогоос хамааруулан 1-12 хувиар тогтоож байна. Эмнэлгийн тусламжийн өртөг өндөр, хувийн эмнэлгийн үйлчилгээ, их хөгжсөн оронд татвар төлөх хувь их байна. Ихэнх оронд үйлдвэр, худалдааны эзэд,

албан газар, байгууллагуудаас төлөх татварын хувь ажилчдынхаас илүү хувиар, зарим оронд ижил хувиар тогтсодог байна. Америкт голдуу хувийн, бусад оронд улсын, хувийн даатгал хосолж хөгжсөө байна. Эрүүл мэндийн даатгалын сан нь ихэнх орнуудад эрүүлийг хамгаалах нийт зардалд 25-аас 40 гаруй хувийг эзэлж байна. Үүнээс үзэхэд эрүүл мэндийн даатгал нь эмнэлгийн тусламжийн зардлыг бүрэн нөхөх «ид шид» биш, зөвхөн улсын (үндэсний) төсвийн дутагдаж байгаа хэсгийг нэмэгдүүлэхэд нөлөө үзүүлж байна. Зах зээлийн орнуудын нэг онцлог бол эмнэлгийн үйлчилгээний нэгжийн өртөг байнга өсч, эрүүл мэнд «худалдагдан» орлогын эх үүсвэрийг бүрдүүлдэг тул хувийн эмнэлгийн эмч нар үйлдвэрийн эздийн ажил болж улмаар баяжих орлого бүхий хувийн эмнэлгийн томоохон төвүүд хот суурин газар бий болох нөхцөлийг бүрдүүлж байна. Үүнээс болж хөдөөгийн хүн амд эмнэлгийн үйлчилгээ ихээхэн дутагдаж, хүүхэд, өндөр настан ядуучууд эмнэлгийн тусламж авах бололцоо улам багасдаг учир төрийн зохицуулалт зайлшгүй хэрэгтэй болдог байна. Зах зээлийн эдийн засгийн өндөр хөгжил бүхий орнуудад санхүүгийн эх үүсвэр дутагдахад эрүүл мэндийн даатгалд оруулах татварын хувийг өсгөх нь ердийн үзэгдэл болдог.

Эрүүл мэндийн даатгалын татвар төлөх нь хүн амын амжиргааны төвшинтэй холбоотой. 1989 онд үндэсний нийт бүтээгдэхүүний нэг хүнд ногдох хэмжээ Америкт 19840, Канадад 16960, Францад 16090, Холбооны Германд 18440, Японд 2020 (12), манай улсад 840 америк доллар байна. Манай хүн амын амжиргааны түвшин доогуур байгааг бидний хийсэн судалгаа харуулав. Судалгаанд оролцогчдын дотор нэг хүнд 100 хүртэл төгрөг ногдох орлоготой өрх 33,3 хувь, 101-250-д 36%, 251-400-д 17,3% байв.

Манай улс зах зээлийн эдийн засагт шилжсээ үед эрүүл мэндийн даатгал бий болгох нь зайлшгүй чухал юм. Ашигтай тал нь. Эмнэлгийн санхүүжүүлэхэд хэрэглэгчид шууд оролцох, үйлчилгээг шуурхай болгох, тусламжийн чанарт хяналт тавих, эмнэлгийн ажилчид мэргэжлээ байнга өндөр төвшинд байлгах, үйлчлүүлэгчдээс эмнэлэг, эмчээ сонгох хувь хүн эрүүл мэндээ бэхжүүлэх, албан байгууллагаас хамт олныхоо эрүүл мэндийн төлөө хүлээх хариуцлагыг дээшлүүлэх зэрэг сайн талтай.

Дутагдалтай тал нь. Эмнэлгийн тусламжид хүн амын янз бүрийн бүлгийг хамрауулах боломж хязгаарлагдах, даат-

галын сан нь эмнэлгийн тусламжийн зардлыг нөхөх чадвараа алдах, хувь хүнээс авах даатгалын татвар байнга өсөх, төр засгийн халамжийг бууруулах, хүн амд үнэ төлбөргүй, нийтэд хүртээмжтэй эмнэлгийн тусламж үзүүлэх зарчим алдагдах юм. Энэ бүхнээс дүгнэлт хийж үзэхэд Эрүүл мэндийн даатгалтай болж, хөрөнгийн сан байгуулах нь эрүүлийг хамгаалахад зарцуулах зардлын нэмэгдэл эх үүсвэр болох үндэстэйг зах зээлийн орнуудын туршлага харуулж байна. Нэг орны туршлагыг хуулбарлан хэрэглэх бус, өөрийн орны онцлогийг тусгасан хүн амын эрүүл мэндийн даатгалын үндэсний хувилбар хэрэгтэй байна.

Эмнэлгийн удирдлага, зохион байгуулалтыг төвлөрсөн удирдлагаас орон нутгийн төрийн удирдлагад шилжүүлж, санхүүжилтийн эх үүсвэрийг улс, орон нутгийн төсөв, эрүүл мэндийн даатгал, төлбөр, хандивын хэлбэрээс бүрдүүлж, нөхөн хангах, харилцан холбоо, уялдаа бүхий уян хатан болгох нь үр дүнтэй гэж үзэж байна.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. БНМАУ-ын Засгийн Газрын үйл ажиллагааны үндсэн чиглэл, УБ, «Ардын эрх» сонин 1990 №72.
2. Ц. Бямбацэрэн, Өөрийгөө санхүүжүүлэх боломж байна уу? УБ, «Үнэн» сонин 1989 №263
3. Здравоохранение зарубежных стран, М., Медицина 1981, с. 91-154.
4. Основы законодательства СССР и Союзных республик о финансировании здравоохранения (проект), М., «Медицинская газета» 1990, № 128.
5. Ш. Ринчин, Дэлхийн төвшинд хүрэх эрмэлзэл, УБ, «Хөдөлмөр» 1989, №128.
6. С. Я. Цэкин, Капитализм-расхититель здоровья трудящихся М., Медицина 1983, 160 с.
7. М. Шагдарсүрэн, Эрүүлийг хамгаалахын төсвийн зардал тооцох аргачлалд, Эдийн засгийн хүрээлэнгийн эрдэм шинжилгээний бүтээл, 2 УБ, 1987.
8. М. Шагдарсүрэн, Эрүүлийг хамгаалахын эдийн засгийн асуудлууд, ЭШ-практикийн бага хурлын материал УБ, 1989
9. Шейман И. М., Социально-экономические проблемы капиталистического здравоохранения, М., Наука 1982, 167 с.
10. О. П. Шепин В. В. Гришин, В. Ю. Семенов, Некоторые аспекты применению принципов страховой медицины в СССР «Советское Здравоохранение» 1990, 6с. 3-7

ЗАХ ЗЭЭЛИЙН ЭДИЙН ЗАСАГТ ШИЛЖИХ ҮЕИЙН ҮНДЭСНИЙ ЭРҮҮЛИЙГ ХАМГААЛАХ

Ц. Мухар—Эрдэм шинжилгээний тэргүүлэх ажилтан, Анагаах ухааны хүрээлэн

Зах зээлийн эдийн засагт шилжиж байгаа өнөө үед эрүүл мэндийн байгууллагад туулж ирсэн

мөрөө эргэж харж, замаа сонгох хариуцлагатай мөч тулгараад байна. Ардчилсан энэрэнгүй социалист

эрүүлийг хамгаалах монголын хүн амыг өвчин эмгэгийн туйлд хүрч байгалийн мөхөлд гулсан орж байсан аюулаас аварч, хүн амзүйн талаар ч, эрүүл мэндийн байдлаар ч түүхэн их үсрэлт хийснийг хэн ч үгүйсгэж чадахгүй.

Энэ хугацаанд хүн амын эрүүл мэндийн байдалд ичинэ өнгө, аяс бий болж, түүнд төлөрсөн онол, арга барил, үйл ажиллагааны онцлогтой үндэсний өвөрмөц тогтолцооны бодит ба бодит бус тохироо бүрдэж байв. Гэвч төдөрхой үе шатанд онол, арга зүйн талаар хялбарчлан хуулбарласан, бодит байдал дээр тооны хойноос дэвэргэн хөөцөлдсөний уршгаар эрүүлийг хамгаалах, анагаах ухаанд сөрөг үр дагавар хуримтлагдсаар иржээ.

Удирдлага зохион байгуулалтын талаар чөлөөт хөгжил сэтгэлгээг боодуулсан, төвлөрсөн төлөвлөгөөт үйлдвэрлэлийн аргыг эрүүлийг хамгаалахад махчлан загварчлах арга олон жил ноёрхож байв.

Эрүүл мэнд бол улсын нийгэм, эдийн засаг, улс төр, ёс суртахууны хөгжил дэвшлийн язгуур үндэс, үндэсний бахархал, яндашгүй баялаг мөн. Эрүүл мэндийг нийгмийн халамж, удмын санг цэвэр ариун байлгах, бодьгал хүний хичээл зүтгэл, анагаах ухааны—эрүүлийг хамгаалах чадвартай шууд шүтэлцээтэй нийгэм—байгалийн тусгал гэж үзэж болох юм. Эрүүл мэндэд гадаад орчин, нийгмийн хүрээлэл, хөдөлмөрийн нөхцөл, ахуй хангамж, гэр бүл, хувь хүн шийдвэрлэх үүрэгтэй.

Орчны бохирдол, ахуй сэтгэл зүйн таагүй хүрээлэл, архи тамхи, мунаг, мансуурлын дон, бузардал зэрэг эрүүл мэндэд сөрөг нөлөө үзүүлдэг халгаат хүчин зүйлийг олж илрүүлж таслан зогсоох явдал алив өвчнөөс сэргийлэх анхдагч нөхцөл болно. Ураг төрлийн цус ойртохоос төөрүүлсэн овоглол, элгэн—төрөл, удам—тохом зэрэг үндэсний уламжлалт зан заншлыг сэргээх, монгол угсаатны бие бялдар, ур ухаан, авъяас хөдөлмөр, зан төрхийн сайн сайхны бэлэгдэл шингэсэн эрүүл чийрэг, үндэсний төрөлх хэв шинжийг хадгалан уламжлах явдал багагүй ач холбогдолтой болж байна.

Сүүлчийн хэдэн арван жилд хүн амын эрүүл мэндийн байдалд анх-

дагч ба хоёрдогч архаг өвчин ихсэх хандлагатай болов. Бага насны хүүхдийн 40%, төрөх насны эмэгтэйчүүдийн 30% орчим нь «суурь» өвчтэй, өсвөр үе, идэрчүүдийн гуравны нэг нь чих хамар хоолойн, гуравны хоёр нь шүдний архаг голомтот үрэвслээр өвчилжээ.

Эх нялхсын эрүүл мэнд, халдварт өвчин хври асуулал хэвээр байна. Жилд ойролцоогоор зуун хүнээс нэг нь цочмог халдварт өвчнөөр өвчилж, төрж байгаа мянган эхээс нэг, ой хүртэлх насны хүүхдээс 60—70 нь эндэж байна. Арьс өнгө, сүрьеэ, бруцелёз зэрэг архаг халдварт өвчний зэрэгцээгээр зүрх судас, гэмтэл, хавдар, амьсгалын ба хоол боловсруулах замын халдварт бус өвчин буурахгүй зарим нь өсөх хандлагатай байна.

Энэ байдлаас үзвэл манай орны нийгмийн хөгжил, соёл иргэншлийн онцлоготой уялдан хөгжиж байгаа болон хөгжингүй оронд гарч байгаа хүн амын эрүүл мэндийн хоёр сөрөг үзэгдэл давхцаж, эрүүлийг хамгаалахад тааламжгүй нөлөө үзүүлсээр байх онолын дүгнэлтийг таамаглаж болохоор байна. Эрүүлийг хамгаалах байгууллагын зардал хязгаарлагдмал байснаас шалтгаалан эмнэлгийн барилга байгууламж, тоног төхөөрөмж, оношлогоо, эм, хэрэглээ, тусламжийн чанар, эрчимжилтийн төвшин доогуур байна. Амбулатори—поликлиник, эмнэлэг, лаборатори, нөхөн сэргээх тусламжийн багтаамж, хүрэлцээ нь хэрэгцээнээс гуравны нэгээс тавлахин доогуур байна. Ийм байдлаас болж эмнэлгийн идэвхтэй хяналтанд байх архаг өвчтэй гурван хүний дөнгөж нэг нь эмчийн хараа хяналтанд хагас дутуу оржээ.

Эмч эмнэлгийн ажилтны бэлтгэл, чанар, соёл, нийгмийн харилцаанд эзлэх ёстой байраа олж бэхжээгүй байна. Ялангуяа өвчтэй ба эрүүл хүний сэтгэлийн тэнхээг эзэмдэх эмчийн ёс зүйн ухааныг итгэл үнэмшил болтол эзэмшсэн монгол оньч мэргэн сэтгэлгээтэй эмч нар үгүйлэгдсээр ирлээ. Эмчийн түгээмэл ба нарийн мэргэжлийн харьцаа ч алдагдаж байна.

Өнөөдрийн өдрийг хүртэл бид үндэсний эрүүлийг хамгаалахын үндсэн зарчмыг бусдын ухаан бод-

лоор зээлдэн хэрэглэж ирлээ. Хүн амын эрүүл мэнд, үндэсний эрүүлийг хамгаалах, зах зээлийн эдийн засагт шилжих үеийн онол, арга зүйн үндэслэл, чиглэлийн талаар олон ургальч үзлийн үүднээс санал солилцох нь зүйтэй юм.

Монгол улсын үндэсний эрүүлийг хамгаалах нь хүмүүнлэг, ардчилсан нийгмийн хүн ардын бие бялдар, оюун санаа, удмын санг цэвэр байлган, аж төрөх ёс-зүй нөхцлийг эрүүлжүүлэх зорилго бүхий нийгэм төрийн тогтолцоо мөн. Үндэсний эрүүлийг хамгаалах нь материалист агуулгатай нийгмийн эрүүл мэндийн сургаалийг чиг баримжаа болгосон, нийгэм, байгаль, анагаах ухааны орчин үеийн ололт, үндэсний уламжлалт эмнэлгийн дэг сургууль дээр үндэслэн хөгжинө.

Үндэсний эрүүлийг хамгаалах нь эрүүл мэндийн гадаад (нийгмийн) дотоод (удмын) хүчин зүйлийн шүтэлцээг диалектик хувьслын номлолд тулгуурлан судалж хэрэгжүүлнэ. Бид үндэсний эрүүлийг хамгаалахын үндсэн зарчмуудыг дараах чиглэлээр авч үзэл санал дэвшүүлж байна. Үүнд,

1. Төрийн ивээлд байж, урт богино хугацааны хөтөлбөр, чиглэл зорилготой хөгжих,

2. Өвчнөөс урьдчилан сэргийлэх, эрүүл мэндийн халгаат хүчин зүйлээс хамгаалах.

3. Улсын, даатгалын ба бусад хэлбэрээр хүн амд эмнэлгийн түгээмэл нарийн мэргэжлийн үнэ төлбөргүй, хөнгөлөлттэй болон төлбөртэй тусламжаар хангах,

4. Хүний сэтгэл итгэлийг хүлээ-

сэн өглөгч энэрэнгүй арван цагаан буяныг эрхэмлэх.

5. Урьдчилан сэргийлэх, эмчлэх, нөхөн сэргээх, нийгмийн эрүүл мэндийн тусламж бүх нийтэд хүртээмжтэй байх.

6. Шинжлэх ухааны ололт, туршлагын нэгдэл, чөлөөт хөгжлийг хангах.

7. Эрүүлийг хамгаалахад олон нийт, гэр бүл, хувь хүний идэвх оролцоо үүргийг өндөржүүлж, эрүүл мэндийг дээдлэх,

Олон жил эрүүлийг хамгаалах байгууллагыг ганц улсын төсвөөр санхүүжүүлж «бэлэнчлэх» сэтгэлгээ газар авсан. Цаашид улсын төсвийг өсгөхийн хамт бусад олон эх үүсвэрийг эрэлхийх нь зайлшгүй хэрэгцээ боллоо. Ийм нөхцөлд монголын эрүүлийг хамгаалах нь улсын ба орон нутгийн төвлөрсөн төсөв, эрүүл мэндийн даатгал, улс, хоршоолол, хувийн үйлдвэр, пүүс, хувь хүний хандивлал, эмнэлгийн хоршоолол, хувийн эмнэлэг, төлбөрт үйлчилгээний татвар, эмнэлгийн дэргэдэх туслах аж ахуй, гэрээт үйлчилгээний эх үүсвэрээс тус тус санхүүжих болно.

Цаашид зах зээлийн тогтолцоонд уялдуулан эрүүлийг хамгаалах хууль, эмчийн тангарагийг шинэчлэн боловсруулах, эмнэлгийн үйлчилгээний нутаг дэвсгэрийн зарчим, өрхийн эмчийн үйл ажиллагаанд шилжих, нэг иргэнд ногдох эмнэлгийн тусламжийн ба өртгийн дундаж төвшинг судлан тогтоох, эмнэлгийн ажилтан нарын нийгмийн асуудалд шинэ үзлээр хандах зэрэг шийдвэрлэх асуудал олон байна.

МОНГОЛ ДАХЬ ЭМГЭГ БИЕЗҮЙН АЛБАНЫ ОДООГИЙН БАЙДАЛ, ТУЛГАМДСАН ЗОРИЛТ

Б. Нацагдорж—Анагаах ухааны их сургууль

Анагаах ухааны бүхий л салбарт шинэ арга, нарийн багаж өргөнөөр нэвтэрч өвчин эмгэгийг эрт үед нь буюу эмнэлзүйн шинж тэмдэг илрээгүй байхад нь оношлож цаашдын даамжралт, тархалтын жамыг нарийвчлан судалж урьдчилан сэргийлэх болжээ. Нэгэнт оношлогдсон өвчинг эмчлэхэд хүчтэй үйлчилгээтэй эм, багаж төхөөрөмж хэрэглэдэг болсноор сайн үр нөлөө өгч байгаа хэдий ч бас уршиг дагавар багагүй гардаг болжээ.

Төрөл бүрийн өвчин эмгэг тэдгээрийн оношлогоо, эмчилгээний явцад гарах бүтэц зүйн өөрчлөлтийг гадаад байдал, бичил болон нэн бичил түвшинд нь эмгэг биезүйн (ЭБЗ) салбар ухаанаар судалдаг болсон ХҮИ зууны төсгөл ХХ зууны эхэн хүртэл эрчимтэй хөгжиж анагаах ухааны нийт салбарын суурь болон хавсарга судалгааны бүтэцзүйн нотолгоог гарган хошуучилж эмтэг эд эсийн шинжилгээний энгийн аргаас эхлээд эдийн, эсийн, химийн, дархлал дүрсзүйн, цахилгаан бичил зэрэг

аргаар нэн бичил төвшингийн өөрчлөлтийг хүртэл оношлон хөгжиж иржээ. Ийнхүү түүний үүрэг, нэр хүнд байнга өсч эмнэлзүйн өдөр тутмын үйл ажиллагаанд тэргүүлэх үүрээ гүйцэтгэж буй ч сүүлийн 20-25 жилд анагаах ухаан өндөр хөгжсөн нилээд оронд ЭБЗ албаны зарим үүрэг нилээд буурсан тухай судлаачид мэдээлж байна. 1980-аад оны эхээр АНУ, Австри, Дани, Герман зэрэг оронд ЭБЗ шинжилгээ 50-15% хүртэл буурчээ. Үүний шалтгааныг тайлбарлахдаа:

хэт богино давтамжит эмнаны хяналт дор эд эсийн шинжилгээ (биопси)-г хослуулан хийж оношийг батлах болсон.

2. Дахин сэргэж амьдрахгүй болсон нөхцөлд цаг, хөдөлмөр, хөрөнгө зарах шаардлагагүй.

3. Энэ чиглэлээр нарийн мэргэжсэн дунд мэргэжилтэн, туслах ажилтан хүрэлцээгүй зэргээр тайлбарлаж байна.

Дээрх байдлыг өөрийн орныхтой харьцуулан үзвэл Зөвлөлтийн мэргэжилтнүүд 1938 онд Улсын төв эмнэлгийн дэргэд анх ЭБЗ- бие даасан тасаг нээж ажилласнаас эхлээд 1960-аад оноос үндэсний мэргэжилтнүүд бэлтгэгдэж, бусад эмнэлгүүдийн дэргэд мөн тийм тасгууд ажиллуулж эхэлсэн, дээд сургуулийн бие даасан тэнхимтэй болсон. 1974 онд Улаанбаатар хотын эмнэлгүүдийн ЭБЗ-тасгуудыг нэгтгэн Улсын эмгэг биезүйн Товчоог байгуулсан зэрэг ахмад үеийнхний зүтгэлээр уг салбар бие даан хөл дээрээ зогсож өдөр тутмын ажиллагаагаа практик, сургалт, эрдэм шинжилгээний чиглэлээр явуулж байна. Засаг төрөөс энэхүү хамтлагийн бүтээлч ажиллагааг зохих ёсоор дэмжиж гадаад орнуудад мэргэжилтэн давтан сургаж бас ч гавьяа, шагнал мундахгүй хүргэжээ.

Сүүлийн 15 жилд ЭБЗ шинжилгээг Улаанбаатар хотод нас барсан тохиолдлын 95-аас дээш хувьд аймгуудад 70-аас доошгүй хувьд хийж эмгэг эд эсийн дүгнэлтээр оношийг батлаж иржээ.

Гэвч уг салбарын өнгөрсөн, одоо болон цаашдын төлвийг эрин үеийн өөрчлөлт шинэчлэлийн уур амьсгалаар харж үнэлэлт дүгнэлт өгөх зайлшгүй шаардлага зүй ёсоор гарч байна. Гадаад орнуудын хөгжлийн төвшингөөс 50-аас доошгүй жилээр, түүгээр ч үл барам өөрийн орны эрүүл мэндийн бусад салбараас ч хол хоцорч, хошуучилж явах үүргээ гүйцэтгэж чадахгүйд хүрч байна.

Улсын эмгэг анатомын Товчоог байгуулагдсанаас хойш Улаанбаатар хотын зарим эмнэлгүүдийн ЭБЗ тасаг нэгдэн жилд 2-3 аймгийн лабораторийг тохижуулах ажил хийж байснаас өөр «улсын» гэсэн нэртэй тэнцэхээр дорвитой үүрэг гүйцэтгэж байсангүй. Эмч мэргэжилтэнг шилж сонгох, хуваарилах, тогтвор суурьшилтай ажиллуулах, мэргэжлийн болон нийгмийнх нь асуудлаар нөлөөлөх эрх чадваргүй, бүтээлч санаачлагагүй, түр зуурын хонот өнгөрөөсөн байдлаас хэтэрсэнгүй.

