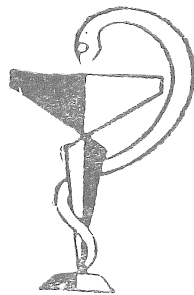


# АНГАЛАХ УХААНИ



---

1981

№2

# АНАГААХ УХААН

БНМАУ-ын Эрүүлийг хамгаалах Яамны улирал тутмын сэтгүүл

11 дэх жилдээ

№ 2 (38)

1981 он

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

## АГУУЛГА

МАХН-ын Төв Хороонд . . . . .	3
АРДЫН ХУВЬСГАЛ, ЭРҮҮЛИЙГ ХАМГААЛАХ 60	
Т. Шагдарсүрэн, Е. Бодьхүү, Ц. Бундан, Ж. Моондой-Зүрх судасны мэс заслын тусламжийн байдал, хөгжлийн төлөв . . . . .	11
СУДАЛГАА	
Б. Дагвадорж, Б. Лувсанноров- Механик шарыг оношлох асуудал . . . . .	14
А. Хишигдорж-Үжил үүсгэгч стафилококкийн биологийн шинж . . . . .	19
С. Хандсүрэн, С. М. Николаев, Т. Д. Даргаева, Л. И. Брутко. Туршлагын нөхцөлд гуа хатан ба хүн хорсын хандмалын фармакологийн үйлчилгээг харьцуулсан судалгааны дүн . . . . .	22
Г. Зориг, С. Ямаахай. Хойлгийн махны уургийн аминхүчлийн найрлага, булчингийн хэлбэр, агнасан улирлаас хамаарахыг судалсан дүнгээс . . . . .	26
Ц. Осорсүрэн. Уушгинд цагаан мөгөөрсөн хоолойгоор дамжуулан эм хийх эмчилгээний үр дүн . . . . .	29
Г. Цагаанхүү, О. З. Горин-Тахалт энцефалитын халдвар судлал, эмнэл зүй, оношлолтын асуудал . . . . .	32
Л. Жигжидсүрэн, Г. Нямхүү-Шар, шарын шинж бүхий хүндрэлтэйгээр явагдаг зарим өвчнүүдийг лапароскопоор ялгах оношлогоо . . . . .	36
В. Дамдинсүрэн, З. Дашзэвэг, М. Чүлтэмсүрэн-Цэх галуун тавагийн фитохимийн бүрэлдэхүүнийг судалсан урьдчилсан дүн . . . . .	40
Б. Доржготов.—Ходоодны өмөн үүсэхэд нөлөөлөх хүчин зүйлүүд . . . . .	42
П. Г. Курдюкова, В. Ф. Рудых, Н. А. Арановская, В. К. Серебряков—Зүрх судасны өвчтэй хүмүүсийн хоршин өвчилсөн цөсний хүүдийн цочмог үрэвслийн явцын клиник морфологийн онцлогууд . . . . .	46
ЭРҮҮЛИЙГ ХАМГААЛАХЫН ЗОХИОН БАЙГУУЛАЛТ	
Б. Рагчаа—Өвчний шалтгааны ангиллын асуудал . . . . .	50
Р. Нямаа—Сохролттой тэмцэх чухал асуудал . . . . .	51
Б. Мятавдорж. Эмчээс мэргэжлийн алдаа гаргахгүй байх зарим боломж . . . . .	54
ХЭВЛЭЛИЙН ТОЙМ, ЛЕКЦИ	
Б. Равдан—Эрүү-нүүрний байрлалтай хорт хавдрын тархалт судалгааны талаар . . . . .	56
Ж. Базардарьяа—Хэвлийн гялтангийн түгээмэл идээт үрэвслийн үед хийх мэс заслын эмчилгээний тактик, арга барил . . . . .	58
ГАДААД ОРНУУДАД	
Ж. Раднаабазар—Зүүн өмнөд Азийн районы орнуудын хүн амын зарим байдал . . . . .	62

# МЕДИЦИНА

Ежеквартальный журнал Министерства Здравоохранения МНР

Выходит с 1970 г.

№ 2 (38)

1981 г

## СОДЕРЖАНИЕ

К Центральному комитету МНРП	3
К 60 ЛЕТИЮ НАРОДНОЙ РЕВОЛЮЦИИ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	
Т. ШАГДАРСУРЕН. Е. БОДЬХУ. Ц. БУНДАН. Ж. МОНДОЙ. Кардиохирургическая помощь в МНР и перспектив ее развития	1 <sup>1</sup>
ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ	
Б. ДАГВАДОРЖ. Б. ЛУВСАННОРОВ. К вопросу диагностики механической желтухи	14
А. ХИШИГДОРЖ—Биологические свойства стафилококка возбудителей сепсиса новорожденных	19
С. ХАНДСУРЕН. С. М. НИКОЛАЕВ. Т. Д. ДАРГАЕВА Л. И. БРУТКО—Сравнительное фармакологическое исследование настойки пузырницы физалисовой и настойки белладонны в условиях эксперимента	22
Г. ЗОРИГ. С. ЯМАХАЙ—Из результатов изучения аминокислотного состава мяса утара в зависимости от видов мышц и сезона отстрела	26
Ц. ОСОРСУРЕН—Эффективность интратрахиального лечения при хронических неспецифических заболеваниях легких	29
Г. ЦАГАНХУ. О. З. ГОРИН—К вопросу эпидемиологии клиники и диагностики эпидемического энцефалита	32
Л. ЖИГЖИДСУРЕН. Г. НЯМХУ—Лапароскопическая дифференциальная диагностика некоторых заболеваний, протекающих со сложением и с желтушным синдромом.	36
В. ДАМДИНСУРЕН. З. ДАШЗЭВЭГ. М. ЧУЛТЕМСУРЕН—Предварительные данные фитохимического исследования хиазоспермума прямого	40
Б. ДОРЖГОТОВ—Некоторые факторы способствующие возникновению рака желудка	42
П. Г. КУРДЮКОВА, В. Ф. РУДЫХ. Н. А. АРАНОВСКАЯ, В. К. СЕРЕБРЯКОВ—Клинико-морфологические особенности течения острого холецистита у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями	46
ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	
Б. РАГЧА. К вопросу классификации этиологии заболеваний	50
Р. НЯМА. Вопросы борьбы со слепотой	51
Б. МЯТАВДОРЖ. Некоторые меры предупреждения профессиональной ошибки врачей.	54
ОБЗОРЫ И ЛЕКЦИИ	
Б. РАВДАН—Частота злокачественных опухолей челюстно-лицевой области	56
Ж. БАЗАРДАРЬЯ—Метод и тактика хирургического лечения разлитого гнойного перитонита	58
ЗА РУБЕЖОМ	
Ж. РАДНАБАЗАР—Некоторые состояния демографии стран восточной Азии	6 <sub>2</sub>

## МОНГОЛ АРДЫН ХУВЬСГАЛТ НАМЫН ТӨВ ХОРООНД

МАХН-ын Төв Хороо, 1980 оны арван хоёрдугаар сарын 25-нд «тус орны эрдэм шинжилгээний ажлын байдал, түүнийг сайжруулах арга хэмжээний тухай» тогтоол гаргав.

Уг тогтоолын бүрэн эхийг дор сийрүүлэн нийтэллээ.

Эрдэм шинжилгээний ажлыг хөгжүүлэх талаар намын XVII их хурлын дэвшүүлсэн зорилт үндсэндээ хэлбэрэлтгүй хэрэгжиж байгааг МАХН-ын Төв Хорооны Улс төрийн Товчоо тэмдэглэж байна. Сүүлийн жилүүдэд эрдэм шинжилгээний байгууллагуудын тоо нилээд нэмэгдэж тэдгээрийг боловсон хүчин, материаллаг баазаар бэхжүүлэх талаар арга хэмжээ авч, эрдэм шинжилгээний ажлын цар хүрээ өргөжсөөр байна.

Зөвлөлт Холбоот Улсын ах дүүгийн тусламж дэмжлэг хийгээд түүний дэлхий дахины түүхэн туршлагаас суралцаж байгаа явдал болон социалист хамтын нөхөрлөлийн бусад орны эрдэм шинжилгээний байгууллагуудтай тогтоосон хамтын ажиллагаа бэхжиж байгаа нь манай орны шинжлэх ухааны хөгжлийн амин чухал хүчин зүйл болж байна. Зөвлөлтийн академийн болон эрдэм шинжилгээний бусад байгууллага, монгол-зөвлөлтийн хамтарсан янз бүрийн экспедицийн тусламжаар болон зөвлөлтийн эрдэмтэн нартай хамтран Монгол орны байгалийн баялаг, тэдгээрийн тархалтын онцлогийг судлах үйл хэ рэгт, түүнчлэн палеонтологи, биологи, байгалийн шинжлэх ухааны бусад зарим салбарт эрдэм шинжилгээний ихээхэн ажил хийж, БНМАУ-ын геологи, тектоник, геоботаник, геоморфологийн зэрэг зураг гаргасны дээр цаг уурын нөөцийн болон гадаргын усны атласыг хийж дуусгажээ.

Улсын төлөвлөгөөний комисс, Шинжлэх ухааны Академийн харъяа үйлдвэрлэх хүчний хөгжил байршлын эрдэм шинжилгээний хүрээлэн, зөвлөлтийн эрдэмтэн нарын оролцоотойгоор БНМАУ-ын үйлдвэрлэх хүчний 1990 он хүртэлх хөгжил байршилтын ерөнхий схемийг боловсруулжээ.

Манай орны эрдэм шинжилгээний байгууллагууд малын үүлдрийн чанарыг сайжруулах, хөдөө аж ахуйн таримлын шинэ сорт бий болгох, зарим төрлийн бүтээгдэхүүн, нилээд хэдэн нэрийн эм, био бэлдмэлийн үйлдвэрлэлийн технологийг боловсруулж, нэвтрүүлэх талаар зарим ахиц гаргажээ. Мал аж ахуйн эрдэм шинжилгээний, хүрээлэн «Хангай» гэдэг нарийн ноост хонины шинэ үүлдрийн хэсэг бий болгосон байна.

Түлш-эрчим хүчний үйлдвэрийн эрдэм шинжилгээ-зураг төслийн институт салбарынхаа нэн чухал асуудлыг шийдвэрлэхэд чармайлтаа чиглүүлэн ажиллаж, 80 бүтээлийг үйлдвэрлэлд шилжүүлснээс 70 гаруй хувийг нь үйлдвэрлэлд нэвтрүүлжээ. Энэ институт эрдэм шинжилгээнийхээ ажлын 50 орчим хувийг гэрээгээр хийж байна.

Монголын ард түмний болон Монгол ардын хувьсгалын түүх зэрэг нийгмийн шинжлэх ухааны зарим салбарт хийх эрдэм шинжилгээний ажлын сэдэв хэмжээ өргөжиж байна.

Гэвч Намын Төв Хорооны шалгалтын дүнгээс үзэхэд, академийн болон эрдэм шинжилгээний бусад байгууллагын ажилд ноцтой дутаг-

дал оршиж байна. Боловсруулбал зохих шинжлэх ухааны нэн тэргүүний асуудлыг нилээд олон тохиолдолд зөв шилэн сонгож чадахгүй байна. Эрдэм шинжилгээний олон бүтээл, тухайлбал диссертац нь эрдэм шинжилгээний болон практик ач холбогдолгүй үл ялих сэдэвтэй, улс ардын аж ахуйн нэн чухал шаардлагаас тасархай, судалгааны онолын түвшингээр дорой байна.

Эрдэм шинжилгээний байгууллагууд эрдмийн зэрэг горилогчдын диссертацын чанарт өндөр шаардлагыг хангалттай тавьж чадахгүй байна. Энэ нь бэлтгэлгүй хүмүүс буюу эрдэм шинжилгээний ажлын ёс зүйг үл тоомсорлодог, иргэнийхээ үүргийг зөрчдөг шударга бус зарим хүн ч эрдэм шинжилгээний ажилтнуудын эгнээнд аргалан нэвтрэх боломжийг бий болгож байгаа юм.

Эрдэм шинжилгээний ажлыг зохион байгуулахдаа Зөвлөлт Холбоот Улс болон социалист бусад орны баялаг туршлагыг бүтээлчээр ашиглах явдалд ноцтой дутагдал оршиж байна.

Олонхи яам, тусгай газар өөрийн харъяа эрдэм шинжилгээний байгууллагын үйл ажиллагаа, ялангуяа эрдэм шинжилгээний үр дүнг үйлдвэрлэл, практикт нэвтрүүлэх зохион байгуулалтын ажлыг удирдах, хяналт тавих талаар дутагдалтай ажиллаж байна. Эрдэм шинжилгээний ажилд зориулсан янз бүрийн тоног төхөөрөмж, аппарат, багаж хэрэгслийг гадаад орнуудаас давхардуулан захиалдаг, авсан тэдгээр үнэт материаллаг зүйлийг маш хангалтгүй ашигладаг явдал олонтаа үзэгдэж байна.

БНМАУ-ын Шинжлэх ухааны Академийн нилээд хүрээлэн улс ардын аж ахуй соёлын нэн чухал асуудлыг шинжлэх ухаан-онолын шаардлагын хэмжээнд иж бүрэн шийдвэрлэх ажлыг хангалттай хийж чадахгүй байна.

Эрдэм шинжилгээний байгууллагуудад авьяас чадвартай ажилтнуудыг шилж сонгож тавих өндөр шаардлагыг олон тохиолдолд хангахгүй, тэднийг аттестатчилах, дараа дараалан аттестатчилах ажилд ёс төдий ханддагаас гадна эрдэм шинжилгээний ажилтнуудын мэргэшлийг дээшлүүлэх талаар системтэй ажиллах явдал дутагдалтай байна. Шинжлэх ухааны Академийн хүрээлэнгүүд болон яам, тусгай газрын эрдэм шинжилгээний хүрээлэнгүүдийн мэргэжилтэн нар дээд сургуульд багшлах болон тэндхийн эрдэм шинжилгээний ажилд туйлын хангалтгүй оролцож байна.

Энэ бүгд нь Шинжлэх ухаан, техникийн улсын хороо, БНМАУ-ын Шинжлэх ухааны Академи, яам тусгай газрууд шинжлэх ухаан, үйлдвэрлэлийн холбоог бэхжүүлэх, эрдэм-шинжилгээний ажлын үр ашгийг дээшлүүлэх талаар МАХН-ын Төв Хорооны X (1975 он), V (1979 он) бүгд хурлын өгсөн зарчмын заалтаас зохих дүгнэлт хийж чадаагүйтэй холбоотой юм.

Шинжлэх ухаан техникийн улсын хороо, БНМАУ-ын Шинжлэх ухааны Академи хоёрын ажил хэргийн нягт холбоо дутагдалтай байгаа нь эрдэм шинжилгээний ажлыг зохион байгуулах, уялдуулан зохицуулах талаар нэгдсэн бодлого явуулах, улс орны нийгэм-эдийн засгийн хөгжлийн зангилаа асуудлыг иж бүрэн шийдвэрлэх ажилд хүч, хөрөнгийг төвлөрүүлэхэд муу нөлөөлж байгааг тэмдэглэж байна. Нилээд яам, тусгай газар, тэдгээрийн харъяа олон байгууллага, үйлдвэрийн газрууд эрдэм шинжилгээний бэлэн зөвлөмжийг хэрэгжүүлэхэд идэвх гаргаж ажиллах нь дутагдалтай байна.

Дээр дурдсан дутагдлууд нь эрдэм шинжилгээний газар, дээд сургуулиудын дэргэдэх намын байгууллагуудын зохион байгуулалт, үзэл суртал-хүмүүжлийн ажил ноцтой хоцорч, шүүмжлэл, өөрийн шүүмжлэл зохих ёсоор өрнөхгүй байгаагийн уршиг юм.

Намын Төв Хорооны хамаарах хэлтсүүд, холбогдох хот, аймгийн намын хороодоос эрдэм шинжилгээний байгууллага, тэдгээрийн намын байгууллагын үйл ажиллагаанд зохих хяналт, өндөр шаардлага

тавих талаар хангалтгүй ажиллаж байгааг тэмдэглэвэл зохино. Хамт олон бүрийн хийгээд тухайн салбарын бүхий л үйл ажиллагааны өвөрмөц байдлыг харгалзан ажлын арга, хэлбэрийг боловсронгуй болгоход нь эрдэм шинжилгээний газрууд болон дээд сургуулиудын дэргэлэх намын байгууллагад ажил хэргийн туслалцаа үзүүлэхгүй байна.

МАХН-ын Төв Хорооны Улс төрийн Товчооноос ГОГТООХНБ:

1. Шинжлэх ухаан, техникийн улсын хороо, эрдмийн зэрэг, цол олгох дээд комисс, Улсын дээд, тусгай дунд, техник мэргэжлийн боловсролын хороо, яам, тусгай газар, Шинжлэх ухааны Академи, тэдгээрийн харъяа эрдэм шинжилгээний байгууллага, дэргэдэх намын байгууллагуудад даалгах нь:

а) дээр заасан дутагдлуудыг арилгах үр нөлөөтэй тодорхой арга хэмжээ авах, эрдэм шинжилгээний ажлын чанар үр ашгийг эрс сайжруулах, тэдгээр ажлын онолын түвшинг өндөржүүлэх талаар хүрээлэнгүүдийн удирдах хүмүүсийн хувийн хариуцлагыг дээшлүүлэх, эрдэм шинжилгээний ажлыг социалист байгуулалтын тодорхой зорилттой нягт холбох;

б) Шинжлэх ухааны Академи, нийт яам, тусгай газрын эрдэм шинжилгээний байгууллагуудын хамт олны дотор өндөр хариуцлагатай байх үзэл санааг байнга хэвшүүлэн тогтоох, эрдэм шинжилгээний ажилтнуудын бүтээлч чармайлт, харилцан тавих шаардлагыг идэвхжүүлэх зарчимт шүүмжлэл, өөрийн шүүмжлэлийг өрнүүлэх, эрдэм шинжилгээний хамт олны дотор жинхэнэ бүтээлч уур амьсгал бий болгоход саад учруулдаг шүүмжлэлийг хавчих зэрэг бусад харш үзэгдэлтэй шийдвэртэй тэмцэж, намын өндөр шаардлага, зарчимч чанарыг хангах;

в) Шинжлэх ухаан техникийн улсын хороо, Шинжлэх ухааны Академи, зохих эрдэм шинжилгээний байгууллагуудын удирдах бүрэлдэхүүнийг техник, инженер-эдийн засгийн дээд боловсрол бүхий боловсон хүчнээр аажмаар бэхжүүлэх,

г) дэд эрдэмтэн, докторуудын диссертацийн чанарт болон тэдгээрийн онол, практикийн ач холбогдлыг дээшлүүлэхэд тавих шаардлагыг хүчтэй болгож, диссертацийг дүгнэхэд тууштай зарчимчаар хандаж, эрдэм шинжилгээ-онолын шаардагдах дүн шинжилгээ, гүнзгий нэгтгэсэн дүгнэлтгүй буюу улс ардын аж ахуйн нэн чухал асуудлыг шийдвэрлэхэд чиглээгүй диссертацийг хамгаалалтад оруулахгүй байх. Диссертац нь практикт хэрэгжиж чадахуйц тодорхой зөвлөмжийг агуулсан байх ёстой.

д) Нийгмийн үйлдвэрлэлийн үр ашгийг дээшлүүлэх, үйлдвэрлэх хүчнийг оновчтой байрлуулах, улс орны хөдөлмөрийн нөөцийг зөв ашиглах талаар эрдэм шинжилгээний зөвлөмжийг улсын төлөвлөгөөний комисстой хамтран боловсруулахад нэн тэргүүний анхаарал тавих;

е) академийн болон эрдэм шинжилгээний бусад байгууллагын хамт олныг хөрөнгөтний үзэл суртал, үндсэрхэг үзлийн өчүүхэн төдий ч илрэл хийгээд их гүрний түрэмгийлэн эзлэх, жанжлах харгис үзэл, бодлоготой эвлэршгүй тэмцэх үзлээр хүмүүжүүлэх,

2. Шинжлэх ухаан техникийн улсын хороо, Хөдөө аж ахуйн Яам, Сангийн аж ахуйн Яаманд даалгах нь:

а) хөдөө аж ахуйн эрдэм шинжилгээний байгууллагууд үйлдвэрлэлээс тасархай байгааг болиулж, тэдгээрийг тухайн байгаль-цаг уурын бүсэд байгаа хөдөө аж ахуйн нэгдэл, сангийн аж ахуйтай ажил төрлийн нягт холбоотой болгон, шинжлэн турших ажлын нилээд хэсгийг шууд аж ахуйнууд дээр хийлгэж байх;

б) хөдөө аж ахуйн хамгийн чухал асуудал, юуны өмнө мал аж ахуйн ашиг шимийг нэмэгдүүлэх, түүний тэжээлийн баазыг бэхжүүлэх, үр тарианы болон хөдөө аж ахуйн бусад таримлын ургацыг өн-

дөржүүлэх асуудлыг иж бүрэн судлахад эрдэм шинжилгээний байгууллагуудын чармайлыг чиглүүлэх;

в) мал аж ахуй, газар тариалангийн бүтээгдэхүүний үйлдвэрлэлийн тэргүүний арга, технологийг хөдөө аж ахуйн нэгдэл, сангийн аж ахуйд нэвтрүүлэх, хөдөө аж ахуйн хөдөлмөрийг механикжуулах, газар, хөдөө аж ахуйн техникийг чанартай ашиглах болон хөдөлмөрийг шинжлэх ухааны үндэстэйгээр зохион байгуулах, хөдөө аж ахуйн үйлдвэрлэлийн удирдлагыг боловсронгуй болгох талаар зөвлөмж боловсруулах;

г) хөдөө аж ахуйн нэгдэл, сангийн аж ахуйнуудад хөдөө аж ахуйн үйлдвэрлэлийн үр ашгийг дээшлүүлэх шинжлэх ухааны ололт, тэргүүн туршлагыг тус орны янз бүрийн нутгийн байгаль-бүсийн онцлогийг харгалзан үйлдвэрлэлд нэвтрүүлэхэд нь төлөвлөгөөний дагуу эрдэм шинжилгээ-арга зүйн тусламж үзүүлж байх;

д) эрдэм шинжилгээний мал аж ахуйн хүрээлэн, бэлчээр, тэжээлийн хүрээлэн, ургамал, газар тариалангийн хүрээлэнгийн дэргэд сангийн аж ахуй, хөдөө аж ахуйн нэгдлийн удирдах ажилтан, мэргэжилтэн нарын мэргэшил дээшлүүлэх курс байгуулах,

3. Шинжлэх ухаан, техникийн улсын хороо, БНМАУ-ын Шинжлэх ухааны Академи, яам тусгай газруудад үүрэг болгох нь:

а) эрдэм шинжилгээний ажлын төлөвлөлтийг эрс сайжруулж, эрдэм шинжилгээний асуудал, сэдвийг улс ардын аж ахуй, соёлын салбарын хэрэгцээг харгалзан оновчтой сонгож авах ажлыг хангаж байх;

б) улс ардын аж ахуй, соёлын салбарт нэн чухал ач холбогдолтой чиглэсэн зорилго бүхий манайд тохирсон тооны программаас бүрдсэн улс орны хэмжээнд явуулах эрдэм шинжилгээний ажлын нэгдсэн, иж бүрэн төлөвлөгөөг боловсруулж байх.

Эрдэм шинжилгээний ажлын нэгдсэн дээрх төлөвлөгөөг Шинжлэх ухааны Академитай хамтран таван сарын дотор боловсруулж, холбогдох дээд байгууллагад оруулан хянуулахыг Шинжлэх ухаан, техникийн улсын хороонд даалгасугай. Боловсруулсан төлөвлөгөө, программын дагуу эрдэм шинжилгээний зарим жижиг группийг томоохон хамт олон болгож нэгтгэвэл зохино.

Баталсан, чиглэсэн зорилго бүхий программыг биелүүлэхэд Шинжлэх ухааны Академи, дээд сургуулиудын аль алины эрдэм шинжилгээний хүчийг татан оролцуулбал зохино. Эрдэм шинжилгээний уялдуулан зохицуулагч байгууллагыг чиглэсэн зорилготой программ тус бүрээр бий болгож, түүнд засгийн газрын шийдвэрээр зохих эрхийг олгож байвал зохино.

БНМАУ-ын Шинжлэх ухааны Академийн харъяа байгууллагуудад болон дээд сургуулиудад зөвлөлгөө авах, эрдэм шинжилгээний ажлыг хамтран удирдахын тулд ах дүү социалист орнууд, юуны өмнө Зөвлөлт Холбоот Улсаас нэрт эрдэмтэн, мэргэжилтэн нарыг хойшид ч төлөвлөгөөний үндсэн дээр урьж байсугай. Шинжлэх ухааны Академи дээд сургуулиудын эрдэм шинжилгээний ажилтнууд чиглэсэн зорилготой программаар тавьсан асуудлыг нягт хамтран шийдвэрлэж байвал зохино.

4. Эрдэм шинжилгээний байгууллага, эрдэм шинжилгээний ажилтан нарын үйл ажиллагааг юуны өмнө эрдэм шинжилгээний ажлын нь шинжлэх ухаан-онолын түвшин, нийгмийн үйлдвэрлэлийн үр ашгийг дээшлүүлэх, соёл, шинжлэх ухааныг хөгжүүлэхэд үзүүлэх ач холбогдлоор нь үнэлэх ажлыг Шинжлэх ухааны Академи, холбогдох яам, тусгай газруудтай хамтран тогтмол явуулж байхыг Шинжлэх ухаан, техникийн улсын хороонд үүрэг болгосугай. Эдгээр үүргийг биелүүлэхийн тулд зөв, үр ашигтай арга, хэлбэрийг олж, бүтээлчээр хэрэглэж байвал зохино.

дөржүүлэх асуудлыг иж бүрэн судлахад эрдэм шинжилгээний байгууллагуудын чармайлыг чиглүүлэх;

в) мал аж ахуй, газар тариалангийн бүтээгдэхүүний үйлдвэрлэлийн тэргүүний арга, технологийг хөдөө аж ахуйн нэгдэл, сангийн аж ахуйд нэвтрүүлэх, хөдөө аж ахуйн хөдөлмөрийг механикжуулах, газар, хөдөө аж ахуйн техникийг чанартай ашиглах болон хөдөлмөрийг шинжлэх ухааны үндэстэйгээр зохион байгуулах, хөдөө аж ахуйн үйлдвэрлэлийн удирдлагыг боловсронгуй болгох талаар зөвлөмж боловсруулах;

г) хөдөө аж ахуйн нэгдэл, сангийн аж ахуйнуудад хөдөө аж ахуйн үйлдвэрлэлийн үр ашгийг дээшлүүлэх шинжлэх ухааны ололт, тэргүүн туршлагыг тус орны янз бүрийн нутгийн байгаль-бүсийн онцлогийг харгалзан үйлдвэрлэлд нэвтрүүлэхэд нь төлөвлөгөөний дагуу эрдэм шинжилгээ-арга зүйн тусламж үзүүлж байх;

д) эрдэм шинжилгээний мал аж ахуйн хүрээлэн, бэлчээр, тэжээлийн хүрээлэн, ургамал, газар тариалангийн хүрээлэнгийн дэргэд сангийн аж ахуй, хөдөө аж ахуйн нэгдлийн удирдах ажилтан, мэргэжилтэн нарын мэргэшил дээшлүүлэх курс байгуулах,

3. Шинжлэх ухаан, техникийн улсын хороо, БНМАУ-ын Шинжлэх ухааны Академи, яам тусгай газруудад үүрэг болгох нь:

а) эрдэм шинжилгээний ажлын төлөвлөлтийг эрс сайжруулж, эрдэм шинжилгээний асуудал, сэдвийг улс ардын аж ахуй, соёлын салбарын хэрэгцээг харгалзан оновчтой сонгож авах ажлыг хангаж байх;

б) улс ардын аж ахуй, соёлын салбарт нэн чухал ач холбогдолтой чиглэсэн зорилго бүхий манайд тохирсон тооны программаас бүрдсэн улс орны хэмжээнд явуулах эрдэм шинжилгээний ажлын нэгдсэн, иж бүрэн төлөвлөгөөг боловсруулж байх.