Ууган тэнхимийн нэг болох анатоми шүүх эмнэлгийн тэнхим ч уг албаны цаашдын төлөвийн талаар бүтээлч оролцоо муутай, мэргэжлийн мөн чанарыг практикийн асуудлуудтай холбон шаардлагын өндөр түвшинд сургалт явуулаагүй, мэргэжил

олгох, дээшлүүлэх ажил тогтмолжоогүй, арга барил нь хол хоцрогдсон, материаллаг бааз, тоног төхөөрөмж (хамгийн энгийн бичил харуур ба оношлогооны ажлын будаг ба (уусмал) хүрэлцээгүйгээс зогсонги байдалд аль хэдийнээ орсон, хөдөө орон нутагт ээдрээтэй асуудлыг бие дааж бодит үнэнд дөхүүлж шийдэх бололцоотой лаборатори болон мэргэжилтэн нэг ч байхгүй, салбарын мэргэжилтнүүдийн дэд эрдэмтний, зэргийн хэдхэн бүтээлээс өөр ном товхимол битгий хэл эрдэм шинжилгээ, судалгааны зохих төвшинд асуудал дэвшүүлсэн, түүнийгээ шийдсэн өгүүлэл тун ховор байгаа, гадаадын мэргэжлийн нэг ч байгууллагатай эрдэм шинжилгээ, практик сургалтын аль ч чиглэлээр бүтээлч холбоогүй байна. Шинэчлэлтийн ямар ч өөрчлөлт гарсангүй, юу ч төлөвлөгдсөнгүй, харин ч зарим талаараа хоцрогдол улам гүнзгийрэх нь илэрхий болов. Ардчилал, эрх чөлөө, зах зээлийн тогтолцооны нугалаа, гуйвуулалтад илүү автагдаж сүүлийн 2 жилд ЭБЗ шинжилгээ (1991 онд Улаанбаатар хотод 87% хүртэл, үүнээс СМӨА эмнэлэгт — 50%, УКТЭ-т 67%, аймаг орон нутагт 68% хүртэл буурсан, үүнээс Баян-Өлгий аймагт 15,7%, төмөр замын харьяаллын эмнэлгүүдэд 30,2%-д нь шинжилгээ хийгдсэн) эрс буурч оношийн зөрүүний дундаж нь нийслэлд 7,1%, аймаг орон нутагт 3,8%. Төв, Говь-Алтай зэрэг аймагт жилийн туршид нэг ч оношийн зөрүүгүй гэсэн мэдээ гарч нийт улс даяар эмч нарын эмнэлзүй — эмгэг биезүйн мэргэжил дээшлүүлэх хичээл, зөвлөлтөөний тоо ба чанарын үзүүлэлт эрс буурчээ. Дээрхи байдлын уршгийг тоймлон дүгнэвэл:

1. Одоо хүртэл өвчлөлт-нас баралтын уялдааг улс даяар шинжлэх ухааны үндэслэлтэйгээр тогтоогоогүй байгаагаар барахгүй монгол хүний биезүйн хэвийн тогтолцоог ч бүрэн судлаагүй байгаа өнөө үед хүн амын өвчлөлт нас баралтын үндсэн шалтгааныг бодитоор дүгнэх статик судалгааг явуулах бололцоогүй байна.

2. Оношлогоо, эмчилгээний үр дүн, анхаарууштай зүйлс, оношийн зөрүүг бүрэн хянах боломжгүй байна. Жишээлэхэд Улаанбаатар хотын эмнэлгүүдэд нас бараад онош нь тодорхой задлан шинжилгээ хийх шаардлагагүй гэсэн тохиолдлуудын 48 д нь тойм дүгнэлт хийж үзэхэд 54% нь оношлогоо, эмчилгээний байдлын талаар заавал авч үзүүштэй тохиолдлууд байв. Зөвхөн аймаг орон нутагт ч төдийгүй нийслэлийн эмнэлгүүдэд наад захын оношлогооны багаж, ажлын урвалжууд хүрэлцээгүй байгаа үед онош бүрэн зөв тавигдсан гэдэг нь эргэлзээтэй болох нь тодорхой билээ.

3. Амьд ахуйд нь оношлох боломжгүй зарим халдварг өвчин, суурь өвчин, өрсөлдсөн өвчин тэдгээрийн хүндрэлийг тогтоох боломжгүй байгаа нь эмч нарын мэргэжил дээшлүүлэлт, эрдэм шинжилгээ, судалгаа оюутны сургалтад сайнаар нөлөөлөхгүй байна.

Зах зээлийн эдийн засгийн тогтолцоонд шилжиж буй энэ эрин үед эмгэг биезүйчийн үүрэг (деонтолог) улам нэмэгдэж

нэр хүндтэй, гүн бат мэдлэгтэй байх нь шинжлэх ухааны эмнэлэг ард түмний холбоог улам батжуулахад бүр ч чухал шаардлагатай болж байна. Манай орны анагаах ухааны нийт салбарын ололт амжилт дэлхийн түвшингээс хол хоцорсон, нөгөө талаас нийгмийн бололцоо иргэдийн ахуй, соёлын түвшин, тааруухан байгаа нь өвчлөл элбэг, эмчилгээний сонголт, үр дүн хангалтгүй, оношлын зөрүү ихсэхэд нөлөөлж байгаа юм. Сүүлийн 2-3 жилд ардын уламжлалт эмчилгээний аргыг эзэмшигчийн дүрээр нэр зээлдсэн ашиг хонжоо хайгчид хүний эрүүл мэндийг үл ойшоон өөрөө ч сайн мэдэхгүй янз бүрний хүчтэй эм, ургамал, эрдсээр эмчилсэн болж хордлого үүсгэн хүндрүүлэх явдал ч цөөнгүй гарах болов.

Иймээс нөлөөлсөн хүчин зүйлс бүртэй холбоотойгоор өвөрмөц илрэх эмгэгзүй-жам-бүтэцгүйг харилцан уялдаанд нь төгс оношлох нь угтаа эмгэг биезүйчдийн үндсэн үүрэг билээ.

Дээрхи бодиг байдалтай уялдан эмгэг биезүйн албаны практик сургалт, эрдэм шинжилгээний ажлын одоогийн зохион байгуулалтыг өөрчилж эрдэм шинжилгээ-практикийн төвлөрсөн байгууллага буюу эмгэг судлалын хүрээлэн байгуулж түүний баз дээр сургалтын ажлыг явуулж байх нь зүйтэй болов. Эл байгууллагыг тэнхим Улсын эмгэг анатомын товчоо, эрдэм шинжилгээний ажилтанг нэгтгэх замаар байгуулах нь зүйтэй. Эл байгууллага нь ЭМЯ ба АУИ Сургуулийн өмнө зохих үүргийг бүрэн хүлээх ба салбарын хот, орон нутгийн мэргэжилтнүүдийн мэргэжлийн болон нийгмийн асуудлын бодлогыг боловсруулан хариуцдаг, зөвлөдөг, шийдвэрлэдэг байх юм. Ингэснээр мэргэжилтнүүдийн саланги, багаж төхөөрөмжийн тархай байдал арилж төсвийн зарцуулалт үр ашигтай, үлсад өгөөжтэй болох болно.

Эмгэг биезүй — шүүх эмнэлгийн тэнхимийн санаачилгаар 1991 оны 5—р сард Улаанбаатар хотноо 18 аймаг төвлөрсөн хотууд эмгэг биезүйч, шүүх эмнэлгийн шинжээчид, тэнхим болон эрдэм шинжилгээний ажилтан нарын ажил төрлийн 3 хоногийн зөвлөгөөн болж «Эмгэг анатомын алба өөрчлөлт шинэчлэлтийн эрин үед ба ХХI зуунд» (Б. Нацагдорж), «Шүүх эмнэлгийн алба өөрчлөлт шинэчлэлтийн эрин үед» (М. Санжаадорж), «Эмгэг анатомын мэргэжлийн хүмүүсийн ажлын нэгж, ажлын чанарын хэмжүүр» (Д. Дашдорж) гэсэн үндсэн сэдвүүдээр илтгэл тавигдаж, туршлага солилцон, хот хөдөөгийн эмч нарын бэлтгэсэн 22 сэдэв бүхий илтгэлтэй онол практикийн бага хурал зохиогдов.

Зөвлөгөөнөөр үндсэн илтгэлүүдийг сонсож мэргэжлийн албаны одоогийн зохион байгуулалтад хийх өөрчлөлтийн тойм төслийг олон талаас нь нягтлан ярилцаад эрдэм шинжилгээ-практикийн нэгдсэн төв буюу хүрээлэн байх нь зөв гэдэгт бүгд санал нэгдэв. Харин хэрхэн байгуулах талаар санал хураахад тэнхимийг түшиглэн Эмгэг биезүйн болон шүүх эмнэлгийн магадлах товчоодыг нэгтгэх замаар гэдэгт 50% нь, зөвхөн тэнхим ба эмгэг анатомын товчоо хоёрыг нэгтгэх замаар эрдэм шинжилгээ-практикийн төв байгуулах нь зөв гэсэнтэй 50% нь санал нийлж, уг асуудлыг боловсронгуй болгож хэрэгжүүлэхийн тулд удирдах дээд байгууллагуудад төсөл даруухан оруулахыг тэнхимд зөвлөсөн болно.

Уг албаны зохион байгуулалтад ийнхүү өөрчлөлт хийхийн үндсэн зорилт хэтийн төлөв нь юунд орших билээ? Шинжлэх ухаан техникийн дэвшил, нийгмийн өөрчлөлт шинэчлэлт сар, өдрөөр хэмжигдэж буй эрин үед одоогийн хоцрогдлоос гарах өөр боломжгүй нь тодорхой.

ЛЕКЦ, ТОЙМ, ЗӨВЛӨГӨӨ

МОНГОЛ ХҮНИЙ БИЕЗҮЙН ХЭМЖЭЭНИЙ СУДАЛГААНЫ ТОЙМ

М. Туул—Хүн судлалын үндэсний төв

Хүний бие зүйн судалгааны нэг томоохон хэсэг нь хүүхэд, өсвөр үеийнхний биеийн хэмжээс юм.

Манай улсад хүүхэд, өсвөр үеийн бие бялдрын хөгжилт стандартчилсан үзүүлэлт гаргах талаар нэлээд ажил хийгдэж иржээ.

Биеийн жин, өндөр, толгойн болон цээжний бүслүүрийн хэмжээ зэрэг бие зүйн ерөнхий үзүүлэлтүүдийг амьдралын анхны сараас эхлэн бэлгийн бойжилтийн үе хүртэл судалж өсөлт, хурдсалыг бас тогтоожээ. (Д. Батчулуун 1975).

Д. Батчулуун судалгааныхаа үр дүнг 1963 онд Ч. Чүлтэмдоржийн тогтоосон үзүүлэлттэй харьцуулахад 15 жилийн өмнөх өсвөр үеийнхнээс биеийн өндөр 4 см, биеийн жин 1,0 кг, цээжний бүслүүрийн хэмжээ 2см-ээр тус тус өссөн байжээ.

0-1 насны эрүүл хүүхдийн бие бялдрын үндсэн үзүүлэлт, сэтгэхүйн хөгжлийн онцлог, цусны сийвэнд агуулагдаж буй зарим эрдэс бодисын хэвийн хэмжээг 1990 онд Г. Оросоо судлан тогтоосон байна.

Төрөх үеийн биеийн жингээ эрэгтэй хүүхэд 3-н сартайдаа, эмэгтэй хүүхэд 4—5 сартайдаа 2 дахин, нэг нас хүрэхэд 3 дахин нэмж, нэг нас хүртэл эрэгтэй хүүхдийн цээжний бүслүүрийн хэмжээ 14,27 см эмэгтэй хүүхдийнх 13,37 см нэмэгдэж байна. Судалгаанаас үзэхэд хүүхдийн цээжний хэмжээ толгойн бүслүүрийнхээс 0,42 см, эмэгтэй хүүхдийнх 0,25 см-ээр илүү байгаа нь эрүүл монгол хүүхдийн бие бялдрын үв тэгш хөгжлийг илтгэн харуулж байна. Нэг настай эрэгтэй хүүхдийн цээжний бүслүүрийн хэмжээ толгойнхоос 0,85 см, эмэгтэй хүүхдийнх 0,75 см-ээр их байна. Улаанбаатар хотын эрүүл хүүхдүүд нэг нас хүрэхэд биеийн жин дунджаар 6731г, өндөр 22,28 см, цээжний бүслүүрийн хэмжээ 11,45 см тус тус нэмэгдэж байна (Г. Оросоо 1989).

Судлаач нэг хүртэлх насны Монгол хүүхдийн бие бялдрын өсөлт хөгжилт эрчимтэй явж хэвийн хэмжээ нь галаадын эрдэмтдийн судлан тогтоосноос ялгаатай байгаа боловч хүний хөгжлийн ерөнхий зүй тогтоолоор явж байгааг, нэг хүртэлх насны хүүхдийн бие бялдрын хөгжлийн нэг ерөнхий зүй тогтол нь эрэгтэй хүүхэд эмэгтэй хүүхдээс бие бялдрын хөгжлөөрөө давуу байгааг тус тус дүгнэжээ.

Судлаач бие зүйн үндсэн үзүүлэлтээ Д. Батчулууны судалгаатай харьцуулан дүгнэжээ.

Судалгаанаас үзэхэд Д. Батчулуун (1975) амьдралын эхний жилдээ хүүхдийн биеийн өндөр эрэгтэй 20,62, эмэгтэй 20,16 см-ээр өсдөг гэж тогтоосон бол Г. Оросоогийнхаар (1990) бодит өсөлт эрэгтэй хүүхэд 22,55 см, эмэгтэй хүүхэд 22,01 см гэж тогтоосон нь сүүлийн 10 жилд нэг

хүртэлх насны хүүхдийн биеийн өндөр өссөн статистик үнэмшилтэй ($T > 3$ $P < 0,05$) байна.

Х. Лхагважав 1972 онд хийсэн судалгааны үр дүнгээ 1961 онд Улаанбаатар хотноо хийгдсэн судалгааны материалтай харьцуулж хөвгүүдийн биеийн өндөр 0,38-2,44 см-ээр, биеийн суугаа үеийн өндөр 0,35—1,23 см, биеийн жин 0,26—1,18 кг цээжний бүслүүрийн хэмжээ 1,32-3,20 см-ээр, охидын өндөр 0,64-2,14 см, суугаа үеийн өндөр 0,21-0,61 см, биеийн жин 0,16-1,19 кг, цээжний бүслүүрийн хэмжээ 1,46-3,20 см-ээр тус тус өссөнийг тогтоожээ.

Г. Дашзэвэг, П. Нямдаваа, Ц. Эрдэнэсамбуу (1980) нарын «Хүний биеийн бүтэц, үйл ажиллагааны хэвийн хэмжээ» номонд «Манай охид хөвгүүдийн биеийн хөгжлийн үзүүлэлт европын үе тэнгийнхнээсээ арай л доогуур байна» гээд 1956-1957 онд Швейцарт И. Хаймендингерийн хийсэн судалгаа, 1950 оны сүүлчээр Улаанбаатарт хийсэн Ч. Чүлтэмдоржийн судалгаа, 1972 онд Улаанбаатар болон хөдөө аймгуудад П. Цэндсүрэнгийн хийсэн судалгааны үр дүнг харьцуулж 9-17 насны охидын биеийн өндөр, жинг жишиж харуулжээ.

Г. Дашзэвэг нар «энэ насны монгол охидын биеийн өндөр нь 10 гаруй жилийн өмнөх үеийнхээсээ 2,15,3 см-ээр буюу дунджаар 3,7 см, биеийн жин нь 0,6-3,3 кг буюу дунджаар 1,7 кг өссөн боловч үе тэнгийн европ охидоос өндөрөө 5,0-8,2 см буюу дунджаар 7,0 см, жингээрээ 3,4-7,1 кг буюу дунджаар 5,3 кг-аар дутуу байна. Энэ үзэгдлийг Х. Лхагважав (1972) П. Цэндсүрэн (1967) нар монгол үндэсний удамшил галбирын онцлогоор тайлбарласантай бид санал нэг байна» гэж тэмдэглэжээ.

1972 онд Н. Тарва «монголын бие бялдрын хөгжилтийн дундаж зарим үзүүлэлтийг судлан тогтоожээ.

Судалгаанаас үзэхэд тамирчдын биеийн өндөр 13-26 насны эрэгтэйчүүдэд 150,92-170,36 см, эмэгтэйчүүд 149,64-163,24 см-ээр хэлбэлзэж, өсөлтийн хурд жигд явагдаж байна. Тамирчдад 13-16 насанд биеийн өндөр хамгийн их буюу 10,38 см-ээр нэмэгдэж байна. Биеийн жин мөн насны эрэгтэй тамирчдад 42,38-66,08 кг, эмэгтэйчүүдэд 46,02-56,48 кг байна. Биеийн жингийн хамгийн их өсөлт 15-16 насанд 12 кг хүртэл нэмэгдэжээ. Харин 20—22 насны тамирчдын биеийн өсөлтөд өөрчлөлт ажиглагдсангүй ажээ.

1981-1986 онд Ц. Мухар нарын бичсэн «БНМАУ-ын өвчлөл судлалын тайлан»-д «Манай орны хүүхэд өсвөр үеийн бие бялдрын хөгжилт стандартчилсан үзүүлэлт

гаргах талаар нэлээд ажил хийгдсэн боловч насанд хүрэгчдийн хувьд тийм ажил байхгүй юм» гэж дүгнээд Улаанбаатар, Дархан, Мөрөн хотын 3-60 нас, 60-аас дээш насны оршин суугчдын дунд бие зүйн үндсэн үзүүлэлтийг судалжээ.

Судалгааны дүнг 10 жилийн өмнө хийгдсэн Д. Батчулууны материалтай харьцуулан жишихэд хүүхэд өсвөр үеийн бие бялдрын өсөлтийн үндсэн үзүүлэлт болох биеийн өндөр 2 см, биеийн жин 3,5 кг, цээжний эргэн тойрны хэмжээ 3 см-ээр ихэссэн байна» гэж дүгнэжээ.

Мөн дээрх судлаачдын 1989 онд боловсруулсан Шинжлэх ухаан техникийн дэвшлийн 15-20 жилийн хөтөлбөрт «Манай орны эрэгтэй хүний биеийн өндрийн дундаж хэмжээ 165,4 см, эмэгтэй хүнийх 157,5 см-тэй тэнцүү байна. Судалгааны дүнгээс үзэхэд эр, эм хүний биеийн жин, цээжний хэмжээ 30 хүртэл насанд үлэмж хэмжээээр нэмэгдсэн харин 30-аас дээш насанд түүний өсөлт эрс багасч 60-аас дээш насанд уг үзүүлэлт буурч байна.

Сургуулийн өмнөх ба бага сургуулийн насанд эрэгтэй хүүхдийн биеийн жин, өндрийн хэмжээ, цээжний тойргийн хэмжээ энэ насны охидынхоос илүү боловч 10 наснаас эхлэн 15-16 нас хүртэл хугацаанд охидын өсөлт мөн үзүүлэлтүүдээр түрүүлж хөгжих хандлагатай байна.

Эрэгтэй хүний биеийн жин 3-50 нас хүртэл хугацаанд дунджаар 51 кг-аар, эмэгтэй хүнийх 46 кг-аар тус тус нэмэгдэж байна» гэжээ.

Судлаач Я. Нямдорж нар 1981-1982 оны намар Өмнөговь аймагт, 1983 оны намар Дорноговь аймагт 1984 оны хавар Архангай аймагт хүн амын дунд бие зүйн 20 гаруй үзүүлэлтийг тогтоох зорилгоор судалгаа хийжээ. Судлаач өөрийн өгүүлэлдээ байгаль цаг уурын бүсээр хүний бие зүйн онцлогийг судлах судалгаа төлөвлөгөөтэй дорвитой хийгдээгүй байгааг тэмдэглэсэн байна.

Говийн ба Хангайн бүсийн хүн амын бие зүйн үндсэн шинжийг судалсан үзүүлэлтүүд Говь, Хангайн бүсэд оршин суугчдын бие зүйн харьцааг харьцуулсан хүснэгт 1-д үзүүлэв.

Судалгаанаас үзэхэд говь, хангайн бүсэд оршин суугч эрэгтэйчүүдийн бие зүйн үндсэн үзүүлэлтэд статистик үнэмшил ялгарсангүй, харин эдгээр 2групптэй оршин суугч эмэгтэйчүүдэд статистик үнэмшилтэй ялгаа харагдав. Говийн бүсэнд оршин суугч эмэгтэйчүүдийн цээжин бүслүүрийн хэмжээ Архангайд оршин суугч эмэгтэйчүүдийн хэмжээнээс харьцангуй илүүтэй, харин биеийн өндөр нь богино байна.

ХҮСНЭГТ № 1

**ГОВЬ, ХАНГАЙН БҮСЭНД ОРШИН СУУГЧДЫН БИЕ ЗҮЙН
ХАР ЦААГ ХАРЬЦУУЛСАН ҮЗҮҮЛЭЛТ (ДЭЭД ТАЛД
ЭРЭГТЭЙГ, ДОР НЬ ЭМЭГТЭЙГ БИЧИВ).**

Үзүүлэлтүүд	Говийн бүсийн оршин суугч		Архангайн оршин суугч	
	1	2	3	4
1. Биеийн өндөр, хөлийн уртыг харьцуулсан харьцаа	52,5 52,0	1,57 1,76	52,7 52,3	1,7 1,9
2. Биеийн өндөрт гарын уртыг харьцуулсан харьцаа	44,7 44,0	2,0 1,7	45,8 44,6	1,5 1,9
3. Биеийн өндөрт гарын өргөнг харьцуулсан харьцаа	23,1 22,6	1,4 1,9	22,8 22,0	1,3 1,0
4. Биеийн өндөрт таазны өргөнийг харьцуулсан харьцаа	17,0 18,3	0,9 1,1	16,8 17,9	1,6 1,1
5. Цээжний хөндлөн диаметрт дагуу диаметрийг харьцуулсан харьцаа	69,9 97,5	6,0 6,3	74,1 74,7	6,9 6,7

Үүнтэй холбоотойгоор говийн бүсийн эмэгтэйчүүдийн бие бялдрын бүслүүрийн хэмжээсүүд харьцангуй их байгааг, харин Архангайн эмэгтэйчүүдийн уртын үзүүлэлтүүд харьцангуй их байгааг тус тус тэмдэглээд, говийн нөхцөлийн цаг уураас шалтгаалан хийн солилцоотой холбон тайлбарлаж болох юм гэж үзжээ (Я. Нямдорж 1989).

Нэг хүртэлх насны хүүхдийн бие бялдрын үзүүлэлт, хүүхэд, өсвөр үеийн бэлгийн бой-

жилтын үеийн охид, хөвгүүдийн болон тамирчдын зарим аймаг хотын оршин суугчдын бие зүйн ерөнхий үзүүлэлтүүдийг судалсантай бид танилцлаа.

Хүүхэд өсвөр үеийн болон насанд хүрэгчдийн бие бялдрын хөгжил, үндсэн үзүүлэлтийн дундаж хэмжээг тогтоох нь амьдралын хангамж, хөдөлмөрийн нөхцөл, хүний бие махбодод нөлөөлөх гадаад орчны нөлөөллийг үнэлэх, эмнэлэг урьдчилан сэргийлэх ажлын үр дүн, эрүүл мэ-

дийн байдлын үндсэн хандлагыг тодорхойлох зэрэг олон талын ач холбогдолтой юм.