Эрдэм шинжилгээний ажлын нэгдсэн дээрх төлөвлөгөөг Шинжлэх ухааны Академитай хамтран таван сарын дотор боловсруулж, холбогдох дээд байгууллагад оруулан хянуулахыг Шинжлэх ухаан, техникийн улсын хороонд даалгасугай. Боловсруулсан төлөвлөгөө, программын дагуу эрдэм шинжилгээний зарим жижиг группийг томоохон хамт олон болгож нэгтгэвэл зохино.

Баталсан, чиглэсэн зорилго бүхий программыг биелүүлэхэд Шинжлэх ухааны Академи, дээд сургуулиудын аль алины эрдэм шинжилгээний хүчийг татан оролцуулбал зохино. Эрдэм шинжилгээний уялдуулан зохицуулагч байгууллагыг чиглэсэн зорилготой программ тус бүрээр бий болгож, түүнд засгийн газрын шийдвэрээр зохих эрхийг олгож байвал зохино.

БНМАУ-ын Шинжлэх ухааны Академийн харьяа байгууллагуудад болон дээд сургуулиудад зөвлөлгөө авах, эрдэм шинжилгээний ажлыг хамтран удирдахын тулд ах дүү социалист орнууд, юуны өмнө Зөвлөлт Холбоот Улсаас нэрт эрдэмтэн, мэргэжилтэн нарыг хойшид ч төлөвлөгөөний үндсэн дээр урьж байсугай. Шинжлэх ухааны Академи дээд сургуулиудын эрдэм шинжилгээний ажилтнууд чиглэсэн зорилготой программаар тавьсан асуудлыг нягт хамтран шийдвэрлэж байвал зохино.

4. Эрдэм шинжилгээний байгууллага, эрдэм шинжилгээний ажилтан нарын үйл ажиллагааг юуны өмнө эрдэм шинжилгээний ажлын нь шинжлэх ухаан-онолын түвшин, нийгмийн үйлдвэрлэлийн үр ашгийг дээшлүүлэх, соёл, шинжлэх ухааныг хөгжүүлэхэд үзүүлэх ач холбогдлоор нь үнэлэх ажлыг Шинжлэх ухааны Академи, холбогдох яам, тусгай газруудтай хамтран тогтмол явуулж байхыг Шинжлэх ухаан, техникийн улсын хороонд үүрэг болгосугай. Эдгээр үүргийг биелүүлэхийн тулд зөв, үр ашигтай арга, хэлбэрийг олж, бүтээлчээр хэрэглэж байвал зохино.



5. Ах дүү социалист орнууд, юуны урьдаар шинжлэх ухаан-техникийн асар их хүч нөөцтэй, хүний мэдлэгийн бүх салбарт эрдэм шинжилгээний ажлын маш арвин баялаг туршлагатай Зөвлөлт Холбоот Улстай интеграцын процессыг хөгжүүлсний үндсэн дээр л БНМАУ-ын шинжлэх ухааныг цаашид хөгжүүлэн дэвшүүлэх боломжтойг иш үндэс болгон ажиллахыг Шинжлэх ухаан, техникийн улсын хороо, Шинжлэх ухааны Академи, Улсын төлөвлөгөөний комисс, бүх яам тусгай газарт үүрэг болгосугай. Үүнээс үндэслэн дүгнэлт хийхэд ЗСБНХУ-ын Шинжлэх ухааны Академитай (тухайлбал түүний Сибирийн салбартай) шинжлэх ухааны холбогдох салбарт интеграцын арга хэмжээ хэрэгжүүлэх төлөвлөгөөний үндсэн дээр манай эрдэм шинжилгээний байгууллагууд суурь болон хавсарга шинжилгээний ажлыг амжилттай хийж чадах боломжтой юм. Ингэхдээ дэлхийн хөгжингүй улс орнуудад одоо бүх шинжилгээ судалгаа, түүний төсөв зардлын 80—90 хувийг хавсарга шинжлэх ухаанд зориулж байгааг анхааран харгалзвал зохино.

6. Улс ардын аж ахуйн байгуулалтын нэн чухал зорилтыг шийдвэрлэхэд шинжлэх ухааны ролийг дээшлүүлэх ажлыг цаашид, нэгдүгээрт, Зөвлөлт Холбоот Улс болон ах дүү бусад орны шинжлэх ухаан-техникийн бэлэн ололтыг бүтээлчээр хэрэглэх замаар: **хоёрдугаарт**, эрдэм шинжилгээний боловсон хүчин бэлтгэх ажлыг эрс сайжруулснаар; **Гуравдугаарт**, төсөл-зохион бүтээх ажил хийх; технологийн зарим процессыг загварлан боловсруулахын тулд туршилтын баазыг (тусгай газар хоорондын, дээд сургууль хоорондын) БНМАУ-ын нөхцөлд аажим, төлөвлөгөөтэй төлөвшүүлэн бүрдүүлэх замаар хангаж болно гэж үзсүгэй. Эрдэм шинжилгээ-техникийн боловсруулалтын шатанд хэрэгжүүлж байгаа эдгээр төрлийн ажилд дээд зэргийн анхаарал тавьж байвал зохино.

Эрдэм шинжилгээ, туршлага-зохион бүтээх болон технологийн ажлыг санхүүжүүлэх тухай, түүнчилэн шинэ төрлийн бүтээгдэхүүн боловсруулж эзэмших, хөдөлмөрийн шинжлэх ухааны үндэстэй зохион байгуулалтыг нэвтрүүлэхтэй холбогдож гарсан зардлыг нөхөх тухай саналаа Шинжлэх ухааны Академитай хамтран 1981 оны зургадугаар сарын нэгний дотор Намын Төв Хороо, Сайд нарын Зөвлөлд оруулахыг Шинжлэх ухаан, техникийн улсын хороо, Улсын төлөвлөгөөний комисс, Сангийн Яаманд үүрэг болгосугай.

7. Шинжлэх ухаан, техникийн улсын хороонд үүрэг болгох нь:

а) Шинжлэх ухааны Академийн болон яам, тусгай газрын эрдэм шинжилгээний байгууллага, дээд сургуулиудаар эрдэм шинжилгээний-хээ ажлаас үйлдвэрлэлд нэвтрүүлбэл зохих арга хэмжээний жагсаалтыг жил бүр гаргуулж, энэ үндсэн дээр Сангийн Яамны оролцоотойгоор Улсын төлөвлөгөөний комисстой хамтран салбарын аж ахуйн газар, эрдэм шинжилгээний байгууллагад тэдгээр арга хэмжээг практикт нэвтрүүлэх, үүрэг даалгавар өгч, дараа нь уг даалгаврын жинхэнэ биелэлтийг шалгаж байх;

б) Улсын төлөвлөгөөний комисс, Сангийн яам, Улсын материал-техникийн хангамжийн хороотой тохиролцож, Шинжлэх ухааны Академи, холбогдох яам, тусгай газруудын саналыг харгалзан, эрдэм шинжилгээний ажлыг санхүүжүүлэх, материал-техникээр хангах жил бүрийн болон таван жилийн төлөвлөгөөний төслийг зохион бэлтгэж байх. Ингэхдээ энэхүү санхүүжилтийн төлөвлөгөөнд эрдэм шинжилгээний ажилд зориулсан хөрөнгө оруулалтыг багтааж байвал зохино.

в) Улсын төлөвлөгөөний комисс, Улсын материал-техникийн хангамжийн хороотой хамтран эрдэм шинжилгээний байгууллагын материал техникийн баазыг сайжруулах тоног төхөөрөмж, багаж хэрэгслээр хангах арга хэмжээг хэрэгжүүлэх;

г) яам, тусгай газрын болон Шинжлэх ухааны Академийн эрдэм шинжилгээний ажлын төлөвлөгөөний биелэлт, тэдгээрийн үр дүнг практикт нэвтрүүлэх ажлын явцад хяналт тавьж байх;

д) Улсын төлөвлөгөөний комисстой хамтран Улсын дээд, тусгай дунд, техник мэргэжлийн боловсролын хороо, Шинжлэх ухааны Академи, яам, тусгай газруудын саналын үндсэн дээр эрдэм шинжилгээний боловсон хүчин бэлтгэх жил тутмын болон таван жилийн төлөвлөгөө боловсруулж, бас эрдэм шинжилгээний байгууллагын удирдах ажилтан бэлтгэх, эрдэм шинжилгээний байгууллагын боловсон хүчний мэргэшлийг дээшлүүлэх, бүрэлдэхүүнийг сайжруулах арга хэмжээ авч байх;

е) Шинжлэх ухааны Академи, яам, тусгай газрын эрдэм шинжилгээний ажилтан нарын эрдэм шинжилгээний ажлын тодорхой үр дүнг нарийн чанд харгалзан, тэднийг үе үе дахин аттестатчилах ажилд хатуу хяналт тавьж байх;

ж) тус орны шинжлэх ухаан-техникийн мэдээллийн ажлыг удирдлагаар хангах, түүнчилэн гадаадын шинжлэх ухаан, техникийн ололт, өөрийн орны болон ах дүү социалист улсуудын үйлдвэрлэлийн тэргүүн туршлагыг судлан практикт нэвтрүүлэх ажлыг Шинжлэх ухааны Академи, яам, тусгай газруудтай нягт уялдаа холбоотойгоор зохион байгуулах;

з) байгаль, хүрээлэн байгаа орчныг хамгаалах системчилсэн арга хэмжээг Улсын төлөвлөгөөний комисс, Шинжлэх ухааны Академитай хамтран боловсруулж, хэрэгжүүлэх;

и) тус оронд архивын ажлыг сайжруулах, тухайлбал, монголын ард түмний түүх, утга зохиолд холбогдолтой арвин баримт материалыг хадгалах арга хэмжээний талаар тодорхой саналыг Шинжлэх ухааны Академитай хамтран боловсруулж, 1981 оны нэгдүгээр улиралд Намын Төв Хороо, БНМАУ-ын Сайд нарын Зөвлөлд оруулах.

8. Эрдэм шинжилгээний хүрээлэн, дээд сургуулийн тэнхимүүдээс нийгмийн шинжлэх ухааны салбарт хийх эрдэм шинжилгээний ажлын чиглэлийг намаас тавьж байгаа шаардлагатай яв цав нийцүүлэн тодорхойлж тэдгээрийн таван жилийн төлөвлөгөөг зохицуулан, уг төлөвлөгөөг МАХН-ын Төв Хороонд оруулан хянуулж байхыг Шинжлэх ухааны Академид даалгасугай.

9. Эрдэм шинжилгээний байгууллагыг орон тооны илүүдэлгүй байлгахын үүднээс зохион байгуулалт, орон тооны нь бүтцийг боловсронгуй болгох тухай МАХН-ын Төв Хорооны комиссын боловсруулсан саналыг үндсэнд нь зөвшөөрсүгэй. Эдгээр саналыг хэрэгжүүлэх арга хэмжээг Сангийн Яам, Хөдөлмөр, цалин хөлсний Улсын хорооны оролцоотойгоор 1981 оны гуравдугаар сарын 1-ний дотор багтаан авахыг Шинжлэх ухаан, техникийн улсын хороо, Шинжлэх ухааны Академид даалгасугай.

10. МАХН-ын Төв Хорооны комиссын саналыг үндэслэн эрдэм шинжилгээний зарим байгууллагын харъяалал, зохион байгуулалтын бүтцийг өөрчлөх асуудлыг 1981 оны нэгдүгээр сард багтаан шийдвэрлэхийг БНМАУ-ын Сайд нарын Зөвлөлд даалгасугай.

11. Холбогдох яам, тусгай газрын харъяа эрдэм шинжилгээний байгууллагыг аажмаар аж ахуйн тооцоонд оруулах арга хэмжээ авахыг Шинжлэх ухаан, техникийн улсын хороо, Сангийн Яам, салбарын зарим яам, тусгай газарт үүрэг болгосугай.

12. Үйлдвэрлэлд нэвтрүүлсэн эрдэм шинжилгээний ажлын эдийн засгийн үр ашгийг Улсын төлөвлөгөөний комисс, Сангийн Яамтай хамтран жил, таван жилээр тооцож дүнг, зохих арга хэмжээ авах саналынхаа хамтаар БНМАУ-ын Сайд нарын Зөвлөлд илтгэж байхыг Шинжлэх ухаан, техникийн улсын хороонд үүрэг болгосугай.

13. Эрдэм шинжилгээний ажлын эдийн засгийн үр ашгийг үнэлэх шалгуур, тооцох аргачиллыг 1981 онд багтаан Улсын төлөвлөгөөний комисс, Сангийн Яамны санал болон ах дүү орнуудын туршлагыг харгалзан боловсруулж батлахыг Шинжлэх ухаан, техникийн улсын хороо, Шинжлэх ухааны Академид даалгасугай.

14. Зөвлөлт Холбоот Улсын туршлагыг үндэслэн аж үйлдвэр, барилгын салбарын эрдэм шинжилгээний байгууллагыг «Захиалга-даалгаврын» системд шилжүүлэн ажиллуулах журам боломсруулж, эрдэм шинжилгээний зарим байгууллагад урьдаар заавал туршиж үзэхийг Шинжлэх ухаан, техникийн улсын хороо, Сангийн Яаманд даалгасугай.

15. Эрдэм шинжилгээний байгууллагын зохион байгуулалтын бүтцийг сайжруулж, шинжилгээ судалгааны ажилд зэрэг зэрэг хийх, давхардуулах явдал гаргуулахгүйгээр тэдгээрийн үйл ажиллагааны чиглэлийг нарийн уялдуулан зохицуулж байхыг Шинжлэх ухаан, техникийн улсын хороо, Шинжлэх ухааны Академид даалгасугай.

16. Улс ардын аж ахуйн төлөвлөгөөний дагуу шууд болон эчнээ аспирантураар өндөр мэргэжлийн эрдэм шинжилгээний ажилтан, эрдэмтэн багш нар бэлтгэх үүргийг Улсын дээд, тусгай дунд, техник мэргэжлийн боловсролын хороонд эрхлүүлсүгэй.

17. Улсын дээд, тусгай дунд, техник мэргэжлийн боловсролын хороонд даалгах нь:

а) улс орныхоо дотоодод болон гадаадад дэд эрдэмтэн, шинжлэх ухааны доктор бэлтгэх ажлыг өндөр шаардлагыг хангах үндсэн дээр төлөвлөгөөтэй гүйцэтгэх;

б) дээд сургуулиудын эрдэм шинжилгээний ажлын төлөвлөлтийг удирдлагаар хангах, тэдгээрийн эрдэм шинжилгээ-лабораторийн баазыг аажмаар бэхжүүлэх, дээд сургуулиудад хийж буй эрдэм шинжилгээний ажлыг сургалтын процесстой нягт холбон, хичээл хүмүүжлийн ажил, эрдэм шинжилгээний үйл ажиллагаатай нь бат нэгдлээр хангаж эрдэм шинжилгээнийх нь ажлын үр ашиг, чанарыг дээшлүүлэх арга хэмжээ авах;

в) Дээд сургуулиудын оюутныг сургаж, хүмүүжүүлэхэд Шинжлэх ухааны Академи, салбарын эрдэм шинжилгээний хүрээлэнгүүдийн эрдэм шинжилгээний гол гол ажилтнуудыг татан оролцуулж байсугай. Энэ нь дээд сургуулийн багш нарын багшлах ажлын хэт ачааллыг хөнгөвчлөх төдийгүй, академийн хүрээлэнгийн ажилтнуудад дээд сургуулийн эрдэм шинжилгээний ажилд улам идэвхтэй оролцох, мэргэшлээ байнга дээшлүүлэх боломж олгох болно. Шинжлэх ухааны Академи болон салбарын хүрээлэнгүүдийн гол гол мэргэжилтнүүдийг Монгол улсын их сургууль, бусад дээд сургуулийн тэнхимийн эрхлэгчийн албанд хавсарган ажиллуулж байсугай.

г) дээд сургуулийн ахлах ангийн хамгийн авьяаслаг оюутнуудыг Шинжлэх ухааны Академийн систем дэх эрдэм шинжилгээний ажилд төлөвлөгөөтэйгээр оролцуулж байх. Тэгэхдээ, оюутнуудаар Шинжлэх ухааны Академийн хүрээлэнгүүдийн шинжилгээний тоноглолыг ашиглаж, дипломын ажлыг нь хийлгэхэд юуны өмнө анхаарвал зохино.

д) ерөнхий боловсролын сургуулийн сурагч, техникум дээд сургуулийн оюутнуудаас авьяас чадвартайгийг нь шилж сонгон авах замаар эрдэм шинжилгээний ажилтан, эрдэмтэн багш нарыг чиглэсэн зорилготой бэлтгэдэг Зөвлөлт Холбоот Улсын туршлагыг нэвтрүүлэх арга хэмжээ авах.

18. Эрдэм шинжилгээний байгууллагын материал-техникийн бааз, зураг төсөл-зохион бүтээх салбарыг бэхжүүлэх арга хэмжээний төслийг БНМАУ-ын Шинжлэх ухааны Академи, яам, тусгай газрын саналын үндсэн дээр боловсруулж, 1981 оны хоёрдугаар улиралд БНМАУ-ын Сайд нарын Зөвлөлд оруулахыг Улсын төлөвлөгөөний комисс, Шинжлэх ухаан, техникийн улсын хороонд даалгасугай.

19. Арвилан хэмнэх журмыг сахих, эрдэм шинжилгээний ажилд хэрэглэж байгаа аппарат багаж, хэрэгсэл, лабораторийн баазын хүчин чадлыг бүрэн ашиглах зорилгоор хойшид эрдэм шинжилгээний үнэ цэнэтэй тоног төхөөрөмж, тухайлбал, электрон-тооцоолон бодох техникийг хамтран ашиглаж байхаар тогтоосугай. Энэ асуудлаар зо-

хих тодорхой шийдвэр гаргахыг БНМАУ-ын Сайд нарын Зөвлөлд үүрэг болгосугай.

20. Харъяа эрдэм шинжилгээний байгууллагын ажлын үр ашгийг дээшлүүлэх арга хэмжээний төлөвлөгөөг жил бүр боловсруулан баталж уг төлөвлөгөөний биелэлтийн тухай тайланг байнга хэлэлцэж байхыг холбогдох яам, тусгай газрын удирдлагад даалгасугай.

21. Цаашид эрдэм шинжилгээний байгууллагыг шинээр байгуулах асуудлыг Шинжлэх ухаан, техникийн улсын хороогоор дамжуулан Намын Төв Хороо, БНМАУ-ын Сайд нарын Зөвлөлд оруулан шийдвэрлүүлж байхаар тогтсугай.

22. Эрдэм шинжилгээний боловсон хүчний мэргэжлийн болон улс төрийн мэдлэгийг эрс дээшлүүлэх тодорхой арга хэмжээ авахыг эрдэм шинжилгээний газруудын дэргэдэх намын байгууллага холбогдох аймаг, хотын намын хороодод даалгасугай.

Эрдэм шинжилгээний газрын дэргэдэх намын байгууллага нь эрдэм шинжилгээний ажлыг үзэл суртлын өндөр хэмжээнд үр ашиг сайтай хийдэг болгож, хамт олны дотор бие биедээ шаардлагатай, өөрийн ажлын үр дүнд шүүмжлэлтэй ханддаг нөхцөл байдал бий болгох ажил хэрэгч шүүмжлэл, өөрийн шүүмжлэл өрнүүлэх нөхцөл бүрдүүлж, эрдэм шинжилгээний ажлын үзэл суртал-онолын хэмжээ, үр ашгийг дээшлүүлэхэд коммунистуудын манлайлах ролийг хангах, боловсон хүчний дунд зохиох ажлыг байнга сайжруулж, тэднийг улс төрийн болон ажил хэрэгч чанараар нь сонгон авч хуваарилах зарчмыг тууштай хэрэгжүүлэх, тэдний эрдэм шинжилгээний мэргэжил чадвар, үзэл суртал-улс төрийн хатуужлыг байнга дээшлүүлэхэд үйл ажиллагаагаа чиглүүлэх ёстой.

23. Дээд сургуулиудын хамт олныг удирдах ажлын чанарыг хэлбэрэлтгүй хүчтэй болгох, эрдэм шинжилгээний ажлын үр ашиг, чанарыг хангах, эрдэм шинжилгээний ажилд аспирантууд болон авьяаслаг оюутнуудыг өргөн оролцуулахын төлөө дээд сургуулиудын удирдлага, профессор, багш нарын хариуцлагыг өндөржүүлэхийг Улсын дээд, тусгай дунд, техник мэргэжлийн боловсролын хороо, Улаанбаатар хотын намын хороонд үүрэг болгосугай.

24. Энэхүү тогтоолын шаардлагын дагуу эрдэм шинжилгээний газар, дээд, дунд сургуулийн дэргэдэх намын байгууллагыг удирдах ажлаа эрс сайжруулж, өндөр шаардлага тавьдаг, хариуцлагатай байдаг нөхцөл байдлыг тэдгээрт бий болгон, ажлын салбар бүр дээр намын гишүүдийн нөлөөг хүчтэй болгож, боловсон хүчнийг шилж сонгох, хуваарилах, хүмүүжүүлэхэд нь шинжлэх ухааны байгууллага, дээд сургуулиудад байнга тусалж байхыг Улаанбаатар хотын намын хороо, түүнчилэн холбогдох аймаг, хотын намын хороодод даалгасугай.

# Ардын хувьсгал, эрүүлийг хамгаалах—60

Т. ШАГДАРСҮРЭН, Е. БОДЬХҮҮ, Ц. БУНДАН, Ж. МООНДОЙ

## ЗҮРХ—СУДАСНЫ МЭС ЗАСЛЫН ТУСЛАМЖИЙН БАЙДАЛ, ХӨГЖЛИЙН ТӨЛӨВ

АНАГААХ УХААНЫ ХҮРЭЭЛЭН

МАХН-аас ард түмний эрүүл мэндийг хамгаалж бэхжүүлэх талаар тавьж буй зорилтуудыг хэрэгжүүлэхэд хөдөлмөрчдөд үзүүлэх орчин үеийн нарийн мэргэжлийн тусламжийн шинэ салбаруудыг тууштай хөгжүүлэх явдал онцгой ач холбогдолтой юм.

Сүүлийн жилүүдэд манай оронд зүрх-судасны мэс заслын шинэ салбар амжилттай хөгжиж эмнэлгийн практикт нэвтрэв.

Зүрх-судасны мэс заслын албыг хөгжүүлж, практикт нэвтрүүлэхэд зөвлөлтийн эрдэмтэд ихээхэн тусалсан ба энэ нь ах дүүгийн найрамдалт хоёр орны эмч, мэргэжилтнүүдийн бүтээлч хамтын ажиллагааны үр дүн юм.

Анагаах ухааны хүрээлэнгийн мэс заслын сектороос тус орны хот хөдөөний 50,0 мянга гаруй хүнд зүрх-судасны гажиг илрүүлэх үзлэг явуулсан дүнгээс үзэхэд зүрхний төрөлхийн гажиг 1,23% тохиолдож байна. Тэдгээрээс 3000 гаруй өвчтөнг хэвтүүлэн клиникийн бүрэн шинжилгээ явуулсны дотроос 2000 гаруй өвчтөнд зүрх сэтгүүрдэх, ангиографийн иж бүрэн шинжилгээ хийж оношийг нарийвчлан тогтоож 748 хүнд зүрх-судасны мэс заслын эмчилгээ хийсэн юм. Хийсэн мэс заслын дотор зүрхний ховдол, тосгуурын таславчийн цоорхойг битүүлэх, фаллогийн гурвал, уушигны артерийн болон гол судасны хавхлагын нарийсалтыг тэлэх зэрэг маш нарийн ажиллагаа шаардсан мэс заслууд орж байна.

Зүрх-судасны иж бүрэн шинжилгээ хийлгэсэн хүмүүсийн 61,8%, зүрхний мэс заслын эмчилгээнд хамрагсдын 48,1%-ийг нь 16 хүртэлх насны хүүхэд эзэлж байна.

Зүрхний гажгийн улмаас мэс засалд орсон хүүхдүүдийн хамгийн бага настай нь 1 нас 4 сартай байв.

Зүрх-судасны төрөлхийн гажгийн мэс заслын эмчилгээнд хүүхдийн эзлэх хувь нь бага насны хүүхдийн өвчлөл, эндэгдлийг бууруулахад зүрх-судасны мэс заслын тусламж зохих нэмэр хандив оруулж байгааг харуулах юм.

Нөгөө талаар манайд хийгдсэн зүрхний мэс-заслын эмчилгээний төрөл зүйн дотор зүрхний ховдлын таславчийн цоорхойг хаасан (67) тосгуурын таславчийн гажиг цоорхойг битүүлсэн (128), уушигны артерийн ба гол судасны хавхлагын нарийслыг зассан (27) зэрэг нарийн төвөгтэй мэс заслууд орж байна.

Ер нь зүрхний олон зүйл гажгийн мэс заслын төгс эмчилгээ нь анестезиолог, перфузологийн ололтыг амжилттай хэрэглэсний дүнд «Хуурай-нээлтэй» зүрхний мэс заслын нөхцлийг судлан клиникт нэвтрүүлсэнтэй шууд холбоотой юм.

Одоо үед «нээлтэй» зүрхэнд хийх мэс заслын нөхцлийг цусны зохиомол эргэлтийн аппаратыг хэрэглэх, эсвэл өвчтөнийг гаднаас хөргөх үндсэн хоёр аргаар хангаж байна. Олонхи судлаачид цусны зохиомол эргэлтийн аппарат хэрэглэх нь зүрхний дотор мэс засал хийх боломжийг илүү сайн хангадаг, нөгөө талаас өвчтөний амин чухал эрхтнүүдийг хамгаалж чаддаг учир «нээлтэй» зүрхэнд хийх мэс зас-

## ХИЙСЭН ХАГАЛГААНЫ ХЭЛБЭР, НӨХЦӨЛ

Хүснэгт 1

Д/Д	Хагалгааны нэр	Хагалгааны тоо	Үүнээс: "Нээлттэй" зүрхний нөхцөл	
			Гипотермитэй	Цусны зохиомол эргэлттэй
1	Артерийн битүүрээгүй цоргыг хаах	242	1	
2	Митраль хавхлагийн нарийсалтыг тэлэх	154		3
3	Тосгуурын таславчийн цоорхойг хаах	128	124	4
4	Ховдлын таславчийн цоорхойг хаах	67	18	49
5	Уушигны артерийн хавхлагийн нарийсалтыг тэлэх	76	14	2
6	Фаллогийн дөрвөл гажгийг засах	19	1	2
7	Гол судасны хавхлагийн нарийсалтыг тэлэх	11	5	4
8	Гол судасны нумын нарийсалтыг засах	4	1	
9	Митраль хавхлагийн хиймэл хавхлаг суулгах	3		3
10	Гол судсанд хиймэл хавхлаг суулгах	3		3
11	Үнхэлцэг авах	31		
12	Захын судасны бусад мэс заслууд	68		
13	Үнхэлцэгний бэтэг	2		
	Бүгд	748	164	70

## МЭС ЗАСЛЫН ЭМЧИЛГЭЭНД ОРСОН ХҮҮХДҮҮДИЙН НАСНЫ БАЙДАЛ

Хүснэгт 2

Насны бүлэг	Өвчтөний тоо	Хувь
3 хүртэлх нас	18	5,0
4—7 нас	78	21,7
8—12	142	39,4
13—16	122	33,9
Бүгд	360	100

лыг цусны зохиомол эргэлтийн аппараттай хийх нь зүйтэй гэж үздэг. Үүний зэрэгцээ зарим судлаачид хуурай зүрхэнд мэс засал хийх нөхцлийг хангахад өвчтөнийг хөргөх аргыг амжилттай судлан хэрэглэж байна.

Дурьдсан хоёр аргыг бид 1969 оноос эхлэн амжилттай хэрэглэж, 1981 оны 2-р сарын байдлаар цусны зохиомол эргэлтийн аппараттай 70, гипотермитэй 164 удаа, бүгд 234 өвчтөнд мэс засал хийгээд байна.