Харин бие зүйн дасан зохицолтын хэмжээний тухай буюу хүний бие махбодын эрхтэн тогтолцоо, тэдгээрийг бүрдүүлж буй эд, эс эсийн туслах эрхтэнүүдийн бүтэц, орон зай, байрлалыг хамарсан өргөн агуулгатай асуудлын талаар манайд хийгдсэн дорвитой судалгааны материал тааралдахгүй байна. Монгол хүний зарим дотор эрхтэний хэмжээг бие зүйн ерөнхий үзүүлэлттэй холбон судалж үзэхэд гадаадын эрдэмтдийн судалсан хэмжээтэй зарим талаар ойролцоо, зарим талаар зөрөөтэй байгаа нь цаашид байгаль цаг уурын эрс, тэс орчинд амьдарч байгаа Монгол хүний дотор эрхтэний жин, хэмжээг дасан зохицолтын байдалтай уялдуулан судлахын чухлыг харуулж байна (М. Туул, Ч. Нээчин 1989).

Бидний судалгааны зарим дүгнэлтээс хархад Монгол хүний бие зүйн эд эрхтэний дүрс судлалын гол үзүүлэлтүүдийг хөдлөл зүй, хэмжээг тогтоох зорилго бүхий улаан хоолой, ходоод, 12 нугалаа гэдэс, нарийн, бүдүүн гэдэсний ургын хэмжээ, Абрикосовын (1936) судалсан дундаж хэмжээтэй ойролцоо, эрхтэнүүдийн жин, хэмжээ 30 хүртэлх насанд өгсөх хандлагатай байна (М. Туул, Ч. Нээчин 1990).

ДҮГНЭЛТ

1. Манай судлаачид Монгол хүүхдийн болон насанд хүрэгчдийн бие зүйн гадаад төрхийн зарим үзүүлэлтийг 1950-аад оноос эхлэн судалж 10-15 жил тутамд хүүхэд, өсвөр үеийн өсөлтийн хурдсалын үзэгдэл ажиглагдаж байгааг илрүүлжээ.

2. Зарим судлаачид Монгол хүний бие зүйн гадаад төрхийн онцлогийг байгаль газар зүйн байрлалаар судлан тогтоох зорилго бүхий судалгааны ажил хийсэн байна.

3. Монголчуудын бие зүйн, эд эрхтэний дүрс судлалын гол үзүүлэлтүүдийн хэмжээ, хөдлөл зүйг судлан тогтоох нь эмнэлэг, хүн амын эрүүл мэндийн хувьд ихээхэн ач холбогдолтой гэж үзэж байна.

ТОЛГОЙ ӨВДӨЛТ

Г. Цагаанхүү, Д. Өлзийбаяр—Анагаах ухааны их сургууль

Судлаачид нийт хүн амын 85%-ийнхны толгой өвдөгийг тогтоогоод (Вольф, Огден) тэдгээрийн таван хүн тутмаас нэгд нь толгой байнгын шинж төрхтэй өвдөг болохыг цохон тэмдэглэжээ. Залуу, дунд насны хүмүүсийн толгой харьцангуй их өвддөг. Өвдөлтийн шалтгаан, шинж төрх насны бүлэглэлд харилцан адилгүй.

Гол төлөв 20-30 насанд толгой таллаж (мигрень) өвддөг бол гуравдахь арван жилийн сүүдлээс сэтгэл санааны хямрал, мэдрэл цочрогдол, 40 наснаас тархины цусны эргэлтийн дутмагшил, хүүзүүний

АШИГЛАСАН МАТЕРИАЛ

1. Г. Оросоо «Физическое и нервно-психическое развитие детей первого года жизни, г. Улан-Батор» Дэд эрдэмтний зэрэг горилсон зохиолын хураангуй, УБ 1990-7-14 хуудас.

2. Г. Оросоо «Нэг хүртэлх насны эрүүл хүүхдийн бие бялдрын үзүүлэлтүүд» Анагаах ухаан сэтгүүл №3 1989 11-14 хуудас.

3. Г. Дашзэвэг, П. Нямдаваа, Ц. Эрдэнэ самбуу. Хүний биеийн бүтэц үйл ажиллагааны хэвийн хэмжээ, УБ, 1980, 32-40 хуудас.

4. Общая заболеваемость населения МНР Заключительный отчет, П том, стр. 64-83.

5. Д. Батчулуун Физические развитие детей от 1-го месяца до 17 лет и некоторые гигиенические вопросы акселерации развития школьников, г. Улан-Батор Дэд эрдэмтний зэрэг горилсон зохиолын хураангуй, УБ 1972.

6. Н. Тарва «Физическое развитие спортсменов, МНР, Дэд эрдэмтний зэрэг горилсон зохиолын хураангуй, УБ, 1972.

7. Х. Лхагважав. Материалы к установлению возраста коренного населения МНР в судебно-медицинском отношении, Дэд эрдэмтний зэрэг горилсон зохиолын хураангуй, 1972, 16 хуудас.

8. П. Цэндсүрэн «Физическое и половое развитие девочек и девушек МНР. Дэд эрдэмтний зэрэг горилсон зохиолын хураангуй, УБ, 1977 26 хуудас.

9. Я. Нямдорж. Некоторые антропо-экологические особенности населения гобийской зоны МНР 1989.

10. М. Туул, Ч. Нээчин нар Монгол хүний зарим эрхтний хэмжээг бусад судлаачдын материалтай харьцуулсан нь АУДС Багш нарын эрдэм шинжилгээний 31 дүгээр бага хурлын илтгэлийн хураангуй, УБ, 1989, 49-52 хуудас.

11. М. Тугл, Н. Нээчин нар 17-35 хүртэлх насны Монгол хүний зарим дотор эрхтний хэмжээг судалсан нь УШЭМ Товчоо эрдэм шинжилгээ онол практикийн бага хурал, УБ, 1990.

ясны өөрчлөлттэй холбоотой өвдөлт ажиглагдана.

Толгой өвдөлтийг анхдагч, хоёрдогч гэж хоёр ангилна. Анхдагч өвдөлтөд тархины судасны шалтгаан бүхий толгойн талласан өвдөлт (мигрень), багцалсан булчин чангарлын өвдөлт багтдаг. Толгойн хоёрдогч өвдөлт бусад өвчний шинж тэмдэг болж илэрнэ.

Нэг. Толгойн архаг өвдөлт

Толгойн архаг өвдөлт (ТАӨ) нийт хүн амын 2-5%-д тохиолдоно, Эмэгтэй, эргэтэй хүйсний харьцаа 2:1-ээс 3:1 байдаг. Хот,

суурин газрын хөдөлгөөн багатай хүмүүс зонхилон өвчилнө, ТАӨ-тэй ихэнх хүмүүст вегетатив-судасны хөдлөл (35%-60%) илэрдэг.

ТАӨ-ийг олон оронд «булчин чангарлын толгойн өвдөлт» гэж нэрлэж иржээ, Саяхан болтол ТАӨ-ийн эмгэг жамыг булчингийн чангарал ихэссэний улмаас артерийн судас нарийсан, заримдаа цусны тасалдал үүсэх, булчингийн чангарал сулрахад цусны эргэлт дахин сэргэдэг хэмээн тайлбарлаж байлаа, Артерийн судас нарийсахын хэрээр венийн зогсонгошил үүсч, бодисын солилцооны хагас задарсан бүтээгдэхүүний нөлөөнд хуйхны булчин хавагнаж өвчтэй болно, Гэвч толгой өвдөлтийн энэ хэлбэрийн үед булчин чангарлыг илтгэгч шинж электромиографийн (ЭМГ) бичлэгт илэрдэггүй нь «булчин чангарлын толгой өвдөлт» хэмээх нэршил мөн чанартайгаа тохирдоггүйг харуулж байна, Толгойн талласан өвдөлт (ТТӨ), толгойн багцалсан өвдөлтийн (ТБӨ) үед ЭМГ дээр булчингийн чангарлын шинж ажиглагдахадана. Энэ нь хуйх, хүзүүний балчингийн чангаралт ТАӨ үүсэх шалтгаан бас, харин өвдөлтийн улмаас бий болдог гэсэн дүгнэлтэд хүргэжээ, ТАӨ-ийн эмгэг жам одоо хүртэл гүйцэд тайлагдаагүй, ТАӨ захын бус, төвийн гаралтай болох, чухамдаа тархины судасны зохицуулгад гол нөлөө бүхий нейротрансмиттерууд болон тархины өөрийн өвдөлтийг мэдрэх тогтолцоонд шалтгаалдаг болохыг сүүлийн үеийн судалгаа харуулж байна.

Биологийн амин хүчлүүдийг задалдаг МАО (моноаминооксидаз) ферментийн хоёр үндсэн хэлбэрийг ялгаж авсан нь ТАӨ-ийн эмгэг жамын нэг механизмыг тайлбарлах боломж олголоо. МАО «А» фермент серотонин (С), норалренилиныг (НА), МАО «Б» фермент фенилэтиламиныг задалдаг, Мөн тирамин (Т), дофамин (ДА) дээрх хоёр ферментийн оролцоотой задарна.

Тархины эдэд МАО «Б» фермент МАО «А»-гаас илүү хэмжээтэй байна. МАО ферментийг тромбоцитод (Тр) тодорхойлох бөгөөд энэ нь тархины МАО «Б» ферментийн солилцлын түвшинг шууд илэрхийлдэг, МАО ферментийн идэвх багассаны улмаас фенилэтиламин, ДА, Т ихээхэн хэмжээгээр хуралдана, Энэ нь тархины судас, хуйх, булчинд мэдрэл шингэний замаар нөлөөлж, өвдөлт үүсгэх модуляторын үүрэг үйцэтгэнэ. Ингэснээр тархины өөрийн өвдөлт мэдрэх (ноцицептив), үл мэдэг (антиноцицептив) тогтолцооны үйл ажиллагааны тэнцвэрийг алдагдуулах талтай.

Ийнхүү ТАӨ-ийн үед МАО ферментийн идэвх багасч байгаа нь түүний эмгэг жамын нэг механизм болно. Тр дахь МАО фермент нь зөвхөн ТАӨ төдийгүй, ТТӨ, ТБӨ-ийн үед багасдаг.

ТАӨ залуу насанд эхэлнэ. Өвдөлт дүүрэх, хатгах, лугших, дарах шинж төрхтэй, голдуу дух, чамархай, дагз, хүзүүний орчмоор хоёр талдаа байрлана. Ихэнх өвчтөнүүд «хуйх бамбайж хөндүүрлэнэ», «толгой дээр малгай дарсан мэт хүндэрнэ» гэж зөвиурладаг. Огуулж бөөлжих нь ховор. Нойр өнгөц, зүүдэлнэ, өглөөд бие амрахгүй босдог гэсэн шанаагаа цөөнгүй,

Өвчтөн дуу шуугианд их мэдрэг. Удаан хугацаагаар анхаарлаа төвлөрүүлэх чадвар буурна.

ТАӨ-ийн үед толгой байнга өвдөж, ядрах, сэтгэл хөдлөх, оюуны ачаалал нэмэгдэх, ханиах, үед улам ихэсдэг. Толгой өвдөхөөс гадна сэтгэл санаа хямрах, бачимдах, өөртөө итгэлгүй болох, айх сандрах зэрэг сэтгэл санааны хямрал бий болно. Эмэгтэйчүүдэд ТАӨ климаксын үед улам ихэсч цэвэршсэнээс хойш ихээхэн багасдаг.

ТАӨ-ийн оношийн хэмжүүр:

1. Толгой байнга тогтмол, өдөр бүр өвдөх онцлогтой.

2. Толгойн өвдөлт анхдагч гаралтай.

3. Өвдөлтийн хүч дунд зэрэг, голдуу хатгах, дүүрэх, толгой хүндэрэх, лугших шинжтэй.

4. Өвдөлт залуу насанд эхэлнэ.

5. Мэдрэлийн бодит үзлэгээр тодорхой голомтод шинж илрэхгүй, Харин өвчний явцад вегетатив-судасны гэнэтийн хөдлөл үе үе илрэх бөгөөд шөрмөсний рефлекс жигд ихсэх, хурууны үзүүр, зовхи чичрэх шинж байнга ажиглагдана. Сэтгэл түгших, айх эргэлзэх, улиглан өвчирхөх зэрэг мэдрэл сульдлын шинжүүд янз бүрийн хослолоор илэрнэ. ТАӨ-тэй хүмүүс агаарын даралт, цаг уурын өөрчлөлтөнд их мэдрэг, Ялангуяа өвөл, хаврын улиралд өвдөлт ихэсдэг нь хүйтний нөлөөтэй холбоотой.

Хоёр, Толгойн үечилсэн өвдөлт

ТАӨ-өөс гадна толгойн үечилсэн гэнэтийн өвдөлтүүд тохиолдоно. Энэ нь толгой таллаж, хүчтэй, үечлэн өвдөх шинжээр илэрнэ. Мэдрэлийн эмчийн практикт ТТӨ элбэг тохиолдоно. Үүнээс гадна тэр бүр ялган оношлоход бэрхшээлтэй хэлбэр нь толгойн багцалсан өвдөлт (Хортны хамшиж буюу гистамины толгойн өвдөлт) юм.

1. Толгойн багцалсан өвдөлт (ТБӨ)

ТБӨ нь толгойн нэг талд тогтвортой байрлаж, нүүр улайх, хөлрөх, нууц, нулимс гоожих зэрэг вегетатив мэдрэлийн өөрчлөлт хавсарч илэрдэг, тархины судасны шалтгаанд үечлэн тохиолдох хүчтэй өвдөлт юм, Нэг удаагийн өвдөлтийн үргэлжлэх хугацаа удаан биш боловч, хөдлөл сэдэрсэн үед өдөр бүр тодорхой цагт өвдөнэ. Ийм ч учраас энэ өвдөлтийг цагийн эсрүүлэгтэй ч холбон нэрлэдэг, Хоёр хөдлөлийн хоорондох «завсрын хугацаа» харьцангуй зайтай.

ТТӨ-өөс ялгаатай нь ТБӨ дунд хэрийн насны (30-40 нас) эрэгтэйчүүдэд зонхилон (4:1) тохиолдоно.

ТБӨ-ийн эмгэг жамын талаар эрдэмтдийн (Кунжл, Хортон) хийсэн судалгаа одоо хэр маргаантай байна, Ихэнх эрдэмтэд ТБӨ-ийн эмгэг жамын үндэс нь симпатик, парасимпатик мэдрэлийн хүчдэлийн тэнцвэрт зохицуулга алдагдсантай холбоотой байж болох юм гэж үздэг.

ТБӨ гэнэт, хүчтэй өвдөж эхлэх нь гурамсан мэдрэлийн янтай төстэй, Өвдөлт лугших, хатгах шинж төрхтэй, толгойн зөвхөн нэг тал тогтвортой байрлана, ТБӨ-ийн эмнэлзүйг анх судалсан эрдэмтэн Хортон өвдөлт ихэнхдээ зүүн талд байрладаг болохыг цохон тэмдэглэсэн,

Ховор тохиолдолд ТБӨ нь толгойн нэг талаас нөгөөд шилждэг, Өвдөлт хоёр талд зэрэг байрлах нь бараг үгүй.

Өвдөлт нүд, түүний эргэн тойрон, санчгаар байрлана. Нүүр таллаж хүчтэй өвдөх боловч хүзүү, дагз, чих, гар хуруу дамжих нь ховор. Нэг удаагийн өвдөлт 1/2-6 цаг буюу дунджаар 1.3 цаг үргэлжилнэ. Өвдөлт тодорхой давтамжтай, Ихэнхдээ шөнө нойронд өвдөнө. ТБӨ-ийн үед нүд улайх, нулимс гоожих, гэрэлд анивчих, хамар битүүрэх эсвэл нус гоожих шинжүүд заавал дагалддаг. Бөөлжих, дотор муухайрах нь ТТӨ-ийг бодвол ховор ажиглагдана, Архи хэрэглэх, сэтгэл санааны дарамт, даарч хөрөх нь сэдэрэх нөлөө үзүүлнэ.

Өвчний ээлжит хурцдал дунджаар 5-12 долоо хоног үргэлжилнэ. Хоёр хөдлөлийн хоорондх зай «завсрын хугацаа» гурван сараас хэдэн жил ч байдаг.

Хортон бусад судлаачдын хамт ТБӨ нь жилийн тодорхой улирал, тухайлбал, намрын сүүл, өвлийн эхэн эсвэл өвлийн адаг, хавар эрт сэдэрдэг болохыг тогтоосон:

ТБӨ-ийн оношийн хэмжүүр

1. 30-40 насны эрэгтэйчүүдэд ихэвчлэн тохиолдоно.

2. Хөдлөл сэдэрсэн үед толгойн өвдөлт өдөр бүр, тогтмол тодорхой цагт эхэлнэ.

3. Өвдөлт толгойн нэг талд тогтвортой байрлана. Толгой маш хүчтэй лугшиж өвдөхийн зэрэгцээ нулимс гоожих, хамар битүүрэх, нус гоожих шинж ажиглагдана.

4. Бодит үзлэгээр Горнерийн гурвал хамшинж (хүүхэн хараа нарийсах, нүд хонхойх, нүдний завсар нарийсах) илэрнэ.

5. Гистамин тарих буюу нитроглицеринь шахмал хэлэн дор тавихад өвдөлт сэдэрнэ.

6. Эрготамин хэрэглэхэд өвдөлтийн хөдлөл дарагдана.

ТБӨ-ийг гуравсан мэдрэлийн ян, нүдний даралт ихсэх өвчин, чамархайн артерийн үрэвслээс ялган оношлох хэрэгтэй.

Гуравсан мэдрэлийн янгийн үед түүний II, III салааны дагуу Керрисон хүчтэй өвдөлт илэрч, богино хугацаатай (1-3 сек) үргэлжилнэ. Өвдөлтийг сэдэрэгч бүс шүд, буйл, тагнайд байдгаараа ТБӨ-өөс ялгагдана. Нүүр угаах, ярих, идэж уухад өвдөлт сэдэрнэ.

Нүдний даралт ихсэх өвчний хурцдалын үед үүсэх толгойн өвдөлт ухархай уруу төвлөрөн дамжиж, харасны өөрчлөлттэй хавсарч илэрдэг онцлогтой.

Чамархайн артерийн үрэвслийн үед чамархайн судас дагуудаа хатуурч, бүдүүрсэн, тэмтрэхэд нэн хөндүүр, өвдөлт санчигны орчим төвлөрч, эрчим нь алгуур нэмэгдэнэ, харааны тогтвортой өөрчлөлт өгнө. Гистологийн шинжилгээнд аварга том эсүүд олдоно.

2. Толгойн талласан өвдөлт (ТТӨ)

Толгойн үечлэн өвдөх хэлбэрүүдийн дотор ТТӨ зонхилон тохиолдоно. ТТӨ нь удамшлын шалтгаантай учир нэг гэр бүлийн хэд хэдэн хүмүүст тохиолдоно. Өвдөлт сэтгэл хөдлөх, ядрах, цаг агаар өөрчлөгдөх, нойр муудах гэх мэт тодорхой хүчинзүйлийн нөлөөгөөд гол төлөв сэдэрдэг. Толгой талласан өвдөхийн өмнө хараа мэдрэхүйн талаас түр зуурын өөрчлөлт гарна.

Насанд хүрсэн хүн амын дотор ТТӨ 3-10% тохиолддог болохыг судлаачид тог-

тоосон (Прусинский А. 1979). ТТӨ-ийн эмнэлзүйн эхний илрэл ихэвчлэн өсвөр, залуу насанд эхэлнэ. Эмэгтэйчүүдэд зонхилон тохиолддог.

Эмнэлзүйн хувьд ТТӨ-ийг сонгомол ба нүдний хэлбэр хэмээн хуваана. Сонгомол хэлбэр нь элбэг тохиолдох бөгөөд толгой таллан өвдөх, бөөлжих шинжээр зонхилон илэрнэ; ТТӨ-ийн хөдлөл гурван үеэс тогтоно (урьдал үе; өвдөлтийн үе; төгсгөл үе).

Урьдал үед бие сулрах, тамирдах, сэтгэл тогтворгүйдэх, гар хөл ирвэгнэх, бадайрах шинжүүд ажиглагдана. Зарим тохиолдолд өвчтөн тайван бус, поцромтгой болж нойрондоо муудна. Вегетатив хямралын талаас ам цангах, шүлс гоожих, гэдэс гүйлгэх, ойр ойрхон шээх шинжүүд илэрнэ. Хурц гэрэл, дуу чимээ, үнэрт хэт мэдрэг болно.

Өвдөлтийн үе-гол төлөв өглөө нойрноос сэрэхэд толгой өвдсөн байдаг. Хүчтэй өвдөлт 20-30 минутаас нэг цаг орчим үргэлжилнэ. Бие зарайх, хөлрөх, зүрх дэлсэх, ам хатах, дотор муухайрч бөөлжих шинж хавсарч гардаг. Өвчтөний царай цонхийн нүдний эргэн тойронд хөх туяа татаж, зовхи цэлхэрнэ. Энэ үед юманд анхаарал төвлөрүүлэх, сэтгэн бодох чадвар эрс буурна. Хурц гэрэл, дуу чимээ, үнэрээс зайлсхийж, аль болох ганцаар байхыг эрмэлздэг. Огнолж бөөлжсөнөөр өвдөлтийн эрчим намдаж дотор бага зэрэг онгойх боловч, толгой дүүрч өвдөнө. Энэ нь эхний хүчтэй өвдөлтийг нөхцөлдүүлэгч нудасны агшилт нь, өргөсөлтөөр солигдох буюу цусан дахь серотонины (С) өндөрт түвшин буурсантай холбоотой. Өвчин намдаах эм уугаад унтаад босоход өвдөлт ихэнхдээ намдаж, өвдөлтийн нэг удаагийн хөдлөл төгсөнө.

ТТӨ-ийн эмнэлзүйн хоёр дахь хэлбэрийн үед нүдний талаас голомтот өөрчлөлт илэрдэг. Урьдал үед харааны ёр, дохиол илэрдэг онцлогтой (нүд харанхуйлах, оч гэрэл гялбах, харааны талбай хязгаарлагдах, өөрчлөгдөх, хий юм үзэгдэх г.м). Бодит үзлэгээр нүд хөдөлгөгч мэдрүүлийн эмгэгийн (нүдний хөдөлгөөн хязгаарлагдах, хүнд үед нүд саажих (офтальмоплегия), юм хоёрлож харагдах, хүүхэн хараа өргөсөх, гэрлийн урвалд үл хариулах шинж илэрнэ.

Голомтот шинж үүсэх механизм нь артерийн судасны агшилт, тархины цусан гүйдлийн түр тасалдалтай холбоотой учир, тодорхой хугацааны дараа тэдгээр шинжүүд үл мөргүй арилна. Тархины суурийн артери агшсаны нөлөөгөөр ТТӨ-ийн үед дагз орчмоор хүчтэй өвдөхөөс гадна харааны талбай таллан харагдахгүй болох, хэл дультраадах, толгой эргэх, нүдний хөдөлгөөний өөрчлөлтийн шинж ажиглагддаг. ТТӨ-ийн дээр дурдсан хэлбэрийн үед тархины цусны эргэлтийн түр хямрал тохиолддог. Эрдэмтдийн судалгаагаар ТТӨ 5.9%-д тохиолдож байсан баримт бий ийн хөдлөлийн үед тархины бичил шигдээс бөгөөд ингэхдээ мэдрэлийн голомтот шинжүүд (талласан саа, мэдрэхүй, хэл яриа, харааны өөрчлөлт) хоногийн дотор бүрэн арилсны дээр том судасны эмгэг ангиографийн шинжилгээгээр илрээгүй байна.