Цусны зохиомол эргэлтэнд аппаратын эхлэн дүүргэх эзлэхүүнийг багасгах, гемодилюцийн аргыг хэрэглэх, хагалгааны дараа аппаратанд үлдсэн перфузатыг өвчтөнд донорын цусны оронд сэлбэх зэрэг арга барилуудыг нэвтрүүлснээр хэрэглэх донорын цусыг ихээхэн багасгаж ийм хагалгааны үед гардаг өвөрмөц, төвөгтэй үгдрэлүүдээс сэргийлж чадсан юм. Цусны зохиомол эргэлтийн аппаратыг хэрэглэсэн дүнгээс үзэхэд цус шингэрүүлэлтийн дундаж хэмжээ 25,8%, перфузийн үргэлжлэх хугацаа 9—120 мин (дунджаар 35,8 мин) перфузийн эргэлтийн эзлэхүүний хэмжээ 2,8—3,2 л/м<sup>2</sup> мин, артерийн даралт дунджаар 76 мм мөнгөн усны багана, төвийн венийх 110 мм усны багана, арте-

рийн цусны хүчилтөрөгчийн хангамж 94%, венийнх 62%, цусны рН 7,42, гемоглобин 8%, гематокрит 24%, протромбины индекс 32%, перфузийн төгсгөлд гемоллиз-23% байв.

Перфузийн ба цус шингэрүүлэлтийн аргатай холбоотой ямар нэг үгдрэл ажиглагдаагүй болно.

Цусны зохиомол эргэлтийн аппарат хэрэглэх үед флюотон, азотын дутуу исэл, хүчил төрөгчийг нейролептоанельгезийн бэлдмэлүүдтэй хавсарган хэрэглэв.

Сүүлийн жилүүдэд морфины мэдээгүйжүүлэлтийг (3—4 мг/кг тунгаар) хавсарсан буюу дангаар хэрэглэж үр дүнд хүрч байна. Академич Е. Н. Мешалкин клиникт боловсруулсан өвчтөнг гаднаас нь дунд зэрэг хөргөх аргыг хэрэглэж «Хуурай» зүрхэнд мэс засал хийхдээ өвчтөний улаан хоолойд хэмжсэнээр биеийн халууныг 31—30°C байх нь хамгийн тохиромжтой гэж үзэж байна.

Өвчтөнг гаднаас дунд зэрэг хөргөж цусны эргэлт зогсоосон хугацаа манайд 1 мин 45 сек-ээс 11 мин (дунджаар 7—8 мин) болж байна.

Өвчтөнг хөргөхөд мэдээгүйжүүлгийн нөхцлийн чанарт онц анхаарч, эфирийн наркозыг боловсронгуй явуулж гүнзгийрүүлэн (III үе), хөргөлтийн хурдцыг нэмэгдүүлж цус алдалтыг багасгаснаар зүрх, тархины үгдрэлээс сэргийлэх боломж олов. Хөргөлтийн явцыг хурдасгаж, 10,7 мин/градусаас 8 мин/градус болгосон юм.

Бидний энэ судалгаагаар зүрх судасны мэс заслын дараахь нас баралт 8,9% байна. Нас баралтын үндсэн шалтгаанд зүрхний анхдагч хурц дутагдал, ховдлын чичирхийлэлт, тархины хаван, цус алдалт орж байна.

Гадаадын судлаачдын тэмдэглэснээр хагалгааны нарийн төвөгтэй арга барил болон өвчний онцлогоос шалтгаалан хагалгааны дараа хүндрэл нилээд их тохиолдож байгаа юм. И. И. Тошинский, Д. Н. Тогоев, Э. А. Восканян (1974) нарын судалгаагаар зүрхэнд хийсэн мэс заслын дараахь үгдрэл 39% байжээ.

Сүүлийн 5 жилд бидний хуримтлуулсан клиникийн дадлага, мэс заслын ба мэс заслын дараахь эмчилгээний арга барилыг төгөлдөржүүлсний үр дүнд зүрхний мэс заслын дараахь үгдрэл 10,8%, нас баралт 9,7 хувиар буурсан бөгөөд хагалгааны дараах үзүүлэлтүүд ЗХУ-ын зүрх-судасны мэс заслын томоохон төвүүдийн түвшинд ойртож очив.

Бид цаашид ЗХУ ба ЭЗХТЗ-ийн гишүүн орнуудтай хамтран 1981—1985 онд сургуулийн өмнөх насны хүүхдийн зүрхний төрөлхийн гажиг насанд хүрэгсдийн зүрхний хавхлагын олдмол гажгийн мэс заслын төгс эмчилгээний үр дүнг улам сайжруулахад чиглэсэн хам судалгааг хамтлагийн хүчээр явуулах юм.

Хамтын судалгааг явуулж зүрхний мэс заслын хөгжлийн түвшинг тэдгээр орны түвшинд ойртуулахын гадна «нээлттэй» зүрхэнд хийх мэс заслын нөхцлийг улам боловсронгуй, найдвартай болгон донорын цус хэрэглэхгүй цусны зохиомол эргэлтийн аппарат ажиллуулах, шинэ арга барилаар биеийн дунд зэрэг хөргөсөн нөхцөлд цусны урсгалыг удаан зогсоож (20—25 мин) гажгийг төгс засах зэрэг зүрхний мэс заслын сүүлийн үеийн ололтыг эмнэлгийн практик ажиллагаанд нэвтрүүлэх юм.

Мэс заслын арга техник, мэдээгүйжүүлэг, цусны зохиомол эргэлтийн хангах нөхцлийг улам боловсронгуй болгосны дүнд хүндэрсэн, хавсармал гажиг болон олдмол гажгийн үеийн хавхлагын дутагдлыг төгс мэс заслаар амжилттай эмчлэх (хиймэл хавхлага суулгах) ажил практикт өргөн нэвтрэнэ.

Энэхүү нэн нарийн, төвөгтэй, нөсөр хүнд зорилтыг шийдвэрлэх явцад оношлогоо, шинжилгээ, эрчимт эмчилгээ, сувилгааны орчин үеийн олон арга нэвтрэх болно. Зүрх-судасны олдмол ба төрөлхийн гажигтай өвчтөнийг илрүүлэн эмчлэх ажлыг орон нутгийн эмч нартай хамт-

ран зохиосны дүнд хөдөлмөрчдөд үзүүлэх энэ чиглэлийн тусламж улам хүртээмжтэй, тэдэнд ойр болгохын дээр хөдөө орон нутаг ажиллаж буй эмч нарт мэргэжлийн тусламж үзүүлнэ. Ийнхүү зуунд анагаах ухаан төдийгүй биологийн ухаанд гарсан сод амжиргалтын нэг гэж зүй ёсоор үнэлэгдэх болсон зүрх-судасны томоохон төмөр мээс засал манай эрүүлийг хамгаалахын практик ажиллагаанд улам өргөн хүрээтэй нэвтрэх юм.

Б. ДАГВАДОРЖ, Б. ЛУВСАННОРОВ

## МЕХАНИК ШАРЫГ ОНОШЛОХ АСУУДАЛД

### АНАГААХ УХААНЫ ДЭЭД СУРГУУЛЬ

Эмчилгээний практикт янз бүрийн үүсгэлтэй шарлалтуудыг ялган оношлох асуудал байнга тохиолддог бөгөөд эдгээрийг эрт оношлох нь цаашдын эмчилгээг зөв шийдвэрлэх ач холбогдолтой. Шарлалтуудын дотроос механик шарлалтууд, тухайлбал цэс дамжуулах гол сувгуудын түгжирснээс үүссэн шар нилээд элбэг тохиолддог. Механик шарыг оношлох талаар олон тооны саналууд боловсрогдсон боловч нэгдсэн аргачлалтай болж хараахан чадаагүйгээс цэс зогсонгоширлын шалтгааныг тогтоох, ялангуяа өвчний төгсгөлийн үе шатанд оношлоход бэрхшээлтэй байгааг элэг судлаачид цохон тэмдэглэжээ. (1, 2, 3)

Мэс засалчдын судалгаанаас үзэхэд мэс заслын тасагт эмчлүүлж байгаа механик шартай хүмүүсийн 33—90 хувь нь халдвартын больницоор дамжин ирсэн байжээ. (3, 4)

Вируст гепатит оношоор эмчлүүлэгсдийн дотор механик шартай гэж сэжиглэгдэх өвчтөн илэрвэл халдвартын эмч, мэс засалчдын хамтарсан зөвлөлгөөн хийж түргэн оношлох хэрэгтэй.

Механик шарыг эрт оношлохын тулд үр дүнтэй, шинжилгээний нэгдсэн аргачлал чухлаар шаардагдаж байгааг харгалзан бид доорхи мэдээллийг хийж байна.

Бидний мэдээллийн зорилго нь элэгнээс доош хэсгийн механик шарыг оношлох, уг шарлалтыг үүсгэж буй эмгэгийн байрлалыг ойролцоогоор тогтооход дөхөм болох клиникийн шинжилгээнүүд, лабораторийн зарим үзүүлэлтүүдийн үр дүнг мэдээлэхэд чиглэсэн юм.

#### *Судалгаа явуулсан аргачлал.*

Улсын клиникийн төв эмнэлгийн гастроэнтеролог, мэс заслын тасгуудад хэвтэн эмчлүүлсэн механик шар оноштой 128 өвчтөнд судалгаа явуулахад тэдний 77,4% нь мэс заслын ямар нэгэн үйлдэл хийлгүүлсэн байсны гадна төгс онош өвчтөний 1/3-д сүүлийн үе шатандаа зөвхөн багажин шинжилгээний тусламжаар тавигдсан байв.

Шарлалт үүсгэж байгаа эмгэгийн байрлалыг тогтоох зорилгоор бүх өвчтөнг 3 бүлэгт хуваав.

I бүлэг.  
дын хор нөлөө  
өвчнүүд (цэс)  
дийн хэт агши  
өвчтөний 52  
II бүлэг  
хавдартай  
элэгний ан  
III бүлэг  
төнүүдийг  
булчирхайн  
Механик  
дийг бид  
лыг дээрх

Клиник

Шар эхлэх  
Өвчний э

Шарлалт

Өвдөлт

Өвдөлт

Эцэг түү  
Халуура  
Бие заг  
Элэг т  
Курвуа

X  
руун  
мөр.

гөрсө

дож

сэн

шар

нүд

ява

дэгр



I бүлэг. Хоргүй шар, өвчтөний амь насанд аюул багатай, цаашдын хор нөлөө нь бага, эмийн болон мэс заслаар төгс эмчилж болох өвчнүүд (цэс чулуужих өвчин, цэсний хүүдийн үрэвсэл, цэсний хүүдийн хэт агшилт ба сулрал, нойр булчирхайн үрэвсэл) Энэ бүлэгт бүх өвчтөний 52,3% хамрагдав.

II бүлэг. Элэг, цэсний ерөнхий сувгууд, түүний орчмыг хамарсан хавдартай өвчтөнүүд. Эдгээрийн дотор олонтоо тохиолдох өвчлөл нь элэгний анхдагч өмөн байв. Энэ бүлэгт өвчтөний 31,2% хамрагдав.

III бүлэгт нойр булчирхай, хос гэдэсний орчмын хавдартай өвчтөнүүдийг оруулсан бөгөөд тэд 16,5% эзлэв. Эдгээрийн ихэнхи нь нойр булчирхайн толгойн хэсгийн анхдагч өмөнтэй хүмүүс байлаа.

Механик шарыг оношлох зорилгоор клиникийн дараахь шинжүүдийг бид судалгаанд ашиглав. Эдгээр шинжүүдийн илрэлийн байдлыг дээрх 3 бүлэгт хуваасан өвчтөнүүдэд ажиглав. (Хүснэгт 1).

### МЕХАНИК ШАРТАЙ ХҮМҮҮСИЙН КЛИНИКИЙН ЗАРИМ ШИНЖҮҮДИЙН ИЛРЭЛ

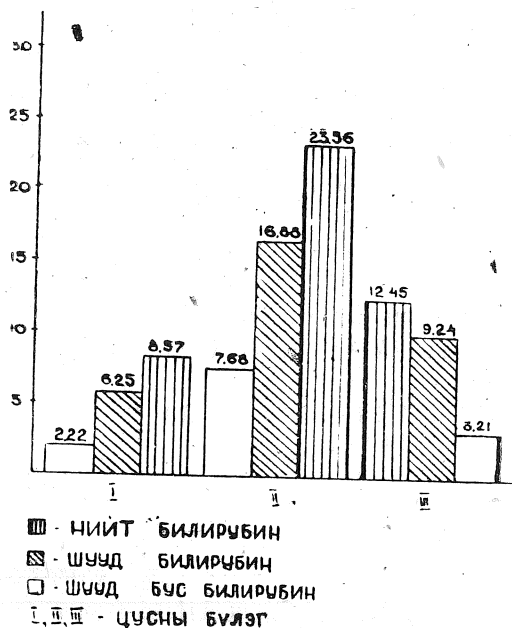
Хүснэгт 1

Клиникийн шинжүүд	Хоргүй шар	Хортой шар	
		Элэгний болон цэсний ерөнхий суваг орчмын хавдар	Нойр булчирхай, хос гэдэс, том хөхлөг орчмын хавдар
Шар эхлэхийн урьдал үе Өвчний эхлэл	3% Ихэвчлэн цочмог—68,6%	55% Аажим—67,5%	81,8% Алгуур—72,1%
Шарлалтын явц	Үе үе тодорч долгион хэлбэртэй—70,5%	Түргэн давшингүй явцтай—42,5%	Аажим давшингүй явцтай—72,7%
Өвдөлт	Үе үе хурцаар сэдрэх—76%	Тогтмол нунжирч өвдөх—52,5%	Мэрж буй мэт тогтмол өвдөх—63,6%
Өвдөлтийн байрлал	Баруун сүвээ, элэгний орчим—86,5%	Элэг, баруун сүвээ орчимд—60,0%	Аюулхайд—63,3%
Эцэж гурах	илрээгүй	25,0%	80,0%
Халуурах	35,8%	35%	27,2%
Бие загатнах	29%	32,5%	71,8%
Элэг томрох	17,9%	87,5%	44,5%
Курвуазын шинж	10,4%	(—)	44,5%

Хүснэгтээс үзэхэд бүлэгт хамрагдсан өвчтөнүүдэд өвдөлт баруун сүвээний орчим цочмог эхэлж, үе үе хурцдан, өвдөлт нь баруун мөр, дайны хооронд, буглага руу дамжих ба өвдөлтийн хурц үе өнгөрсний дараа ч баруун дал мөрөөр хөшиж өвдөх нь элбэг тохиолдож байв. Энэ шинж цэсний чулуутай, цэсний хүүдийн агшилт ихэдсэн хүмүүст илүү олонтаа тохиолдож байлаа. Эдгээр өвчтөнүүдэд шарлах шинж, өвдөлт эхэлснээс хойш хэдэн цагийн дараа, ихэнхдээ нүдний салстнаас эхэлж, үе үе тодорч бүдэгрэн долгион хэлбэртэй явагджээ. Халуурах, шарлах шинжүүд өвдөлт намдсанаас хойш бүдэгрэх боловч зарим өвчтөнд нилээд хэд хоногоор үргэлжилж байв.

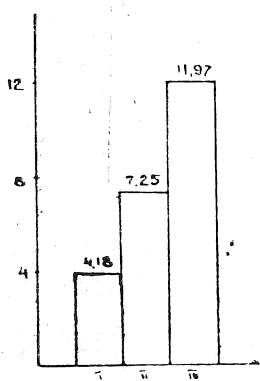
Dr. med. P. Nymadawa  
Ulan - Bator  
Central Post, P. O. B. 596  
MONGOLIA

ЗУРАГ 1  
ЦУСНЫ БИЛИРУБИНЫ ХЭМЖЭЭ  
(ММОЛЬ/Л)



Зураг 1

ЗУРАГ 2  
Холестерин хэмжээ  
(ММОЛЬ/Л)



(Зураг 2)

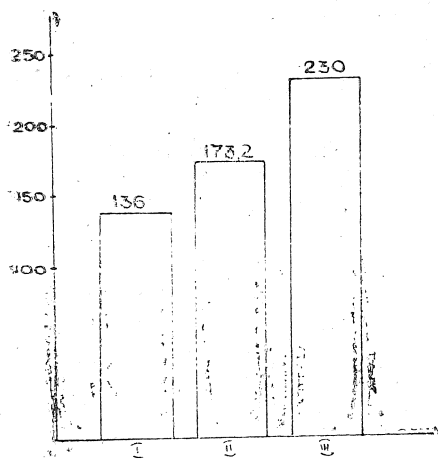
II бүлгийн ихэнхи өвчтөнд баруун сүвээний орчимд нунжирч өвдөх, өвдөлт нь аажмаар нэмэгдэх, дотор тэлж байгаа мэт болох шинжүүд илэрч байв. Элэг хэмжээгээрээ томорч, тэмтэрч үзэхэд өвчтэй, гадарга нь жигд бус хатуу тогтоцтой байлаа. Элэг томрох, өвчин орох нь ялихгүй доргинд эрс нэмэгдэж, өвчний явц түргэсч байв. Дээрх өвчтөнүүдэд эцэж турах шинж цөөн байсан ба харин тодорхой шалтгаангүйгээр халуурах, мэдрэл, сэтгэц, хоол боловсруулах эрхтний ажиллагааны хямрал, хордлогын шинжүүд илэрч улмаар элэгний ажиллагааны дутагдал, цус алдалт нас барсан ихэнх өвчтөний гол шалтгаан нь болжээ.

Гуравдугаар бүлэгт хамрагдсан өвчтөнүүдэд шарлалт илрэхээс өмнө бие сулрах, ядрах, хоол, нойрондоо муудах, алгуур турж эцэх шинжүүд ихэвчлэн тохиолдсон байв. Шарлалт алгуур эхлэн улам тодорсоор бүх бие гүн шар болсны гадна арьс загатнах шинж элбэг тохиолджээ. Өвдөлт ихэнх өвчтөний аюулхай орчимд илрэн, нэгэн хэмжээнд байж зарим үед нурууруугаа дамжин өвдөж, цөсний томорсон хүүдий (Курвуазын шинж) бүх өвчтөний 54,5%-д тэмтрэгдэж байв.

Клиникийн эдгээр шинжүүдийг тодотгохын тулд лабораторийн шинжилгээг ашиглав. Сийвэнгийн билирубин, холестерин, шүлтлэг фосфатаз тодорхойлж элэгний ялгаруулах ажиллагааг бромсульфалеинаар тодорхойлов.

Гадаадын болон манай орны төвлөрсөн эмнэлгийн лабораториудад цөс зогсонгоширлыг оноцлох зорилгоор билирубин, шүлтлэг фосфатаз церулоплазмин, эстеразы, леуцинаминпептидазы, 5-нуклеотидазы түүний фракц, бета-липопротеазы-холестерин, түүний фракц, бета-олипопротеид,

ЗУРАГ 3  
ШУЛТЛАГ ФОСФАТАЗЫН ХЭМЖЭЭ  
(нэгж/л)  
I, II, III - ЦУСНЫ БҮЛЭГ



(Зураг 3)

Зураг 2-оос харахад 3-р бүлгийн өвчтөнүүдэд өндөр хэмжээнд (7,25—11,97 ммоль/л) авав. Ийлдэсийн шүлтлэг фосфатазын хэмжээг Био-ла-тестээр тодорхойлоход 3-р бүлгийн өвчтөнүүдэд ихэдсэн байлаа. (Хэвийн хэмжээг 53—120 нэгж гэж үзсэн). Дээд хэмжээ нь 173—230 нэгж/л байв. (Зураг 3)

Бромсульфалеинаар элэгний ялгаруулах ажиллагааг тодорхойлоход 2, 3-р бүлгийн өвчтөнүүдэд удаан (9,3—26,9%) ялгарсан байв. (Хэвийн хэмжээ 5%). Цаашдаа түүний метаболит, клиренсийг тодорхойлох нь оношийн илүү үр дүнтэй.

Дээрх ажиглалтаас үзэхэд механик шарыг эрт оношлохын тулд шинжилгээг тодорхой үе шаттай явуулах нь зүйтэй гэж дараах аргачиллыг зөвлөмж болгов.

#### Эхний үе (Заавал хийх шинжилгээ)

Эмнэлгийн аль ч салбарт шарлах шинж бүхий өвчтөнг үзсэн эмч клиникийн дараахь шинжүүдийг тодруулж дор дурдсан шинжилгээг хийлгэнэ.

1. Шар эхлэхийн урьдал үе.
2. Өвчний эхлэл.
3. Шарлалтын явц.
4. Өвдөлтийн шинж чанар.
5. Өвдөлтийн байрлал.
6. Өвдөлтийн дамжилт, сэдэрэлт, юунд намдаж байгаа.
7. Эцэж турах.
8. Халуурах.
9. Арьс загатналт.
10. Элэг томролт.
11. Цэсний томорсон хүүдий тэмтрэгдэх.
12. Шээс, өтгөний физик чанар, цэсний пигмент.
13. Стеркобилин и уробилин.
14. Биеийн жин тодорхойлох.
15. Гемоглобины хэмжээ.
16. Улаан бөөмний тунах хурд (СОЭ).
17. Цагаан бөөмийн хэмжээ.
18. Сийвэнгийн билирубин (ерөнхий, шууд, шууд бус).

#### Хоёрдугаар үе (Нэмж хийх шинжилгээ)

Эхний үеийн шинжилгээн дээр:

1. Хос гэдсэнд хаймсуур тавьж цэс шинжлэх, цэсөөр ялгарч буй бромсульфалеинныг хэмжих.
2. Трансаминаз (АлАТ, АсАТ)
3. Шүлтлэг фосфатаз.
4. Холестерин, түүний фракц.
5. Витамин К, Галактаз, Квикийн сорилууд.
6. Бромсульфат сорил.
7. Сийвэнд төмөр, зэс тодорхойлох.
8. Иммунологт альфафетопроtein.

бромсуль фант сорилуудыг өргөнөөр ашиглаж байна (1. 2. 3. 5.).

Билирубины өөрчлөлтийг Индрассика-Клеггорын аргаар тодорхойлов.

Зураг 1-ээс харахад цусны ерөнхий ба шууд билирубины хэмжээ 2-р бүлэгт багтсан өвчтөнүүд, ялангуяа элэгний өмөнтэй хүмүүст өндөр (10,69—23,56 мк моль/л) хэмжээнд байлаа.

Механик шарыг оношлоход цусны холестерин түүний фракцыг тодорхойлох нь оношийн ач холбогдолтой байдаг (1, 2, 3, 6). Цусны холестеринийг Илькийн аргаар тодорхойлж насанд хүрсэн эрүүл хүмүүст байх хэмжээг 3,8—6,7 ммоль/л-р авав. (Зураг 2)

*Гуравдугаар үе (Тусгайлан хийх шинжилгээ)*

Эхний 2 үеийн шинжилгээнүүдээр онош эргэлзээтэй гэж үзвэл дараахь шинжилгээнүүдийг нэмж гүйцэтгэнэ.

1. Улаан хоолой, ходоод, гэдэсний рентген. 2. Холесцистограф 3. Инфузийн холеграф. 4. Сцинтиграф. 5. Холангиограф 6. Холецистопанктресто-доуденотраф. 7. Эндоскопийн ретроград-холангио-панкреатограф. 8. Лапароскоп.

Элэгнээс доош хэсгийн механик шарлалтыг ялган оношлоход дараах хүснэгтийг ашиглаж болно.

**МЕХАНИК ШАРЫГ ЯЛГАН ОНОШЛОХ ХҮСНЭГТ**

Оношлох үзүүлэлтүүд	Хоргүй шар	Хортой шар	
		Элэг, цэсний ерөнхий суваг орчмын хавдар	Нэйр булчирхай, хос гэдэс, хөхлөг орчмын хавдар
Шар эхлэхийн урьдал үе	Илрэхгүй	Богнио хугацаанд	Ихэвчлэн тод илэрч удаан үргэлжилдэг
Өвчний эхлэл Шарлалтын явц	Гэнэт Үе үе тодрено	Аажим Түргэн, давшингүй	Алгуур Алгуур эхлэн улам нэмэгдэнэ.
Өвдөлтийн байрлал	Баруун сүвээ элэгний орчм	Баруун сүвээ, заримдаа аюулхайд	Аюулхай орчмоор
Өвдөлтийн дамжилт	Баруун мөр, далны хооронд	Ихэвчлэн дамжилтгүй.	Дамжилт багатай хааяа нуруу руу
Юунд сэдэрэх Халуурах	Хурд хоол, доргион Ихэвчлэн илрэнэ бие дагжиж зарайх	Доргионд Тохнолдоно	Хөвөр
Арьс загатнах	Тогтворгүй	Ажиглагдана	Ихэвчлэн тохиолдож, тогтвортой байна.
Элэг томрох Курвуазын шинж	Бага зэрэг үгүй	Тод мэдэгдэнэ үгүй	Тод мэдэгдэнэ. Ихэвчлэн тохиолдоно.
Гемоглобин СОЭ	Хэвийн	Хэвийн	Буурна
Лейкоцитоз	Ялимгүй нэмэгдэнэ.	Нэмэгдэнэ.	Үлэмж нэмэгдэнэ
Цусны холестерин ихсэх	Ялимгүй	Хэвийн	Нэмэгдэнэ.
Цусны билирубин ихсэх	Ялимгүй	Нэмэгдэнэ.	Эрс нэмэгдэнэ
Шүлтлэг фосфат	Ялимгүй нэмэгдэнэ	Эрс нэмэгдэнэ	Нэмэгдэнэ.
АЛАТ, АСАТ	Ялигүй нэмэгдэнэ. Нэмэгдэнэ	Ихэсч нэмэгдэж болно	Эрс нэмэгдэнэ
Церулоплазмины идэвхжил	Ялигүй нэмэгдэнэ.	Ихэснэ	Ихэснэ
Уробилинури	Ихэвчлэн тод	Ялимгүй нэмэгдэнэ	Ялигүй нэмэгдэнэ
Билирубинури	Үе үе	Ихэвчлэн илрэхгүй	Ихэвчлэн илрэхгүй
Ахоли	Үе үе тохиолдоно	Тогтвортой	Байнга тогтвортой
		Тогтвортой	Байнга тогтвортой

**НОМ ЗҮЙ**

1. Бондарь З. А. Желтуха М. «Медицина» 1965
2. Бондарь З. А. Клиническая гепатология М. 1970
3. Тронцкий К. И. Клинико-лабораторная характеристика и хирургическое лечение подпеченочных желтух. Дисс. канд. М. 1978
4. Аवासов И. Г. Исследование экскреторной функции печени при различных заболеваниях с помощью бромсульфалеина. Клини. мед. 1962. № 9. с. 121—123
5. Подымова С. Д. Хронический гепатит Москва. 1975
6. Хазанов. А. И. Функциональные пробы к диагностике заболелваний печени. М. «Медицина» 1968.

Для выяснения вопроса ранней диагностики механической желтухи нами обследованы 128 больных с выраженной желтухой.

Нами предложены определенная схема обследования больных для дифференциальной диагностики желтух, в первую очередь диагностики механической желтухи, еще до поступления в стационар.

А. ХИШИГДОРЖ

## ҮЖИЛ ҮҮСГЭГЧ СТАФИЛОКОККИЙН БИОЛОГИЙН ШИНЖ

АНАГААХ УХААНЫ ДЭЭД СУРГУУЛЬ

Хүүхдийн нярай үед тохиолдох халдвар, ялангуяа стафилококкт халдварыг оношлох, үжил өвчнөөс сэргийлэх нь орчин үеийн чухал асуудлын нэг юм. Хүүхдийн нярай үеийн үжил нярай өвчлөлд зонхилж эндэгдлийн гол шалтгаан нь болж улмаар жилээс жилд стафилококкт үжил ихсэх хандлагатай байна (1—7).

Хүүхдийн нярай үед эмгэгтөрөгч бактери нь нүд, хүйс арьс ам хамрын хөндий зэргээр нэвтрэн орох учир хүүхдийн нярай үед тохиолдох үжлийн үүсгэгч нь ямар ч бактери байж болох юм. Гэвч орчин үеийн түвшинд нярай хүүхдийн үжлийн үүсгэгч нь эмгэгтөрөгч ба эмгэгтөрөгч чадлаар сул стафилококк байгаа нь судлаачдын ажлаас тодорхой байна.

Стафилококк нь идээт өвчин үүсгэх тухай анагаах ухаанд тэмдэглэгдсэнээс хойш 100 гаруй жил болж байгаа, байгальд их тархсан бусад бактериар харьцуулахад хүн, амьтан түүний амьдралын орчинд хувьсан амьдрах чадвар ихтэй бактери юм.