Орчин үед ТТӨ-ийн эмгэг жамын үндсийг судасны хүчдэлийн урвалж чанарын өөрчлөлт болон нейротрансмиттерийн тэнцэл алдагдах, тухайлбал простагландин E_2/PGE_2 хэлбэлзэлтэй холбон тайлбарлаж байгаа юм. Тромбоцитын дотор агуулагддаг арахидоины хүчний уламжлал болох PGE_2 нарийсах, өргөсөх эмгэг байдал үүсэхэд шууд нөлөөлнө. Үүгээрээ ТТӨ-ийн эмнэлзүйн хоёр үеийг бий болгодог гэж үздэг. Энэ санаа нь ТТӨ-ийн бүх хэлбэрийг эмчлэхэд PG -ийг идэвхгүйжүүлэгч бэлдмэлүүд их үр дүнтэй байгаагаар нотлогдож байна. ТТӨ-ийн эмгэг жамын нэг механизм нь тромбоцитын наадалт ихэсч, $С$ -д мэдрэг болдогср тайлбарлагдана. Тиймээс ч ТТӨ-ийн эмнэлгэд цусан дахь $С$ -ны хэмжээ эрс ихэсдэг. $С$ -оос гадна $НА$, $Т$ -ны хэмжээ нэмэгдэнэ. $Т$ нь бяслаг, дарс, шар айрагт ихээхэн агуулагддаг учир, эдгээр бүтээгдэхүүнүүдийг хэрэглэсэн тохиолдолд ТТӨ сэдэрдэг.

Толгой өвдөлтийн эмчилгээний ерөнхий зарчим

1. Альфа-адрено-хоригууд

Дитамин шахмалаар өдөрт 3 удаа, пирроксеныг $1/2$ тунгаар өглөө оройд өгнө. Зохимж сайн байвал өдөрт 3 шахмал хүртэл, яваандаа, пирроксаны тунг ихэсгэж болдог. Дээрх бэлдмэлүүд нь альфа-адрено-хориг нөлөө үзүүлж, судас өргөсгөх үйлчилгээтэй учир ТТӨ-ийн эмнэлгэд илүү үр дүнтэй. Эрготамины бүлгийн эмүүд альфа-адрено-хориг нөлөө үзүүлдэг учир ТТӨ-ийн хөдлөлийг намжаахад өргөн хэрэглэнэ.

2. Бета-адрено-хоригууд

ТАО, ТТӨ-ийг эмчлэхэд 1970-аад оноос эхэлж бета-адрено-хоригуудыг амжилттай хэрэглэж байна. Эмчилгээний үр дүн 55-80% байгаа болохыг гадаадын судлаачид тэмдэглэж буй.

Индерал, анаприлиныг өргөн хэрэглэнэ. Хоногийн тунд 40—80 мг байх бөгөөд хагас жилээс илүү хугацаагаар тасралтгүй хэрэглэж үл болно. Бета-адрено-хоригууд судас нарийсах, тромбоцитын наадалтыг бууруулах нөлөөтэй. АД, судасны лугшилтыг байнга хянаж, сард 2-3 удаа ЭКГ тогтмол хийлгэх шаардлагатай.

3. Стероид бус, үрэвслидж эсрэг эмүүд Энэ бүлэгт аспирин, метиндол, индометацин зэрэг бэлдмэлүүд хамаарна.

ТТӨ-ийн эмчилгээ нь хөдлөлийг намдаах, түүнээс урьдчилан сэргийлэх гэсэн хоёр чиглэлтэй.

Индометацин (250 мг) PG -ны нийлэгжлийг саатуулах, цусны эсүүдийн наадалт $С$ -ны эсрэг үйлчилгээтэй учир ТТӨ-ийн эмчилгээнд өргөн хэрэглэх боллоо. Индометациныг хоногт 100—150 мг-аар өдөрт 2 удаа уулгана. ТТӨ-өөс гадна ТБӨ-ийн үед ч үр дүнтэй.

Бидний практикт өргөн хэрэглэгддэг ацетилсалицилын хүчлийн (аспирин) нунтгийн 3 мг тунгаар өглөө эхэн байхад уулгах нь цусны зуурамтгай байдлыг багасгаж, цусны бичил эргэлтийг сайжруулна.

4. CA^{++} ионы хоригууд

Сүүлийн үед CA^{++} ионы хоригууд практикт өргөн нэвтэрч, үр дүнгээ өгсөөр байна. Са ионы хоригууд нь (изоптин, ифедипин, нимодипин, коринфар, сибелиум фенигидин, сензит, стугерон) захын судсыг өргөсгөж, тархины хүчилтөрөгчийн дутагдлыг бууруулан, цусны бичил эргэлтэд даатай нөлөөлж, зуурамтгай чанар, $С$ -ны түвшинг багасгана. Эдгээр бэлдмэлүүдийг хэрэглэхэд гаж нөлөө илрэхгүй бол 6-8 долоо хоног тасралтгүй уулгана. Ялангуяа ТТӨ-ийн үед Стугероныг 3-3,5 сар хэрэглэхэд өвчний хөдлөл 83% буурсан тухай ажиглалт судалгаа бий.

5. ТБӨ-ийн эмчилгээнд литийн давстай бэлдмэл хэрэглэнэ. Ихэвчлэн **кабонат лити** 100 мг-аар өдөрт 3 удаа уухаар хэрэглэнэ. Түүнчлэн метисергид хоногт 6-8 мг-аар 4-6 сар тасралтгүй уулгана. 4-6 долоо хоногийн дараа эмчилгээг давтан явуулна.

6. **Амитриптилин** (0,25) $1/8$ — $1/4$ шахмалаар өглөө, өдөр, эхлэн өгч, тунг $1/2$ хүртэл ихэсгэнэ. Мөн нурдалыг бага тунгаар өгч болно. Дээрх бэлдмэлүүд сэтгэл уналын эсрэг үйлчилгээтэй боловч бага тунгаараа МАО фермент, амин хүчлүүдийн түвшинд нөлөөлөхгүйгээр өвчин намдаах, сэтгэл санаа тайвшруулах сайн талтай.

7. **Сибоазл, элениум, реланиумын** төрлийн бэлдмэлүүдийг бага тунгаар ($1/2$ шахмалар) өдөрт 2 удаа, өгч аажмаар тунг ихэсгэнэ. Эдгээр нь сэтгэл санааны хямралыг арилгаж, нойрыг хэвийн болгоно.

ХҮҮХДИЙН ЦОЧМОГ СУУЛГАЛТ ӨВЧИН

Г. Оросоо—Эрүүл мэндийн яамны ажилтан, дэд эрдэмтэн

1. Тулгамдсан байдал

1981—1986 онд хөгжиж буй 60 оронд явуулсан судалгааны 276 тайлангаас үзэхэд нэг жилд хүүхэд цочмог суулгалт өвчнөөр 3,3 удаа өвчилж байжээ. Хөгжиж буй орнуудад жил бүр цочмог суулгалт өвчний 1,5 миллиард өвчлөл бүртгэгдэж 4 сая хүүхэд нас барж байгаагийн дотор нэг сартайгаас 2 настай хүүхдийн эндэгдэл 1000—д 15 байна.

Хэвлэлийн тоо баримтаас дүгнэхэд цочмог суулгалт өвчин хөгжингүй орнуудад ч хүүхдийн өвчлөл, эндэгдлийн зонхилох шалтгааны нэг байсаар байна. АНУ—д нэг хүртэлх насны 1000 хүүхдийн 14 нь цочмог суулгалт өвчнөөр өвчилж байхад Англид 5 хүртэлх насны 1000 хүүхэд тутмаас 4,6 хүүхэд энэ өвчний улмаас эмнэлэгт хэвтэн эмчлүүлж байна. АНУ—д цочмог суулгалт өвчнөөр жилд нэг хүр-

тэлх насны 500 хүүхэд нас барж байгаа нь энэ насны хүүхдийн урьдчилан сэргийлж болох нас баралтын 10%—ийг эзэлж байгаа аж.

Хөгжиж буй орнуудад эмнэлэгт хэвтэн эмчлүүлж буй хүүхдийн 30%—ийг цочмог суулгалт өвчин эзэлж үнэттэй эм, антибиотик ба хураагуур судсанд шингэн сэлбэх эмчилгээ хийгдэн улс орны эдийн засаг, эрүүл мэндийн төсөвт ашиггүй ачаалал учруулсаар байна.

Цочмог суулгалт өвчин хүүхдийн өвчлөл, эндэгдлийн зонхилох шалтгаан болохоос гадна 5 хүртэлх насны хүүхдийн тураалын нэг гол шалтгаан болдог байна. Одоо дэлхий дахинаа 20 сая хүүхэд тураалын хүнд хэлбэртэй, 150 сая хүүхэд жин багатай, 350 сая эмэгтэй хүнсгэжээл дутлын цус багадалтай байна.

Ийнхүү цочмог суулгалт өвчин хүүхдийн өвчлөл, эндэгдлийн нэг гол шалтгаан болж буй учир Дэлхийн Эрүүл Мэндийн Байгууллага (ДЭМБ) «Цочмог суулгалт өвчинтэй тэмцэх хөтөлбөр»-ийг (СӨТХ) боловсруулж гишүүн орнууддаа хэрэгжүүлж байна. ДЭМБ-ын «СӨТХ» 1980 оноос эхлэн хэрэгжүүлж одоо уг хөтөлбөрийг хөгжиж буй орнуудын хүн амын 99% амьдардаг 112 орон хэрэгжүүлж, 29 хандивлагч байгууллага, улс орон тус хөтөлбөрт санхүүгийн тусламж үзүүлж байна. «СӨТХ»-ийг хэрэгжүүлэн 1995 он гэхэд дараах үр дүнд хүрэх зорилгыг ДЭМБ дэвшүүлж байна. Үүнд:

— Хөгжиж буй орнуудын хүн амын дунд сургалт явуулан цочмог суулгалт өвчнөөр өвчилсөн хүүхдийн 70%—ийг эрт, зөв оношлон гэрээр эмчлэх,

— Хүүхдийн цочмог суулгалт өвчний өвчлөлийг 20% бууруулах

— Цочмог суулгалт өвчнөөр жил бүр 3,4 сая хүүхэд эндэхээс сэргийлэх

1990 оны 9 сарын 30—нд АНУ—ын Нью-Йорк хотноо хүүхдийн эрх ашгийн төлөө дэлхий дахины дээд хэмжээний уулзалтад 71 улсын төр, засгийн тэргүүн, 35 улсын сайд нар оролцон «Хүүхдийн эсэн мэнд бойжих нөхцөлийг хангах, хамгаалах, хөгжүүлэх тухай» дэлхий дахины тунхаглалыг баталсан билээ. Энэхүү тунхаглалын 1990—2000 онд хэрэгжүүлэх төлөвлөгөөнд хүүхдийн цочмог суулгалт өвчний өвчлөлийг 50%, нас баралтыг 25% бууруулахаар тусгажээ.

Дэлхий дахины амич чухал энэ тунхаглалд манай улсын ерөнхийлөгч 1991 оны 11 сард гарын үсэг зурж өөрийн оронд хэрэгжүүлэхээр шийдвэрлэсэн билээ.

Тунхаглалын заалт, зорилгыг хэрэгжүүлэх гол арга зам бол эмч, эмнэлгийн ажилчид, эцэг эхчүүдийн дунд хүүхдийн цочмог суулгалт өвчнийг оношлох эмчлэх талаар сургалт явуулан урьдчилан сэргийлэх ажлыг оновчтой зөв зохиох явдал мөн гэж ДЭМБ үзэж байна.

Манай улс ДЭМБ-ын «СӨТХ»-ийг 1983 оноос өөрийн оронд хэрэгжүүлж ирсэн бөгөөд 1991 оноос «Суулгалт өвчинтэй тэмцэх үндэсний хөтөлбөр»-ийг боловсруулан мөрдөж эхэллээ.

Хүүхдийн цочмог суулгалт өвчин манай орны хүүхдийн өвчлөл, эндэгдлийн шалтгаанд амьсгалын замын цочмог халдварын дараа хоёрдугаар байр эзэлсээр байна. «Суулгалт өвчинтэй тэмцэх үндэсний хөтөлбөр»-ийг хэрэгжүүлснээр бид

цочмог суулгалт өвчний улмаас хүүхэд нас барахыг 30% бууруулах зорилт дэвшүүлэн ажиллаж байна. Энэхүү үндэсний хөтөлбөрийг хэрэгжүүлэхэд ДЭМБ, НҮБ-ийн хүүхдийн сангаас зохих тусламж үзүүлж байгаа бөгөөд эдгээр байгууллагууд манай улсыг эмнэлгийн сүлжээ сайтай, эрүүл мэндийн дээд, дунд мэргэжилтний хангамж хэрэлцээтэй, бүх хүн ам бичиг үсэгтэй зэрэг бололцоогоо ашиглан дээрх зорилтыг хэрэгжүүлэх бүрэн чадвартай гэж үнэлж байгаа билээ.

2. Эмчилгээд хийх «хувьсгал»

ДЭМБ-ын «СӨТХ» тайлангаас үзэхэд хөгжиж буй орнуудад цочмог суулгалт өвчтэй хүүхдийн 48%—ийг ашиггүй, үр дүн муутай, зарим улс оронд бүр хүүхдэд хортой эмээр эмчилж байна. ДЭМБ эмчилгээний энэ буруу арга барилыг өөрчилж чадвал цочмог суулгалт өвчний улмаас нас барж буй хүүхдийн 90%—ийг аврах боломжтой гэж үзэж байна.

ДЭМБ-аас манай оронд ирж ажилласан богино хугацааны зөвлөхүүд бидний эмчилгээний арга барилыг шүүмжилж цочмог суулгалт өвчний эмчилгээнд ДЭМБ-ын «СӨТХ»-ийн зөвлөмжийн дагуу «Хувьсгал» хийхийг зөвлөж байгааг ЭМЯ хүлээн зөвшөөрч үндэсний хөтөлбөртөө тусган зохих ном гарын авлагыг орчуулан мөрдөж эхлэв.

ДЭМБ-ын «СӨТХ»-ийн гол зарчмуудыг дор сийрүүлбээс:

2. 1. Антибиотик, сульфаниламид болон нянгийн эсрэг бусад эм, эмчилгээнээс татгалзах зарчим.

Антибиотикийг хүн төрөлхтөн нээгээгүй, халварт өвчнөөр өвчлөгсөд олноороо нас барж байсан 50 гаруй жилийн өмнөх үе рүү тэмүүлэх нэг ч хүн байхгүй нь ойлгомжтой боловч антибиотикийг замбараагүй хэргэлсний хор уршиг, сэрэг үр дагаврыг эмч, эмнэлгийн ажилчид ойлгон ухаарах цаг нэгэнт иржээ.

Сүүлийн 20 гаруй жилийн судалгаанаас үзэхэд цочмог суулгалт өвчний эмчилгээг зөв хийхийн тулд үүсгэгчийг заавал тодорхойлж, түүний эсрэг эмчилгээ тухайлбал антибиотик буюу нянгийн эсрэг эмүүд хэрэглэх шаардлагагүй болохыг тогтоосон билээ.

Нян судлалын шинжилгээний алба сайн хөгжсөн орнуудад ч аливаа өвчний үүсгэгчийг найдвартай, бүрэн тодорхойлж чадахгүй байна. ЗХУ—д цочмог суулгалт өвчтэй хүүхдийн 63,4%—д үүсгэгчийг тодорхойлсон байна. Энэ судалгаагаар цочмог суулгалт өвчтэй хүүхдийн 28,7%—д ротавирус, 18,6%—д шигелл, 2,6%—д салмонелл, 2,5%—д грам сөрөг нян, 1,7%—д эшерих илэрч 36,6%—д үүсгэгчийг илрүүлж чадаагүй байна. Ой хүртэлх насны хүүхдийн цочмог суулгалт өвчнийг ихэвчлэн ротавирус, нэгээс дээш насанд шигелл үүсгэж байжээ.

ДЭМБ-ын «СӨТХ»-ийн гарын авлага, ном хэвлэлүүдэд цочмог суулгалт өвчнийг эмнэл зүйн гол шинжээр усан ба цусан суулгалт гэж 2 ангилан зөвхөн цусан суулгалтын үед шигелл үүсгэгчтэй улаан суулгыг сэжиглэн мөн булчин задрах тахал өвчин хоёрын үед л антибиотик хэрэглэх, энтаетоба гистолитика, гвардиа интенгиналис зэрэг шимэгддээр үүсгэгдсэн

суулгалтын үед шимэгчийн эсрэг эм хэрэглэхийг зөвлөж байна. Эдгээрээс бусад бүх усан суулгалтыг антибиотик болон нянгийн эсрэг үйлчилгээтэй эм хэрэглэлгүй зөвхөн шингэн алдалтын байдлыг үнэлэн шингэн сэлбэх давсны уусмал уулган эмчлэх бэлдцлөөртэй олон оронд явуулсан судалгаа ягштал батлан харуулжээ.

Дараах үндэслэлүүд дээр тулгуурлан антибиотик ба сульфаниламидыг цочмог суулгалт өвчний эмчилгээнд хэрэглэхгүй байна.

- а. Цочмог суулгалт өвчний 20—40% нь ротавирусээр үүсгэгдэх бөгөөд эдгээр эмнүүд түүнд үйлчлэхгүй
- б. Бусад ихэнх нян антибиотикт тэсвэртэй болсон
- в. Угөвчин үүсгэгчээс үл шалтгаалсан өөрийн явц, жамтай бөгөөд антибиотик, сульфаниламид эмнүүд уулжамыг өөрчилж өвчний үргэлжлэх хугацааг богиносгож чадахгүй

Антибиотик, сульфаниламидыг өргөн хэрэглэвэл дараах хор уршигтай болохыг судлаачид тогтоожээ.

- а. Эмийн гаж дашрамын нөлөө ихсэнэ.
- б. Антибиотикт нян тэсвэртэй болохыг нэмэгдүүлнэ.
- в. Гол үндсэн эмчилгээ, тухайлбал шингэн сэлбэх эмчилгээнд эмч, эцэг эх анхаарахгүй тайвширч өвчтөн шингэн алдаж хүндэрнэ.

г. Үр ашиггүй эмчилгээ нь улс орон, эрүүл мэндийн байгууллага, гэр бүлийн эдийн засагт муугаар нөлөөлнө.

д. Гэдэсний ханыг цочроож, бие махбодын ердийн ашигтай нянг хөнөөж бие махбодын өөрийгөө хамгаалах чадвар багасна.

2. Шингэн уулгаж эрт эмчлэх зарчим ДЭМБ ба НҮБ-ын хүүхдийн сан шингэн сэлбэх давсыг (ORS) нээсэн явдлыг цочмог суулгалт өвчний эмчилгээнд гарсан хувьсгал, «СӨТХ»-ийнхөө цөм гэж үздэг.

Тийм ч учраас ДЭМБ-ын «СӨТХ» гэрт бэлтгэсэн шингэнүүдийг хүүхдэд уулган шингэн алдалтаас сэргийлэх, шингэн сэлбэх давсны уусмалыг уулгаж шингэн алдалтыг эмчлэх гэсэн хоёр гол эмчилгээний зарчмыг баримталж байна.

1990 оны байдлаар шингэн сэлбэх давсыг дэлхийн 64 орны 477 үйлдвэрт жилдээ 350 сая уутыг үйлдвэрлэж байгаагийн 75%—ийг хөгжиж буй орнуудад үйлдвэрлэж байна.

Глюкоз натрийтай нэгдэн нарийн гэдэсний ханаар шимэгддэгийг нээсэн явдал эмчилгээний зарчмын онолын үндэслэл болсон юм.

Энэхүү нээлтийн гол үр дүн бол глюкозын өтгөрүүлэг тохирсон үед (85 ммоль/л) нарийн гэдэсний ханаар натрийтай нэгдэн шимэгддэгийг баталсан явдал дээр үндэслэн шингэн сэлбэх давсны найрлагыг тогтоон үйлдвэрлэдэг болжээ.

ХҮСНЭГТ 1

ШИНГЭН СЭЛБЭХ ДАВСНЫ НАЙРЛАГА БА 1 ЛИТР УУСМАЛЫН ӨТГӨРҮҮЛЭГ

Бодис	Найрлага г/л	Өтгөрүүлэг ммоль л
Хлорт натрий	3,5	натрий 90 хлор 80
Хлорт кали	1,5	Калий 20
Бикарбонат	2,5	30
Глюкоз	20,0	111

Шингэн сэлбэх давсны уусмалаас ус, эрдэс дээд зэрэг шимэгддэг болохыг баталдаг физиологийн дараах үндэслэл, шалтгаанууд байдаг.

- А. Шингэн сэлбэх давсны уусмалын осмос даралт цусны сийвэнгийнхтэй ойролцоо
- Б. Уг давсны глюкоз (20 г/л) нь натрий, хлорыг нарийн гэдэсний ханаар шимэгдэхийг нөхцөлдүүлдэг ба глюкозын өтгөрүүлэг ихдэх буюу багадаа нь эдгээрийн шимэгдэлтэнд нөлөөлнө
- В. Натрий (90 ммоль/л) агуулагддаг нь цусны сийвэнгийнхтэй ойролцоо ба глюкозтай нэгдэн усыг өөртөө татан нарийн гэдэсний ханаар шимэгдэх хамгийн тохиормжтой өтгөрүүлэг тул цочмог суулгалт өвчний үеийн шингэн алдалтыг нөхөх ач холбогдолтой.
- Г. Суулгалт өвчний үед биемахбод каллий алдах явдал дүрмэлтэй ба бага

насны хүүхдэд нэн аюултай билээ. Шингэн сэлбэх давсны уусмалын калий (20 ммоль/л) калийн дуглыг нөхөж чаддаг.

- Д. Хүчилшлийг саармагжуулах үйлчилгээтэй бикарбонат глюкозаас хамааралгүй шимэгддэг. Энэ уусмалын (30—48 ммоль/л) бикарбонат нь аль ч насны хүүхдийн суулгалт өвчний үеийн хүчилшлийг саармагжуулж чадна.

Хүүхдийн ус, эрдсийн солилцоог зохицуулах эмгэг жамд тулгуурласан шингэн сэлбэх давсны уусмалыг уулгаснаар суулгалт өвчнөөр хүүхэд нас барахыг улс орнуудад 2—15 дахин, эмнэлэгт хэвтэлтийг 2 дахин бууруулсан байна.

Энэ эмчилгээний ачаар дараах үр дүнд хүрэх боломжтойг судалгааны ажлууд нотолжээ.

а. Одоо хураагуур судсаар шингэн сэлбэн эмчилж байгаа хүүхдийн 90% —ийг шингэн сэлбэх давсны уусмал уулган эмчилж болно.

б. Цочмог суулгалт өвчний эмнэлгийн нас баралтыг 40—50%, эмнэлэгт хэвтэлтийг 50—60%, эмчилгээний зардлыг 80% тус тус бууруулах боломжтой.

в. Хүүхдийг суулгаж эхэлмэгц гэрээр бэлтгэсэн шингэн (хярам, цагаан будааны шүүс, буцалгасан ус) уулган шингэн адалтаас сэргийлж болно.

г. Шингэн уулгах эмчилгээг эцэг эхчүүдэд зааж сурган нийтлэг хэрэгжүүлэхэд хялбар, энгийн, үнэ хямдтай, эмчилгээний үр дүн сайтай зэргээр бусад эмчилгээнээс давуу.