Стафилококк нь олон антибиотикт зэрэг төсвэрлэсэн байх бөгөөд гаргах хороос гадна бие махбодыг хэт мэдрэгжүүлдэг бодис ялгаруулдаг бактери юм. Стафилококк бол шороо тоосны хэсгүүдэд наалдан хатаж өөрийн хоруу чадлаа хадгалж чаддаг нь түүний тархалтын нэгэн нөхцөл нь болно.

Гэвч стафилококк бүр халдвар үүсгэхгүй, аль хоруу ба эмгэгтөрөгч чадлаар илүү стафилококк нь өвчин үүсгэнэ гэж үздэг. Бактерийн хоруу чанар нь эмгэгтөрөгчийн чадал хэмжээнээс нөлөөлнө. (8—9)

Стафилококкийг хүн ба амьтанд эмгэгт процесс үүсгэх байдлаар нь эмгэгтөрөгч, болзолт эмгэгтөрөгч, эмгэгтөрөгч бус гэж хуваадаг (9). Гэвч орчин үед ялангуяа бие махбодын иммун чанар сулрах ба өөр бактери вирустай хамтрах үед эмгэгтөрөгч чадлаар сул ба эмгэгтөрөгч чадалгүй бактери өвчин үүсгэж болох тухай хэвлэлд бичжээ. (10—11).

**ШИНЖИЛГЭЭНИЙ МАТЕРИАЛ, АРГА ЗҮЙ.** Бид үжил үүсгэгч стафилококкийн биологийн шинж, түүний тархалтыг судлах зорилгоор Улаанбаатар хотын 1, 2, 3-р амаржих газарт төрж, нярай хугацаанд үжлээр өвчилсөн зарим хүүхдийн цусны ариун чанарыг тодорхойлж стафилококкыг ялган авлаа. Мөн үжил үүсгэгч нэвтрэн орсон замыг тодорхойлж, нярай хүүхэд эх, түүний орчин ахуйд тархсан стафилококкийг гарган авч биологийн судалгаа хийв.

Нярай хүүхдийн цусны ариун чанарыг тодорхойлоход Г. Н. Чистовичийн (3) аргыг үндэс болгон дараах нэмэлт өөрчлөлтийг оруулан хийсэн болно.

Нярайн цусыг шприц, зүүний оронд вакумын хуруун шил, нэг хэрэглэдэг зүүг ашиглан, авсан цусны хэмжээнд тохируулан (мах пептоны шөлний оронд) зүрхний хандмалын шөлөн дээр глюкозыг 3%-нар агар-агарыг 0,2%-иар тус тус нэмж бэлтгэн ариутгаж хэрэглэв.

Бидний хэрэглэсэн аргын давуу тал нь авсан цус гадна орчинтой харьцаж бохирдохгүй байхаас гадна судсанд орсон зүүгээр цусыг вакуумаар соруулж авдаг учир цус хялбар гардаг ашигтай юм.

Тэжээлт орчинд хийсэн нэмэлт өөрчлөлт (агар-агар нэмж хагас шингэн болгосон) нь бактерийн ургасан эсэхийг хянаж болдог учир цусыг өдөр бүр онгойлгож царцмаг тэжээлт орчинд тарих шаардлагагүй, гадны бохирдол гарахгүй сайн талтай юм.

Мөн түүнчлэн зүрхний ханд, глюкоз нэмсэн нь стафилококк болон бусад бактериуд өсөж, үржих нөхцлийг сайжруулж өгсөн болно.

Ялгагдсан стафилококкын биологийн шинжийг судлахад ердийн хэрэглэдэг аргуудыг хэрэглэхийн хамт ДНХ-ийг ферментлэх идэвх ба фосфатазын урвалыг нэмж хэрэглэсэн юм.

Бид ялгагдсан стафилококкын залгиур хүрээг олон улсын ангиллын дөрвөн бүлгийн 24 залгиур хүрээгээр тодорхойлохын хамт нэмэлт 89, 90, 92, 95, 96-р залгиур хүрээнд (ДЭХБ-ын төв лабораториос ирүүлсэн) тодорхойлсон юм.

АЖЛЫН ҮР ДҮН. Хүүхдийн эмнэлгийн нярайн тасагт үжил гэсэн оноштой хэвтэж эмчлүүлж байгаа хүүхдийн цусанд бактери илрүүлэх шинжилгээ хийж үзэхэд шинжлэгдсэн нярайн  $48,7 \pm 2,9$  хувьд нь бактери илэрсний  $96,0 \pm 1,1$  хувьд нь стафилококк илрэв. (Хүснэгт 1).

Хүснэгт 1

**ҮЖИЛТЭЙ НЯРАЙ ХҮҮХДИЙН ЦУСАНД БАКТЕРИ ИЛРҮҮЛЭХ ШИНЖИЛГЭЭ ХИЙСЭН ДҮН**

Шинжлэгдсэн нярай	Цусанд бактери илэрсэн		Үүнээс стафилококк	
	Тоо	%±т	Тоол	%±т
619	302	$48,7 \pm 2,9$	290	$96,0 \pm 1,0$

Үүнээс үзэхэд эмнэл зүйн шинжээр цусны үжилтэй байсан хүүхдийн цусанд тэр бүрийд бактери илрэхгүй байгаа нь эмчилгээ ба цусны өвөрмөц шинж чанар (эсрэг бие, энзим, ингибитор, комплемент зэргээс)-аас болохоос гадна нярайн биеийн аль нэг хэсэг газарт өвчний голомт үүсэж тэндээс бактерийн хор бие махбодыг хордуулах буюу бактери нь үе үе цусанд орсноор тайлбарлагдана.

Мөн түүнчлэн зарим тохиолдолд эхийн хөхний идээт үрэвслийн үед сүүгээр стафилококкын хор нярайд дамжиж үжил үүсгэх буюу үүсгэх урьдал нөхцөл бий болгодог байна.

Үжилтэй нярай хүүхдийн цуснаас ялгагдсан стафилококкын эмгэгтөрөгчийг илэрхийлэх шинжийг сийвэн бүлэгнүүлэх, өндөгний лецитин уураг, ДНХ, маннит зэргийг Ферментлэх, цусны улаан бөөм задлах, фосфатазын идэвхтэй эсэх зэргийг судалж үзлээ (Хүснэгт 2).

Шинжилгээний дүнгээс үзэхэд судлагдсан стафилококк нь лецитоветиллазын идэвх  $69,7 \pm 2,6\%$ , цусны улаан бөөм хайлуулах чадал  $86,9 \pm 2,7\%$ , фосфатазын идэвх  $53,7 \pm 2,9\%$ , ДНХ-г  $53,4 \pm 2,9\%$  нь ферментэлж,  $37,6 \pm 2,8\%$  нь сийвэн бүлэгнүүлж маннитийг  $34,8 \pm 2,7\%$  нь агаартай нөхцөлд задалсан байна.

Цуснаас ялгагдсан стафилококкын эмгэгтөрөгч эсрэг шинж илрэх чанарт харьцангуй сулавтар, ялангуяа сийвэн бүлэгнэлт ба маннит задлах шинж нь эмгэгтөрөгчийг тодорхойлох бусад шинжтэй харьцуу-

Хүснэгт 2

**УЖИЛТЭЙ НЯРАЙН ЦУСНААС ЯЛГАГДСАН СТАФИЛОКОККЫН  
БИОЛОГИЙН ЗАРИМ ШИНЖ**

Судлагдсан ста- филококкын тоо	Эмгэгтөрөгч эерэг чанар											
	лецитове- тиллаз		гемолиз		фосфатоз		ДНХ		Сийвэн		Маннит	
	тоо	%	тоо	%	тоо	%	тоо	%	тоо	%	тоо	%
290												
202		69,9±2,7		68,7±2,6	156	53,7±2,9	155	53,4±2,9	109	37,6±2,8	101	34,8±2,7

лахад 32,1—34,9%-иар бага илэрч байна. Энэ нь хүүхдийн нярай үед тохиолдох үжил эмгэгтөрөгч чадлаар сул, эмгэгтөрөгч бус стафилококк үжлийг үүсгэх буюу стафилококкын эмгэгтөрөгч зарим шинж нь цусны дотор буурч болохыг харуулж байна. Бидний хийсэн шинжилгээний дүн нь Г. Н. Чистович, Л. Г. Квасная, Ж. Раднаабазар нарын судалгаатай (1, 3, 7) үндсэндээ тохирч байна.

Цуснаас ялгагдсан стафилококкын 234 буюу 80,7±2,3% нь цайвар, 19,3±2,3% нь шар нөсөөтэй, 93,8±1,4% нь грамм эерэгээр будагдаж, 83,4±2,1% нь хонгорцог хэлбэртэй байлаа.

Үжилтэй нярай биеийн аль нэг хэсгээс ялгагдсан стафилококкын эмгэгтөрөгч чанарын идэвх, тухайлбал сийвэн бүлэгнэлт нь 53,2% иар улаан бөөм хайлуулах чадал 22,1%-иар маннит задлах байдал 52,8%-иар, ДНХ-ийн идэвх 31,2%-иар, лецитоветиллазын идэвх 14,2%-иар тус тус цуснаас ялгагдсан стафилококкоос илүү байна.

### ДҮГНЭЛТ

Улаанбаатар хотын төрөх тасгуудад төрсөн нярай хүүхдэд тохиолдож байгаа үжил өвчний үүсгэгчийн 96,0±1,1% нь стафилококк байна.

Нярайн үжлийн үед стафилококк нь цусанд байхаас гадна биеийн аль нэг хэсэгт голомтлог байдлаар байх нь нилээд (51,2%) тохиолдож байна. Нярайн биеийн аль нэг хэсгээс ялгагдсан стафилококк нь биологийн идэвхээр их байна.

Цаашид үжил үсүгэгч янз б үрий стафилококкын биологийн шинжийг гүнзгийрүүлэн судлах нь онол практикийн ач холбогдолтой байна.

### НОМ ЗҮЙ

1. Л. Г. Квасная, А. Д. Островский Сепсис новорожденных, Мед. 1975
2. В. С. Китель, П. Г. Чумало, К. П. Горбатюк Журнал микробиолог. 1980-№ 1—92
3. Г. Н. Чистович, Эпидемиология и профилактика стафилококковых инфекций. Мед. 1969,
4. А. М. Смирнова и другие. Микробиология и профилактика стафилококковых инфекций 1977.
5. Д. Лошниц, Внутрибольничные инфекции 1978.
6. Е. И. Новикова. Сепсис недоношенных 1976.
7. Ж. Раднаабазар. Бага насны хүүхдийн стафилококкийн халдвар. 1974
8. Д. А. Зилбер. Основы иммунологии 1958.
9. В. Г. Петровская. Проблема вирулентности бактерии 1974.
10. В. В. Ритова и другие. Вопросы охр. мат. и детства.
11. П. В. Остроумов и другие. Воен. мед. журнал 1970 № 1.

**БИОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА СТАФИЛОКОККА  
ВОЗБУДИТЕЛЕЙ СЕПСИСА НОВОРОЖДЕННЫХ  
РЕЗЮМЕ**

А. Хишигдорж

Данные литературы показывают, что выявление и изучение биологических свойств возбудителей сепсис у новорожденных имеют научное и практическое значения в решении вопросов его лечения и профилактики.

По нашим данным сепсис, вызванный аэробными бактериями встречается у  $48,7 \pm 2,9\%$  госпитализированных новорожденных, в том числе  $96,0 \pm 1,1\%$  составляет стафилококковый сепсис. Биологическая активность стафилококков, выделенных из крови в общем относительно слабая, особенно низка и плазмокоагулирующая способность ( $37,6 \pm 3,8\%$ )  $69,7 \pm 2,6\%$  стафилококков выделенных из крови имеет положительную лецитоветиллазную реакцию,  $68,9 \pm 2,7\%$  вызывает гемолиз,  $53,7 \pm 2,9\%$  положительную фосфатозную реакцию,  $53,4 \pm 2,9\%$  имеет ДНК-ную активность,  $34,8 \pm 2,7\%$  разлагает маннит в аэробных условиях.

Биологическая активность стафилококков, выделенных из различных участков тела выше, чем у стафилококков из крови. Поэтому детальное изучение биологической активности и морфологии патогенных и непатогенных стафилококков, выделенных из крови новорожденных, больных сепсисом, имеет большое практическое значение.

С. ХАНДСҮРЭН, С. М. НИКОЛАЕВ, Т. Д. ДАРГАЕВА, Л. И. БРУТКО

**ТУРШЛАГЫН НӨХЦӨЛД ГУА ХАТАН БА ХҮН ХОРСЫН  
ХАНДМАЛЫН ФАРМАКОЛОГИЙН ҮЙЛЧИЛГЭЭГ  
ХАРЬЦУУЛСАН СУДАЛГААНЫ ДҮН**

МОНГОЛ УЛСЫН АНАГААХ УХААНЫ ДЭЭД СУРГУУЛЬ  
БҮХ ХОЛБООТЫН ЭМ ЗҮЙН ЭРДЭМ ШИНЖИЛГЭЭНИЙ ИНСТИТУТ

Монгол оронд ургадаг хүн хөрсөн газрын дээрх хэсгийг тропаны алкалоид бүхий эмийн бэлдмэл бэлтгэх түүхий эд болгон, ашиглаж болох тухай үүний өмнө бид бичсэн билээ (I).

Одоо манай улс тропаны алкалоид агуулсан 10 орчим бэлдмэлийг гадаадаас авч байна.

Үүнтэй холбогдуулан гуа хатан ба хүн хөрсөн хандмалын цөс хөөх, өвчин намдаах ба агшилт сулруулах идэвх, мөн ходоодны шүүсэнд үзүүлэх фармакологийн нөлөөг цагаан харх дээр туршиж үзэв.

**1. Гуа хатан ба хүн хөрсөн хандмалын цөс, ялгаруулах идэвхийн судалгаа.**

Хүснэгт I

**ГУА ХАТАН БА ХҮН ХОРСЫН ХАНДМАЛЫН ЦАГААН ЭР ХАРХНЫ  
ЦӨСНИЙ ЯЛГАДСЫН ХУРЦАД ҮЗҮҮЛЭХ НӨЛӨӨ**

Д/Д	Шинжлэг- дэж буй бэлдмэл	Тун мл/кг	100,0-д цөс ялгаруулах хурд (мг/мин)				
			Анхны байдал	2 ц.	3 ц.	4 ц.	5 ц.
1	Хүн хөрсөн хандмал	0,2	$2,5 \pm 0,21$ P 0,05	$2,8 \pm 0,15$ P 0,05	$2,5 \pm 0,22$ P 0,05	$2,4 \pm 0,21$ P 0,05	$2,0 \pm 0,14$ P 0,05
2	Гуа хатны хандмал	0,2	$2,6 \pm 0,18$ P 0,05	$2,9 \pm 0,12$ P 0,05	$2,6 \pm 0,20$ P 0,05	$1,9 \pm 0,16$ P 0,05	$1,5 \pm 0,12$ P 0,05
3	40% этанол	—	$2,5 \pm 0,20$	$2,3 \pm 0,16$	$2,1 \pm 0,19$	$2,0 \pm 0,15$	$1,6 \pm 0,16$



**ГУА ХАТАН БА ХҮН ХОРСЫН ХАНДМАЛЫН ЦӨСНИЙ ХҮЧЛИЙН  
СИНТЕЗИД ҮЗҮҮЛЭХ НӨЛӨӨ**

Д/Д	Шинжлэг- дэж буй бэлдмэл	Тун мл/кг	Цөсний хүчлийн концентраци (мг %)				
			Анхны байдал	2 ц.	3 ц.	4 ц.	5 ц.
1	Хүн хор- сын хандмал	0,2	877	865	890	879	795
2	Гуа хатны хандмал	0,2	1011	1000	877	877	694,4
3	40% этанол	—	1055	888	833	833	611

Элэгний цөс ялгаруулах ажиллагааг Н. П. Скакун, А. И. Олейник нарын аргачлалаар хурц туршилтын нөхцөлд 180,0—200,0 г жинтэй цагаан эр харх дээр судалж үзэв. Туршилтыг хоол тэжээл, температурын ижил нөхцөлд зөвхөн өглөөний цагаар хийсэн юм. Бэлдмэлүүдийн цөс хөөх идэвхийг 100,0 г цөс үүсэн ялгарах хурдац (мг/мин) болон цөсний хүчил ялгарах чадлаар (2, 3) тогтоов (хүснэгт 1, 2),

1-р хүснэгтийн дүнгээс үзэхэд хүн хорсын хандмал нь цөсний ялгадсын хурдцыг 12%-иар, гуа хатны хандмал 11,5%-иар нэмэгдүүлж, хяналтын бэлдмэл багасгасан байна. Үүнээс үзэхэд энэ хоёр бэлдмэлийн нөлөөнд (хяналтын бэлдмэлтэй харьцуулахад) цөс ялгарах хурдац өсч байна. Гэхдээ цөсний ялгарах хэмжээ нь бэлдмэл өгснөөс хойш 2 дахь цагаас эхлээд буурч байна. Үүний зэрэгцээгээр бэлдмэл өгснөөс хойш 2 цагийн турш цөсний хүчлийн концентраци өндөр хэмжээнд байна.

Ийм учраас шинжилсэн бэлдмэлүүд хархын цөсийг ялгаруулах чадлаар адил бөгөөд цөсний хүчлийн синтезэд тодорхой нөлөө үзүүлсэнгүй.

**2. Хүн хорс ба гуа хатны хандмалын агшилт сулруулах идэвхийн судалгаа.**

а). Бэлдмэлүүдийн агшилт сулруулах идэвхийг эрүүл цагаан хулгана дээр хийсэн судалгаа (6).

Бэлдмэлүүдийн судалгааг 1 кг-д 0,2 ба 0,5 мл тунгаар идэвхжүүлсэн нүүрстэй хамт явуулав. Нүүрс өгснөөс хойш 2 цагийн дараа тэрхүү өгсөн нүүрс нь нарийн гэдсээр хэрхэн дамжиж байгаагаар нарийн гэдэсний хөдлөх үйл ажиллагааны чадлыг тогтоов. (Хүснэгт 3)

**ЦАГААН ХУЛГАНЫ ХОДООД-ГЭДЭСНИЙ ЗАМААР ИДЭВХЖҮҮЛСЭН  
НҮҮРС ДАМЖИХ ХӨДӨЛГӨӨНД ХҮН ХОРС БА ГУА ХАТНЫ  
ХАНДМАЛЫН ҮЗҮҮЛЭХ НӨЛӨӨ**

Д/Д	Шинжлэгдэж буй бэлдмэл	Тун мл/кг	Амьтны тоо	Нарийн гэдэсний нүүрсээр дүүрсэн ургын хэмжээ, см-ээр	p
1	Хүн хорсын хандмал	0,2	10	48,8±0,7	0,01
		0,5	10	31,2±0,6	0,001
2	Гуа хатны хандмал	0,2	10	48,9±0,8	0,01
		0,5	10	36,0±0,5	0,001
3	40% этанол	—	10	54,2±0,3	—

б) дээрх бэлдмэлүүд барийн хлоридын уусмалаар үүсгэсэн агшилтыг сулруулсан идэвхийн судалгаа (4, 5).

Идэвхжүүлсэн нүүрс өгөхөөс 2—3 минутын өмнө 1 кг жинд 10 мг барийн хлоридыг хэвлийн хөндийгөөр өгч үүсгэсэн хүчтэй агшилтыг нормтой харьцуулан 1 кг жинд 0,2 мл бэлдмэл хэрэглэж судалгаа явуулав. Нүүрс өгсний дараа 10 минут болоход уул нүүрс нарийн гэдсээр хэрхэн дамжиж байгаагаар нарийн гэдэсний хөдөлгөөний үйл ажиллагааны чадлыг тогтоов. Бэлдмэлийг туршлага эхлэхээс 1 цагийн өмнө өгөв. (Хүснэгт 4).

Хүснэгт 4

**ЦАГААН ХУЛГАНАД БАРИЙН ХЛОРИДООР ҮҮСГЭСЭН АГШИЛТЫН ҮЕД ХОДООД-ГЭДЭСНИЙ ЗАМ ДАХЬ ИДЭВХЖҮҮЛСЭН НҮҮРСНИЙ ХӨДӨЛГӨӨНД ХҮН ХОРС БА ГУА ХАТНЫ ХАНДМАЛЫН ҮЗҮҮЛЭХ НӨЛӨӨ**

Д/Д	Шинжлэгдэж буй бэлдмэл	Тун (мг/кг)	Амьтны тоо	Нарийн гэдэсний нүүрсээр дүүрсэн ургын хэмжээ (см-ээр)	p
1	Хүн хорсын хандмал	0,2	10	35,5±2,2	0,001
2	Гуа хатны хандмал	0,2	10	45,2±1,2	0,001
3	40% этанол	—	10	49,9±0,4	—

3 ба 4-р хүснэгтийн дүнгээс үзэхэд хүн хорс ба гуа хатны хандмалууд нь өгөгдсөн тунгаар дотуур хэрэглэхэд нарийн гэдэсний хөдөлгөөнийг бууруулах ба агшилтыг сулруулах чадлаар ижилхэн байна.

**3. Цагаан хархын ходоодны шүүсний ялгаралт ба ходоодны дотор байгаа бодисуудын хэмжээнд хүн хорс ба гуа хатны хандмалуудын үзүүлэх нөлөө**

Судалгааг 200,0—220,0 г жинтэй цагаан харх дээр явуулсан юм. 48 цаг өлсгөлөн байсан хархыг эфирээр унтуулж хэвлийн хөндийг нээгээд ходоодны нугалуур хэсэг дээр оёдол тавьсан. Шинжлэгдэж буй ургамлуудын хандмалыг 1 кг жинд 1 удаа 0,2 мл-ээр дотуур хэрэглэсэн болно. Бэлдмэлүүдийг 10 өдөр хэрэглээд, сүүлийнхийг оёдол тавихаас 1 цагийн өмнө хийсэн юм. Оёдол тавьснаас хойш 4 цагийн дараа хархын толгойг авч судсыг боогоод ходоодыг болгоомжтой салгаж ходоодны доторхи зүйлүүдийн эзлэхүүнийг хэмжиж центрифүгдсэний дараа сул хүчлийг тодорхойлсон. (хүснэгт 5)

Хүснэгт 5

**ЦАГААН ХАРХНЫ ХОДООДНЫ ШҮҮСНИЙ ЯЛГАРАЛТАНД ХҮН ХОРС БА ГУА ХАТНЫ ХАНДМАЛУУДЫН ҮЗҮҮЛЭХ НӨЛӨӨ**

Д/Д	Шинжлэгдэж буй бэлдмэл	Тун (мл/кг)	Амьтны тоо	Ходоодны доторхи зүйлүүдийн эзлэхүүн (мл/100,0)	Чөлөөт хүчил 4 ц-г 100 мл ходоодны доторхи зүйлд нэвдэх 0, н-ын Na OH-мл
1	Хүн хорсын хандмал	0,2	10	0,36±0,20 P 0,05	36,0±2,20 P 0,05
2	Гуа хатны хандмал	0,2	10	0,78±0,11 P 0,05	33,0±5,2 P 0,05
3	40% этанол	—	10	0,92±0,13	54,0±7,8

Энэ хүснэгтээс үзэхэд уул бэлдмэлүүдийн нөлөөнд ходоодны шүүсний ялгаралт бага зэрэг буурч байгаагийн зэрэгцээ хархын ходоодон доторхи зүйлүүдийн эзлэхүүн багасна.

#### 4. Хүн хорс ба гуа хатны хандмалуудын өвчин намдаах идэвхийн судалгаа.

Энэ туршлаганд 20,0—24,0 гжинтэй 60 цагаан хулгана ашиглав. Туршлагын өмнө бүх хулганы температурын цочролд үзүүлэх мэдрэх чадлыг тодорхойлов. Бэлдмэлүүдийг туршлагаас 1 цагийн өмнө 1 кг жинд 0,2 ба 0,5 мл ноогдохоор бодож дотуур өгсөн. Бэлдмэл өгснөөс хойш 1 цагийн дараа (хяналтанд тэнцүү эзлэхүүнтэй физиологийн уусмал) 50° С хүртэл халаасан талбай дээр хулганыг тавих үеэс эхлэн хойт хөлөө долоох үе хүртэлх хугацааг секундомерээр тэмдэглэнэ. Тусгай термостатын тусламжаар 58° С температурыг тогтмол барьж байсан. Хэмжилтийг 1 цаг тутам хийсэн (Хүснэгт 6).

Хүснэгт 6

#### ЦАГААН ХУЛГАНД ҮЗҮҮЛЭХ ТЕМПЕРАТУРЫН ЦОЧРОЛД ХҮН ХОРС БА ГУА ХАТНЫ ХАНДМАЛЫН ҮЗҮҮЛЭХ НӨЛӨӨ

Д/Д	Шинжлэгдэж буй бэлдмэл	Тун мл/кг	Амьтны тоо	58° температуртай талбай дээр хулганыг тавих үеэс эхлэн хойт хөлөө долоох хугацаа		
				1 ц.	2 ц.	3 ц.
1	Хүн хорсын хандмал	0,2	10	18,0	17,5	16,8
		0,5	10	21,0	21,5	21,2
2	Гуа хатны хандмал	0,2	10	14,0	14,8	15,5
		0,5	10	21,0	21,0	20,5
3	40% этанол	—	10	17,2	18,7	18,2
		—	10	19,0	18,0	18,5

Үүнээс үзэхэд бэлдмэлүүдийг дээрх тунгаар цагаан хулганд өгөхөд өвчин намдаах нөлөө үзүүлж байна. Үүнд: Бэлдмэлийг 0,5 мг/кг тунгаар өгөөд 1 цаг болоход өвчин намдаах чадал нь хүн хорсын хувьд 25,3% ба гуа хатных 23,9% байв. Гэхдээ өвчин намдаах нөлөө нь бэлдмэлүүдийг өгсний дараахан эхлэхэд 3 цагийн турш тогтвортой хадгалагдаж байна. Шинжилгээний дүнгүүдийг статистикийн аргаар (7) боловсруулсан болно.

Ийнхүү бидний хийсэн фармакологийн судалгаа нь хүн хорс ба гуа хатны хандмалуудын нөлөө нь фармакологийн хувьд ижил шинж чанартай байгааг туршлагын нөхцөлд нотлов. Мөн фармакологийн идэвхийн зэрэг нь ижил байна.

Ерөнхийдөө хүн хорсын хандмал (бусад бэлдмэлүүд ч байж болох) нь анагаах ухаанд өндөр үр нөлөө бүхий бэлдмэл болох талаасаа их сонирхолтой юм.

#### НОМ ЗҮЙ

1. Хандсүрэн, В. В. Петренко-Хүн хорсын алкалоидын чанарын найрлагыг судлах асуудалд Монголын анагаах ухаан. 1970. IV. 29.
2. С. М. Дороговоз-Сравнительное изучение и особенности действия желчегонных препаратов на желчеобразовательную функцию печени в норме и патологии, Диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук. Тернополь-Харьков. 1971
3. Я. И. Хаджай-фармакологическое исследование природных флавоноидов, фурурохромонов, кумаринов. Диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук. Харьков, 1969.
4. Р. Ф. Ставрова- Фармакологическое исследование бислауданизина. Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. Харьков. 1973

6. Н. И. Андреева, С. А. Шарова Некоторые показатели влияния пиразидола на желудочно-кишечный тракт. ж. фармакология и токсикология, 1978, № 4, с. 428—432.  
7. В. В. Гацура-Методы первичного фармакологического исследования новых веществ. М., «Медицина», 1974.

СРАВНИТЕЛЬНОЕ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ  
НАСТОЙКИ ПУЗЫРЬНИЦЫ ФИЗАЛИСОВОЙ И НАСТОЙКИ  
БЕЛЛАДОННЫ В УСЛОВИЯХ ЭКСПЕРИМЕНТА  
РЕЗЮМЕ

С. Хансурен. С. М. Николаев. Т. Д. Даргаева. Л. И. Брутко

Проведено сравнительное фармакологическое исследование настойки пузырницы физалисовой и настойки белладонны в условиях эксперимента  
Исследованием показано о практически одинаковом характере фармакологического действия препаратов.