4. Цочмог суулгалт өвчний үед ба эдгээний дараа хүүхдийг хооллох зарчим:

— Нарийн гэдэсний салстын үрэвслийн улмаас хоолны шимт бодис эрдсийн шимэгдэлт муудах

— Хүүхдийн хоол идэх дуршил муудах

— Эмч нар хүүхдийн хоолыг сойхыг зөвлөж, эхчүүд суулгалтыг цөөрүүлэх гэж хүүхдийн хоолыг сойдог шалтгааны улмаас цочмог суулгалт өвчний үед хүүхэд нас барах, өвчин ужиграх, хүүхэд турах зэрэг хүнд рэлүүд гардаг.

Манай оронд цочмог суулгалт өвчний үед нарийн гэдэсний шимэх чадвар алдагддаг учир хүүхдийн хоолыг сойх шаардлагатай гэж сургалтанд зааж амьдралд мөрдөж байсан Гэтэл судлаачид хүний нарийн гэдэс булчин задрах тахлын үед идсэн уусан хоол илдны 81%, рота-вирусын суулгалтын үед 62%, эшерихозын үед 86%, улаан суулгын үед 67% —ийг тус тус шимэх чадвартай байдгийг тогтоосныг үндэс болгон ДЭМБ-ын «СӨТХ» суулгалт өвчний үед хүүхдийн хоолыг сойхгүй байх зарчмыг баримталж байна.

Цочмог суулгалт өвчнөөр өвчилсөн хүүхэд биеийн жингээ алдан турдаг учир харин ч илүү хянуур нямбай сайн хооллохыг ДЭМБ-ын «СӨТХ»-ийн гарын авлага, номуудад зөвлөсөн байна.

ДЭМБ-ын «СӨТХ»-төө нэгдүгээрт, цочмог суулгалт өвчний үед хүүхдийг бага багаар олон хооллох, ялангуяа эхийн хөхийг хөхүүлэх, угжны хүүхдийн сүүг шингэлж угжих, хоёрдугаарт, цочмог суулгалт өвчин эдгээний дараа биеийн жингээ нөхөж гүйцэх хүртэл буюу 7—14 хоног хүүхдийг өдөрт 1 удаа илүү хооллохыг зөвлөж байна.

4. Урьдчилан сэргийлэх зарчим:

Шингэн сэлбэх давсны уусмалыг уулгаснаар шингэн алдалтын улмаас хүүхэд нас барахыг бууруулах боловч цочмог суулгалт өвчний өвчлөлийг цөөрүүлж чадахгүй. Иймд ДЭМБ «СӨТХ»-төө урьдчилан сэргийлэх зарчмыг их анхаарч дараах арга хэмжээнүүдийг хэрэгжүүлэхээр төлөвлөжээ.

4. 1. Хүүхдийг эхийн хөхөөр өсгөх зарчим:

Угжны хүүхэд 6 сар хүртлээ хөх хөхдөг хүүхдээс цочмог суулгалт өвчнөөр 3,5—14,9 удаа илүү өвчлөх ба нас баралт 25 дахин өндөр байх хандлага судалгаагаар тогтоогдож хүүхдийн амьдралын эхний 6 сард эхийн хөхийг хөхүүлбэл тухайн

насны хүүхдийн цочмог суулгалт өвчний өвчлөлийг 8—20%, нас баралтыг 24—27% бууруулна гэсэн тооцоо гаргажээ Эхийн хөхөө хөхдөг хүүхэд цочмог суулгалт өвчнөөр өвчилсөн ч хүндрэлгүй амархан эдгэж хүүхэд турдаггүй, өвчин ужиг явцтай болох нь ховор байдаг байна. Угжны хүүхэд цочмог суулгалт өвчнөөр олонтаа өвчилдөг нь угжны сав, хэрэглээ, сүү, эцэг эхийн болон гэр орны ариун цэврээс шууд хамаардаг.

1991 оны 6 сарын 28-нд Турк улсын нийслэл Анкара хотод болсон олон улсын хүүхэд, эх барих эмэгтэйчүүдийн эмч, эмнэлгийн ажилчдын уулзалтаар «Хүүхдийг эхийн хөхөөр өсгөхийг дэмжсэн 10 зүйл»-ийг баталж бүрэн хэрэгжүүлсэн эмнэлгийн байгууллагад «Хүүхэд ээлтэй эмнэлэг» гэрчилгээ, тэмдэг олгож байжаар шийдвэрлэжээ. Манай улсын ЭМЯ энэхүү шийдвэрийг хэрэгжүүлэх асуудалыг Эрүүл мэндийн сайдын 1991 оны 9 сарын 10-ны А/134 тушаалд тодорхой тусгасан.

4. 2. Хүүхдийг нэмэгдэл хоолонд зөв оруулах зарчим:

Хүүхдийн хоолны ариун цэвэр, эрүүл ахуйн шардлагуудыг зөв сахих нь цочмог суулгалт өвчний өвчлөл, эндэгдлийг бууруулах нэг нөөц мөн. Эрдэмтдийн судалгаагаас үзэхэд нэмэгдэл хоолонд зөв оруулснаар 5 хүртэлх насны хүүхдийн цочмог суулгалт өвчний өвчлөлийг 2—12% бууруулдаг байна.

Хүүхдийг нэмэгдэл хоолонд зөв оруулснаар суулгалт өвчний өвчлөл төдийгүй хүүхдийн тураалыг багасгаж бусад өвчний өвчлөл, эндэгдлийг ч бууруулдаг байна. Ядуу дорой амьдрал, хоол хүнсний муу хангамж, эцэг эхийн боловсролоос шалтгаалан дараах дутагдлууд олонтаа гардаг.

— илч, шимт бодис багатай хоол хэрэглэх,

— ганц төрлийн хоолоор дагнан хооллох,

— бохирдож муудсан хоолоор хооллох,

— хоногт хэт цөөн хооллох,

— нэмэгдэл хоолонд эрт буюу орой оруулах

— нэмэгдэл хоолонд дасгалгүй гэнэт оруулах,

— насанд хүрэгсдийн хоолноос тасалж хооллох,

— хоолыг хэт хүйтэн буюу халуун өгөх,

— хүүхдийн хоолыг бэлтгэх ариун цэврийн шаардлагыг хангахгүй байх.

Эдгээр дутагдлуудыг даван туулах найдвартай ганц арга зам бол мэдээллийн бүх хэрэгслийг ашиглан сургалт явуулах явдал юм.

Хүүхдийн эцэг, эхчүүд зөв хооллож буй эсэхийг хянах энгийн сайн арга бол хүүхдийн бие бялдрын өсөлт, хөгжлийг хянах явдал юм. Бага насны хүүхдийн бие бялдрын өсөлт, хөгжлийг тогтмол хянаснаар нэгдүгээрт, хүүхдийн тураал болон бусад суурь өвчнийг эрт шатанд оношдож эмчлэх, хоёрдугаарт, эмч эцэг эхчүүдтэй байнга ажиллаж цочмог суулгалт болон бусад өвчний талаар зөвлөгөө өгөх нөхцөлийг бүрдүүлдэг учир дэлхийн нийтээр энэ албыг хөгжүүлэхийг ДЭМБ зөвлөж байна.

4. 3. Үндны цэвэр усыг хангалттай хэрэглэх зарчим:

28 оронд явуулсан 67 судалгааг дүгнэхэд үндны цэвэр усаар хүн амыг хангавал

цочмог суулгалт өвчний өвчлөл 22%, нас баралт 21%, буурч байжээ. Иймд ДЭМБ хүн амыг ундны цэвэр усаар хангах асуудлыг ихэд анхаарч байна.

4. 4. Хувийн болон гэр орны ариун цэврийг сайжруулах зарчим:

Боловсрол дорой байдал, шашин, зан заншил зэрэг нь цочмог суулгалт өвчний өвчлөлд илт нөлөөлдөг байна. АНУ, Бангладеш, Гватемалд хүн амын дотор эрүүл мэндийн сургалт явуулж хувийн болон гэр орны ариун цэврийг сайжруулснаар суулгалт өвчний өвчлөлийг 14—48% бууруулсан байна.

4. 5. Гар угаах зарчим:

Цочмог суулгалт өвчин нь өтгөн—амаар дамжин халддаг өөрөөр хэлбэл бохир гарын өвчин. Иймд хүн бүр гар угаах хэвшилтэй байвал суулгалт өвчний өвчлөлийг найдвартай, мэдэгдэхүйц бууруулах болно.

4. 6. Улаан бурхны сэргийлэх тарилгын хамралтыг сайжруулах зарчим:

Улаан бурхан өвчний уршгаар хүүхэд цочмог суулгалт өвчнөөр өвчлөх нь олон-таа байдаг. Улаан бурхан өвчний үед (туурахаас 1 сарын дотор), улаан бурхан өвч хойш 1 сарын дотор), улаан бурхан өвчний дараа (улаан бурхны тууралтаас хойш 4—26 долоо хоног) гэсэн 2 хэлбэрийн

суулгалтаар хүүхэд өвчилдөг. Улаан бурхантай холбоотой эдгээр суулгалтын шалтгаан, жам одоогоор тодорхойгүй боловч ихэвчлэн шигеллез оношлогддог байна. 9—11 сартай хүүхдийн 60%—ийг улаан бурхны сэргийлэх тарилганд хамруулж 85% үр дүн өгвөл 5 хүртэлх насны хүүхдийн цочмог суулгалт өвчний өвчлөл 1,8% нас баралт 13% буурдаг байна.

ДҮГНЭЛТ:

— Эрүүл мэндийн бүх шатны эмнэлэг—урьдчилан сэргийлэх байгууллагууд хүүхдийн цочмог суулгалт өвчтэй хүүхэдтэй ажиллах ажиллагаандаа «Суулгалт өвчинтэй тэмцэх үндэсний хөтөлбөр»-ийг мөрдөн ДЭМБ—ын зөвлөмжийн дагуу ажиллах шаардлагатай,

— эмч, эмнэлгийн ажилчид цочмог суулгалт өвчнөөс урьдчилан сэргийлэх, зөв оношлож, эрт зөв эмчлэх, антибиотик эмчилгээнээс татгалзах зарчмыг баримтлан ажиллах нь зүйтэй гэж үзэж байна.

— эмч бид орчин үеийн шинжлэх ухааны дэвшилтэй мэдээлэл бүхнийг цаг алдалгүй уншиж танилцан өөрийн орны амьдралд зохицуулан нэвтрүүлж байх шаардлага зах зээлийн үед өдрөөс өдөрт нэмэгдсээр байна.

ДАРХЛААНЫ ҮР ДҮНГ ДЭЭШЛҮҮЛЭХ ЗОРИЛГООР ЭДИЙН ЗАСГИЙН ХӨШҮҮРЭГ ХЭРЭГЛЭХҮЙ

Зи-Вей-Лянь— БНХАУ-ын Хэбэй мужийн эрүүл мэндийн газар

Хятадын Хэбэй муж нь Бээжин хотыг тойрсон 190000 км² талбайтай, 56 сая хүн амтайгаас 8,24 сая нь 7 хүрэлх насны хүүхэд болно. Хүн амын 85% нь хөдөө аж ахуйн үйлдвэрлэл эрхэлдэг бөгөөд 1986 оны байдлаар жилд хүн бүрт дунджаар 407,6 юань (ойролцоогоор 110 америк доллар)—ын орлого ногддог.

Энэ мужид 1974 оноос улаан бурхан, полиомнелит зэрэг өвчний эсрэг сэргийлэх бэлтгэмэл хэрэглэн дархлаажуулснаар өвчлөл ихээхэн буурсан болно. Дархлаажуулах ажил амжилттай хэрэгжсэн нь эмнэлгийн анхан шатны тусламжийг зөв зохион байгуулсанд байсан юм. 1980 оноос хөдөө аж ахуйн хоршооллыг хувьчилж, өрх гэрийн түрээсэнд шилжиж эхэлсэн нь хөдөө тосгоны эмнэлгийн тусламжийг зохион байгуулахад өөрчлөлт оруулахад хүргэж, үнэ төлбөргүй хийдэг байсан сэргийлэх тарилгыг төлбөртэй болгожээ. Тосгоны эмнэлгийн зохион байгуулалт ч баахан тогтвор муутай болж, сэргийлэх тарилгатай зарим халдварт өвчин дэгдэлт хэлбэрээр гарах болсон байна. Тиймээс мужийн эрүүл мэндийн газраас тосгоны эмч нар вакцин хийсний төлбөр авдаг системийг дархлаажуулалтын үр дүнг сайжруулах хэрэглүүр болгох арга зам хайх болжээ.

Дархлааны даатгал

1984 оноос Вужи, Линьжанг дэд мужид даатгал нэвтрүүлж эхэлжээ. Энэ нь тосгоны эмч нарын цалингийн эх үүсвэрийг шийдвэрлээд зогсоогүй, өөр хэд хэдэн асуудлыг нэгэнт шийдэх боломж олгосон юм.

Даатгалын энэ хэлбэрийг нэвтрүүлснээр вакцин түгээдэг мэргэжлийн хүмүүс ажлынхаа эцсийн үр дүнг нэмэгдүүлэх сонирхолтой болсон байна. Одоо энэ хэлбэрийн даатгалын зарим хувилбарыг Вужи, Линьжанг, Жунхуа дэд мужууд, Сингтай хотод хэрэглэж байна.

Вужи дэд мужид амьдардаг 400 000 хүний 50 000 орчим нь 7 хүртэлх насны хүүхэд юм. Нэг хүнд жилд ногдох дундаж орлого нь 135 орчим америк доллар болно. Хөдөө орон нутагт вакциныг сэрүүн нөхцөлд тээвэрлэх гинжин хэлхээг бүрдүүлж чадсан. Дархлааны даатгалыг 1984 оны 7 дугаар сараас нэвтрүүлсэн. Даатгалд 2 хүртэлх настай эрүүл хүүхэд бүр хамрагдаж болох бөгөөд нэг нас хүртэлх хүүхэд 2,0 америк доллартай тэнцэх хэмжээний мөнгөөр, 1—2 хүртэлх насны хүүхдүүд насныхаа байдлаар бууруулсан хувиар татвар өгч даатгуулна. Даатгал хүүхдийг 7 нас хүртэл нь хамгаална. Хэрэв даатгалд хамрагдаж вакцин танулсан хүүхэд өвчлбөл эмнэлгийн байгууллага буцааж төлбөр төлнө. Үүнд, улаанбурхан, хөхүүл ханиадаар өвчилбөл 8,5 америк доллар, татрангаар өвчилбөл 29 америк доллар, сахуугаар өвчилбөл 43 америк доллар, полиомнелитээр өвчилбөл 57 америк доллар, эдгээр өвчний улмаас хүүхэд нас барвал 85 америк доллар төлнө. Дэд мужийн даатгалд хамрагдах зохих (өөрөөр хэлбэл 7 хүртэлх насны) бүх хүүхдийн 84% нь даатгалд хамрагдаж, нийт 39 000 америк доллар цуглуулснаас 36%—ийг нь буцааж төлбөр, шагнал, удирдлагыг сургахад зориулж, 64%—ийг нь

тосгоны эрүүл мэндийн төвүүдэд олгожээ. Тосгоны эрүүл мэндийн төвүүд ногдсон мөнгөнийхөө дийлэнх хувийг вакциныг хүүхдэд хүргэдэг тосгоны эмч нарт тарааж, үлдэх хувийг вакцин тарих, тараах, төхөөрөмж авахад зарцуулжээ. Энэ дэд мужид тосгоны эмчийн цалин 86—286 америк доллар байдаг бөгөөд вакцин тарьдаг эмч бүр жилд 37 америк долларын нэмэгдэл авна. Вакцин тариулсан хүүхэд уг өвчнөөр өвчлөх буюу эндвэл буцааж төлөх төлбөрийн 80%—ийг халдвар эсэргүүцэх станц, 15%—ийг тосгоны эрүүл мэндийн төв, 5%—ийг вакцин тарьсан эмч төлдөг байна. Даатгал нэвтрүүлсэн анхны жил вакцин тариулсан 31 хүүхэд өвчилсөнд 600 америк доллар (даатгалын орлогын 1,5%) нөхөн төлсөн байна. Өвчилсөн тохиолдлын 1 нь улаан бурхан, бусад нь хөхүүл ханиад байжээ. Дархлааны даатгалын энэ хувилбар нь даатгалын татварыг нэг л удаа авдаг, тооцоог хийхэд хялбар зэргээрээ ихээхэн үнэлэгдсэн юм.

Линьжанг дэд муж нь 430 000 орчим хүнтэйгээ 81450 нь 7 хүртэлх насны хүүхэд юм. 1985 онд хүн бүрт жилд дунджаар 86 америк долларын орлого ногдож байв. Вакцин тараах хөргөлттэй тогтолцоо нэвтэрсэн, 1984 оны 10 дугаар сараас эхлэн 7 хүртэлх насны бүх хүүхдийн 96,9% нь дархлааны даатгалд хамрагдсан. Даатгалд хамрагдсан хүүхдээс 1 настайд нь 0,30, хоёр настайд нь 0,45, дөрвөн настайд нь 0,30, долоон настайд нь 0,45 америк долларын даатгалын татвар авахаар тогтжээ. 1984—1986 оны хооронд жил бүрийн даатгалын орлого нь 17000—19000 америк доллар болжээ. Даатгалын орлогын 65%—ийг тосгоны эмч нарын шагнал, 30%—ийг тосгоны эрүүл мэндийн төвд, 5%—ийг яд мужийн халдвар эсэргүүцэх станцад хуваарилжээ. Тосгоны эмчийн жилийн дундаж орлого 85 америк доллар бөгөөд вакцин тарьсан бол 39 америк доллар нэмж авдаг байна. Тосгоны буюу дэд мужийн эрүүл мэндийн төвд дархлааны асуудал харуулсан халдвар эсэргүүцэх мэргэжлийн эмч мөн тийм хэмжээний нэмэгдэл авна. Дэд мужийн эрүүл мэндийн төв, халдвар эсэргүүцэх станц нь 850 орчим америк долларын хувь авна.

Вакцин тариулсан хүүхэд улаанбурхан буюу хөхүүл ханиадаар өвчилсөн тохиолдолд 3 америк доллар, полиомиелит буюу саахуугаар өвчилвөл 29 америк доллар буцааж төлнө. Ингэхдээ 60%—ийг нь тосгоны эрүүл мэндийн төв, 40%—ийг нь вакцин тарьсан эмч төлнө. 1986 онд вакцин тариулсан хүүхдүүдээс улаанбурханаар 21, хөхүүл ханиадаар 27 хүүхэд өвчилсөнд 140 америк доллар (даатгалын орлогын 0,79%) нөхөн төлжээ. Мөн онд даатгалын орлогоос 1430 америк долларыг вакцин тарих төхөөрөмж, 860 америк долларыг хүйтэн хэлхээний төхөөрөмж авахад тус тус зарцуулжээ. Даатгалд хамрагдагсад нэг удаад тун өчүүхэн мөнгө төлөх боловч хэд дахин төлөх учраас тооцоог хүндрүүлэх муу талтайгаас сүүлдээ үүний урьд бичигдсэн Вужи мужийн хувилбарт шилжсэн байна.

Жинхуа мужид эрүүл мэндийн даатгал нь гэрлэх, жирэмслэхээс эхлэн хүүхдийг 7 нас хүртэлх хугацааг хамарна. Даатгалын татвар жирэмсэн эмэгтэй буюу 1 хүртэлх насны хүүхдээс 1 америк доллар, 2—7 насны хүүхдээс насаар нь тооцож багасга-

сан хувиар байдаг. Вакциныг орон гэрт нь очиж хийвэл 1,50 америк доллар нэмж авна. Энэхүү даатгал нь төрөхийн өмнө ба дараах үеийн эмнэлгийн үйлчилгээг, тухайлбал төрөхийн өмнө жирэмсэн эмэгтэйг 6 удаа үзэх, төрсний дараа нь 4 удаа эргэх, ураг хэвлийдээ гажвал засах, хүүхдийг төрөхийн өмнөх ба дараах хүндрэлээс сэргийлэх, хүүхдийг бүрэн вакциндах, сульдаа цус багадаат, хорхойтохоос сэргийлэх зэрэг үйлчилгээг оруулдаг байна. Хэрэв даатгалд хамрагдсан эх төрөхийн чичрэг (халуурал), манас таталдаа, татрангаар өвчилбөл даатгалын татварыг 10—20 нугалж буцааж төлнө. Хэрэв эх дээрх шалтгаанаар эндвэл 85 америк доллар буцааж төлнө. Даатгалд хамрагдсан хүүхэд улаанбурханаар буюу хөхүүл ханиадаар өвчилбөл 6 америк доллар, татрангаар өвчилбөл 8,50 америк доллар, полиомиелит, саахуу, уушгины сүрьеэгээр өвчилбөл 28 америк доллар, нэр дурдсан өвчнөөс эндэх юмуу тахир дутуу болбол 85 америк доллар эргүүлж төлнө. Даатгалын орлогын 60%—ийг эрүүл мэндийн төвийн халдвар эсэргүүцэх албаны эмч, вакцин тарьсан тосгоны эмч нарт, 40%—ийг дэд мужийн эмэгтэйчүүдийн буюу хүүхдийн эрүүл мэндийн төв, халдвар эсэргүүцэх станцад хуваарилдаг. Өвчилсөн буюу эндсэний буцаах төлбөрийн 50%—ийг дэд мужийн эрүүл мэндийн төв, 25%—ийг вакцин тарьсан эмч төлнө. 1987 оны 7 дугаар сарыг хүртэлх хугацаанд даатгалын орлогод 35000 америк доллар цугларснаас 298 тохиолдолд 2400 америк долларыг буцааж төлсөн нь даатгалын орлогын 6,8% болж байна. Тосгоны эмч нь вакцин тарьсны шагналд жилд 23 америк доллар нэмж авдаг байна.

Сингтай хотод 730 000 хүн амьдардгаас 350 000 нь хотын төв дүүргүүдэд суудаг. Дархлааны даатгалын хувилбарыг 1986 оноос эхэлсэн. Даатгалын татварт 1 хүртэлх насны хүүхдээс 3 америк доллар авах бөгөөд даатгал нь 7 нас хүртэл хүчинтэй. Нэг наснаас дээш насны хүүхэд даатгалд хамрагдахыг хүсвэл нас бүрт 0,30 америк доллараар хямдруулж татвар авна. Татварын орлогын 25%—ийг дүүргийн эрүүл мэндийн төв, халдвар эсэргүүцэх станцад, 25%—ийг хорооны эрүүл мэндийн төвд, 50%—ийг хорооны эмч, халдвар эсэргүүцэх мэргэжилтэн, хорооны даргад хуваарилна. Вакцин тариулсан хүүхэд улаанбурхан, хөхүүл ханиадаар өвчилбөл 14 америк доллар, татрангаар өвчилбөл 28 америк доллар, саахуугаар өвчилбөл 85 америк доллар, полиомиелитээр өвчилбөл 140 америк доллар буцааж төлнө. Буцаах төлбөрийн 50%—ийг дүүргийн эрүүл мэндийн төв, халдвар эсэргүүцэх станц, 30%—ийг хорооны эрүүл мэндийн төв, 20%—ийг хорооны дарга эмч нар гаргана. Хотын төвийн дүүргийн хүүхдийн 91% нь дархлааны даатгалд хамрагдан 28 000 америк доллар цугларчээ. Ингэснээр хорооны эрүүл мэндийн төвийн дарга, халдвар эсэргүүцэх мэргэжилтэн нар сар бүрийн 37 америк долларын цалин дээр жилд 50 америк долларын, хорооны дарга 6 долларын урамшил авдаг болж, хорооны эмч нар сард 43 долларын цалин авах болсон байна.

Жунхуа дэд мужийн зарим хотод энэ хувилбарыг бага зэрэг өөрчлөн хэрэглэсэн.

Хотын хүн ам нь хөдөөнийхтэй харьцуулахад боловсрол болоод цалин өндөртэй, голдуу ганц хүүхэдтэй тул дархлааны даатгалыг харьцангуй өндөр татвартайгаар нэвтрүүлэхэд ч амархан бүтэж байв. Зарим хотод хүүхдийг ясли, цэцэрлэг, сургуульд бүртгэхдээ вакцин тариулсан гэрчилгээ заавал шаарддаг тул дархлаанд хамрах хувь их өндөр болж заавал даатгал хэрэглэх шаардлага ч гарахгүй байдаг байна.

Хэбэй мужийн Эрүүл мэндийн газар 1986 оны 5 дугаар сард дархлааны даатгалыг аль болох өргөжүүлэх шийдвэр гаргажээ. 1987 оны 6 дугаар сар гэхэд мужийн хот, тосгоны гуравны хоёр нь дархлааны даатгалд хамрагдаж, нийт 2559 780 хүүхэд (мужийн хэмжээнд 7 хүртэлх насны хүүхдийн 30% буюу даатгалд хамрагдсан хот, тосгоны уг насны хүүхдийн 80% даатгалд орсон байв.

Хамдан дүүрэгт зохих насны хүүхдийн 95% нь даатгалд хамрагдсан байв. Мужийн хэмжээгээр даатгалын татвар нь нийтдээ 2500 000 америк долларт хүрчээ.

Дархлааны даатгалын ашиг тус

— Хот, тосгоны хүүхдийг вакцинжуулах ажлыг гардан гүйцэтгэдэг эмч нарын идэвх нэмэгдэнэ. Даатгалд хамрагдсан хүүхэд вакцин хийлгэсэн өвчнөөр өвдвөл дэд муж, хот, тосгоны эрүүл мэндийн газар, халдвар эсэргүүцэх мэргэжилтэн, вакцин тарьсан эмч нь төлбөр төлөх ёстой, ингэснээр орлого нь буурах тул дархлаажуулах ажилд ихээхэн анхааралтай хандах материаллаг хөшүүрэг болж өгнө. Гуравт вакцин тарьсны дараа зарим хүүхэд урвал өгдгөөс болгоомжлоод тосгоны эмч нар тунг багасгаж тарих хандлагатай байсан нь дархлааны даатгал нэвтэрснээс хойш больсон байна. Вакцины чанарын үзүүлэлтэнд тавих хяналт ч сайжирсан байна. Жишээ нь тосгоны халдвар эсэргүүцэх албаны нэг эмч улаанбурхны вакцины өнгө өөрчлөгдсөн байсныг 1985 онд илрүүлж тэр дор нь дэд мужийн эрүүл мэндийн төвд буцаасныг шинжилж үзэхэд чанараа алдсан байжээ. Дархлааны даатгал нэвтрэхээс өмнө ингэж байсангүй.

— Эцэг, эхийн идэвх ч нэмэгдэнэ. Тиймээс хүүхдээ дархлааны даатгалд хамааруулах гэсэн эцэг, эх вакцин, дархлааны тухай илүү мэдэж авахыг хүсдэг. Даатгалд хамрагдаагүй хүүхэд вакцин бүхий өвчнөөр өвдвөл мөнгөн төлбөр төлдөг. Энэ нь

эцэг, эх хүүхдээ дархлааны даатгалд хамруулах материаллаг хөшүүрэг болно.

— Даатгалын орлогын хэсэг нь вакцин тарих, хадгалах, тээвэрлэх, төхөөрөмж авах, засварлахад зарцуулагдана.

— Халдварт өвчний мэдээлэл сайжирна. Дархлааны даатгалд хамрагдсан хүүхдийн эцэг эх оношийг хурдан тодруулж вакцин тарьсан өвчин туссан бол буцаах төлбөрөө авах сонирхолтой байдаг нь үүнд нөлөөлнө.

— Хүүхэд вакцин тариулсан өвчнөөр өвчилбөл эцэг, эх нь эмчилгээ, сувилгаанд хэрэглэх мөнгөн төлбөр авна.

— Эмнэлэг—ариун цэврийн анхан шатны тусламж үзүүлэх байгууллагууд бэхжинэ. Дархлааны даатгал нэвтрээгүй байхад тосгоны буюу хэсгийн эмч, халдвар эсэргүүцэх албаны мэргэжилтэн нар урьдчилан сэргийлэх ажил хийсний төлөө материаллаг урамшил авдаггүй байсан учир дархлааг үнэн зөв, чанартай хийх баталгаагүй, анхан шатны байгууллагын үйл ажиллагаа ч тогтвор муутай байдаг. Дархлааны даатгал нэвтэрснээр вакцин тарьсан өвчнөөр хүүхэд өвчлөхгүй байвал нэмэлт орлоготой байх тул энэ ажилд оролцдог эмч нарын ажлын чанар эрс дээшилнэ.

Дархлааны даатгал нэвтрүүлсэн нь хөдөө орон нутаг дахь эдийн засгийн өөрчлөлттэй холбогдон дархлаажуулах ажилд гарсан цаг зуурын бэрхшээлийг даван туулах боломж олгосон. Засгийн газар дархлаажуулах ажлыг бүх түвшинд сайжруулахад ихээхэн анхаарал тавьсан. Ингэснээр вакцинд хамрагдах хувь өсч, вакцинаар сэргийлэх өвчний гаралт тасралтгүй буурч байна. 1987 онд 32922 хүүхдийг хамруулан вакцинжуулалтын үр дүнг шалгахад 1 хүртэлх насны хүүхдийн 94% БЦЖ (сүрьеэгийн эсрэг) вакцин, 85% нь гурван цэнт поливакцин (3 удаа), 80% нь гуравт (сахуу хөхүүл ханиад — татрангийн эсрэг) вакцин (3 удаа), 80% нь улаанбурханы вакцин авсан, 69% нь дээрх 4 төрлийн вакциныг бүрэн авсан, дархлаа тогтолтыг лабораторийн аргаар шалгахад 81% нь сүрьеэгийн эсрэг, 87% нь улаанбурханы, 85% нь татрангийн, 75% нь сахауугийн эсрэг дархлаатай байв. Мөн 2 хүртэлх насны хүүхдийн 90% нь япон энцефалитын болон мэнэнгийн вакцин тариулсан байв. Хоёр, дөрөв, долоон настай хүүхдийн 90% нь давтан вакцин тариулсан байлаа. Вакцинаар сэргийлэх өвчний гаралт ч эрс буурчээ.

Хэбэй мужид бүртгэгдсэн 6 төрлийн халдварт өвчний гаралтыг 1955-1973 он (дархлаажуулах программ эхлээгүй байсан үе)-ыг 1983 онд харьцуулбал

Өвчний нэр	Өвчлөл 100 000 хүн амд		
	1955-1973 оны дундаж	1986 оад	Бууралт (%)
улаанбурхан	450,25	16,04	96,44
паломниелит	4,01	0,01	99,75
сахуу	3,00	0,05	98,33
хөхүүл ханиад	135,35	2,07	98,47
менингококкт мэнэн	37,23	4,11	88,96
япон энцефалит	8,00	0,70	91,25

1986 оны өвчлөлийн тоог дархлаажуулах программ нэвтрэхээс урьдах үетэй харьцуулахад улаанбурхан, полиомиелит, сахуу, хөхүүл ханиад, менингококкт мэнэн, япон энцефалитаар өвчлөхөөс 273000 хүнийг, нас барахаас 4200 хүнийг, тахир дутуу болохоос 3000 хүнийг хамгаалж чаджээ. Дархлааны даатгал нэвтрэхээс өмнөх үед өвчлөл, эндэгдлийн бүртгэл сул байсныг тооцвол дээрх тоо нь тус тус 1000000, 15000, 5000 байна гэж тооцоолж байна.

Өвчлөлийн тоо (1987 онд) цаашид буурч байна. Жишээлбэл, улаанбурхан 1986 онд 100 000 хүн амд 16.04 гарч байсан бол 1987 оны эхний 11 сард 100000 хүн амд 3.70 болж буурчээ.

Даатгалын цаашдын тавилан

Даатгалын энэ хэлбэр нь хөдөө орон нутагт нэвтрүүлэхэд нэн тохиромжтой. Энэ нь вакцинжуулалтыг гардан гүйцэтгэхэд болон эцэг эхийн идэвхийг дээшлүүлж, вакцинжуулалтын программыг сайжруулан, боловсронгуй болгох, хөрөнгийн санг бий

болгоно. Гэхдээ даатгалын энэ хэлбэр нь бүх л нутаг дэвсгэрт үр дүнд хүрэхгүй байж болно. Тухайлбал, хүн ам хэт ядуу зүдүү уулархаг бүсүүдэд болон вакцин хамралт угаасаа хангалттай өндөр хотын дүүргүүдэд дархлааны даатгал олгогтой ахиц гаргахгүй байж болзошгүй.

Үндсэн 4 төрлийн вакцинаар сэргийлэх өвчний өвчлөл, эндэгдэл одоо хангалттай буурчээ. Япон энцефалит, менингококкт мэнэнгийн эндэгдлийн хувь харьцангуй өндөр учир цаашдаа 2 вакцин мөн даатгалын схемд хамруулах нь зүйтэй юм.

Жунхуа дэд мужид даатгалд эрүүл мэндийн бусад зарим үйлчилгээг нэмж хамруулсан туршлагыг эдийн засгийн нөхцөл бүрдсэн бусад бүс нутагт дэлгэрүүлэхэд болох юм. Гэхдээ даатгалын арга хэлбэрийг хэт ойр ойрхон өөрчлөлгүй, хүн амд тогтсон ойлголт өгөхийг хичээх нь зүйтэй.

ДЭМБ-ын «Волд Хэлз Форем» сэтгүүлийн 1990 оны № 2-оос П. Нарансумъяа орчуулав.

ХОВОР ТОХИОЛДОЛ

ТОХОЙ ӨВДСӨНИЙ УЧИР

Зүрхний булчингийн шигдээс өвчин (ЗБШӨ) нь ихэнхдээ зүрхээр буюу чээжний зүүн хэсгээр хүчтэй өвдөж эхэлдэг. Бас нэлээд тохиолдолд дотор давчдаж амьсгаадах, багтрах, эсвэл ходоод гэдэс хямрах байдлаар илэрдэг. Хааяа гар хуруу, эрүү хэл өвдөх байдал ажиглагдана гэж ном хэвлэлд бичсэн байх боловч маш ховор байдаг.

Бидний практикт ажиглагдсан хоёр тохиолдлыг энд өгүүлье. Өвчтөн Б. 45 настай, эрэгтэй, албан хаагч, 1989 оны XI сарын 27-нд дотрын тасагт түргэн тусламжаар ирж хэвтсэн. Хэвтэх үеийн зовиур нь хоёр гарын тохойгоор маш хүчтэй янгинаан өвдөж, булчин нь байрч байсан. Өвдөлт тэсэхийн аргагүй хүчтэй байсан учир өвчиг дарах хүчтэй эм яаралтай хэрэглэхэд хүргэсэн. Үзэхэд: арьсны салст бүрхүүл хэвийн өнгөтэй, тохой болон бусад үе мөчид хөндүүр буюу хөдөлгөөн хязгаарлагдсан шинжгүй судасны лугшилт жигд, хүчдэл дүүрэлт сайн, артерийн даралт 150/100 мм. МУБ. Уушги цулцангийн амьсгалтай, хэвлий зөөлөн, элэг дэлүү томроогүй.

Харин зүрхний цахилгаан бичлэг (ЭКГ) хийж үзэхэд Y_2 — Y_4 QRS III

комплекс QS хэлбэртэй болж ST хэрчим Y_2 — Y_3 дээр дээш хазайж, T шүд Y_1 — Y_5 -д эсрэг гүн болсон. Өөрөөр хэлбэл зүрхний урьд хана таславчны орчмын шигдээс ажиглагдсан юм.

Лабораторийн шинжилгээнд: цусанд лейкоцит — 10000, гемоглобин 148 г/л, КФК—48 нэгж, ГОТ—10 ГПТ—1,6, протромбин 95%. Үлдэгдэл азот — 21,2 м. мол/л, мочевина — 6.58 байсан.

Эдгээрээс үндэслэн зүрхний хурц шигдээс гэж үзэж эмчилсэн. Тохойн өвдөлт тэр дороо дарагдаж, дахин давтагдаагүй ба цаашид нөхөн сэргээх эмчилгээ хийлгэж байна.

Хоёр дахь тохиолдол: Өвчтөн Д. 49 настай, эрэгтэй. Хэвтэх үеийн зовиур нь дээрхийн нэг адил хоёр тохойн үеэр хүчтэй өвдөж эхэлсэн бөгөөд үүний нэг ялгаа нь хоолой дээр юм зангирч байна гэж зовиурлаж байлаа. ЗЦБ-ээр мөн зүрхний урьд ханын шигдээс болох нь батлагдсан.

Эдгээрээс үзэхэд иймэрхүү зах хязгаарын өвдөлттэй зүрхний талаар шаналгаа зовиургүйгээр ЗБШӨ тохиолдсон байна. Үүнийг бид огт байдаггүй цоо шинэ гэж

толилуулж байгаа хэрэг биш, харин өвдөлт нь зүрхээр биш, гарын тохойгоор байсанд л хамаг учир нь байгаа юм. Тохой өвдлөө гэхэд өвчтөн, эмч аль нь ч «аминаас хол юм гайгүй байх» гэж тайвширч

том алдаа гарчихвий гэдгийг анхааруулах гэсэн хэрэг.

Э. СОЛОНГО
(Улсын нэгдсэн II эмнэлэг)
Я. ДОНДОГ
(АУДэ Сургууль)

ОЮУНЫ ХОМСДОЛЫН НЭГЭН ШАЛТГААН

Д. Малчихуу, Т. Оюунбилэг—Эх нялхсын эрдэм шинжилгээний төв

Оюуны хомсдолтой хүүхэд олширч байгаа тухай сүүлийн үед сэтгэл түгшээсэн мэдээлэл цөөнгүй бичигдэж байна. Эх нялхсын эрдэм шинжилгээний төвийн удамшил судлалын секторын судлаачид удамшлын өвчний тархалтыг Хөвсгөл, Хэнтий, Улаанбаатарт судалж 29759 хүүхдэд үзлэг хийхэд оюуны хомсдол 1000—д 11 байна.

Гэтэл оюуны хомсдолтой хүүхдийн 30 орчим хувь нь л удамшлын шалтгаантай бөгөөд оюуны хомсдолд хүргэдэг олон шалтгааны (архи, эцэг, эхийн өвчин, тархины халдвар г. м) нэг нь дотоод шүүрлийн булчирхайн зарим эмгэг юм. Эрт онош тогтоож эмчлээгүйгээс оюуны хомсдолд хүргэдэг өвчний нэгэн жишээг үзье.

Өвчний түүх № 224637. Өвчтөн Р. Б. охин, 1989 оны 6 дугаар сарын 28—нд 13 нас 9 сартайдаа ЭНЭШТ—ийн бөөр—дотоод шүүрлийн эмгэгийн тасагт «Бамбай булчирхайн төрөлхийн дутагдал» (цаашид ББТД) оноштой анх хэвтсэнээс хойш бидний хяналтанд эмчлэгдэж байгаа.

Б. 1975 10 11—нд Улаанбаатар хотод төрсөн, 22 настай эхийн хоёр лахь хүүхэд. Жирэмсэн үед эхэд нь мэдэгдэх эмгэг байгаагүй умай хөгжлийн үедээ хөдөлгөөн сул байсан, илүү тээлтэй, 4200 грамм жинтэй, 52 см өндөртэй (жин—өндрийн үзүүлэлт 80,7) төрсөн. Төрөх үедээ бүтэлтгүй, төрсний дараа хүүхдийн хөдөлгөөн сул, идэвхгүй, дуу сулхан, хөхөө сул сордог байсан. Арьс нь хуурай, ширүүн хүйтэн, толгойдоо хаг ихтэй ширүүн үстэй байв. Хөхөөр бойжсон 5—6 сартайгаасаа бие бялдар—сэтгэхүйн хөгжлөөр чацуутан хүүхдүүдээс хоцорч буй нь эх эцэгтээ ажиглагдаж цаашид өсөлт хөгжилт нь зогсжээ. Удамшлын эмчид үзүүлж эхний жилд нилээд хөөцөлдсөн боловч толорхой онош таарчлаагүй тул цаашид эмнэлгээр хөөцөлдөөгүй. Эх нялхсын төвийн эмч нар урьдчилан сэргийлэх үзлэгийн үед иаруулж эмнэлэгт хэвтүүлэн онош тодруулж, эмчилгээ эхэлжээ.

Ирэх үедээ хүүхдийн биеийн байдал хүнд, хүний хэл ойлгохгүй өөрөө үг хэлэхгүй, зогсож чадахгүй боловч толгойгоо даана, сууна. Биеийн өндөр—83 см (2 настай хүүхдийн хэмжээтэй) пагдгар, биеийн харьцаа алдагдсан, мөчнүүз богинохон, бүүдүүн, толгой том, нүүр хөөнгө, хамрын уг өргөн—үндийн хоорондох зай их, хамар богинохон шантгар, нүд онигор эгэмний дээд хонхор, сарвуу тавхайн гадаргуу пэмбийж хөөсөн, циймэрхүү усан хавангаас хүүхэд их тариалаг харагдана. Жин 15,3 кг. Хүүхдийн хэл том, амнаасаа бултайсан, уруул зузаан, арьс зөвхний цайвар өнгөтэй (зарим хүүхдэд ша-

рангуй туяатай байдаг) хуурай, ширүүн, гуужимхай, хүйтэн, салст бүрхэвчүүд бүдэг цайвар, үс ширүүн унамхай.

Зүрхний авиа бүдэг, судасны дүүрэлт хүчдэл дунд зэрэг, дугшилт 1 минутанд 58 удаа цусны даралт 70/50 мм. муб муб (№ 110 (70)).

Гэдэсний гүрвэлзэх хөдөлгөөн алдагдсанаас хэвлий том, цүдгэр, өтгөн хатдаг (өөрөө бие засч чадахгүй) хүйсний нэрхийтэй байв.

Цусны шинжилгээнд улаан эс $2,64 \cdot 10^{12}$ НВ—80 г/л цус багадалтын шинжтэй (ц—ц— $3,8 \cdot 10^9$, дааврын шинжилгээнд Т—3—3 ммоль/л, Т—4—75 ммоль/л, өсөлтийн даавар 0,01 мл/л УНИ—1,7 мкг%, Холестерин 5,9 ммоль/л байжээ.

Ийнхүү хүүхэд бие бялдар—сэтгэхүйн хөгжлийн хоцрогдол, арьс ба түүний дааврын тэжээллэг алдагдах, дотор эрхтний үйл ажиллагааны өөрчлөлт зэрэг ББТД—ын хүнд хэлбэр гэсэн эмнэлзүйн оноштойгоор даавар нөхөх, эмгэг жамын болон шинж тэмдгийн бусад эмчилгээ хийлгэж бидний хяналтанд 1 жил 8 сар гаруй болж байна.

Даавар нөхөх эмчилгээ эхлээд 2 сар болоход хүүхдийн жин 1,4 кг—аар (усан хаван) буурч, өндөр 5 см нэмэгдэж, арьс хэвийн өнгөтэй, чийглэг, зөөлөн болж, юм түшнэж явдаг, ннээдэг, өтгөн хатахаа (өөрөө бие засдаг) болж клиник сувилалд шинжсэн билээ.

Одоо хүүхдийн өндөр 108 см (25 см нэмэгдсэн), хүний хэлснийг ойлгож, гүйцэтгэдэг, өөрийнхөө хүслийг хүнд ойлгуулдаг, үг дагаж хэлдэг тэнцвэр муутай боловч гүйдэг болсон. Гэдэс дүүрэхгүй, баас хатахгүй болж, гар хөлийн үзүүр хөрөхөө байсан. Арьс хэвийн болсноос гадна хэл нь жижгэрч амиаасаа бултайхаа байсан.

Хэрэв хүүхэд төрсний дараах 1—3 сар дотор оношлогдсон бол бие бялдар—сэтгэхүйн хөгжил нгтэж их хоцрогдож оюуны хомсдолтой хүүхдийн тоог нэгээр нэмэгдүүлэхгүй байжээ.

Бидний ажиглалтанд байгаа 13 хүүхдийн 8 нь 10—14 насандаа, 4 нь 2—4 насандаа буюу тархины хөгжилд эргэшгүй өөрчлөлт гарч оюуны хомсдолд орсон үедээ эмнэлэгт ирсэн учраас эмчилгээний үр дүн муу байна. Ийнхүү онош, эмчилгээ оройтож «ниргэсэн хойно хашгирав» гэгчийн үлгэр болж буй тул эл өвчнийг эрт оношлох талаар мэргэжил нэгтэй нөхөддөө энэ өгүүллгийг зориулав.

Мэдүүлэг, эмнэл зүйн шинж, лабораторийн шинжилгээг үндэслэн ББТД—ыг хүүхэд төрсний дараах эхний 1—3 сард оношлох боломжтой юм. Оношийн ач холбог-

долтой, элбэг тохиолдол, найдвартай шинж тэмдэг нь: жирэмсэн байхад хүүхдийн хөдөлгөөн сул байх, төрөх үеийн жин их, хөхөндөө дургүй, хөхөө сул сорох, залгих хөдөлгөөн сагалтай, хүй удаан цөглөх, хүүхэд сулхан улбагар, өлсөх, норохоо мэдэхгүй байх, булчингийн чангарал удаан хадгалагдах, нярайн шарлалт удаан үргэлжлэх зэрэг шинжүүд өвөрмөц бус боловч бүхэлд нь авч үзвэл оношийн ач холбогдолтой юм. Цаашид хүүхдийн жин нэмэгдэхгүй байх, өтгөн хатах, хэвлий том голдуу хүйн ивэрхийтэй, хүүхэд улбагар сул, унтамхай, дүү бүдэг хяхтнаа хоолойтой юм шиг поржигнаж амьсгаадах, хамар—уруулын гурвалжин хөхрөх, амьсгалын замын өвчинд нэрвэгдэмхий, зулай хожуу битүүрэх, хожуу шүдлэх зэрэг шинж тэмдгүүд оношлогоонд туслана.

ББТД—ыг эрт оношлох болон хөнгөн, бүдэг хэлбэрийг илрүүлэхэд лабораторийн шинжилгээ чухал. Үүнд: уурагтай нэгдсэн йод (УНИ $N = 3,5-7,5$ мкг%) бутанол—ханд—йод (БЭИ $N = 3,0-6,75$ мкг%) мэдэгдэхүйц багасах ба эрүүл хүүхдэд 2 сард 5 мкг%—оос их байдаг. Бага насны хүүхдэд цусны холестрин 6 ммоль/л—ээс их байх нь оношийн ач холбогдолтой.