Г. ЗОРИГ, С. ЯМААХАЙ

**ХОЙЛОГИЙН МАХНЫ УУРГИЙН АМИНХҮЧЛИЙН  
НАЙРЛАГА, БУЛЧИНГИЙН ХЭЛБЭР, АГНАСАН УЛИРЛААС  
ХАМААРАХЫГ СУДАЛСАН ДҮНГЭЭС**

АНАГААХ УХААНЫ ХҮРЭЭЛЭН

Хойлогийн гулуузны 82,4 хувь нь булчингийн эдээс тогтож, булчин-махны дийлэнх хэсэг буюу 66,4 хувийг өвчүү-цээж, хөл-гуяны булчин эзлэдэг (1). Харин шувууны булчин-махны өнгө түүнд агуулагдах гемопротейны хэмжээнээс хамааран улбар цайвар, хүрэн улаан зэрэг өнгөтэй байдаг. Хэвлэлд бичсэнээс үзвэл цагаан ба улаан махны химийн найрлага, бүрэлдэхүүн харилцан адилгүй (2). Төрөл бүрийн булчны агуулагдах азотын хэмжээ өөр хоорондоо ялгаатай бөгөөд түүнээс шалтгаалан булчин-махны уургийн найрлага нэг амьтанд ч ижил бус байдгийг зарим судлаачид тэмдэглэжээ (3, 4).

Хойлог нь ургамал идэшт шувуу учир амьдарч буйгаль орчны нөлөө, тухайлбал цаг улирлын онцлог, тэжээлийн өвс ургамал зэргээс хамаарч түүний махны химийн найрлага, бүрэлдэхүүн нь ямар нэг хэмжээгээр хэлбэлзэл, өөрчлөлт гарах үндэслэлтэй юм. Гэвч хойлогийн махны химийн найрлага, бүрэлдэхүүний өөрчлөлт, хэлбэлзлийг нарийвчлан судалсан ажил өнөө үеийг хүртэл хийгдээгүй байна. Иймээс бид хойлогийн махны уураг агуулагдах аминхүчлийн хэмжээ, найрлага нь булчингийнх нь төрлөөс хамаарах эсэх, бас эл шувууны махны уургийн аминхүчлийн найрлагад улирлын онцлог нөлөөлдөг эсэхийг судлах зорилготой ажиллалаа.

**Шинжилгээний материал, арга зүй**

Байгалийн нэгэн орчинд амьдран, ижил хоол тэжээлээр идээшилж бэлчээрлэх бололцоо бүхий хойлог шувууг тусгай зөвшөөрлөөр намрын дунд ба өвлийн тэргүүн сард агнаж махыг нь шинжлэв. Хойлогийн цээжний булчин улбар цайвардуу (цагаан мах), гуяных нь тод хүрэн улаан өнгөтэй (улаан мах) байсныг харгалзан эдгээр булчин-махны уургийн амин хүчлийн найрлага, хэмжээг намар ба өвлийн улиралд гэж тус тусад нь ялган, цаасан хроматографийн аргаар шинжиллээ.

Уургийн аминхүчлийг тодорхойлохын тулд хойлогийн махыг урьдчилан гидролизэд оруулж, жиших уусмалд аминхүчлийн цэвэр стан-

дарт бэлдмэл хэрэглэв. Аминхүчил ялгагчаар Н—бутанолийг ашиглан, цаасан дээр үүсч ялгарсан хүчлийг нингидриний будгаар тодруулан, аминхүчлийн толбуудыг хайчлан авч, этилийн спиртэд уусган «Спекол» аппаратын 540 нм урттай долгионоор хэмжлээ.

### Шинжилгээний дүн

Судалгааны дүнд хойлогийн булчин-махны уургийн найрлаганд цистин+цистеин, лизин, гистидин, арганин, аспарагины хүчил, серин, пролин, глицин, глютамыны хүчил, треонин, аланин, тирозин, метионин, валин, фенилаланин, лейцин, изолейцин ба таньж тогтоогдоогүй нэгэн амин хүчил зэрэг 18 төрлийн аминхүчил нийтдээ илрэв. Эдгээрээс 15 аминхүчлийн агуулагдах хэмжээг тодорхойлж 100 г цэвэр уургагт ноогдох хувиар гаргав.

Хүснэгт 1

### ХОЙЛОГИЙН МАХНЫ УУРГИЙН АМИНХҮЧЛИЙН ХЭЛБЭЛЗЭЛ (100 г цэвэр уургагт %-иар)

Аминхүчлүүд	Булчин маханд			
	Намрын улиралд		Өвлийн улиралд	
	цээжний	гуяны	цээжний	гуяны
Цистин+цистеин	3,29±0,19	3,27±0,47	4,29±0,11	4,27±0,19
Лизин	7,89±0,19	6,38±0,20	8,68±0,17	7,99±1,12
Гистидин	6,39±1,28	5,26±0,27	7,02±1,13	6,98±1,24
Арганин	7,65±0,52	6,80±0,69	8,44±0,14	8,89±0,65
Аспарагины хүчил	7,39±0,38	8,64±0,19	7,06±0,48	8,83±0,43
Серин	4,94±0,48	4,81±0,53	6,50±0,85	5,58±0,75
Глицин	5,29±0,91	4,36±0,16	5,79±0,32	4,25±0,17
Глютамыны хүчил	12,23±0,69	12,06±1,75	13,72±1,50	13,47±1,93
Треонин	6,03±1,79	6,06±1,07	9,47±0,78	9,49±0,66
Аланин	8,55±0,41	7,65±1,34	8,67±0,83	8,62±0,39
Тирозин	7,15±0,47	6,47±0,23	6,25±0,47	7,79±1,02
Метионин	3,18±0,36	4,31±0,56	2,45±0,36	3,71±0,42
Валин	6,09±0,21	4,82±1,11	7,64±0,77	5,22±1,78
Фенилаланин	9,10±0,24	8,65±0,89	7,71±1,01	5,61±0,91
Лейцин+изолейцин	12,32±1,57	13,22±1,54	12,37±0,19	11,52±0,91

Хойлог шувууны булчин-маханд агуулагдах уургийн зарим аминхүчил, тухайлбал лизин, серин, глицин, аспарагины хүчил, метионин, валин, фенилаланин зэрэг нь нилээд хэлбэлзэлтэй байдаг нь судалгаанаас харагдлаа. Лизин, серин, глицин, валин, фенилаланин нь хойлогийн цээжний, метионин ба аспарагины хүчил нь гуяны булчин-маханд тус тус харьцангуй өндөр хэмжээтэй агуулагдаж байна. Энэ нь уг шувууны бие цогцсын голлох булчингийн гүйцэтгэх үүргээс хамаардаг бололтой. 100 г цэвэр уургагт эзлэх орлуулшгүй аминхүчлийн нийт хэмжээ нь уг шувууны цээжний цагаан маханд гуяны улаан махнахаас илүү их байдгийг бид бас нотоллоо. Тодотговол, өвлийн улиралд агнасан хойлогийн цээжний цагаан махны цэвэр уургийн 63,7 хувийг орлуулшгүй аминхүчил эзлэж байхад улаан махны дөнгөж 58,4 хувийг эзэлж байна. Намрын улирлын маханд энэ үзүүлэлт 58,6% ба 55,2% байгаа юм. Ийнхүү хойлогийн цээжний булчин-мах гуяныхаасаа 3—5 г илүү орлуулшгүй аминхүчил агуулж байгаа бөгөөд хүнсний ба биологийн шимт чанараар давуутай байна. Үүнээс үзвэл, цагаан өнгөтэй мах нь улаан махнаасаа илүү их хэмжээний азоттой (3) бас цагаан маханд

төгс чанарын уураг их байдаг гэсэн (2) судлаачдын дүгнэлттэй бидний хийсэн шинжилгээний дүн тохирч байна.

Хойлогийн махны уургийн аминхүчлийн хэмжээг агнасан цаг улирлаар харьцуулан ажиглахад хойлог шувуу тарга хүчээ бүрэн гүйцэд авсан өвлийн улиралд уургийн (63,7% ба 58,4%) орлуулшгүй аминхүчил намрынхаас (58,6% ба 55,2%) их байдаг нь батлагдлаа. Гэсэн хэдий ч хойлогийн мах намар, өвлийн аль ч улиралд тахианы махнаас (орлуулшгүй аминхүчил нь 41,7%) төгс чанарын уураг ихээр агуулсан өндөр шимтэй, чанарлаг мах болох нь мэдэгдэж байна. (5)

Хойлог шувууны махны уургийн аминхүчил биеийнхээ гол булчингийн байрлал, агнасан цаг улирлаас хамааран харьцангуй өөр өөр найрлагатай байгааг хойлогийн тэжээлд тухайн тэр үед ганц нэг болон хэд хэдэн аминхүчил дутагдсан юм уу, аль эсвэл илүүдсэн мөн түүний бодисын солилцоо, бие махбодын уургийн биосинтезэд зарим аминхүчил өвөрмөц үйлчлэл нөлөө, үүрэг гүйцэтгэж хуримтлагдсан ба задарсанаар тайлбарлаж үзэх нь зүйтэй юм. Иймээс тухайн жилийн цаг, улирал хоол тэжээлийн байдлаас болон хойлогийн махны аминхүчлийн найрлага өөрчлөгдөж хувирахыг үгүйсгэх аргагүй. Цаашид энэ асуудалд бүрэн төгс хариулахын тулд гүн гүнзгий, нарийн судалгааг судлаачид хийх нь лавтай.

Ардын эмнэлэгт хойлогийн махыг сувилгаанд зориулан агнаж хэрэглэх үеийг тодруулахдаа, өвс гандан хатаж сөл суух цаг буюу хойлог шувуу ургамлын иш үндэс ухаж идэх тэр үеэс эхлэн агнасан шувууны махыг хэрэглэнэ гэж үздэг. Энэ нь манай ард түмний олон зуун жилийн турш хойлогийн махыг хэрэглэж, түүний ач тусыг гярхай ажиглаж шинжсэн үнэлгээ юм. Хойлогийн махны уургийн аминхүчлийн найрлагыг судласан бидний судалгааны дүн ардын эмнэлгийн дээрхи ажиглалтыг дам батлаж байна.

## ДҮГНЭЛТ

1. Хойлогийн булчин-махны уургийн найрлаганд 18 аминхүчил илэрсэнээс лизин, серин, глицин, валин, фенилаланин зэрэг амин хүчил түүний цээжний цагаан маханд харин метионин, аспарагины хүчил нь гуяны улаан маханд тус тус өндөр хэмжээтэй агуулагдаж байна.
2. Орлуулшгүй аминхүчлийн цэвэр уурагт эзлэх хэмжээгээр хойлогийн цээжний булчин-мах гуяныхаасаа илүүтэй байна.
3. Хойлогийн мах өвлийн улиралд төгс чанарын уураг ихтэй, өндөр шимтэй байна.

## НОМ ЗҮИ

- Зориг Г. Морфологический и химический состав мяса улара (орос хэл дээр) Ерөнхий ба сорилын биологийн хүрээлэнгийн бүтээл, 1980, № 16.
2. Павловский П. Е., Пальмин В. В. Биохимия мяса. М. 1975
  3. Грау. Р. Мясо и мясопродукты М 1964
  4. Лори Р. А. Наука о мясе. М. 1973
  5. Устименко Л. С. Товароведение животного сырья. Т. 68. М. 1973.

## ИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ИЗУЧЕНИЯ АМИНОКИСЛОТНОГО СОСТАВА МЯСА УЛАРА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВИДОВ МЫШЦ И СЕЗОНА ОТСТРЕЛА

Г. Зориг. С. Ямахай.

## РЕЗЮМЕ

Мясо улара как и других (куринных) птиц в зависимости от содержания гемоглобина имеет бледно-розовый темно-красный цвет и поэтому представляют определенный интерес изучения аминокислотного состава белков мышц груди и бедер.

Авторами установлено, что белки мышечной ткани груди улары содержит более повышенное количество незаменимых аминокислот, чем белки мышечной ткани бедер. Также полученные данные дали возможность выявить некоторые сезонные различия содержания аминокислот мяса у двух групп уларов, отстреленных в середине октября и конце декабря. Таким образом, мяса улары отстреленных в зимний период, как по содержанию аминокислот, так и по незаменимым качеством наиболее полноценно.

## Ц. ОСОРСҮРЭН

### УУШГИНД ЦАГААН МӨГӨӨРСӨН ХООЛОЙГООР ДАМЖУУЛАН ЭМ ХИЙХ ЭМЧИЛГЭЭНИЙ ҮР ДҮН

#### УЛСЫН КЛИНИКИЙН ТӨВ ЭМНЭЛЭГ

Уушигны идээт ба архаг үрэвслийн үед хамрын нүх, цагаан мөгөөрсөн хоолойгоор дамжуулан резин гуурсаар уушигид эм хийж эмчлэх аргыг мэс засал, дотор, хамар хоолойн эмчилгээнд өргөн хэрэглэж байна. Сүүлийн жилүүдэд зөвлөлтийн эрдэмтэд энэ аргыг хэрэглэж өндөр амжилтанд хүрсэн юм.

Улсын Клиникийн Төв Эмнэлгийн уушиг судлалын тасаг, кабинетууд дээрх аргыг 1972 оноос эхлэн туршиж хэрэглэсэн бөгөөд одоо уушигны идээт ба архаг үрэвслийг эмчилдэг нэг гол арга болж байна.

Хамар цагаан мөгөөрсөн хоолойгоор дамжуулан резин гуурсаар уушигид антибиотик, мөгөөрсөн хоолойг тэлэх эмүүдийг хийж эмчилж байна. Амьсгалын дээд замыг мэдээ алдуулахад 2% дикайны уусмал, 10% новокаины уусмалыг хэрэглэдэг юм.

Бид энэ аргыг анх амьсгалын зам уушигны өвөрмөц биш архаг үрэвсэлтэй нийт 32 өвчтөнг эмчилж түүнийхээ үр дүнг гаргав. Үүнээс эмэгтэй 9, эрэгтэй 23, 20 нь 16—50, 12 нь 50-иас дээш настай байв.

Уг эмчилгээнд неомицин, стрептомицин, пенициллин, мономицин зэрэг антибиотикүүд, цагаан мөгөөрсөн хоолойг тэлэх эм (2,4% зуфинлин, 2,0, эфедрин 1,0) хэрэглэж, нэг курс эмчилгээг 5—12 удаа хийж байв. Энэ шинэ эмчилгээний үр дүнг клиник, рентген шинж, гадна амьсгалын үзүүлэлт сайжирсан байдлаар тооцож гаргав. (Хүснэгт 1).

#### ЭМЧИЛГЭЭНД ХАМРАГДСАН 32 ӨВЧТӨНИЙ КЛИНИК ШИНЖҮҮД

Хүснэгт 1

эмгэг шинж	ТОХИОЛДЛЫН ТОО	
	эмчилгээний өмнө	эмчилгээний дараа
Ханнах	32(100%)	
Амьсгаадалт	11(24,4%)	1(11)%
Хөхрэлт	32(100%)	
Бие сулралт	32(100%)	
Толгой эргэх	6(18,6%)	
Толгой өвдөлт	14(34,3%)	
УЦТУ хурдсалт	21,6(5,7%)	2(9,5%)
цагаан цогцос олширсон	23 (72%)	3(13%)
Халуун ихсэлт	14 (43%)	
Хуурай нойтон хэржигнүүр	32(100%)	2(6,25%)
Цээжээр өвдөлт	28(87,5%)	1(3,5%)
Идээтэй ногоон цэр	32 (100)	2(6,5%)

Дээрх судалгаанаас үзэхэд цөөн тооны өвчтөнд зарим эмгэг шинж тэмдэг үлдсэн боловч, ихэнх өвчтөний эмгэг шинж тэмдэг арилжээ. Цагаан мөгөөрсөн хоолойд антибиотик, түүнийг өргөсгөх эм хийхэд эхний үед өвчтөн ханиах, идээтэй цэр гаралт ихсэх, цэр ховхролт сайжран, 3 дахь өдрөөс цэрний гаралт, ханиалгалт багасан, цэрний ногоон өнгө буурч шингэрэн улмаар 5—6 өдрийн дараа цэр шүлслэг цагаан өнгөтэй болж ханиалгалт цөөрсөөр 7—10 хоногт мэдэгдэхүйц багасан, цэр гарахаа больж, өвчтөний хөхрөлт арилан, амьсгаалалт багасаж, биеийн байдал нь сайжирч байлаа.

Цагаан мөгөөрсөн хоолойн идээт ба архаг үрэвслийн үед мөгөөрсөн хоолойд эмийг 5—7 удаа хийв. Архаг хатгалгаа мөгөөрсөн хоолойн тэлэх өвчний үед 12 удаа хүртэл хийв. (Хүснэгт 2)

### ӨВЧТӨНҮҮДИЙН (32) РЕНТГЕН ШИНЖ ТЭМДЭГ

Хүснэгт 2

Рентген шинж	Тохиолдлын тоо	
	Эмчилгээний өмнө	эмчилгээний дараа
1. Уушгины зураглал ихэссэн	7	
2. Хэсэг газрын нэвчдэст шинж тэмдэг	5	
3. Уушгины уг өргөсөх	12	4
4. Уушиг хатуурах өөрчлөлт	4	4

### ГАДНА АМЬСГАЛЫН ШИНЖИЛГЭЭНИЙ ДҮН

Хүснэгт 3

гадна амьсгалын үзүүлэлтүүд	Эмчилгээний өмнө		эмчилгээний дараа	
	мл	хэвийн хэмжээтэй харьцуулсан хувь	мл	хэвийн хэмжээтэй харьцуулсан хувь
Уушигны амьдралын багтаамж	2700 ± 900	63,3 ± 3,5	2900 ± 366	70,9 ± 3,7%
Уушигны агаар сэлгэх дээд хэмжээ	64,8 ± 6,3	36 ± 4,9	69,5 ± 7	64,3 ± 2,4
Уушигны хурдавчилсан амьдралын багтаамж (1 сек)	1760 ± 120	—	2188 ± 146	—
Тифногийн сорил (%)	43,5 ± 3,6		60,2 ± 3,4	
Амьсгалын минутын эзлэхүүн	12,4 ± 1,3	206 ± 21,2	11,8 ± 0,3	224 ± 2,4
Хүчилтөрөгчийн шингэлт	150 ± 1,2	96,4 ± 2,7	222 ± 4,1	120 ± 1,2
Хүчилтөрөгчийн шингэлтийн коэффициент	65 ± 1,2		48 ± 1,5	
Нэмж амьсгал авах эзлэхүүн	1250 ± 640		883 ± 95	
нэмж амьсгал гаргах эзлэхүүн	1260 ± 532		1578 ± 526	
Амьсгалын эзлэхүүн	868 ± 7,5		734 ± 52	
Амьсгалын давтамж	22		19	



Эмчилгээний дараа рентген шинж тэмдэгүүдийн ихэнх нь арилж зарим шинж тэмдэг багасах нь ажиглагдсан боловч уушигны хатуурлын шинж тэмдэг арилаагүй.

Уушигны агаар сэлгэлт, мөгөөрсөн хоолойн урсгуур ажиллагаа, гадна амьсгалын үзүүлэлтүүд сайжирсан нь харагдаж байна. (Хүснэгт 3)

Дээрх клиник, рентген шинж, гадна амьсгалын үзүүлэлтүүд сайжирсан нь доорхи зүйлээр тайлбарлаж болох юм. Үүнд:

1. Мөгөөрсөн хоолой цэвэрлэгдэх
2. Үрэвсэлт зогсож эдгэрэх
3. Мөгөөрсөн хоолойн ханын хаван багасаж, урсгуур ажиллагаа нь сайжрах.
4. Эдгээртэй холбоотой уушигны агаар сэлгэлт сайжирч хийн солилцоо хэвийн болох.

### МӨГӨӨРСӨН ХООЛОЙГООР ДАМЖУУЛАН УУШГИНД ЭМ ХИЙЖ ЭМЧИЛСЭН ҮР ДҮН

Хүснэгт 4

№	Онош	өвчтөний тоо	эдгэрсэн	нлээд сайжирсан	сайжирсан
1	Мөгөөрсөн хоолойн архаг үрэвсэл	10	10		
2	Архаг хатгалгааны I үе	3	3		
3	Архаг хатгалгааны II үе	13	3	7	2
4	Мөгөөрсөн хоолойн багтраа өвчин	2	2		
5	Уушигны буглаа	4	2	2	—

### ДҮГНЭЛТ

1. Антибиотик, мөгөөрсөн хоолойг тэлэх эмийг хавсран хэрэглэснээс мөгөөрсөн хоолойн хаван хавдар багасаж, үрэвсэлт зогсож, мөгөөрсөн хоолой цэвэршиж, уушигны агаар сэлгэлт сайжирсан нь ийм эмчилгээ үр дүнтэй болох нь батлагдаж байна.

2. Мөгөөрсөн хоолойгоор эм хийх энэ аргыг эмнэлэг, амбулаторийн аль ч нөхцөлд хэрэглэх бүрэн бололцоотой юм.

3. Мөгөөрсөн хоолойд шууд эм хийж эмчлэх арга нь өвчтөнийг эдгэрэлтийг түргэсгэж, ор хоногийг богиносгон, хөдөлмөрийн чадвартур алдалтыг багасгаж, нийгмийн үйлдвэрлэл дээр бүтээлтэй ажиллах хугацааг нэмэгдүүлэх боломж хангагдаж байна.

4. Энэ арга нь амьсгалын зам, уушигны архаг үрэвслийн цахих хугацааг уртасгаж, өвчний хүндрэлээс урьдчилан сэргийлэх ач холбогдолтой юм.

### ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИНТРАТРАХИАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ НЕСПЕЦИФИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЛЕГКИХ.

Ц. Осорсурен

### РЕЗЮМЕ

Проведенные исследования показывают, что значение интратрахеального метода при консервативной терапии больных с хроническими неспецифическими процессами легких велико. Бронхологические методы позволяют проводить эффективную профилактику и терапию таких заболеваний, как диффузные формы хронической пневмонии, затянувшейся пневмонии, бронхиальной астмы, тяжелых форм хронического бронхита и гнойных заболеваний легких. Результаты бронхологической санации улучшаются при сочетании применения антибиотиков и бронхолитических препаратов. Интратрахеальный метод лечения может быть проведен в любом терапевтическом отделении даже в амбулаторных условиях. Для оценок результатов лечения ведущее значение имеет состояние внешнего дыхания.

## ТАХАЛТ ЭНЦЕФАЛИТИЙН ХАЛДВАР СУДЛАЛ, ЭМНЭЛ, ЗҮЙ, ОНОШЛОЛТЫН АСУУДАЛД

### АНАГААХ УХААНЫ ДЭЭД СУРГУУЛЬ

Сүүлийн жилүүдэд тахалт энцефалитийг судлах асуудал халдвар судлагчид, эмнэл зүйчдийн сонирхлыг ихээр татах боллоо. Энэ нь уг өвчний орон нутгийн чанартай дэгдэлт цөөн тоогоор ч гэсэн үе үе гарсаар байгаатай холбоотой юм. (1, 2).

Тахалт энцефалитийг үүсгэгч нь вирус гэж үздэг боловч өвөрмөц вирусийг ялган авах оролдлого одоо хүртэл амжилтгүй байгаа учраас уг өвчний оношлолт нь бүр 1915—1925 онуудад гарч байсан эпидемийн нь үед бичсэн эмнэл зүйн шинж тэмдгүүдэд тулгуурлаж байна. Гэвч энэ өвчний эмнэлзүйн сонгомол хэлбэрийг анх Экономо тусгайлан авч бичсэнээс хойшхи 50 жилийн дотор уг өвчний илрэл, шинж тэмдэг үлэмж өөрчлөгджээ. Тахалт энцефалитийн анхны тархалтын үед эмнэл зүйн янз бүрийн хэлбэрүүд, тухайлбал унталтын, мэнэн төст, хөдөлгөөн эмгэгшилт, ухаан алдалтын гэх мэт хэлбэрүүд оношлогдож байжээ. Үүний дараагаар уг өвчний үед тэнцвэр алдагдалтын, тархины, нуруу-нугасны, нугас-захын мэдрүүлүүдийн эмгэгшилийн, сэтгэхүйн өөрчлөлтийн, мэдрэл сульдалтын гэх мэт эмнэл зүйн хэлбэрүүд илэрдгийг бичжээ. (3—5). Тахалт энцефалитийн эмнэл зүйн хувьсал одоо ч гэсэн үргэлжилсээр байна. Энэ асуудлаар ажиллаж байгаа нилээд судлаачид тахалт энцефалитийн эмнэл зүйн шинж тэмдэг нилээд бүдгэрч, улам олон хэлбэрээр илэрч байгааг тэмдэглэж байна. (2—6—8)

П. М. Альперович, Б. И. Рудая нарын (9) үзэж байгаагаар нүд өөрчлөлт-унталтын хэлбэр хамгийн олонтой тохиолдож, дараагийн байранд хөдөлгөөн эмгэгшилт, томуу төст, тэнцвэр алдагдалтын хэлбэрүүд ордог байна. Зөвлөлтийн эрдэмтэд бичихдээ сүүлийн үед чухамдаа хөдөлгөөн эмгэгшилт, тэнцвэр алдагдалтын эмнэл зүйн хэлбэрээр тахалт энцефалит илрэн гарах явдал элбэгшиж байгааг заагаад, уг өвчний үндсэн шинж тэмдгийн зэрэгцээ вегетатив хямрал, бага тархины болон хөдөлгөөн-рефлексийн өөрчлөлтүүд илэрдгийг онцлон тэмдэглэв. (2, 10) Түүнчлэн уг өвчний эхлэл, явцын байдал өөрчлөгдөж байгаа нь ихээхэн анхаарал татах болов. Өвчний хурц үеийн шинж бүдгэрэх буюу хугацаа нь үлэмж богиносж, паркинсоны шинж эрт илрэн, архаг шинж тэмдгээр эхлэх явдал тэн хагас хувийг эзлэх болсон байна (9).

Тахалт энцефалитийн архаг үеийн илрэл ч өөрчлөгдсөөр байгааг судлаачид тэмдэглэсээр байна (6.7).

Манай оронд анх 1956—1959 онуудад Баянхонгор аймагт тахалт энцефалитийн хэд хэдэн тохиолдол гарсан тухай профессор Г. Лодон (II) бичжээ. Судлаач 1956—1959 онуудад Баянхонгор аймгийн төвд гарсан тахалт энцефалитийн хурц үеийн өвчлөлтэй 36 өвчтөнд ажиглалт судалгаа хийснийхээ үндсэнд уг өвчин тэнцвэр алдагдуулах эмнэл зүйн хэлбэрээр гэр бүлийн хүмүүсийг хамран өвчлүүлж, хурц үе нь 12—28 хоног үргэлжилж байсныг дурдаад, тэдгээрт 2 жилийн дараа үзлэг хийхэд шөрмөсний рефлексүүд ихэссэн, зарим нэг эмгэг рефлексүүд бүдэг илэрч байсан хийгээд, өвчилсөн бүх хүмүүс хөдөлмөрийн чадвартай үлдсэн тухай тэмдэглэсэн байна. Мөн 1958—1962 онуудад Улаанбаатар хот, Зүүн хараа, Хэнтий аймгийн зарим сумуудад ийм өвчнөөр өвчилсөн 10 гаруй өвчтөн тохиолдож байсныг Г. Лодон (11) бичжээ.

1967—1979 онуудад Баянхонгор, Хөвсгөл, Баян-Өлгий аймаг, Улаанбаатар хотод тахалт энцефалитийн хурц болон архаг үеийн эмнэл зүйн шинж тэмдэг бүхий цөөн тооны өвчтөн тохиолдож байснаас бид 1979 оны 12-р сараас 1980 оны 3-р сард Хөвсгөл аймгийн Улаан-Уул суманд гарсан тахалт энцефалитаар өвчилсөн 22 өвчтөнд хийсэн ажиглалт, судалгаагаа үндэслэн уг өвчний дэгдэлт, халдварлалт, эмнэл зүйн хэлбэр явц, оношлолтын асуудалд дүн шинжилгээ хийв.

1979 оны 12-р сарын 7-нд Хөвсгөл аймгийн Улаан-Уул сумын төвд нэг гэр бүлийн 11 хүний дотор тахалт энцефалит гарчээ. Энэ гэр бүлийн өвчилсөн 7 хүнийг эмнэлэгт хэвтэх хугацаанд гэрт үлдсэн 4 хүүхдийг асарч сувилахаар хөдөө байсан ойрын төрлийн хоёр дахь гэр бүлээс нэг эмэгтэй ирж тэдгээртэй хамт амьдарч байгаад удалгүй үлдсэн хүүхдүүдийн хамтаар өвчилж бүгд эмнэлэгт хэвтжээ. Хоёр сарын дараа тэр эмэгтэй гэртээ харьсан бөгөөд уг өвчин гарснаас хойшхи 101 дэх хоног дээр хоёр дахь гэр бүлийн мөн 11 хүний дотор уг өвчин гарсан байна. Үүнээс үзэхэд халдварын эх сурвалж хоёр дахь гэр бүлийн тухайд маш тодорхой байна. Эдгээр 22 өвчтөн эрэгтэй—11, эмэгтэй—11, үүнээс 1—7 насны хүүхэд 7,8—17 насны хүүхэд—7 18—45 насны хүн—6, 73—80 настай 2 хүн байв.

Өвчтөний мэдүүлэг, өвчний явцад хийсэн дүн шинжилгээнээс үзэхэд уг өвчин ихэнх хүмүүст, ялангуяа хүүхдүүдэд урьдал үетэйгээр эхэлсэн бөгөөд энэ нь тухайн орон нутагт гарсан томуугийн дэгдэлт, амьсгалын замын хурц өвчнүүдийн тархалтын хугацаатай тохирч байлаа. Өвчний урьдал үед 14 өвчтөнд амьсгалын дээд замын үрэвслийн шинж, 3 өвчтөнд ходоод, гэдэсний үйл ажиллагааны хямрал хүүхдүүдийн заримд нь 37—38 градус хүртэл халуурах шинж ажиглагдаж, урьдал үе нь 2—3 хоног үргэлжилсэн байна. Харин 5 өвчтөнд толгой өвдөх, бие сулрах шинж тэмдэг хэдэн өдрийн турш ажиглагдсанаас өөр тодорхой шинж мэдэгдээгүй. Өвчний урьдал үе өнгөрсний дараахь 3—7 дахь хоногт төв мэдрэлийн системийн талаас тахалт энцефалитийн өвөрмөц шинж тэмдгүүд илэрч байв. Тухайлбал, үлэмж их нойртой болох, явахдаа тэнцвэр алдаж гуйвах, нүдэнд юм хоёр болж харагдах, зовхи буух, хөлрөх, шүлс гоожих шинж тэмдгүүд 15 өвчтөнд тод илэрсэн байна. Сонирхол татаж байгаа нэг зүйл бол бага насны 5 хүүхэд, өндөр насны 2 хүнд уг өвчин томуугийн шинж тэмдгээр явагдсан болох нь судалгааны явцад тогтоогдов. Хэдийгээр ихэнх өвчтөний өвчний шинж тэмдэг ерөнхийдөө адилавар байсан боловч бид уг өвчний хурц үеийн зонхилох шинж тэмдэг, явцын байдлыг үндэслэн тахалт энцефалитийг эмнэл зүйн дөрвөн хэлбэрт хувааж судлав. Үүнд:

1. Нүд өөрчлөлт-унталтын хэлбэр (5 өвчтөнд),
2. Тэнцвэр алдагдалт-унталтын хэлбэр (9 өвчтөнд),
3. Томуу төст хэлбэр (7 өвчтөнд)
1. Сэтгэхүйн өөрчлөлтийн хэлбэр (1 өвчтөнд)

Нүд өөрчлөлт-унталтын хэлбэр нь нүдэнд юм хоёр болж харагдах, аль нэг нүд дотогш хөдлөх нь хязгаарлагдах, зовхи буух, өдөрт хэд хэд дахин унтах, нойрмог байх шинжүүдээр зонхилон илэрснээс гадна бүх бие буюу хэсэг газар хөлрөх, явахдаа гуйвах, тэнцвэр алдах шинжүүд ажиглагдсан.

Тэнцвэр алдагдалт-унталтын хэлбэр олонхи өвчтөнд ажиглагдсан бөгөөд энэ нь гэнэт эхэлж, толгой эргэх, явахдаа тэнцвэр алдаж гуйвах, унах, юм тулж явах, үлэмж их хэмжээгээр өдөр шөнө ялгаагүй үргэлжлэн (түр зуурын завсарлагаатай) унтах шинжээр зонхилон илэрч байв. Үүний зэрэгцээгээр нүдэнд юм хоёрлож харагдах, зовхи буух, бие хөлрөх, орчин тойрон, цаг хугацааны баримжаалал алдах шинжүүд аль нэгэн хослолоор ажиглагдсан байна.

Томуу төст хэлбэр нь толгой өвдөх, гар хөлийн булчин хөшиж янгинаж өвдөх, бие сулрах, бүх бие хөлрөх, өдөрт үе үе унтах шинжээр илэрч байсан бөгөөд харин элэгний хорт хавдартай гэж үзэж байсан 80 настай өвчтөн нь энэ хэлбэрээр өвчлөх үедээ нас баржээ. Түүний нас баралтын шалтгааныг энцефалиттай шууд холбож үзэх үндэсгүй юм.

Хөвсгөлийн Улаан-Уул суманд гарсан тахалт энцефалитийн эмнэл зүйн шинж тэмдгүүдийн дотроос бидний анхаарлыг ихэд татаж байгаа нэг асуудал бол эдгээр өвчтөнүүдэд илэрсэн нойрсолтын эмгэгшил юм. Эрдэмтдээс «Үечилсэн унталт» хэмээн нэрлэж бичдэг хэт нойрсолтын үечилсэн шинж бидний судалсан дээрхи өвчтөнүүд дээр анх удаа манай улсад ажиглагдсан юм. Энэхүү «Үечилсэн унталтын» шинж нэг дэх гэр бүлийн эцэг, эх, хүү, охин дөрөвт өвчин эхлэх үед мөн өвчний явцад 28,120 дахь хоног дээр үндсэндээ 3 удаа тус бүр 2—9 хоногийн хугацаагаар ажиглагдлаа. Ихэнх өвчтөнүүдэд нойрсолтын эмгэг илрэхдээ ажил, үйлдэл хийж байгаад гартаа барьсан зүйлээ алдаж суугаагаар унтах, аягатай цайгаа ууж дуусгаж амжилгүй унтаж байсан хийгээд, мөн хоёр өвчтөн эмчид үзүүлэхээр яваад учиргүй нойр нь хүрч, тэнцвэр алдаад явж чадахгүй болсон учир замаасаа буцаж гэртээ нойрмоогоор арай ядан явж ирсэн, зарим хүүхдүүд нь мөлхөж явах, юм түшиж явж байсан зэрэг олон баримтуудыг дурдаж болно. Өвчтөнүүдийн мэдүүлэг эмчлэгч эмчийн дүгнэлтээс үзэхэд ихэнх өвчтөнүүдийн унталт 2—9 хоногийн турш өдөр шөнө ялгаагүй үргэлжилж байсан бөгөөд тэднийг хүчээр сэрээхэд сэрж байсан боловч тэр дороо дахин унтдаг, зарим өвчтөн өөрсдөө сэрж түр хугацаагаар сэргэж байдалд байгаад хэдэн өдрийн турш өдөрт олон дахин унтдаг байжээ.

Уг өвчний хурц үед өвчтөнүүдийг шинжлэн үзэхэд цусны эргэлт амьсгал, дотор эрхтнүүдийн талаас гарсан өөрчлөлтгүй байв. Мэдрэлийн системийн талаас зовхи буух, нүдний хөдөлгөөн дотогшоо хязгаарлагдах, нүдний алим чичэгнэх шинж тогтмол бишээр үе үе илрэх гар хөлийн булчингийн хөвчрөл чангарах, шөрмөсний рефлексүүд жигд бишээр ихсэх зарим эмгэг рефлексүүд тогтмол биш бүдэг илрэх, Ромбергийн цэх зогсоолд, тэнцвэртэй зогсож чадахгүй гуйвах хуруу-хамар, өсгий-өвдөгний сорилыг хийлгэхэд гар хөл чичэгнэх, алдаа гаргах, бие хөлрөх шинжүүд нилээд тод илэрч байсан зэрэг онцлогтой. Эдгээр өвчтөнүүдэд уг өвчний хурц үеийн шинж тэмдгүүд үндсэндээ 2—3 сарын турш тогтмол бишээр, зарим нэгэн шинжүүд аль нэгэн өвчтөнд хавсран илрэх байдлаар ажиглагдаж байсан.

Тахалт энцефалитаар өвчилсөн эдгээр өвчтөнийг өвчин эхэлснээс хойших 49, 153 дахь хоног дээр (1—5 сарын дараа) үзэхэд мэдрэлийн системийн талаас дараахь өөрчлөлтүүд илрэв. Үүнд: Шөрмөсний рефлексүүд жигд бишээр ихсэх (13 өвчтөнд): гарын алга, хөлийн ул буюу биеийн аль нэг хэсэгт их хөлрөх (13), хөдөлгөөний ерөнхий идэвх буурах, сэтгэл санаа тогтворгүйдэх, ой тогтоолт муудах (8), булчингийн хөвчрөл ихсэх (5), нүүрний хөдөлгөөний илрэл багасгах (5), хуруу хамрын сорилд гар чичрэх (5), нүдийг аниулан гарыг урагшаа тэнийлгэж байлгах сорилд зовхи буюу хуруу чичэгнэх (5), арьсыг зурахад өргөн улаан зураас үүсэх (4), нүдний дотогшлох урвал сулрах (3). Ромбергийн цэх зогсоолд гуйвах, өсгий-өвдөгний сорилд хөл чичэгнэх (2) зэрэг шинжүүд голчлон насанд хүрсэн хүмүүст зонхилон илэрч байв. Өвчний эхлэл, эмнэл зүйн явцаас үзэхэд насанд хүрсэн хүмүүс харьцангуй хүндээр өвчилсөн бөгөөд энэ байдал ч мэдрэлийн системд үлдсэн өөрчлөлт насанд хүрэгчдэд зонхилж байгаагаар батлагдаж байна. Харин 73 настай эмгэн нь 3 жилийн өмнөөс хараагүй болж, нүүр, зовхи, зажлуурын булчин нь татвалзаж, гар, хөл нь салгалах болсон нь бидний анхаарлыг татав. Энэ өвчтөнд тахалт эн-

цефалитийн архаг үед гардаг паркинсоны шинж сонгомол хэлбэрээр илэрч байгаа бөгөөд энэ нь уг өвчнөөр өвчлөхөөс 3—4 жилийн өмнөөс ажиглагдсанаас үзэхэд урьд нь мэдрэлийн ямар нэг хурц буюу архаг халдвараар өвчилсөнтэй холбож тайлбарлахаас өөр аргагүй юм. Гэвч уг өвчтөн хэдэн жилийн өмнө тахалт энцефалитийн архаг хэлбэрээр өвчилсөн байж болохыг үгүйсгэж бас болохгүй.

Бидний ажиглалт, судалгаанаас үзэхэд эдгээр хүмүүс (насанд хүрэгчид 18—45 насны, хүүхдүүд 1—17 насны) эмчилгээний явцад эрс сайжирч, сурч, хөдөлмөрлөх бүрэн чадвартай болсон юм. Энэ өвчний архаг үеийн шинж тэмдэг тухайн хүмүүст аажимдаа илрэх үү гэдэг асуултанд харуулахад нилээд хэдэн жилийн ажиглалт шаардагдана. Зөвлөлтийн эрдэмтэд (6) «үечилсэн унталтын» шинж тахалт энцефалитийн архаг үед ч бас ажиглагддаг гэснээс үзэхэд өвчин эхэлснээс хойш дөрвөн сарын дотор 3 удаа тус бүр 2—9 хоног үргэлжлэн унтсан өвчтөнүүд болон мэдрэлийн системд нилээд өөрчлөлт үлдсэн хүмүүст, тухайлбал насанд хүрэгчдэд уг өвчний архаг үеийн сонгомол шинж аажимдаа илэрч болзошгүй юм.

Уг өвчин хэдийгээр «тахалт» энцефалит хэмээн анх нэрлэгдсэн боловч халдварлах чанараар төдий л их биш болох нь хэвлэлд бичиж байгаагаар ч, бидний ажиглалтаас ч тодорхой байна. Үүнийг батлах нэг жишээ бол уг өвчнөөр эхлэн өвчлөх үед нэг дэхь гэр бүлээс 7-р ангид сурдаг хүүхэд нь хоёр өдөр хичээлдээ явсан, нэг хүүхэд нь эмнэлэгт хэвтсэн, мөн энэ гэр бүлийн хүмүүсийн хамтаар өвчилсөн хоёр дахь гэр бүлийн нэг эмэгтэй гэртээ харих замдаа бригадын төв дээр 2—3 аялаар орж 7 хүнтэй уулзсан зэрэг баримтууд байгаа боловч сургуулийн сурагчид, эмнэлэг, бригадын төвөөс өвчилсөн хүн ганц ч гараагүй байна.

Хөвсгөлийн Улаан-Уул суманд гарсан тахалт энцефалит гэр бүлийн дотор халдварлах шинж чанартай байгаа бөгөөд үүнийг өвчтөнүүдийн удамшил зүйн онцлогтой холбож судлахад сонирхолтой байгаа юм. Өвчилсэн нэг дэх гэр бүлийн эцэг, эх хоёрын ам зүүн тийшээгээ төрөлхийн мурий, үүнийг дагаж тэдний 5 хүүхдэд ийм шинж илэрч байсны дээр хоёр дахь гэр бүлийн эцгийн баруун нүд төрөлхийн хялар учраас мөн 4 хүүхдийнх нь нүд хялар байгаа юм. Дээрхи жижиг гажгуудыг «төрөлхийн» гаралтай гэж үзэх үндсийг тэдний залуу насандаа авахуулсан гэрэл зургууд баталж өгөв. Удамшлын эдгээр онцлог нь энцефалит үүсгэгч вирус тархинд нэвтрэн орох бололцоо олгосон удамшил-биологийн дотоод хүчин зүйлийн гадаад илрэл байж болох талтай.

Бидний судалгаанаас дараахь дүгнэлтүүд гарч байна.

1. Тахалт энцефалит манай оронд голдуу гэр бүлийг хамран цөөн тохиолдлын байдлаар гарч байна.

2. Уг өвчин хурц үедээ тэнцвэр алдагдалт-унталтын, нүд өөрчлөлт-унталтын, томуу төст, сэтгэхүйн өөрчлөлтийн зэрэг эмнэл зүйн хэлбэрүүдээр илэрч байгаа бөгөөд эдгээрийн дотор тэнцвэр алдагдалт-унталтын хэлбэр зонхилон тохиолдож байна. Иймээс тахалт энцефалитын хурц үеийг оношлоход эдгээр эмнэл зүйн хэлбэрүүдийг харгалзаж үзэх шаардлагатай.

3. Манай улсад анх удаа тахалт энцефалитийн эмнэл зүйн явцад «үечилсэн унталтын» шинж ажиглагдав.

4. Уг өвчин насанд хүрэгчдэд нилээд удаан хугацаагаар (2—3 сарын турш) үргэлжилж байгаа боловч эмчилгээний явцад хөдөлмөрийн бүрэн чадвартай болж байна.

5. Эдгээр өвчтөнийг орон нутгийн нөхцөлд эмчийн хяналтанд авч, мэдрэлийн системд байгаа үлдэгдэл шинжүүд бүрэн арилах буюу эсвэл гүнзгийрч архаг үедээ шилжих эсэх талаар нилээд хэдэн жилийн турш ажиглалт хийж судлах шаардлагатай.

1. Улитовский Д. А. — В кн: Инфекционные и токсические заболевания нервной системы. Иркутск, 1961, 61—63.
2. Кондакова Т. А. Энцефалит «А» в Восточной Сибири. Автореф. канд. дисс. Иркутск 1972.
3. Маргулис М. С. Острые инфекционные болезни нервной системы. М.-Л., 1928—, 185—256.
4. Давиденков С. Н. Клинические лекции по нервным болезням. Л., 1957., вып. 3, 61—81.
5. Панов А. В кн: Многотомное руководство по неврологии М. 1962, 3, 1,386—402
6. Строкина Т. И., Гуляева С. Е., Строкин В. А. Клинические варианты эпидемического энцефалита в Приморье. Журн. невропатологии и психиатрии, 1976, 2, 194—197.
7. Легконогов В. А. Безрукова Л. В. Солодкая Г. Л. Николаева Е. А. Катамнез больных, перенесших острый период эпидемического энцефалита в Приморье. Журн. невропатологии и психиатрии, 1976, 2. 197—199.
8. Зинченко А. П. Комлик Р. К., Перепелица А. Л. Клепиков Э. Н. Об эволюции клиники эпидемического энцефалита. Журн. невропатологии психиатрии 1980, 2. 180—183
9. Альперрович П. М., Рудая Б. И. Диагностика и лечение современного эпидемического (летаргического) энцефалита. Методич. рекомендации. Ванница, 1975.
10. Мандрыко Р. Г., Лапшин Н. Д. — В кн: Актуальные вопросы невропатологии. Алма-Ата, 1971, 151—153.
11. Лодон Г. Манай улсад гардаг уураг тархины тахал үрэвсэл. Монгол дахь мэдрэл сэтгэхүйн өвчний судалгаа, 1962, 2, 15—21.

#### К ВОПРОСУ ЭПИДЕМИОЛОГИИ КЛИНИКИ И ДИАГНОСТИКИ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ЭНЦЕФАЛИТА

Резюме.

Г. Цаганху, О. З. Горин

На основании обследования 22 больных эпидемическим энцефалитом и изучения литературных данных авторы пришли к выводу что наиболее характерными особенностями эпидемического энцефалита в МНР являются спорадичность заболевания и его семейный характер. В остром периоде заболевания выделены: вестибулярно-летаргическая, окуло-летаргическая, гриппозная и психосенсорная формы. Краевой особенностью эпидемического энцефалита в МНР является частота вестибулярно-летаргических форм в его острой стадии и в наиболее тяжелое, длительное течение заболевания у взрослых.

Подчеркивается важность длительного наблюдения за этими больными в целях получения полноценного ответа о возможности перехода заболевания непосредственно из остаточных симптомов в хроническую стадию.

Авторами впервые в МНР описан синдром периодического слячки при эпидемическом энцефалите.

Л: ЖИГЖИДСҮРЭН, Г. НЯМХҮҮ

### ШАР, ШАРЫН ШИНЖ БҮХИЙ ХҮНДРЭЛТЭЙГЭЭР ЯВАГДДАГ ЗАРИМ ӨВЧНҮҮДИЙГ ЛАПАРОСКОПООР ЯЛГАХ ОНОШЛОГОО

АНАГААХ УХААНЫ ДЭЭД СУРГУУЛЬ

Шар, шарлалт үүсгэж хүндрэлтэй явагддаг зарим өвчнүүдийг ялган оношлох асуудал жилээс жилд боловсронгуй болж ялангуяа клиникийн практикт судас, цөсний зам, нойр булчирхай зэргийн рентген шинжилгээ, цөмийн оношлогооны аргууд болон лапароскопийн хавсармал шинжилгээнүүдийг нэвтрүүлэн хэрэглэж ихээхэн үр дүнд хүрч байна.

Гэвч механик шарлалт үүсгэх хүндрэлтэйгээр явагдаж байгаа өвчнүүдийг тухайн үед нь илрүүлэн оношлох, асуудал одоо болтол бүрэн шийдэгдэж чадаагүй байгааг судлаачид тэмдэглэж байна (1, 2). Ялангуяа механик шарлалтын эхэн үеийг аажим явцтай элэгний хурц болон архаг үрэвсэлээс ялган оношлох явдал чухал шаардлагатай юм.

Клиникийн практикт шалтгаан нь мэдэгдэхгүй, шарын шинж нь илэрхий болсон өвчтөн багагүй байдаг нь уг өвчнүүдийг оношлох арга дутагдалтайн нэг гэрч юм. Гэвч механик шарлалт үүсгэх хүндрэлтэй явагддаг өвчнүүдийг лапароскопоор ялган оношлоход боломжит шинжүүдийг илрүүлдэг байна. Уг шинжилгээнд юуны өмнө механик шарлалтын гол шинж нь болох ялимгүй томорч ногоон өнгөтэй болсон элгийг илрүүлнэ. Механик шарлалтын сэжиг бүхий өвчтөнд лапароскопийн шинжилгээг уг өвчний шарын шинж илэрснээс 4 долоо хоногийн дараа хийх нь ашигтай. Энэ хугацаанд элэг нь тод ногоон өнгөтэй болж гүйцдэг гэж үздэг. Зарим эрдэмтэд энэ хугацааг 2,5—3 долоо хоногос багагүй байх хэрэгтэй гэж байгаа юм. Зарим судлаачид механик шар өвчтэй хүмүүст лапароскопийн шинжилгээ хийхэд механик шарлалтын шинж бүхий ногоон элгийг илрүүлээгүй тохиолдол ч байсан байна. Жишээ нь: М. Хеггенмиллер, (1954) механик шарлалттай 47 өвчтөнд шинжилгээ хийхэд 9 тохиолдолд нь элэгний өнгө өөрчлөгдөөгүй байжээ.

Хэвийн ажиллагаатай цэсний хүүдийд ус шимэгдэлт байнга явагдаж цэс өтгөрдгийн үндсэн дээр цэс дамжуулах ерөнхий цоргын саатал болоход элгэн дэх цэсний цоргын даралт ихсэлт аажим явагддаг нь бидэнд тодорхой билээ. Харин цэсний хүүдийн хэвийн энэ үйл ажиллагаа алдагдахад элгэн дэх цэсний цоргын даралт ихсэлт нь арай түргэн явагддаг байна. Үүнээс үзэхэд хэвийн ажиллагаатай хүүдий нь цэсний замын хагас буюу үе үе сааталд орж даралт түр ихсэхэд түүнийг зохицуулах ач холбогдолтой байна. Энэ байдлаас үзэхэд ямар үед элэг нь ногоон, ямар тохиолдолд хэвийн өнгөтэй байдаг нь тодорхой байна.

Бид арьс салст нь шар болж урт богино хугацаагаар үргэлжилж байсан 27 өвчтөнд онош тодруулахаар лапароскопи болон шаардлагатай үед нь холецистохолангиографийг хавсарган хэрэглэв. Шинжилгээний 2 тохиолдолд элэгний архаг үрэвсэл илрүүлэхэд элэгний өнгө төдий л өөрчлөгдөөгүй мэт байв. Харин 7 өвчтөнд элэгний цирроз, 6 тохиолдолд элэгний хорт хавдар байснаас 11 тохиолдолд элэгний өнгө нь цайвар ногоон, зарим нь цоохор ногоон өнгөтэй болж ихэнх нь томорсон байв. Үлдсэн хоёр тохиолдолд элэг нь цоохордуу гэмээр цайвар саарал өнгөтэй байсан юм. Мөн цэсний ерөнхий цоргын чулуут үрэвсэл (бөглөрөл) 5, нойр булчирхайн толгойн хавдар 3 тохиолдол байсны бүгдэд нь элэг томорч тод ногоон буюу цоохор өнгөтэй болсон байхад цэсний ерөнхий цорго нь элэгний бэтгийн уйланхайгаар бөглөрсөн 3, цэс дамжуулах системийн төрөлхийн гажиг 1 тохиолдолд элэг нь бүдэг ногоон туяатай байлаа.

Харин цэсний ерөнхий цоргын хагас буюу бүрэн түгжрэлийн үед ихэнх тохиолдолд цэсний хүүдий их бага хэмжээгээр буюу заримд нь ялангуяа нойр булчирхайн толгойн хавдрын үед ихээхэн чинэрч томорсон байв. Эдгээрээс үзэхэд ямар нэгэн хэмжээгээр арьс салст нь шар болсон хүмүүст лапароскопийн шинжилгээ хийхэд элэг нь ямар нэг хэмжээгээр томорч өнгө нь цайвар саарлаас, бүдэг, тод ногоон өнгөтэй болсон байгаа нь харагдаж байна. Арьс салст нь шар болоод үргэлжилсэн хугацааны хувьд дээр дурьдсан хугацаануудтай ойролцоо байснаас гадна уг өвчнүүдийн оношийг бид биопси болон мэс заслаар бататгав.

Хүснэгтээс үзэхэд шарын шинж бүхий өвчтөнүүдийн, бараг тал хувь нь механик шарлалттай өвчтөн эзэлж байна. Механик шарлалт

**ХАВСАРМАЛ ЛАПАРОСКОПООР ИЛРҮҮЛСЭН ШАР,  
МЕХАНИК ШАРЛАЛТ ҮҮСГЭГЧ ӨВЧНҮҮД**

Хүснэгт 1

Д/Д	Өвчний төрөл	Тоо	бюлси	Мэс засал
1	Архаг гепатит	2	2	—
2	Элэгний цирроз	7	7	—
3	Элэгний хавдар	6	6	—
4	Элэгний хүндрэлтэй бэтэг	3	—	3
5	Цэсний ерөнхий цоргын чулуужилт	5	—	5
6	Цэсний цоргын төрөлхийн гажиг	1	—	1
7	Нойр булчирхайн толгойн хавдар	3	—	3
	Бүгд	27	15	12

үүсгэн хүндэрдэг эдгээр өвчнүүдийн эхэн үед элгэн дэх цэсний торлог цоргуудаар цэс дамжих нь бага зэргийн сааталд орж дотор даралт нь ихэссэн учраас элэг нь ялимгүй томордог байна.

Элэг нь зөөлөн, мохоодуу ирмэгтэй, гадаргууд нь жижиг хар ногоон толбонууд алаглаж цоохор өнгөтэй болсон байна. Энэ нь голдуу хагас буюу механик түгжрэлийн эхэн үед тохиолдоно. Харин механик шарлалт нь цаашид удаанаар үргэлжлэн явагдахад элэг нь нийтдээ нэвчсэн тод ногоон өнгөтэй болж гадаргуу нь барзгардуу болон хувирч цэсний замын цирроз үүснэ. Ингэж механик шарлалтын үед элэгний өнгө хувирахаас гадна цэсний замын саатлын түвшинг тогтооход цэсний хүүдийн байдал багагүй үүрэгтэй байдаг. Энэ нь ногоон элэгний зэрэгцээ цэсний хүүдий нь хэмжээгээрээ томорч чинэрсэн байх нь цэсний замын түгжрэл, ерөнхий цоргын доод хэсэгт байгаагийн шинж юм. Хэрэв цэсний замын түгжрэл нь элэгний цоргын түвшинд байгаа бол элэгний өнгө нь ногоон, цэсний хүүдий нь дүүрэн биш, хуниастай сулавтар байна.

Цэсний хүүдийн цоргын бөглөрөл болоход хүүдий томорч, цайвар өнгөтэй байх боловч элэг нь хэвийн өнгөтэй байдаг. Ийм байдал нь голдуу цэсний хүүдийн усжилт буюу идээт үрэвсэлд хүргэдэг байна.

Лапароскопийн шинжилгээнд механик шарлалт үүсгэж буй шалтгаан нь заримдаа тодорхой байдаг боловч (элэгний хүүдийн хавдар, хэв дүрс нь алдагдсан цирроз, цэсний хүүдий, замын хавдар гэх мэт) ихэнх тохиолдолд шалтгаан нь үл мэдэгдэнэ. Энэ тохиолдолд холецистохолангиографийг хавсарган хэрэглэнэ. Цэсний хүүдийн хана нь илт үрэвсэж эргэн тойрондоо наалдас үүсгэн өнгөртсөн байвал голдуу чулуут үрэвслийн сэжиг төрүүлнэ. Бусад тохиолдолд голдуу нойр булчирхайн хавдар, фатероз хөхлөг, тунгалагийн булчирхайн хавдар зэрэг байна.