Орчин үед радиоиммуны аргаар цусанд тироксин 3 йодот тиронин (ТЗ, Т4) бамбай тэтгэх даврын хэмжээг тодорхойлдог болсон нь оношийг улам нарийсгаж байна. Оношид рентген шинжилгээ чухал ач холбогдолтой. Үүнд сарвуу—шууны үеийн ясжилтын цэг үүсэх удааширч, тэр нь тэгш бус, дэс дараа нь алдагдсан байна.

Хүүхдийн ой ухааны хоцрогдол бамбай булчирхайн дутагдал, эхэлсэн нас, дааврын дутагдлын хэмжээ, даавар нөхөх эмчилгээ эхэлсэн хугацаанаас шууд хамаарч янз бүр байх тул эл өвчнийг оношлож эмчилгээнд оруулах нь хүүхдийг оюуны хомсдоос сэргийлэх ганц арга болой.

Бамбай булчирхайн даавар нөхөх эмчилгээнд тиреодин, трийодтиронин, тиреотом, тиреоконб зэрэг бэлдмэлийг өргөн хэ-

рэглэж байна. Үүнд шаардлагатай тохирсон тунг тогтоох, түүнийгээ тасралтгүй өгөх (насан турш), хүүхдийн бодисын солилцоог хэвийн байлгахад эмчилгээ чиглэнэ. Иймд хүүхдийн биед даавар—дутагдлыг арилгаж, хэвийн байдалд оруулах, нэгэнт тогтоосон энэгшлийг халгах хоёр шатнаас эмчилгээг бүрдэнэ. Эхний удаад эмчилгээний асуудлыг булчирхайн мэргэжлийн эмч шийдэж, цаашид орон нутгийн эмч хүүхдийн эмчилгээнд заавар зөвлөгөөний дагуу хяналт тавих нь зүйтэй юм. Бамбай булчирхайн дутагдал нилээд тархмал өвчин боловч шинж тэмдэг тодорхой, хүнд хэлбэр нь оношлогдож, зөвхөн ой ухааны бага зэргийн (ном сурахдаа муу, анги улирдаг), зан төрхийн гажигаар (муухар зөрүүд) илрэх, хөнгөн хэлбэр нь бараг оношлогдохгүй байгааг анхаарах хэрэгтэй.

ББТД хөврөлийн үед бамбай булчирхайн хөгжил гажсанаас (аплази, гипоплази), дааврын нийлэгшил алдагдсанаас, йод дутагдсанаас зэрэг шалтгаанаас гадна булчирхайн үрэвсэл, хавдар мэс заслын дараа олдмол өвчин үүсдэг. Өвчний үүсэлд жирэмсэн үеийн янз бүрийн өвчнүүд, бусад хортой нөлөөнүүд болон эрхтэн үүсэлтийг саатуулах эмүүд чухал нөлөөтэй. Бамбай булчирхайн өөрийн нь үйл ажиллагаатай холбоотой пий анхдагч дутагдал байхаас гадна завсрын тархи—өнчин тархины тогтолцооны янз бүрийн өвчин, хавдар, гэмтлийн улмаас бамбайн тэтгэх даавар ялгаруулалт дутагдсанаас бамбай булчирхайн дутагдал хоёрдогч, гуравдагчаар ч тохиолдож болно.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

- 1, Современные проблемы диагностики и лечение заболеваний щитовидной железы у детей М, 1986,
- 2, Эндокринология детского возраста Л 1986, под, ред В, И, Калининцевой,
- 3, М, А, Жуковский, детский эндокринология М, 1982.

НҮҮРНИЙ ДУНД ХЭСГИЙН ҮХЖИЛТ МӨХЛӨГӨНГӨР

Д. Самбууцүрөв, Б. Туул, Д. Дашдорж—Анагаах ухааны хүрээлэн

Энэ өвчний тухай 1933 онд Стивард (2,5) тухайн үед дэлхийн хэвлэлд нийтлэгдээд байсан 10 тохиолдлын эмнэлзүйг судлаад гурван шаттай болохыг анх илрүүлэн «хамрын даамжрагч, үхлийн мөхлөгөн гүвгэрт шарх» гэсэн нэр өгч биеэ даасан өвчин болохыг тогтоожээ.

Хэвлэлийн нэлээд сүүлийн үеийн мэдээнд (5) хамрын хөндийн архаг, халдварт мөхлөгөнгөр», «нүүрний дунд хэсгийн гоц эмгэгшилт мөхлөгөн», «хорт мөхлөгөн» гэх мэт хэд хэдэн нэрээр бичигджээ.

ЗХУ-д 1944-1975 оны хооронд нүүрний дунд хэсгийн үхжилт мөхлөгөнгөрийн (У/М) талаар 7 орчим тохиолдол илэрснийг мэдээлжээ. (1, 3, 4)

Энэ өвчний гол шинж нь эхлээд хүний нүүрний хамар, самалдаг, тагнайн хуучуур, зөөлөн эдийг, дараа нь яс, мөгөөрс, арьс бусад эдийг гэмтээдэг, голдуу үхэлд

хүргэгч хортой явцтай явагддаг. Сүүлийн үеийн ихэнх судлаачид (5) үхжилт мөхлөгөнгөр өвчний үүсэхэд хүний дархлаа тогтолцооны хямрал, харцлын гаралтай амьсгалын дээд замын архаг халдвар их рольтой гэж үзэж байна.

ҮМ нь бүтэцгүйн хувьд олон янз дүрт эсээс тогтсон мөхлөгөн гүвгэр бөгөөд үүний хажуугаар эдийн нэвчдэст үрэвсэл цусны бичил эргэлтийн хямрал тод илэрсэн байдаг ажээ. Харин үрэвслийн мөхлөгөн гүвгэрийн дотор олон бөөмт аварта эс байхгүй, дотор эрхтнүүдэд булчинлаг судасны ханыг хамамрсан үрэвсэл илэрдэггүй зэрэг онцлогтой. Энэ нь ҮМ-ийг Ванегерийн өвчнөөс ялгах боломжийг олгодог. ҮМ өвчний эмнэлзүй, бүтэцгүйн өөр нэг онцлог гэвэл үрэвсэл өөрөөсөө халдварлаж идээлэх, ялзрах процесс давамгайлдаг явдал юм.

Хэвлэлээс үзэхэд (2,5) бичил судасны хэт дочрол (сэдэгдэлт)-оос хамар, самалдаг, амны хөндий болон нүүрийн зөөлөн эд үхжиж хүнд хэлбэрийн шарх үүсдэг.

Манай улсад энэ өвчнийг эмнэлзүйн хувьд ч, бүтэцзүйн хувьд ч оношлоогүй эдий хүрчээ. Харин 1989 онд улсын клиникийн төв эмнэлгийн эрүү нүүрний мэс заслын тасагт «нүүрний дунд хэсгийн үхжилт мөхлөгөнгөр» өвчтэй 2 хүн байсныг бид биопсийн шинжилгээгээр анх удаа оношлосон юм.

Энэ хоёр тохиолдлын клиник шинж тэмдэг, эмнэлзүйн болон морфологийн өөрчлөлтийн талаар товч бичиж эмч нарын хүртээл болгохыг хичээе.

Өвчтөн М-ын Лу 3 настай, эрэгтэй 1988 оны XII сарын эхээр тагнайн баруун хэсэгт товгор зүйл байсныг мэдсэн, тэр нь 7 хоногийн дараа өөрөө хагарч идээ гоожих болсон тул мөн сарын дундуур Дорнод аймгийн нэгдсэн эмнэлэгт үзүүлэн хэвтэж эмчлүүлсэн, үр дүн өгөхгүй байсан учир 1989 оны I сарын 5-нд УБ хотод шилжин ирж УКТЭ-т амбулаториор үзүүлэхэд дээд эрүү, тагнайн орчмын сүрьеэ байж магад хэмээн сэжиглэж биопсийн шинжилгээ хийхэд сүрьеэ өвчин илрээгүй байна. Шашид оношийг тодотгох, эмчлэх зорилгоор УКТЭ-т мөн оны I сарын 17-нд хэвтүүлжээ. Тэр үед тагнайн дунд хэсэг шархалсан, дээд эрүү, чих рүү дамжин өвчлөг зовиуртай байв. Үзлэгээр зөөлөн хатуу тагнайн зааг дээр 3х5 см хэмжээний ногоон өнгөөр хучигдсан үхжсэн шархтай, тэр нь ямарч эмчилгээнд эдгэхгүй харин шарх нь улам том болжээ. Иймд мэс засал хийж идээг цэвэрлэн биопси авсан байна. Эдийн шинжилгээгээр архаг үрэвсэл илэрчээ. Урьд нь уушгины сүрьеэ байж болзошгүйг сэжиглэн сүрьеэгийн дэргэжлийн эмчээс удаа дараалан зөвлөгөөн авч сүрьеэгийн эмээр эмчилсэн боловч сайжраагүй. Тагнай, дээд эрүү, нүүрний зөөлөн эд улайж хүрээтэй хавдахын хамт тагнайн нь цоорч идээ гоождог, гуншиж ярьдаг болсон. Хоолонд дургүй, эцэж турж эхэлсэн. V сарын сүүлчээр хамар дээр хатиг шиг юм гарч, тэр нь эдгэрэхгүй 9 дүгээр сард нүүрийн баруун тал, хацар, баруун нүдний зовхи, хамрын арсанд хүрэн удаан өнгө улам тодорч хавдар нь эрс нэмэгдэж хамрын мөгөөрс сэтэрч нүүр баруун тийш муруйж ойролцоох зөөлөн эдэд ногоон өнгөрөөр хучигдсан үхжлийн шарх үүсэн нүүрийн хэлбэр өөрчлөгджээ. Ангилгаж үзэхэд тагнай нуран унаж идээт өнгөрөөр дүүрсэн байв. Цусны ерөнхий шинжилгээг олон удаа хийхэд улаан эсийн тунх урвал 17,46 мл цаг болж хурдассан. лимфонт 25,30 болж олширсон, цагаан эс 14х10⁹ хүрсэн, рентген зургаар хамрын баруун хөндийд хийжилт буурч шинжилгээнд 3 удаа стафилококк илэрсэн зэрэг өөрчлөлт гарчээ.

I дүгээр сараас хойшхи 9 сарын хугацаанд авсан 5 удаагийн биопсийн материал дахин харахад дараах өөрчлөлт илрэв.

Үүнд: хамрын хөндийн салстаас авсан хоёр дахь удаагийн биопсид хучуур доорхи холбогч эдэд тунгалгийн ба сийвэнт эс давамгайлсан дархлалын эсийн нэвчдэс үүссэн байв. Зарим хэсэгт артерийн хялгасан судасны ормон дээр байрласан эсийн бөөгнөрөл илрэв. 3, 4 дэх биопсийн бичилбэлдмэлд ясны хэлтэрхий байх бөгөөд үхжсэн эдийн дунд үхжсэн судасны хана, олон тооны эсээр бөглөрсөн хялгасан судас, мөн тод хараар будагдсан бөөм бүхий томорсон эсүүд хэсэг бүлгээр байрлаж харагдав. Үхжлийн эргэн тойронд голдуу саармаг эсээс тогтсон нэвчдэс, хялгасан судасны ханы үрвэсэл, судсыг хагас тагласан эсийн бүлэн ажиглагдав. Эдгээр шинж нь нүүрний дунд хэсэгт байрласан үхшилт (хорт) мөхлөгөнгөр гэсэн оношийг тавих нотолгоо юм. Хэдийгээр онош тогтоогдсон боловч өвчин нэгэнт хүндэрч гурав дахь шатандаа орсон учир өвчтөнийг эмнэлгээс гаргажээ.

Хоёр дахь тохиолдол: Өвчтөн 45 настай, эрэгтэй 1988 оны XII сараас хамар битүүрч, шүд нь өвдөж эхэлсэн ба ийм зовиур үе үе тодроод, арилдаг байжээ. 1989 оны VII сард дээд эрүүний баруун талын VI араа өвдөж авхуулсан боловч тарианы зүүцэй нүхээр өвдөж эхэлсэн гэнэ. Энэ үед хамар бас битүүрчээ. VIII сард УКТЭ-ийн хамар хоолойн кабинетад үзүүлэхэд онцын өөрчлөлтгүй гэж буцаажээ. Удалгүй тагнай нь хавдаж цоороод шарх болж хувирсаа байна. Иймээс Архангай аймгаас УКТЭ-ийн эрүү нүүрний мэс заслын тасагт X сарын II-нд шилжүүлжээ. Ирэх үед өвчтөн тархиар хатгана, шүд өвдөнө, тагнайн цоорхой томорч идээ гоожино гэсэн зовиуртай байв. Үзлэгээр тагнайн дунд хэсэг цоорсон, орчиндоо ногоон өнгөрөөр хучигдсан 3 см диаметр бүхий үхжсэн шархтай байжээ. Энэ хэсгээс авсан биопсийн шинжлэхэд хялгасан судасны хана үрэвссэн, нүх нь эсэн бүлэнгээр бөглөрсөн, их хэмжээний үхжсэн эдтэй, бөөм нь өөрчлөгдсөн тэнэмэл ба сийвэнт эс, тунгалгийн залуу ба саармаг эсүүд холдлон байрласан олон дүрст эсээс тогтсон мөхлөгөн гүвтэр харагдав.

Бүтэцзүйн эдгээр өөрчлөлт нь үхшилт мөхлөгөнгөр өвчин мөн болохыг батлахаас гадна гадаадын хэвлэлд бичсэнтэй тохирч байна.

Одоо өвчтөн стероид гормон, хавдрын эсрэг эм, туяаны шарлага зэрэг хосолсон аргаар эмчлүүлж байна.

Энэ хоёр тохиолдолд эхлээд тагнай шархалж, идээлж, цоордог ижилхэн шинжүүдийн онцлог ажиглагдав.

Цусны бичил эргэлтийн харшлын өвчин туссан хүнийг олон жилийн намжмал байдалд шилжүүлэх буюу бүрэн анагаах асуудал нь өвчлөлийн эхэн шатыг таньж оношлох, онож эмчлэхтэй шууд холбоотой.

Иймд хамрын хөндий, тагнай, ам залгуурын аль нэгэн хэсэгт хавдах, идээт шарх үүсэх ахуй үхшилт мөхлөгөнгөрийн эхлэл байж болохыг эмч нар санаж явахад илүүдэхгүй болмой.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. А. И. Картамышев, Вопросы дерматологии — венерологии, Уфа, 1944, Т-3, с. 66-71
2. Международная гистологическая классификация опухолей, ВОЗ, Женева, №19 с. 50,
3. Труднев В.К. К вопросу о злокачественной гранулеме, Труды науч. исслед 1980, с. 176-196.

ин-та уха, горла и носа, М, 1958, Т-10, с. 3-9

4. Н. Е. Ярыгин, и соавторы Физиология и патология сердечно-сосудистой системы Ярославль. 1975, с. 231—237.

5. Н. Е. Ярыгин и соавторы, Системные аллергические васкулиты, —Москва, М.,

ҮЙЛ ЯВДАЛ

ХҮНИЙ УДАМШИЛ

Хүний удамшил судлаачдын 8-р их хурал Америкийн нэгдсэн улсын Вашингтон хотод боллоо

Хуралд дэлхийн 100 гаруй орны 5034 эрдэмтэн, 4900 оюутан оролцож 2883 илтгэлийн хураамж хэвлэгдэн гарлаа.

Хурлыг зохион байгуулах (гүйцэтгэх, программын, санхүүгийн, хэвлэлийн, олон улсын зөвлөх, хурлын төгтмөл ажлын) хороодыг 1990 оны 4 сард байгуулан ерөнхийлөгчөөр Америк улсын эрдэмтэн Маккьюсик, дэд ерөнхийлөгчөөр Англи улсын улсын эрдэмтэн Водмер, Венгер улсын Кцейцел, БНХАУ-ын Люо Хянаан нарыг сонгон ажиллуулав Олон улсын зөвлөх хороонд 63 улс оролцсоны дотор Монгол улсыг 1990 оны 4-р сард батлан мөнхий бие хорооны гишүүнээр сонгогдсон билээ. Хурлын олон улсын зөвлөх хорооны гишүүний хувьд ажилласан хугацаанд 10 гаруй удаа захидлаар харилцаж тус хуралдаанд тавих томоохон илтгэлийг аль улсын хэнээр тавиулах ямар сэдвээр нийтлэг лекц уншуулах, дагалт хуралдааны талаар саналаа өгсөн билээ.

Дэлхийн хүний удамшил судлаачдын 8-р их хурлыг дагуул ба үндсэн хуралдаан гэсэн хоёр хэсэг болгон явуулав

Дагуул хуралдааныг Америкийн нэгдсэн улсын эрүүл мэндийн төрөл бүрийн нийгэмлэгүүд бие даан зохион байгуулж, Гошийн өвчнийг энзимээр эмчлэхүй, янз бүрийн оронд хүний удамшил судлалын ухааны хөгжиж байгаа түүх, нугаснаас шалтгаалан булчингийн сөнөрөл үүсэх өвчин, ургийн генийн эмгэг, Макало-Йосефийн өвчний генийн зураглал сэдвүүдээр тус тус хийлээ

Дэлхийн том эрдэм шинжилгээний хурлуудын нэг онцлог нь хуралд оролцож байгаа, судалгааны ажлаа хэвлүүлсэн хүн бүр хурлын татвар төлөх юм. Хурлын татварт эрдэмтэд 290, аспирантууд 200, оюутан 75, зочид 50 доллар төлж, харин хурлын үед эрдэмтэд 435, аспирант, эмч нар 300 доллар төлж хуралд оролцох эрх олж авав

Дэлхийн хүний удамшил судлаачдын 8-р их хурал 1991 оны 10 сарын 7-нд Вашингтоны хуралдааны төв хэмээх газар нээгдлээ.

Хурлыг нээж ерөнхийлөгч В Маккьюсик үг хэллээ. Хэлсэн үгэндээ «Одоо дэлхийд хүний удамшил судлалын ухааны хөгжил

СУДЛААЧДЫН ИХ ХУРАЛ

эрчимтэй хөгжиж удамшлын 5517 нэршил бүхий өвчин нээгдлээ» гэж тэмдэглэв.

Цөөн биш оронд хүний удамшил судлалын ухаан хөгжлөөр сул ялангуяа Азийн зарим орон энэ талаар тун сул байгааг тэмдэглэн ярилцав. Анагаах ухааны зохих хөгжлийн түвшинд удамшлын өвчин судлал амьдралаар шаардагдан үүсэн хөгжих тавилантайг тэмдэглэв

Анх 1956 онд 1500 өвчин, 1970 онд 1900 өвчин, 1980 онд 3000 өвчин мэдэгдэж байжээ.

Дэлхийд хүний удамшлын ухааны хөгжлийг (1956-1967 он) хүний хромосомыг зөв тоолон тогтоож хромосомын шинжилгээ голчилсон (1967-1977 он) эсийн удамшил судлал эхлэн хөгжсөн, 1977 оноос молекулын удамшил судлал хөгжсөн хэмээн гурван шатанд хувааж үзэх нь зүйтэй хэмээн тэмдэглэв

Сүүлийн жилүүдэд хүний удамшил судлалын хөгжлийн онцлог бол хоёр том хувьсгалыг тухайлбал биологи болон мэдээллийн хувьсгалыг дотроо агуулан явагдаж, орчин үеийн хүний удамшил судлалын ухаанд РС технологи тууштай нэвтэрснийг онцлон заав.

Ямарч оронд аливаа нэгэн шинжлэх ухаан хамтарсан мэдээлэлгүйгээр хөгжих бололцоогүйг тэмдэглэв. Орчин үеийн мэдээллээр баяжихгүй байгаа шинжлэх ухааны салбар нь хоцрогдол мөн Орчин үеийн мэдээллийг хэдхэн сар авахгүй, өөрийн судалгаанд тусгахгүй бол тэр судалгааны газар хоцрогдолд ордгийг заан тэмдэглэв.

Молекулын удамшил судлалын түвшин нь генийг шинжүүлж суулгах, ДНХ-ийн үйлчлэлийг нарийвчлан тогтоож тэдгээрийн үйл ажиллагаа хэлбэрийг нарийвчлан гаргаж байгаа ажээ. Хүний удамшлын ухааны нийгэм биологи, хүнлэг, ёс, ёс суртахууны асуудал нэн шаардлагатай болохыг тусгайлан тэмдэглэв

Хурлын материалд 2883 судалгааны ажил хэвлэгджээ. Манай улсаас Удамшлын оюун ухааны хомсдолын шалтгаан, тархац, «Даунын хам шинж» хэмээсэн хоёр ажил хэвлэгдэж гарлаа.

Үндсэн хуралдааныг нэгдсэн лекцүүд, симпозиумууд, ажлын хэсгийн хуралдаан гэж хуваав.

Нэгдсэн лекцүүдийг хорт хавдар, эмнэлзүйн удамшил судлал, удамшлын ухааны

хөгжил, дэвшлийн асуудал, геномууд, удамшлын, олон шалтгаант эмгэгүүд ДНХ-ийн бүтэц зэрэг сэдвүүдээр дэлхийд нэрд гарсан эрдэмтэд тавьлаа. Лекцийг олон эрдэмтэд маш анхааралтай сонсож, тэмдэглэж, дуу хураагуурт хурааж авч байв.

Хуралд симпозиум байдлаар илтгэлүүд тавигдав.

Симпозиумуудаас салбарлан 94 хэсэгчилсэн хуралдаан боллоо. Хэсэгчилсэн хуралдаанд эрдэмтэд өөрсдийн илтгэлийг 5-10 минут тавьж 2-3 минут асуулт хариулт явуулав.

Хэвлэгдсэн 2883 илтгэл тус бүрээр самбар гаргаж илтгэл, диаграмм, зураг зэргээ хадгаж үзүүлсэн байх юм. Энэ нь хоорондоо мэдээ солилцох үндсэн арга байв. Монгол улс хоёр самбарт хийсэн үзүүлэн бусад зүйлээ тавьж танилцуулав. Самбар дээрээ өөрөө ажиллах хуваарь цагаа тавиад хадгах тул сонирхсон асуудалтай хүмүүс ирж уулзах юм. Энэ бол олон илтгэл тавих хэмээн хүн залхаадаггүй сайн арга юм. Уул самбарыг шөнө 21-22 цагт ч үзэж, уншиж, тэмдэглэл хийж, зураг авч байв.

Америк, бусад орны эрдэмтдийг зохих хэмжээгээр танилцаж санал солилцоо, Америкийн эрдэмтэд өөрийн судалгаа хариуцсан зүйлийг дагнан мэдэх энэ талын мэдээлэл авсан байх нь тун онцлог байв. Эрдэм судлалын ажлаа ганц чиглэлээр хөөж энэ ажилдаа амьдралаа зориулж улс төр бусад асуудлаар оролцдоггүй онцлогтой юм.

Эрдэмтэн бүр компьютерийг сайн эзэмшиж өөрийн судалгааны ажил бүрээр программ зохион түүндээ дүгнэлт хийдэг ажээ. Америк улсад компьютер дээр ажиллаж чаддаггүй түүнийг эзэмшээгүй хүнийг бичиг үсэг тайлагдаагүйтэй ижил үзэж байна. Компьютерийг дэлгүүр, гуанзны худалдагч, зочид буудлын үйлчлэгчдээс эхлээд хүн бүр хэрэглэх юм.