**ШАР, МЕХАНИК ШАРЛАЛТЫН ХҮНДРЭЛТТЭЙГЭЭР ЯВАГДДАГ  
ЗАРИМ ӨВЧНҮҮДИЙН ЛАПАРОСКОПООР ЯЛГАГДАХ ШИНЖҮҮД**

Хүснэгт 2

Лапароскопоор илрэх шинжүүд	Оношлогооны дүгнэлт
1. Элэг томорсон, гадаргуу нь тэгш, зөөлөн улаан өнгөтэй, цэсний хүүдий хссон буюу хуниастай суларсан байх.	Элэгний цочмог үрэвсэл (вируст болон ийлдэст) эсвэл дистрофи
2. Элэг ялимгүй томорсон, гадаргуу нь тэгш зөөлөн, түүний бүрхүүл дср нь жижиг шар ногоон тслбснууд тсд харагдаж цэсний хүүдий суларсан буюу дүүрэнгэ байх.	Элгэн дэх цэсний сааталт, эсвэл элэгний гаднахь цэсний цоргын механик сааталтын эхэн үе
3. Элэг бага зэрэг том, хатуувтар, барзгар гадаргуутай, цайвар бор ногоон өнгөтэй, цэсний хүүдий хссон буюу сулавтар дүүрсэн байх.	Элгэн дэх цэсний саатал бүхий элэгний архаг үрэвсэл, цэсний замын үрэвслээс үүссэн элэгний цирроз, эсвэл элэгний цоргын түвшинд байрласан механик түгжрэл
4. Элэг үл мэдэг томорсон, гадаргуу нь барзгардуу буюу тэгш нэвчмэл ногоон өнгөтэй, цэсний хүүдий чинэрч томорсон даралт ихтэй, сунасан байх.	Цэсний ерөнхий цоргын чулууны бөглөрөл, үрэвсэл буюу гэмтлийн нарийсалтын бөглөрөл, нойр булчирхайн толгой, фатеров хөхлөгийн хавдар
5. Элэг томорсон, гадаргууны хэв хэлбэр нь хэт өөрчлөгдсөн хатуу ногоон өнгөтэй, цэсний хүүдий суларч томорсон эсвэл хунирч унжсан байх.	Элэгний хавдар буюу том булдуу (товгорт) цирроз

Лапароскопоор илэрсэн эдгээр шинж тэмдгүүд нь механик шарлалт үүсгэж байгаа уг өвчнүүдийн шууд шинж тэмдэг нь биш болох нь мэдбээж юм. Иймээс механик шар үүсгэж байгаа өвчнүүдийг тухайн үед нь оношлоход лапароскопи, холецистохолангиографи бусад шинжилгээнүүдийг хавсарган хэрэглэхэд үр дүнтэй байгаа нь тодорхой байна.

**НОМ ЗҮИ**

1. Топчашвили З. А. «Чрескожная, чреспеченочная холангиография» Клин. хир. 1964, 6—13;
2. Гальперин Э. И. Петров Б. А. «Желчная гипертония» Хир. 1966, 6, 108.

**ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА НЕКОТОРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРОТЕКАЮЩИХ СО СЛОЖНЕНИЕМ И С ЖЕЛТУШНИМ СИНДРОМОМ.**

Л. Жигжидсүрэн  
Г. Нямху.

**РЕЗЮМЕ**

Для выявления этиологии желтух мы применяли комбинированую лапароскопию у 27 больных с желтушными синдромом. Из них у 2-х желтуха развилась на фоне хронического гепатита, у 7 больных желтуха имела цирротический характер, а у 6 больных был раковый генез. У одного больного была обнаружена врожденная анемалия внепеченочных желчных путей, а у 5 желтуха развивалась на фоне закупорки камнем общего желчного протока, у 3-х больных желтуха развивалась на фоне закупорки эхинококковой пузырьки и у 3-х желтуха возникла из за сдавления общего желчного протока опухолью.

## ЦЭХ ГАЛУУН ТАВАГИЙН ФИТОХИМИЙН БҮРЭЛДЭХҮҮНИЙГ СУДАЛСАН УРЬДЧИЛСАН ДҮН

УЛСЫН ЭМ ХАНГАМЖ ҮЙЛДВЭРЛЭЛИЙН ГАЗАР  
АНАГААХ УХААНЫ ХҮРЭЭЛЭН  
АНАГААХ УХААНЫ ДЭЭД СУРГУУЛЬ

Монгол орны дэвсгэр нутагт ургадаг цэх галуун тавагийн өвсийг азийн ардын эмнэлэгт элэг цөсний үрэвсэл өвчнийг анагаахад өргөн хэрэглэж байсан (1,4) бөгөөд түүний химийн бүрэлдхүүнийг судалсан материал ном зүйд дайралдахгүй байгаа зэргийг үндэслэн уг ургамлын химийг үндсэн бүрэлдхүүнийг (алкалоид, флавоноид, карденолид, идээлэг бодис) судлах зорилгоор фитохимийн болон хроматографийн зарим судалгааг хийсэн болно.

Шинжилгээний дээжид 1978 оны 6-р сарын 5-нд Сүхбаатар аймгийн Сүхбаатар сумын нутгаас цуглуулсан цэх галуун тавагийн газрын дээд хэсгийг ашиглав.  
**ТУРШЛАГЫН ХЭСЭГ**

*Алкалоид илрүүлэх шинжилгээ.* Цех галуун тавагийн өвсний жижиглэсэн дээжнээс 5 г-ыг авч 2%-ийн 50 мл хлорустөрөгчийн хүчил нэмж сайтар зайлаад 24 цаг тавьсны дараа ялгамлыг шүүж алкалоид таних (кремновольфрам, фосфорвольфрамын хүчлийн 1%-ийн уусмал-Майер, Вагнер, Драгендорфын урвалжууд) урвалжуудыг тавьж үзэхэд алкалоид байгаа нь илэрлээ.

*Флавоноид ба зүрхний гликозид илрүүлэх шинжилгээ.* Шинжилж байгаа дээжнээс 20 г-ыг авч 70%-ийн этилийн спиртээр Сокслетийн аппаратын тусламжтайгаар хандалж гарган авсан ялгамлаа ууршуулан аагжуулсны дараа ургамлын ногоон мөхлөгийг цэвэрлээд хоёр хувааж чанарын урвалжуудыг тавив.

1. Флавоноидыг тодорхойлохдоо цианидиний урвалыг ашиглав. (5). Үүний тулд 1 мл ялгамал дээр 95%-ийн этилийн спирт 1 мл, хлорустөрөгчийн аагтай хүчил 5 дусал, магнийн зоргодос 0,1 г-ийг тус тус нэмж усан бая дээр халаахад улаан ягаан өнгө үүсэв.

Мөн шинжилж байгаа ялгамлаас хоёр хуруу шилэнд тус бүр 5 мл-ийг хийж, 5%-ийн натрийн карбонат, 10%-ийн хар тугалганы ацетатын уусмалыг 1—2 дусал нэмэхэд 1-р хуруу шилэнд шар өнгө, 2-р хуруу шилэнд бохир ногоон тундас өгч байлаа.

Эдгээр урвалын үр дүн нь цэх галуун тавагийн өвсөнд флавоноид байгааг баталж байна.

2. Зүрхний гликозидийг тодорхойлохдоо шинжилж байгаа түүхийг эдээс гликозидийг ялган авах Г. Н. Никоновын аргаар, (2) ялгамал бэлтгэсний дараа зүрхний гликозидийг илрүүлэх Балье, Легаль, Либерманы урвалуудыг тавьж үзэхэд аль ч урвалд гликозид илэрсэнгүй.

*Идээлэг бодис илрүүлэх шинжилгээ.* Жижиглэж нунтагласан ургамлын дээжээс 2,0 г авч 50 мл нэрмэл ус нэмээд усан бая дээр 30 минутын турш халааж шүүсний дараа түүнээс 1—2 мл-ийг хуруу шилэнд хийж 5%-ийн төмрийн хлорид, 1%-ийн төмөр аммоний цорийн уусмалыг тус бүр дээр 2 дусал хийхэд ногоон өнгөтэй тундас ихээхэн хэмжээгээр үүсэв. Энэ нь уг ургамал идээлэг бодистой болохыг гэрчилж байна.

**ЦЭХ ГАЛУУН ТАВАГИЙН ӨВСНИЙ ФИТОХИМИЙН  
УРЬДЧИЛСАН ШИНЖИЛГЭЭНИЙ ДҮН**

Эмний үйлдэлт нэгдлүүд	Алкалоид					Флавоноид				Зүрхний гликозид			Идээллэг бодис	
	1%-ийн кремноволь- фрамын хүчил	1 %-ийн фсферноволь фрамын хүчил	Драгендорфын урвалж	Майерын урвалж	Вагнерийн урвалж	Цианидины урвал	5%-ийн натрийн карбонат	10%-ийн хар луге- ганы ацетат	5%-ийн төмрийн хлорид	Бальегийн урвал	Легаллийн урвал	Либерманы урвал	1%-ийн төмөр аммоны цөр	5%-ийн төмрийн хлорид
Урвалж бодисуу- дын нэр														
Урвалын үр дүн	++	++	++	+	++	++	++	++	+	-	-	-	++	++

Тайлбар; + эерэг      ++ эрчимтэй эерэг      —сөрөг

Фитохимийн урьдчилсан шинжилгээний дүн, цэх галуун тавагийн өвсөнд алкалоид нилээд хэмжээгээр агуулагдаж байгааг илрүүлсэн тул түүний бүрэлдхүүнийг өгсөх цаасан проматографын аргаар тодорхойлж үзлээ.

Хроматографийн системд бутанол-1: цууны хүчил: ус (4:1:5), хлорустөрөгчийн хүчлээр хангасан бутанол авч FN—15 маркийн цаас ашиглан хроматографийг 18°-т явуулсан ба хроматограммын илрүүлэгчил Драгендорфын урвалжийг (3) ашиглав.

Хроматографийн шинжилгээний дүнгээс үзэхэд цэх галуун тавагийн өвсөнд 3 төрлийн бодис байгаа нь илэрлээ. Эдгээр бодисуудыг I, II, III тоогоор тэмдэглэв.

**АЛКАЛОИДЫН НИЙЛБЭРИЙГ ЯЛГАХ ХРОМАТОГРАФИЙН  
ШИНЖИЛГЭЭНИЙ ДҮН**

Системүүд	Ялгарсан бодисууд -ийн утга		
	I	II	III
Бутанол—1; цууны хүчил: ус (4:1:5)	—	0,35	0,45
Хлор устөрөгчийн хүчлээр хангасан бутанол	0,36	0,50	0,78

**ДҮГНЭЛТ**

1. Цэх галуун тавагийн газрын дээд хэсэгт алкалоид, флавоноид, идээлэг бодис тодорхой хэмжээтэй байгаа ба зүрхний гликозидгүй болох нь батлагдав.

2. Хроматографийн шинжилгээгээр цэх галуун тавагийн өвсөнд 2—3 төрлийн алкалоид байгаа нь илрэв.

3. Цэх галуун тавагийн фитохимийн шинжилгээг гүнзгийрүүлэн улмаар фармакологийн үйлдлийг судлах нь зүйтэй байна.

### НОМ ЗҮЙ

1. Ц. Хайдав, Д. Чойжамц «Улсын нэр томъёоны мэдээ» 1965, № 59
2. Г. Н. Никинова «Аптечное дело» 1961. № 2.
3. Государственная фармакопея СССР X изд. 1968.
4. Ц. Ламжав нар «Монгол орны эмийн ургамал» 1971.
5. Shlnoda. J Jpfarm. Soc. Japan 1928.

### ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ ДАННЫЕ ФИТОХИМИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ХИАЗОСПЕРМУМА ПРЯМОГО РЕЗЮМЕ

В. Дамдинсурен, З. Дашзевег, М. Чултемсурен.

В настоящем сообщении приводятся результаты предварительного фитохимического изучения и хроматографического исследования хиазоспермума прямого.

Предварительными исследованиями в траве хиазоспермума прямого установлено наличие алкалоидов, флавоноидов, дубильных веществ и обнаружены сердечные гликозиды.

Для более полной характеристики алкалоидов хиазоспермума прямого было проведено хроматографическое разделение суммы алкалоидов.

Данные хроматограммы показывают, что в траве хиазоспермума прямого содержится 3 вещества алкалоидного характера.

Б. ДОРЖГОТОВ

### ХОДООДНЫ ӨМӨН ҮҮСЭХЭД НӨЛӨӨЛСХ ХҮЧИН ЗҮЙЛҮҮД

АНАГААХ УХААНЫ ХҮРЭЭЛЭН

Хэвлэлийн тоймоос үзэхэд (1, 2, 3) хоолны байдал, хооллох дэглэм, зарим муу зуршил нь ходоодны өмөн үүсэхэд нөлөөлдөг олон тооны хүчин зүйлүүдийн дотор нилээд гол байрыг эзэлж байна. Ма-

Хүснэгт 1

### ХОДООДНЫ ӨМӨН БА ЖИШИХ ГРУППИЙН НАС ХҮЙСНИЙ БҮРЭЛДЭХҮҮН

	Хүйс	0—34 нас	35—39	40—44	45—49	50—54	55—59	60—64	65—69	70 ба дээш	Бүгд
Ходоодны өмөн бүхий өвчтөн	эрэгтэй	3	10	10	20	46	50	45	37	23	249
	эмэгтэй	—	2	3	9	12	17	20	22	16	101
	бүгд	3	12	13	29	58	67	65	59	44	350
Жиших групп	эрэгтэй	6	20	20	40	92	100	90	74	56	498
	эмэгтэй	—	4	6	18	24	34	40	44	32	202
	Бүгд	6	24	26	58	116	134	130	118	88	700

най нөхцөлд ходоодны өмөн үүсэхэд нөлөөлж болох гол хүчин зүйлсийг илрүүлэх зорилгоор бид ходоодны өмөн бүхий 350 өвчтөн, жиших эрүүл 700 хүнд 200 гаруй асуудал бүхий эпидемиологийн судалгааны тусгай картыг нарийвчлан асуух журмаар хөтөлж судалгаа явууллаа.

Жиших группийн картыг өвчтөний нас, хүйсэнд тохируулан оршин суух аймаг хотоос нь нэг өвчтөнд жиших 2 карт ноогдохоор хөтөлсөн болно. (Хүснэгт 1).

Манай судалгаанд хамрагдсан 350 өвчтөн нийгмийн байдлаараа 73, (20,86%) нь ажилчин, 90 (25,71%) нь малчин, 77 (22,28%) нь албан хаагч, 109 (31,15%) нь өндөр насны тэтгэврийн ба гэрийн ажилтай хүмүүс байлаа. Судалгааны дүнг 2-р хүснэгтэд үзүүлэв.

Хүснэгт 2

**ӨВЧТЭЙ БА ЭРҮҮЛ ХҮМҮҮСИЙН ХОДООДНЫ  
ӨМӨНГ ҮҮСЭХЭД НӨЛӨӨЛӨХ ХҮЧИН ЗҮЙЛҮҮД  
ДЭХ ХАРЬЦАА (%-иар)**

Ходоодны өмөн үүсэхэд нөлөөлөх хүчин зүйлүүд	Ходоодны өмөн бүхий өвчтөн (сэрилын групп)	Эрүүл хүмүүс (жиших групп)
1. Тогтмол хооллодоггүй	38,85±2,60	44,0±1,87
2. Яарч иддэг	33,42±2,52	17,71±1,44
3. Орой хэт цадталаа иддэг	92,57±1,40	77,28±1,58
4. Хэт халуун хоол иддэг	18,57±2,08	8,71±1,13
5. Бэлэн хоол хэрэглэдэг	14,85±1,90	10,85±1,17
6. Голчлон дан мах иддэг	88,77±1,68	77,42±1,58
7. Хүнсний ногоо хэрэглэдэг	57,71±2,64	31,14±1,75
8. Халуун ногоо хэрэглэдэг	33,14±2,51	32,14±1,76
9. Өтгөн цай уудаг	58,57±2,63	51,28±1,89
10. Өдөрт халуун цай 2 л-ээс илүү уудаг	70,28±2,44	31,14±1,75
11. Өдөрт 1—2 аяга ба түүнээс их сүү уудаг	64,57±2,55	41,85±1,86
12. Айраг уудаг	30,28±2,45	25,42±1,64
13. Боов боорцог хэрэглэдэг	75,71±2,29	95,0±0,82
14. Тамхи татдаг	61,71±2,60	48,14±1,89
15. 20 хүртэл насандаа тамхи татаж эхэлсэн	31,42±2,43	17,14±1,42
16. Архи хэт уудаг	26,28±2,35	9,28±1,09
17. Архи хааяа уудаг	35,14±2,55	26,57±1,67
18. Дутуу шүдтэй*	60,14±2,61	61,12±1,84

Ходоодны өмөн үүсэхэд нөлөөлж болох дурдсан хүчин зүйлүүдээс манай нөхцөлд махан хоолыг орой унтахын өмнө хэт цадталаа идэх, халуун цайг их хэмжээгээр уух заншил өвчтөн ба жиших группэд бусад хүчин зүйлүүдээс илүү байна. Орой унтахын өмнө хэт цадталаа идэх заншил өвчтөйд эрүүлээсээ 15,29% их, гол төлөв дан махан хоол хэрэглэх заншил өвчтөнд 11,15% илүү ба их хэмжээний халуун цай уудаг хүмүүс мөн өвчтөнд эрүүлээсээ 39,14% илүү байлаа. Эдгээр хүчин зүйлүүдэд статистикийн дүн шинжилгээ хийхэд ходоодны өмөн ба дурдсан хүчин зүйлүүдийн хоорондын холбооны утга холбогдлын түвшин,  $P < 0,001$ ,  $t > 3$  байгаа нь уг хүчин зүйлүүд ходоодны өмөн үүсгэх, олон хүчин зүйлүүдийн дотор нилээд чухал үүрэгтэйг харуулж байна.

Хэт цадталаа холлох, гол төлөв мах, амьтны гаралтай өөх тос, халуун цай их хэмжээгээр их уух нь ходоодны өмөн үүсэхэд нөлөө-

лөх тухай зарим судлаачдын мэдээлж байгаатай (4, 5, 6) манай судалгааны дүн тохирч байна. Оройн цагаар махан холыг хэт цадгалаа идэх нь ходоодны булчирхайд хэт ачаалал өгч, аажмаар ходоодны хатангирт үрэвсэл үүсэх боломж бүрдүүлнэ. Хэт цадталаа хооллох нь халуун цайг их хэмжээгээр уух заншилтай хавсран ходоодыг байнгын суналтын байдалд оруулж бас түүнд халуун илчийн нөлөө үзүүлнэ. Дурдсан хүчин зүйлүүд, ходоодонд механик илчийн нөлөө үзүүлэхээс гадна үйл ажиллагааны хэт ачааллыг бий болгож ходоодны хэвийн ажиллагаа алдагдан архаг үрэвсэл зэрэг өмөнгийн урьдал байдалд хүргэнэ.

Эдгээрээс гадна хоолыг яаруу идэх, (өвчтөнд 33,42% жиших группэд 17,71%, ( $P < 0,001$ ,  $t > 3$ ) хэт халуун хоол идэх заншил (өвчтөнд 18,57% жиших группэд 8,71%) ходоодны өмөн бүхий өвчтөнд шалгаврын группээс нилээд давуу байгаа нь ходоодны өмөн үүсэхэд нөлөөлж болох цаашдаа анхаарвал зохих хүчин зүйлүүд мөн.

Манай судалгаагаар ходоодны өмөн бүхий өвчтөний дунд тамхин хүмүүс 61,71% байхад жиших группэд 48,14% байсан ба 20-оос доош насандаа тамхи татагчид өвчтөнд 31,42%, жиших группэд 17,14% байлаа.

Архи хэт уудаг өвчтөнд 26,28% жиших группэд 9,28% хааяа архи уудаг өвчтөнд 35,14% жиших группэд 26,57% ажиглагдаж байгаа бөгөөд дурдсан муу зуршлууд ходоодны өмөн үүсэхэд нөлөөлдөг тухай зарим судлаачдын мэдээлж байгаатай (7, 8, 9) тохирч байна. манай материалаар бэлэн хоол иддэг хүмүүс өвчтөнд 14,85% жиших группэд 10,85% байгаа нь нийт өвчтөн ба жиших группийн хүмүүстэй харьцуулахад бага байна. Өтгөн цай уух, хоолонд халуун ногооны хольц хэрэглэх нь ходоодны өмөн үүсэхэд нөлөөлж болох тухай хэвлэлийн мэдээ (10) байгаа боловч манай судалгаагаар энэ нь 2 группэд бараг адил байна. Тогтмол хооллодоггүй заншил ходоодны өмөн үүсэхэд нилээд гол хүчин зүйл болдог тухай хэвлэлд олонтоо бичигдэж байгаа боловч манай судалгаагаар ходоодны өмөн ба тогтмол хооллохгүй заншлын хооронд ямар нэг холбоо ажиглагдсангүй.

Ходоодны өмөн үүсэхэд шарсан, утсан, их давстай хоол хэрэглэх нь ихээхэн чухал хүчин зүйл болдог тухай хэвлэлд өргөн мэдээлж байна. Шарсан, утсан, их давсалсан хоол хэрэглэх заншил манай оронд өргөн дэлгэрээгүй ховор байдаг хүчин зүйлүүд юм. Харин боов, боорцгийг манай хүмүүс хамгийн өргөн хэрэглэдэг юм. Манай судалгаагаар судалгаанл хамрагсдын 95% нь боов боорцгийг хэрэглэж байгаа боловч энэ нь жиших группэд өвчтөнөөс 19,29% илүү байна. Мөн манай материалд идэшний ногоо хэрэглэх байдал, ходоодны өмөнгийн хоорондын холбоо илэрсэнгүй. Энэ нь манай орны нийт хүмүүс идэшний ногоог өргөн хэрэглэж төдий л их заншаагүй буюу хэрэглэдэг болоод удаагүй байгаатай холбоотой байж болно.

Ходоодны өмөн бүхий өвчтөний 64,57% өдөрт 1—2 аяга ба түүнээс дээш сүү уудаг байхад эрүүл хүмүүсийн 41,85% нь сүү уудаг хүмүүс байв. Манай оронд оршин суугчид айргийг зуны улиралд нилээд өргөн хэрэглэдэг боловч зүүн 3 аймагт (Дорнод, Сүхбаатар, Хэнтий) айраг уудаггүй ба бусад зарим аймгуудад ч харилцан адилгүй хэрэглэдэг байна. Бидний судалгаагаар айраг уух байдал ходоодны өмөнгийн хосронд ялгаа бага бөгөөд ходоодны өмөн бүхий өвчтөний 30,28% нь жиших группийн 25,42% нь айраг уудаг хүмүүс байлаа. Ходоодны өмөн бүхий өвчтөний 91,6% нь жиших группийн 67,3% нь дутуу шүдтэй байсан тухай мэдээ (1, 2) бий бөгөөд манай материалаар энэ нь 60,14 ба 61,12 буюу хоёр группэд бараг адил байлаа. Ходоодны өмөн ба ходоодны архаг үрэвслийн хоорондын холбооны тухай хэвлэлд олонтой мэдээлэгдэж байна. ЗХУ-ын Куйбышев мужид ходоодны өмөн бүхий өвчтөний 48,8% (үүнээс ходоодны хүчил багасан үрэвсэл 37,5%, шархлаа 9,5%, ходоодны ур 1,8%) нь түүний урь-

дал өвчнөөр дамжсан тухай (12) мэдээлсэн байна. Зарим судалгаагаар (1, 2) ЗСБНКазак улсад ходоодны өмөн бүхий өвчтөний 56% нь ходоодны архаг үрэвсэл 10% нь шархлаа, 2% нь ур өвчтэй байжээ. Манай материалаар бүх өвчтөний 40,57%-д ходоодны архаг үрэвсэл, 14,3%-д шархлаа өвчин байв. Ходоодны өмөн түүний гарах хэсэгт 60—70%, бага махианд 10—15%, амсарт 8—10%, урд ба ар хананд 2—5%, их махианд 1%, ходоодны ёроолд 1% байрладаг ба ходоодыг ихэнхэд нь буюу бүхэлд нь хамарсан өмөн 3—5% байдагт ихэнх судлагчид санал нэгтэй (1, 2) байна.

Манай материалаар бүх өвчтөний 28%-д ходоодны амсрын өмөн, 27,43%-д ходоодны гарах хэсгийнх, 8,57%-д бага махианых, 1,14%-д их махианых, 0,8%-д урд ба ар ханых, 0,57%-д ходоодны ёроолных байсан ба 10,29%-д ходоодыг бүхэлд нь хамарсан өмөн, 3,86%-д байрлал заагдаагүй буюу тодорхойгүй байна.

Дурдсан тоо баримтуудаас үзэхэд манай оронд ходоодны өмөнгийн дотор түүний амсрын өмөн зонхилон тохиолдож байна. Энэ нь улаан хоолойн өмөнгийн өндөр өвчлөлтэй оронд түүнд нөлөөлдөг хүчин зүйлүүд ходоодны амсрын өмөн үүсэхэд нөлөөлдөг байж болохыг харуулж байгаа сонирхолтой асуудал мөн. Манай нөхцөлд ходоодны өмөнг үүсгэж болох олон төрлийн хүчин зүйлүүдээс гол төлөв махан хоолыг орой унтахын өмнө хэт цадталаа идэх, халуун цайг их хэмжээгээр уух заншлууд бусдаасаа давамгайлж байна. Мөн хоолыг яаруу идэх, архи уух, тамхи татах нь ходоодны өмөн үүсэхэд нөлөөлөх нэмэгдэл хүчин зүйл болж байгаад цаашид анхаарах нь чухал юм.

#### НОМ ЗҮЙ

1. Нугманов С. Н. Эпидемиология злокачественных опухолей в Казахстане. Алма-Ата, 1969.
2. Нугманов С. Н. Беглова Т. Г. Варсова Л. К. Эпидемиология опухолей желудка в Казахстане. В. сб. «Эпидемиол и генез рака желудка» Вильнюс 1974. 35—37.
3. Поздняков, Эпидемиол и рака желудка в Куйбышевской области В. сб. «Эпидемиол и генез рака желудка», Вильнюс 1974, 44—47.
4. Мальников А. В. Клиника рака желудка. Ленинград 1960.
5. Райхман Я. Г. Эпидемиология рака желудка на северном Кавказе «Вопр. онкол» 1976, 22, 8, 83.
6. Стрыгин Н. И. Краевые особенности рака желудка в Туркменской ССР, «Здравоохр, Туркменистана» 1966, 9, 9—11
7. Ганич О. Н. Травяная М. А. и др. —Роль алкоголя в патогенезе предраковых состояний желудка. В. сб. «Эпидемиол, и генез рака желудка» Вильнюс 1974, 72—75
8. Двоирин В. В., Музыченко А. П. и др. Относительный риск заболевания раком желудка при воздействии некоторых факторов. В. сб. «Эпидемиол и и генез рака желудка» Вильнюс 1974, 75—78.
9. Джубалнева, Р. А. О роли некоторых бытовых привычек и особенностей питания в развитии рака желудка В. сб. «Вопр, противораковой борьбы» Алма-Ата 1972, 154—161.
10. Долгат Д. М, Алиев Р. Г, Гиреев Г. И, Абдулгамидов М. М. К эпидемиологии рака желудка в Дагестана «Вопр онкол» 1974, 20,2 76—82.
11. Шемчук А. С. Некоторые данные о роли употребления жареной пища в развитии рака желудка. «Клинич онкол. Вып 2» Киев 1966, 85—87.
12. Смакин, А. И. Поздняков Г. В. К изучению эпидемиологии рака желудка в Куйбышевской области. В. сб. «Мед География» Куйбышев. 1972. 52—54.

#### НЕКОТОРЫЕ ФАКТОРЫ, СПОСОБСТВУЮЩИЕ ВОЗНИКНОВЕНИЮ РАКА ЖЕЛУДКА РЕЗЮМЕ

Б. Доржготов

Исследованы некоторые вредные бытовые привычки способствующие возникновению рака желудка на фактических данных, охватывающих 350 больных раком желудка и 700 лиц контрольной группы. При исследовании обнаружено, что привычки

ка к употреблению горячего чая (более 2 литров в день) у больных раком желудка встречается на 39,14% чаще, чем в контрольной группе, а привычка принимать мясную пищу преимущественно в вечернее время на 15,20% чаще, чем в контрольной группе.

Среди больных раком желудка обнаружено на 13,57% больше курильщиков, чем в контрольной группе, а регулярно употребляющих алкоголь на 17,0% больше.

Указанные факторы занимают весьма существенное место среди многочисленных факторов, способствующих увеличению заболеваемости раком желудка.