Судалгааны том лавлах лабораториуд бүх дэлхийн тэргүүний ижил төсөөтэй байгууллагатай компьютерээр холбоотой байдаг ажээ.

Эрдэмтэд мэдээллийн системийг аливаа шинжлэх ухааны хөгжлийн нэг хэсэг хэмээн үздэг ажээ. Хүний удамшил судлалын шинжлэх ухааны хөгжлийн анхан шатны тухайлбал хромосомын шинжилгээний аргуудыг манай улсад хэрэглэж байна. Манайд хүний удамшил судлалын салбар, түүний судалгааны хүчин чадал дэлхийн хөгжилтэй орнуудын 1956-66 оны үеийнхтэй адил байна.

Хурлын явцаас үзэхэд хавдар судлал ба экологийн генетик, удамшлын өвчний сэргийлэлтэнд дэлхийн ихээхэн анхаарал тавьж байгаа ажээ.

Олон эрдэмтэд удамшлын шинжлэх ухааны ололтыг зөв ашиглах ялангуяа эрүүл генийн тэнцвэрт байдлыг хэвийн хадгалахын чухлыг мөн удамшлын ухааны салбарт гарч байгаа биотехнологийг хаачууштай бүтээлчээр нэвтрүүлэн ажиллах шаардлагатайг тэмдэглэв. Удамшлын зарим өвчнийг эмчлэхэд эрүүл генийг биед оруулан эмчлэж байгаа талаар эрдэмтэд туршлага солилцон ярилдав.

Америк улсад эрдэм шинжилгээний хүрээлэн, их дээд сургуулиуд өөрсдийн хамтарсан хувийн үйлдвэр, компаниудтай бай-

даг бөгөөд мөнгөн санхүүгийн харилцан дэмжлэг бие биедээ үзүүлдэг. Ялангуяа эрдэмтдийн бүтээл, шинэ бүтээлийг тэдгээр компаниуд үйлдвэрлэлд нэвтрүүлдэг байна. Эрдэмтэд багш нар тэдгээр компанихаа гишүүд байдаг.

Америкд анагаах ухааны дээд мэргэжлийн сургалт доорхи байдалтай явагддаг ажээ. Дунд сургууль төгсөгчдөөс анагаах ухааны коллежид элсүүлэн (үнэ төлбөртэйгээр) дөрвөн жил сургадаг. Дараа нь мэргэжлийн байдлаас 4-6 жилийн хугацаанд нарийн мэргэжил эзэмшүүлнэ. Улмаар эрдмийн зэрэгтэй болох хүсэлтэй, сурлага сайнтай аваас докторантурт 4 жил сурган шууд доктор болгодог. Нийтдээ аливаа нэгэн мэргэжлийн салбарт 12-14 жил суралцаж доктор цолтой мэргэжилтэн болдог. Докторын зэргийг заавал сургууль өөрөө биеэрээ сурган хамгаалуулдаг. Энэ нь сургуулийн нэр төртэй нягт холбоотойгоос үүнийг хатуу баримталдаг ажээ.

Харин дэд профессор, профессор цолыг олон ном бүтээл шинжлэх ухааны нээлт гаргасан эрдэмтдэдээ сургууль нь олгодог ажээ. Америкийн сургалт төлбөртэй боловч сурлага сайн оюутнуудад элдэв байгууллага нийгэмлэгийн шагналт цалин олгодог журамтай юм.

Мөн аливаа нэгэн дээд сургууль төгссөн хүн бүр өөрийн эх болсон сургуульдаа хар бүр тодорхой хандиар өглөг ба энэ хөрөнгөөр сургууль санхүүждэг гэнэ. Энэ туршлагыг ч бид хэрэглэмээр ажээ.

Эрдэм шинжилгээний хурлуудыг оролцох эрдэмтэд, хүмүүсийн зардлаар явуулдаг ч бас зүйтэй юм. Чухам шинжлэх ухаандаа хайртай хүмүүс, судалгаа шинжилгээний ажлын хорхойтнууд эрдэм шинжилгээндээ ямар нэгэн хөрөнгө зарахыг хэвийн зүйл гэж үздэг ажээ. Дэд эрдэмтэн гэсэн зэрэг хамгаалуулдаг газар дэлхийд ЗХУ, Монгол хоёр бололтой. Ийм тогтолцоотой байсан Өрнөдийн орнууд энэ туршлагыг больжээ. Бид эрдэмтдийн ид бүтээлч насыг доктор хамгаалуулах нэртэй явцуухан сэдвээр олон жил ажиллуулан үржж байгаа юм байна. Олон газар эрдмийн зэрэг хамгаалуулж байгаа учраас чанарын хяналт их султай болжээ.

Америкийн анагаах ухааны академи нь гол гол өвчнөөр нийгэмлэг байгуулдаг ажээ. Жишээлбэл: Даунын хам шинжийн, нейрофиброматозын, Говшийн өвчний гэх мэт нийгэмлэг бүх л өвчнөөр байх юм. Энэ нь олон хүнийг тодорхой судлаачдыг сайн хамардаг гэнэ. Манай улсад жишээлбэл хүүхдийн эмч нарын нийгэмлэг гэвэл хүүхдийн эмч л орохоос бус хүүхдийн салбарт ажилладаг лаборатори, эмгэг, анатоми, сэтгэлзүйч нар нийгэмлэгт багтаж чаддаггүй. Харин энэ өвчний нэршлээр нийгэмлэг гаргахаар тэр хэсэгт ажиллаж буй бүх хүмүүс (жишээлбэл оюуны хомсдолын нийгэмлэгт энэ талаар ажилладаг багш сурган хүмүүжүүлэгч, эмч нар гэх мэт) оролцох сайн талтай гэнэ. Америк улсад ямар ч нийгэмлэг, сургууль, байгууллага өөрийн ивээн тэтгэгч, хамтран ажиллагч байгууллагатай байх юм.

Америк хүмүүс энгийн даруу, уур уцаар огт үгүй, хичнээн том эрдэмтэн байсан ч биеэ магтах, цол гуншингаа хэлэх аншилгүй ажээ. Харин судалгаа шинжил-

гээнийхээ талаар санал солилцох нэн дуртай юм. Америк эрдэмтэд Монголын тухай их сонирхож байна.

Америкийн Жоржийн Анагаах ухааны их сургууль (Энэ Анагаах ухааны их сургууль Америкийн тэргүүний 10 их сургуулийн 4-5 байранд байгаа) манай Эх хүүхдийн эрдэм шинжилгээний төвтэй хамтран ажиллах хүсэлт тавьж тус сургуулийн профессор Милличи ирж хэд хоног ажиллаад буцлаа. Эзэ их сургууль танай засгийн газар ямар нэгэн хэмжээгээр мөнгө гаргавал Азид үлгэр жишээ удамшил, иммунологи, биохимийн шинжилгээний орчин

үеийн лаборатори байгуулан өгч мэргэжилтэн сургахыг зөвшөөрч байна.

Айдаг байсан алсын Америктай анагаах ухааны салбараар хамтран ажиллах муугүй болов уу?

Монголын анагаах ухааны төлөөлөгч Америк улсад Эрдэм шинжилгээний их хуралд анх оролцож нүд тайлсны алтан шар зам өлзийтэй байлаа. Хойшид ч энэхүү холбоо хэлхээ, харилцаа улам өргөжнөгэдэгт гүнээ итгэн мэргэжли нэгт нөхдөдөө өчүүхэн мэдээлэл хийлээ.

ДОЦЕНТ Ж. РАДНААБАЗАР

УЛАМЖЛАЛТ АНАГААХ УХААНЫ ОЛОН УЛСЫН ИХ ХУРАЛ

1991 оны X сард Бээжин хотноо болсон уламжлалт анагаах ухааны олон улсын их хуралд Австрали, АНУ, Бельги, Канад, Нигери, Монгол, Франц, Унгар, Швед, Энэтхэг, Япон зэрэг 37 орны 1500 гаруй төлөөлөгчид оролцлоо.

Их хурлыг Дэлхийн эрүүл мэндийн байгууллага (ДЭМБ)-ын дэмжлэг туслалцаанд тулгуурлан БНХАУ-ын Засгийн Газраас зохион байгуулжээ. Хурлын үйл ажиллагаанд ДЭМБ-ын ерөнхий захирал доктор Хироши Накажима оролцож, ДЭМБ-аас ардын уламжлалт анагаах ухааныг хөгжүүлэх талаар баримталж буй бодлого чиглэлийн тухай яриу.

Их хурал ерөнхий, уламжлалт эмнэлгийн үндсэн онол, эмийн бус эмчилгээ, байгалийн эмчилгээ, эмнэл зүйн судалгаа гэсэн 4 салбар хуралдааны хүрээнд явагдаж, 200 гаруй илтгэл тавигдлаа. Энд Хятадын болон дорно дахины уламжлалт анагаах ухааны онол, арга зүй, түүхэн уламжлал, барууны орнуудад дорно дахины уламжлалт

анагаах ухааны арга барилыг өргөн хэрэглэж, тодорхой үр дүнд хүрч буй байдал, уламжлалт эмнэлгийн оношлогоо, эмчилгээний аргыг орчин үеийн анагаах ухааны ололттой хослуулан хэрэглэж, их амжилт олж байгаа талаар маш сонирхолтой олон илтгэл тавигдлаа. Их хурлын үеэр ардын уламжлалт эмнэлгийн эм, оношлогоо, эмчилгээний багаж хэрэгсэл хийдэг БНХАУ-ын олон үйлдвэрийн бүтээгдэхүүний баялаг үзмэр бүхий том үзэсгэлэн ажилласан явдал хуралд оролцогсдын анхаарал, сонирхлыг ихэд татлаа.

Тус их хурлаас «Бээжингийн тунхаглал» гэдэг баримт бичиг баталж, уламжлалт анагаах ухааны талаар олон улсын хамтын ажиллагааг улам бүр хөгжүүлэхийн чухлыг онцлон дурьдаж, жил бүрийн 10 дугаар сарын 22-ныг «Дэлхийн уламжлалт анагаах ухааны өдөр» болгон тэмдэглэж байхаар тогтов.

ЭМЯ-ны ажилтан Б. ОРГИЛ

ЕНДОНГИЙН БАНЗАР

Эрүүл ахуй, халдвар, нян судлалын улсын институтийн эрүүл ахуйн секторын эрхлэгч, анагаах ухааны дэд эрдэмтэн Ендонгийн Банзар 1992 оны 1 дүгээр сарын 9-нд зуурдаар нас нөгчив.

Е. Банзар 1936 онд Завхан аймагт төрсөн. 1961—1966 онд Завхан аймагт сумын хүний их эмчийн сал-

барын эрхлэгч, аймгийн АЦХС-ын Станцын дарга, 1966—1978 онд АЦХС-ын Станцын дарга, 1966—1978 онд АЦХС-ын Төв Станцад мэргэжилтэн, ЭАХНСУ-ын институтэд тасгийн дарга, 1978—1990 онд Эрүүлийг хамгаалах яаманд ахлах мэргэжилтэн, Улсын ариун цэвэр, халдвар судлалын байцаан шалгах

газрын орлогч дарга, 1990 оноос ЭАХНСУ-ын институтэд секторын эрхлэгчээр ажиллаж байлаа.

Ё. Банзар 1979 онд «Туул голын ариун цэврийн байдал, хүн амын эрүүл мэнд, амьдрал ахуйд нөлөөлөх нь» сэдвээр анагаах ухааны дэд эрдэмтний зэрэг хамгаалсан.

Тэрээр улсад 41 жил ажиллахдаа ариун цэврийн улсын албыг хөгжүүлж бэхжүүлэх, боловсон хүчнийг бэлтгэх ажилд үнэтэй хувь нэмэр оруулж, онол, практикийн ач холбогдолтой 70 гаруй бүтээлийг туурвисан, манай нэр хүндтэй тэргүүний эрдэмтэн, сэхээтний нэг байсан юм. «Монголын анагаах ухаан» сэтгүүлийн зөвлөлийн гишүүн, сайн нийтлэгч байлаа.

Ё. Банзарын хөдөлмөрийг үнэлэн алтан гадас, одон, хөдөлмөрийн хүндэт медаль, Ардын хувьсгалын 50, 70 жилийн ойн медалиуд, эрүүлийг хамгаалахын тэргүүний ажилтан тэмдэг болон яам, тусгай газрын шагналуудаар шагнажээ.

Эрүүлийг хамгаалахын тэргүүний ажилтан Ё. Банзарын ажилч, хичээнгүй, нягт, нямбай, нөхөрсөг, тусч хүнлэг чанар нь бид бүхний сэтгэлд үүрд хоногшин үлдэх болно.

**ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ЯАМ
ЭАХНСУ-ЫН ИНСТИТУТ
УЭАХС-ЫН ХЯНАЛТЫН
ГАЗАР
ЭРҮҮЛ ЭНХ ХЭВЛЭЛИЙН
ГАЗАР**

MONGOLIAN MEDICAL SCIENCES

Quarterly journal of
the Ministry of Health, Mongolia
and
the Scientific Society of Mongolian Physicians

33rd year
of
publication

No. 1 (79)

1992

CONTENTS

Health Policy

P. Nymadawa On Problems of Family Planning 3

Original articles

D. Baasanjav G. Dolgor	Epidemiology of Cerebrovascular Diseases among Definite Group of Population	9
M. Alrankhuu J. Khylan P. Nymadawa N. P. Blokhina	Clinical Picture of Delta Hepatitis	13
L. Ajnai V. N. Usakalova	Results of Study on Oxidation of Blood Lipids of Mongols	17
Kh. Tsolmon D. Baatar S. Lodoidamba	Tooth Masticate Area of Mongols Defined by Occlusiograms	18
B. Dagvatseren D. Chinghe	Some Psychopharmacological Effects of Galeopsis bifida	21
G. Narantsetseg Ts. Khaidav A. Ulzyikhutag	Changes of Fat Metabolism and Influence of Thalaspiaervense L. , on Them on the Atherosclerosis Model with Experimental Animals	23

Opinions

D. Tsegheenjav	On Problems of Urgent Vascular Surgery	28
G. Choijamts	Is there possibility of Preparing Clinical Pharmacologists	32
S. Bat—Munkh		
M. Shagdarsuren	On Problems of Health Insurance	34
Sh. Sarantuya		
Ts. Mukhar	National Health Service Problems in the Transition Period to the Market Economy	35
B. Natsagdorj	Current Situation and Urgent Problems of Pathomorphological Service in Mongolia	37

Lectures, Reviews and Consultations.

M. Tuul	Current Stand of Morphological Studies of Mongols	40
G. Tsagankhuu	Headache	42
D. Ulzyibayat		
G. Orsoo	Acute Diarrhoeal Diseases of Children	45
Zi. Wei Lian	Financial Inducement for Improving the Efficacy of Immunization	49

Casualties

E. Solongo	Elbow Pain Caused by Acute Heart Attack	52
Ya. Dondog		
D. Malchinkhuu	A Cause of Mental Retardation	53
T. Oyundileg		
D. Sambuupurev	Necrotic Granuloma of the Face	54
B. Tuul		
D. Dashdorj		

Chronicle

J. Radnabazar	International Congress of Human Genetics	56
B. Orghil	International Congress of Traditional Medicine	

Obituary

Jondonguin BANZAR		58
-------------------	--	----

Элэгний уйланхайн эхографийн ангиллыг зохиож, элэгний бэтгийн болон паразитийн бус уйланхайг өөр хооронд нь эхографийн аргаар ялгаж оношлох шинж тэмгүүдийг илрүүлэн тогтоож эхографийн оношлогчонь үр дүнг тооцон гаргасан байна.

8. Цэрэжхүүгийн Лхагвасүрэн — аспирант

Сэдэв: Нэвчмэл хордлогот бахлуурын цархлал судлал, эндокрин-иммунологийн шауудлууд

Хэзээ, хаана хамгаалсан — 1990 оны 10 дугаар сарын 14,

Улаанбаатар

И. Лхагвасүрэн энэхүү бүтээлдээ бамбай булчирхайн томорсон хоёр талын элтэр иод— 131 хэмээх изотопыг хэрхэн шингээж байгаа онцлогийг тодорхойлжээ. Манай оронд Т—лимфоцит болон В—эсийн дэд популяцийг тодорхойлоход анх удаа нэг удмын эсрэг бие болон иммунофлюоресценцийн аргыг хэрэглэжээ. Нэвчмэл хордлогот, бамбайн үед бий болж байгаа аутоиммуны хямрал нь Т—хелпер ихсэж, В—эсийн тогтолцоо идэвхжиж, Т—эсийн өвөрмөц бус супрессор идэвх буурч байгааг тогтоожээ.

9. Гончигийн Оросоо — Эх, хүүхдийн эрүүл мэндийг хамгаалах эрдэм шинжилгээний улсын нэгдсэн төвийн эрдэм шинжилгээний ажилтан

Сэдэв: — Улаанбаатар хотын нэг хүртэлх настай хүүхдийн бие бялдар, мэдрэл-сэтгэхүйн хөгжилт

Хэзээ, хаана хамгаалсан — 1990 оны 11 дүгээр сарын 15

Улаанбаатар

Энэхүү бүтээлд 1 настай эрүүл хүүхдийн бие бялдарын хөгжилтийн үндсэн үзүүлэлт, мэдрэл сэтгэхүйн хөгжлийн онцлогийг тодорхойлж, цусны сийвэн дэх бичил элементийн хэмжээг анх удаа тогтоосон байна. Ингэснээр хүүхдийн гэр бүл, хүүхдийн байгууллагад асарч хүмүүжүүлэх ажлыг зохион байгуулахын эрүүл мэндийн байдлыг үнэлэх, улмаар хүүхдийн хэсэг, хүүхэд саатуулах газруудад урьдчилан сэргийлэх ажлын чанарыг сайжруулахад ач холбогдолтой болжээ.

Цусны сийвэнгийн элементүүдийг тодорхойлсон хэмжээг хүүхдийн эмчилгээний практикт хэвийн дундаж хэмжээ болгон хэрэглэж болно гэж үзжээ.

10. Түдэвдоржийн Эрхэмбаатар — аспирант

Сэдэв: — Жирэмсний бөөлжилтийг лазерийн туяа оролцуулам цогцолбороор эмчлэхүй

Хэзээ, хаана хамгаалсан — 1990 оны 11 дүгээр сарын 20, Минск

Т. Эрхэмбаатар энэхүү бүтээлдээ жирэмсний бөөлжилтийн үед гелий-неоны лазер хэрэглэж, үр дүнтэй болсныг нотлоод өгөөж нь 98,4 хувьтай байгааг ажиглажээ.

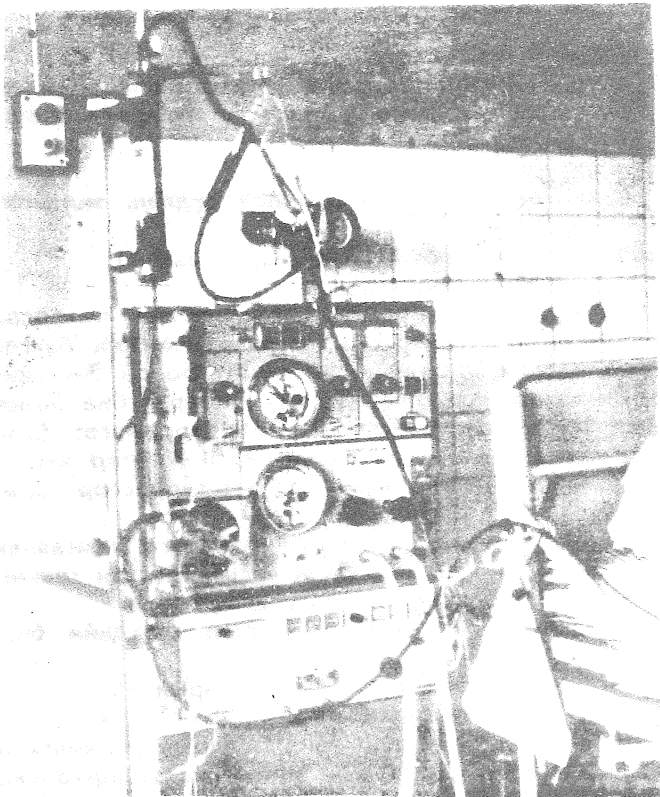
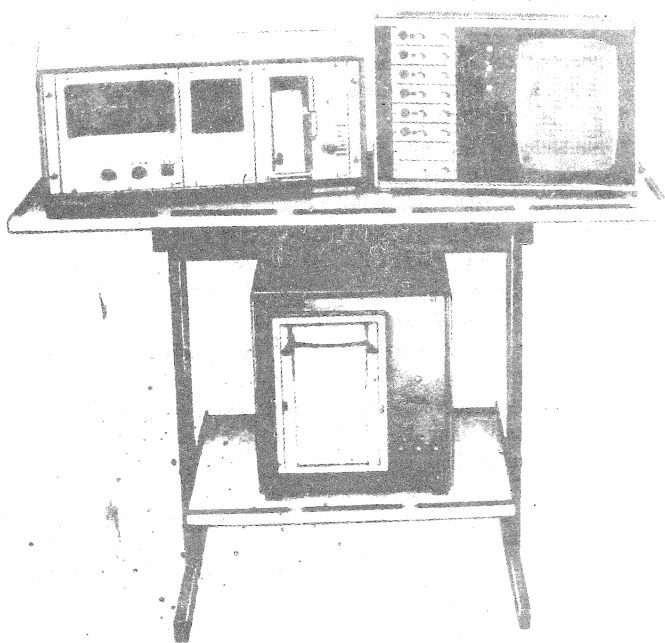
Жирэмсний бөөлжилтийн хөнгөн хэлбэрийн үед лазерийн туяаг дангаар нь биологийн идэвхт цэгүүд дээр, дунд болон хүнд хэлбэрийн үед эмийн бэлдмэлийн хамгийн бага тунтай хослон хэрэглэхэд үр дүнтэй байгаа ажээ.

Эмчилгээний зорилгоор Хэ—гу, да—лин, ней—гуань, цэъянь—ши, цзу—сань—ли, чжунь—вань цэгүүдийн бэлчирийг сонгон авч болно гэж зөвлөжээ.

Жирэмсний бөөлжилтийн хөнгөн хэлбэрийн үед 7—8, дунд хэлбэрийн үед 10—12, хүнд хэлбэрийн үед 12-оос дээш удаа эмчилгээнийх нь зүйтэй.

Л. ЛХАГВА (ШУА)
С. ДУЛАМСҮРЭН (ЭМЯ)

Тус эмнэлгийн сэвээн амьдрал руулах тасагт ашиглаж байгаа "Бичгийн биеийн бэгдлийг хангах төхөөрөмж"



Коминий нэгдсэн I эмнэлгээр гемодиализийн төвийн эмчилгээнд хэрэглэж байгаа Хиймэл Бөөрний гемодиализийн төхөөрөмж нь Бөөрний үйл ажиллагааг хэвийн биш болсон үед организмээс ялгарч гарах ёстой хорт бодисуудыг эмхлэн шүүж гаргадаг. Бөөрний хүрч болон архаг дуурагдлын үед уг төхөөрөмжийг хэрэглэнэ.