П. Г. КУРДЮКОВА, В. Ф. РУДЫХ, Н. А. АРАНОВСКАЯ, В. К. СЕРЕБРЯКОВ

## **ЗҮРХ—СУДАСНЫ ӨВЧТЭЙ ХҮМҮҮСИЙН ХОРШИН ӨВЧИЛСӨН ЦӨСНИЙ ХҮҮДИЙН ЦОЧМОГ ҮРЭВСЛИЙН ЯВЦЫН КЛИНИК—МОРФОЛОГИЙН ОНЦЛОГУУД**

ЭРХҮҮГИЙН АНАГААХ УХААНЫ ДЭЭД СУРГУУЛЬ  
ХИАГТ ХОТЫН РАЙОНЫ ТӨВ ЭМНЭЛЭГ

Мэс заслын аргаар эмчлэхэд эдгэрэлтийн явц нь харьцангуй удаашралтай, нас баралт ихтэй (В. И. Стручковынхоор 6—10%, 1977) байгаа цөсний хүүдийн цочмог үрэвслийн мэс заслын өвчний дунд эзлэх хувь сүүлийн жилүүдэд тогтмол өссөөр байна.

Мэс заслын олон өвчин, тухайлбал, цөсний хүүдийн цочмог үрэвсэл нь зүрх-судасны эмгэгийн явцад хоршин үүсч байна. (Е. И. Чазов, 1960; Ю. Б. Шапот, 1973; Н. К. Мацаенко, 1974; А. А. Потапов, 1977). Энэ нь зүрх-судасны өвчтэй хүмүүсээс хоршин өвчилсөн цөсний хүүдийн цочмог үрэвслийн явцын одоо хүртэл бүрэн гүйцэд судлагдаагүй байгаа онцлог шинжүүдийг бий болгож байгаа юм.

Цөсний хүүдийн цочмог үрэвслийн үүсэл явцад зүрх-судасны өвчин хэрхэн яаж нөлөөлдөг талаар бидний хийсэн судалгааны дүнг эл өгүүлэлд тусгаж бичлээ. Судалгаа хийх зорилгоор Эрхүү хотын Клиникийн нэгдсэн эмнэлэг, Автономит Буриад улсын Хиагт хотын районы Төв эмнэлгийн мэс заслын тасагт эмчлүүлсэн цөсний хүүдийн цочмог үрэвсэлтэй 570 өвчтөнийг судалгаанд авав. Судалгааны дүнг өвчтөний хоёр бүлгээр гаргав.

Нэгдүгээр бүлэгт, зүрхний судасны нарийсал, өөхшин хатангиршал, цусны даралт ихдэх өвчний явцад хоршин үүссэн цөсний хүүдийн цочмог үрэвсэлтэй 317 (55,6%) өвчтөнийг оруулсан юм. Судалсан 317 өвчтөний 104 (32,8%) нь 60 хүртэлх насны хүмүүс байлаа.

Хоёрдугаар бүлэгт, цөсний хүүдийн цочмог үрэвсэлтэй боловч зүрх-судасны өвчний эмнэл зүйн шинж тэмдэг тод гарч илрээгүй (нийт өвчтөний 44,4%) 253 өвчтөн байв. Эдгээр өвчтөний 192 (75,2%) нь 60 хүртэлх насны хүмүүс юм.

Уураг ба нүүрс-ус, ус-давсны солилцоог хэвийн болгох, эдийн (цусны) бичил эргэлтийг сайжруулах, судас өргөсгөх, үрэвслийн үеийн хордлогыг бууруулахад чиглэсэн эмийн эмчилгээ явуулах иж бүрэн арга хэмжээг бүх өвчтөнийг эмнэлэгт анхлан хэвтэх үед авсан билээ.

Дээр дурьдсан өвчтөнүүдэд мэс засал зайлшгүй хийх асуудлыг шийдвэрлэхдээ Бүх Холбоотын мэс засалчдын Нийгэмлэгийн Удирдах Газрын 15-р өргөтгөсөн бага хурлын зөвлөмжийг бид ашиглалаа.

Яаралтай мэс заслыг цөсний хүүдийн цочмог үрэвсэл нь хүндэрч хэвлийн гялтанг үрэвсүүлэн идээлүүлсэн ба цөсний хүүдийн хэвийн бүтэц нь алдагдан үхжих хэлбэрийн үрэвсэлтэй гэж сэжиглэгдсэн



өвчтөнд хийлээ. Мөн эмийн эрчимтэй эмчилгээ хийлгэсэн боловч биеийн байдал нь сайжирч засал аваагүй өвчтөнд өвчин эхлэсэн эхний 24—48 цагийн дотор яаралтай мэс засал хийсэн юм.

Эмийн эмчилгээ хийлгэсний үр дүнд өвчтөний биеийн байдал сайжирч, эмнэл зүйн бүрэн ажиглалт, бодит үзлэг явуулах боломж бас олдсон төдийгүй, хагалгаа шаардагдсан өвчтөнд «Өвчний намжмал үед» мэс заслаар эмчлэв. Мэс засал онцын шаардлагагүй өвчтөнд цаашид эмийн эмчилгээг үргэлжлүүлсэн болно.

Нэгдүгээр бүлгийн 317 өвчтөний 157 (49,5%)-д нь биеийн байдал нь сайжирч дээрдсэн тул эмийн эмчилгээг үргэлжлүүлсэн ба харин 160 (50,5%) өвчтөнд нь мэс засал зайлшгүй шаардлагатай болсон юм.

Хоёрдугаар бүлгийн 179 (70,7%) хүнд эмийн эмчилгээ, 74 (29,3%) хүнд мэс засал хийсэн.

Хагалгааны бүх материалд морфологийн шинжилгээ хийв. Цэсний хүүдийн их бие, ёроол, хүзүүвч орчмоос хэсэг эдийг зүсэн авч бэлдмэлийг формалины 10 хувийн саармаг уусмалд бэхжүүлэв. Материалыг лааны тосонд хийж, улмаар нэхдэсийн зүслэгийг 5—7 мк зузаантайгаар бэлтгэн Ван-Гизон, Вейгартын аргаар гематоксилин-эозины будгаар будлаа.

Морфологийн шинжилгээгээр цэсний хүүдийн үрэвслийн хэлбэрийг тодорхойлон 1-р хүснэгтэд харуулав.

Хүснэгт 1

№	Цэсний хүүдийн үрэвслийн хэлбэр	Бүлэг				Бүгд	
		Нэгдүгээр		Хоёрдугаар		Өвчтөний тоо	%
		Өвчтөний тоо	%	Өвчтөний тоо	%		
1	Улайх үрэвсэл	32	20,0	32	43,2	64	27,4
2	Идээт үрэвсэл	28	17,5	32	43,2	60	25,6
3	Шархшин-үхжих	59	36,9	—	—	59	25,2
4	Ялзран цоорох	41	25,6	10	13,6	51	21,8
	БҮГД ДҮН	160	100,0	74	100,0	234	100,0

Мэс засал хийлгэсэн нэгдүгээр бүлгийн 160 өвчтөний 100 өвчтөнд (62,5%) цэсний хүүдийн шархшин-үхжих ба ялзран цоорох хэлбэрийн үрэвсэл илэрсэний сацуу цэсний хүүдийн идээт үрэвсэл 28 (17,5%), улайх үрэвсэл 32 (20%) өвчтөнд тус тус тохиолдлоо.

Харин хоёрдугаар бүлгийн өвчтөний 43,2 хувьд нь цэсний хүүдийн улайх үрэвсэл, мөн 43,2 хувьд нь идээт үрэвслийн хэлбэрүүд тэргүүн байр эзлэсэн ба ялзран цоорох хэлбэр зөвхөн 10 өвчтөнд (13,6%) тохиолдов. Үүнээс үзвэл, цэсний хүүдийн хэвийн бүтэц алдагдан үхжих (шархшин-үхжих ба ялзран цоорох, хэлбэр зүрх-судасны өвчтэй хүмүүсийн дунд илүүтэй тохиолдож байна.

Хоёр бүлгийн өвчтөний цэсний хүүдийн цочмог үрэвслийн клиник-морфологийн бүх хэлбэрт цэсний хүүдийн салст бүрхэвчийн өөрийнх нь судас цусаар ихэд дүүрэн, эрс өргөсөн өөрчлөгддөг онцлогтойг нэхдэсийн шинжилгээ харууллаа. Бас жижиг голомт маятайгаар, өнгөртөн үхжсэн үрэвслийн өөрчлөлт судсанд цөөнгүй үзэгдэв.

Зүрх-судасны өвчний явцад хоршин үүссэн цэсний хүүдийн цочмог үрэвсэлтэй 160 өвчтөний дотроос цэсний хүүдийгээ авхуулсан 102

(63,8%) өвчтөнд үрэвслийн үеийн шинж тэмдэгт тохирсон өөрчлөлт байснаас гадна дор дурьдагдах онцлог илрэв. Үүнд:

— Цөсний хүүдийн жинхэнэ салст бүрхэвч, ялангуяа салслагийн доод бүрхүүлд судасны нь хана сийвэнгээр нэвчих (18 өвчтөнд буюу 11,3 хувьд нь (шилтэн гялтганах, 37 өвчтөн — (23,1%) -д судас хэт тэлж хатуурах өөрчлөлт болж өргөссөн байлаа.

— Өвчтөний олонхийн (50—31,3% дунд зэргийн (өргөн) судсанд миоэластофиброз өөрчлөлт орсоны улмаас судас нь эрс нарийссан байлаа. 22 (13,8%) өвчтөний дунд зэргийн (өргөнтэй) судас нөжөөр бөглөрч битүүрсэн, зарим тохиолдолд судасны хөндий нь дахин онгойж байгаа нь илэрлээ.

— Харьцангуй бүдүүн судасны дотор хананд судас өөхшин хатуурах гувгэртэй морфологи бүтцээрээ тун ижилхэн хэв шинжтэй, судас нарийсгах өөрчлөлт (6—3,8%) орсон байв.

Цөсний хүүдийн судсанд илэрсэн дээрхи өөрчлөлтүүд бол цөсний хүүдийн үхжих хэлбэрийн үрэвсэлтэй байгаад дараа нь мэс засал хийгдсэн өвчтөнд ихэвчлэн илэрсэн юм. Цөсний хүүдийн ялзрах үрэвсэлтэй 41 өвчтөний 32-д нь цөсний хүүдийн судасны өөрчлөлт, мөн үхжих хэлбэрийн үрэвсэл бүхий цөсний хүүдийтэй 59 өвчтөний 43-д нь, идээт үрэвсэлтэй 28 өвчтөний 20-д нь, улайх үрэвсэлтэй өвчтөний дөнгөж долоод нь судасны өөрчлөлт гарлаа. Зүрх-судасны өвчтэй байгаад улмаар цөсний хүүдийн цочмог үрэвслээр хоршиж өвдсөн хүмүүсийн цөсний хүүдийнд хэвийн бүтэц алдагдуулсан өөрчлөлт эрс их байсныг бас тэмдэглэх нь зүйтэй. Түүнчлэн цөсний хүүдийн бүх үе давхарга нь бараг бүрэн үхжил болоод байхад тэр орчимд идээт үрэвслийн явц маш бага байсан тохиолдол сонирхолтой юм. Үүнтэй уялдуулан, цөсний хүүдийн үхжилийн гол шалтгаан нь үрэвслийн жинхэнэ явц биш, харин үрэвслийн явцын дүнд гүнзгийрсэн цусны эргэлтийн хямрал юм болов уу гэсэн таамаглал бий боллоо.

Нэгдүгээр бүлгийн өвчтөний цөсний хүүдийн морфологи зураглалыг цөсний хүүдийн уул үрэвсэл эхэлсэн хугацаатай холбон авч үзсэн судалгаа сонирхолтой болов. Үүнд, анх удаагаа энэ өвчнөөр өвчилсөн 45 өвчтөний 34-д нь судасны өөрчлөлт гарав. Харин уг өвчнөөр өвчлөөд нэг жил болоогүй 28 өвчтөний 20-д нь, 1—5 жил өвчилсөн 56 өвчтөний 34-д нь тус тус судасны өөрчлөлт илрэв. Таваас дээш жил цөсний хүүдийн үрэвсэлтэй байсан 31 өвчтөний зөвхөн 15-д нь судасны өөрчлөлт харагдлаа. Эдгээр баримтаас үзэхэд цөсний хүүдийн үрэвслээр өвчлөөд удаагүй байгаа өвчтөний цөсний хүүдийн судсанд өөрчлөлт илүү их тохиолдож байна. Цөсний хүүдийн үрэвслийн клиник-морфологийн хэлбэрийг уг өвчний үргэлжилсэн хугацаатай холбон ийнхүү судлахад, анх удаагаа энэ өвчнөөр өвчилсөн өвчтөний дунд цөсний хүүдийн хэвийн бүтэц илүү ихээр алдагдаж, үхжих үрэвсэл болж байна.

Зүрх-судасны өвчтэй хүмүүст цөсний хүүдийн үрэвсэл хоршин тусгах үеийн цөсний хүүдийн өөрчлөлтийг судалсан клиник-морфологийн судалгаа нь эдгээр өвчтөний дунд цөсний хүүдийн хэвийн бүтэц алдагдан үхжих хэлбэр их байгааг тэдгээр өвчтөний судасны тогтолцооны ерөнхий байдал, түүнийн нэгэн илрэл цөсний хүүдийн судасны өөрчлөлт мөн гэж үзэж байна.

Хоёрдугаар бүлгийн өвчтөнөөс мэс засал хийлгэсэн 74 өвчтөний дөнгөж 5-д нь цөсний хүүдийн өөрчлөлт байсан нь бүгдээрээ цөсний хүүдийн үрэвслийн үхжилийн хэлбэр гэж морфологи шинжилгээгээр тогтоогдов. Энэ бүлгийн өвчтөний цөсний хүүдийн хананы судсанд өөрчлөлт бага гарсаныг яаралтай мэс засал хийгдсэн өвчтөнүүдэд судасны эмгэг байгааг эмнэлзүйн шинж тэмдгээр нь тэр бүр илрүүлж чадаагүйтэй холбож тайлбарлаж болно.

Бидний хийж гүйцэтгэсэн клиник-морфологийн судалгаа нь дор дурьдах дүгнэлтийн үндэслэл болж байна. Үүнд:

1. Судас өөхшин хатуурах, цусны даралт ихсэх зэрэг зүрх-судасны өвчний үед цөсний хүүдийн хананд өөрчлөлт гарч болох бөгөөд улмаар цусны тэр хэсэг орчмын хэвийн эргэлт, эдийн цусны гүйдлийг алдагдуулан хямраах боломжтой.

2. Цусны эргэлтийн хямрал нь цөсний хүүдийн хэвийн бүтэц алдагдан үхжих үрэвсэлд хялбархан хүргэж чадах шинжтэй бөгөөд зүрх судасны эмгэгийн зэрэгцээгээр хоршин үүссэн цөсний хүүдийн үрэвслийн өвчлөлтийн онцлог шинж мөн. Энэхүү онцлог нь цөсний хүүдийн үрэвслээр анх удаагаа өвдөж буй өвчтөнд илүүтэй давамгайлж байна.

3. Судас нь өөхшин хатуурсан ба цусны даралт ихтэй хүмүүс цөсний хүүдийн цочмог үрэвслээр хавсран өвчилвөл өвчний анхны шинж тэмдэг, хүчтэй өвдөлт илэрснээс хойш аль болох богино хугацаанд мэс засал хийх хэрэгтэй. Ер нь өвчний анхны өвдөлтөөр, маш богино хугацааны дотор цөсний хүүдийн хэвийн бүтэц алдагдан өөрчлөгдөж үхжил болох учир мэс засал хийхээсээ өмнө удаан хугацаагаар ажиглалт хийж цаг алдах нь цөсний хүүдий цоорох, цөсний хүүдийн ойр орчимд буглах, хэвлийн гялтан үрэвсэх зэрэг аюултай хүндрэлд хүргэнэ.

КЛИНИКО—МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ  
ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА У БОЛЬНЫХ С СЕРДЕЧНО—СОСУ-  
ДИСТИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ  
РЕЗЮМЕ

П. Г. Курфакова В. П. Рудых. Н. А. Арановская В. К. Серебряков

Проведены исследования у 570 больных с острым холециститом. При наличии сердечно-сосудистых заболеваний, как атеросклероз и гипертоническая болезнь, наблюдаются изменения в сосудах желчного пузыря. Нарушения кровообращения способствуют быстрому развитию деструктивных форм холецистита. Это чаще отмечено у больных, заболевших холециститом впервые.

Полученные результаты показали, что больных острым холециститом при наличии атеросклероза или гипертонической болезни необходимо оперировать в более ранние сроки от момента-приступа.

# Эрүүлийг хамгаалахын зохион байгуулалт

Б. РАГЧАА

## ӨВЧНИЙ ШАЛТГААНЫ АНГИЛЛЫН АСУУДАЛД

АНАГААХ УХААНЫ ДЭЭД СУРГУУЛЬ

Аливаа нэгэн шалтгааны ангиллын асуудлыг боловсронгуй болгохын тулд шалтгааны ерөнхий хуваарилалтыг тогтоож 1-р зэргийг гаргах, шалтгааны ерөнхий хуваарилалтын доторхи хуваарийг зөв ангилан тогтоож 2-р зэргийг гаргах, хоёр зэргийн ангиллын доторхи 3-р зэргийн хуваарилалтыг тогтоох зэрэг асуудлыг шийдвэрлэх шаардлагатай байна.

Орчин үед өвчний шалтгааныг гадаад болон дотоод гэж хуваадаг боловч тэдгээрт чухам юу, ямар шалтгаан хамаарах нь тэр бүрийг тогтоогдоогүй тул бид дараахь ангиллыг хэлэлцүүлэхээр дэвшүүлж байна.

I. Гаднын шалтгааныг биологийн, химийн, физикийн, нийгмийн гэж 4 хэсэгт хувааж болох юм. Үүнд:

1: Биологийн шалтгааныг вирусологийн, микробиологийн, паразитологийн, мөөгөнцөрийн, уургийн.

2. Химийн шалтгааныг үйлдвэрийн-химийн, эмийн, гэр ахуйн, байлдааны химийн,

3. Нийгмийн шалтгааныг соёл ахуйн, хоол ундны, орон байрны, харьцааны;

4. Физик шалтгааныг дуу авианы, гэрлийн, халуун хүйтний, гэмтлийн даралтын гэж хэсэг дотор нь ангилан хуваав.

Өвчнийг үүсгэгч гаднын шалтгааныг дээрхи маягаар хуваасан явдал бол тойм төдий анхны оролдлого бөгөөд энэ нь хойшид улам боловсронгуй болж нарийсан дэлгэрэн хөгжих нь магад бизээ.

II. Дотнын шалтгааныг генетикийн, иммунологийн, ферментийн, дотоод шүүрлийн, бодисын солилцооны, мэдрэл-сэтгэлийн гаждалын коагулогийн гэж хувааж болох юм. Үүнд:

а) генетикийн шалтгааныг доминантын ба реессив

б) Иммунологийн өвчинг төрөлхийн, олдмол

в) дотоод шүүрлийн өвчнийг өнчин тархины, бамбайн булчирхайн гэх зэргээр

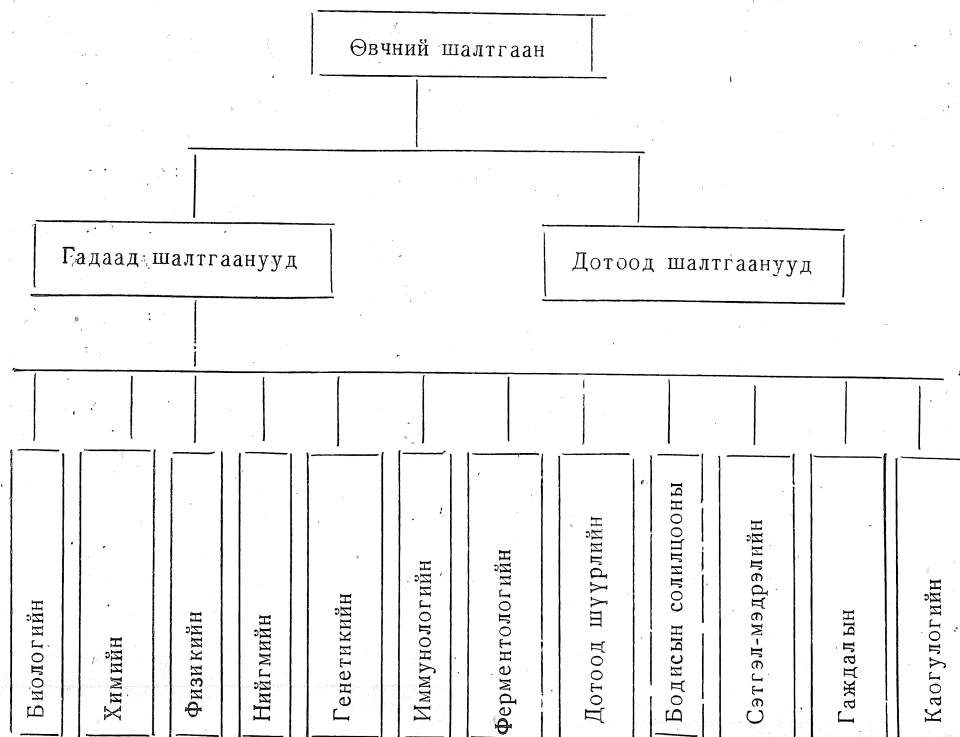
д) бодисын солилцооны өвчнийг уургийн солилцооны алдагдлын, өөх тосны, чихрийн, усны, эрдэс давсны, витаминь алдагдлын буюу дутагдлын

е) мэдрэлийн өвчний шалтгааныг төрөлхийн олдмол, төвийн, захын, рефлексийн гэх зэргээр

л) гаждалын шалтгааныг төрөлхийн, олдмол гэж хоёр янз байж болно.

м) Коагулогийн шалтгааныг цусны бүлэгнэлтийн ихсэх ба багасах гиперкоагуляцийн, гипокоагуляцийн гэж тус тус хуваалаа. Диаграмм харна уу?

Диаграмм I



Ийнхүү өвчний гадаад дотоод шалтгааныг дотор нь тоймлон хувааж онолын хувьд хойшид нягтлан судалж хөгжүүлэх нь биологийн, нийгмийн эрүүл ахуйн болон орчин үеийн анагаах ухаанд шинжилгээ судалгааны, оношийн лабораториудыг хөгжүүлэх ач холбогдолтой юм.

Р. НЯМАА

## СОХРОЛТТОЙ ТЭМЦЭХ ЧУХАЛ АСУУДАЛ

АНАГААХ УХААНЫ ДЭЭД СУРГУУЛЬ

Сохролттой тэмцэх, түүнийг урьдчилан сэргийлэх асуудал олон улсын эрдэмтдийн анхаарлын төвд байна. Гэвч сохролттой тэмцэх системтэй ажил зохион явуулах нөхцөл нь орон бүхэнд адилгүй юм. ДЭХБ-ын мэдээллээр одоо дэлхийд 17 сая орчим сохор хүн байна. 100 000 хүн амд ноогдох хараагүй хүмүүсийн тоог сохорлтын коэффициент гэнэ. Дэлхийн дундчаар энэ коэффициент 508, үүнээс Европт 111, Азид 700, Америкт 252, Африкийн зарим оронд 1000 хүрч байна. Сохорлтыг 3 үндсэн ангид хуваана.

1. Бүрэн сохор—гэрэл мэдрэхгүй
2. Ажлын чадваргүй сохор—хараа нь 0.05 хүртэл буурах ба харааны талбай  $10^\circ$  хүртэл нарийсна. Энэ үед харааны оролцооны ажил гүйцэтгэж чадахгүй болно.

3. Харааны сулрал—Энэ үед хараа нь 0,1 хүртэл байж болох боловч харааны галбай 20° хүртэл нарийссан тул хөдөлмөрийн чадвар эрс буурна. Нүдний өвчлөл, сохроход хүргэх шалтгааныг судлаж, боловсруулах, урьдчилан сэргийлэх арга хэмжээг нэгдсэн программ арга барилаар зохион явуулах нь нэн их ач холбогдолтой. Судалгааг явуулах аргыг 3 ангилж болох юм.

1. Нэг бүрчлэн үзэх арга

2. Сонгон үзэх арга—нас, хүйс мэргэжлийн тодорхой хамаарлаар үзэх

3. Амбулаторийн үзлэг, нүдний тасаг эмч нарын хөдөлмөр магадлах комисс, хараагүйчүүдийн сургуулийн материалд үндэслэх арга (П. Г. Макаров, В. В. Соловьев 1975).

Хувьсгалын өмнөх Монгол оронд хараагүй болох явдалд гол төлөв цэцэг өвчин, нийгмийн халдварт өвчнүүд нөлөөлж байжээ. Гэвч тэр үеийн дүн бүртгэлийн мэдээ бидэнд байхгүй нь харамсалтай юм. Ардын засаг үүссэн анхны жилээс эхлэн ЗХУ-ын тусламжтайгаар хүн амд шинжлэх ухааны үндэстэй нүдний эмнэлгийн тусламж үзүүлэх асуудлыг шийдвэрлэсэн юм.

БНМАУ-д ажиллахаар ирсэн зөвлөлтийн эмч нарын экспедиц, энэ хэрэгт маш их үүрэг гүйцэтгэлээ. О. Б. Гейликман 1939 онд «Монгол дахь сохрох явдал, түүний шалтгаан» гэсэн өөрийн ажилдаа тэр үеийн хараагүйд хүргэх шалтгаануудын дотор нүдний эвэрлэг бүрхэвчийн өвчин, тэмбүүгийн гаралтай нүдний өвчин, глаукома зэрэг нь хамгийн их хувийн жин эзэлж байна гэсэн дүгнэлт хийжээ.

#### Үүнийг хүснэгтээр үзүүлбэл:

Д/Д	Сохролтын шалтгаан	Эзлэх хувь
1	Нүдэнд цагаа унах	44,4%
2	Тэмбүүгийн улмаас гэмтэх	24,3%
3	Нүдний дотоод даралт ихсэх	9,5%
4	Трахома	5,8%
5	Цагаан цэцэг	3,4%
6	Бленоррея	2,1%

Үүнээс үзвэл дурьдагдсан 3 өвчнөөс гадна одоо манайд бүрэн устсан трахома, цагаан цэцэг, бленоррея зэрэг өвчнүүд бас зохих байрыг эзлэж байжээ.

1951 онд В. В. Назаровын судалгаагаар Монгол оронд сохрох шалтгаан болсон өвчнүүдээс

1-р байранд эвэрлэг бүрхүүлийн өвчин (34 0%)

2-р байранд тэмбүүгийн гаралтай нүдний өвчин (33,8%)

3-р байранд глаукома (17,3%)

4-р байранд трахома (4,7%)

тус тус эзлэж байна. Үүнийг О. Б. Гейликманы судалгаатай харьцуулан үзэхэд эвэрлэгийн өвчин буюу цагаа, тэмбүүгийн улмаас хараагүй болох явдал багассан боловч глаукома өвчний хувийн жин харьцангуй өссөн байгаа нь ажиглагдаж байна.

Орчин үед сохролтын шалтгаан болон түүний бүтцэнд ихээхэн өөрчлөлт гарлаа. Иймээс бид 150 хараагүй хүмүүсийн бүртгэл судалгаа хийв. Үүнд хоёр нүд нь засал авахгүй хараагүй болсон буюу сайн нүднийх нь хараа 0,05 хүртэл буурсан, харааны галбай нь 10° хүртэл нарийссан тохиолдол өөрөөр хэлбэл тахир дугуугийн 1 группэд багтах хүмүүсийг хамруулав.

«Эдгээрээс:

эрэгтэй	81	(54%)
эмэгтэй	69	(46%)
хотод оршин суудаг	53	(35,3%)
хөдөөний хүмүүс	97	(64,7%)
Насны байдлаар нь авч үзвэл:		
17, хүртэл насны	19	(12,6%)
18—30 насны	10	(6,6%)
31—40 насны	7	(4,6%)
41—50 насны	12	(8%)
51—60 насны	28	(18,6%)
60-аас дээш	74	(49,3%)

Хараагүй болсон шалтгаанаар авч үзвэл:

1. Глаукома өвчин	75	(50%)
2. Эвэрлэгийн үүл, сорив	24	(16%)
3. Харааны мэдрүүлийн хоёрдогч хатингирилал	15	(10%)
4. Торлог бүрхэвчийн дистрофи	11	(7,3%)
5. Төрөлхийн ба удамшилийн өвчин	9	(6%)
6. Янз бүрийн гэмтэл	6	(4%)
7. Судаслагийн үрэвслийн үлдэц	10	(6,7%)

эзэлж байна.

Үүнээс үзвэл глаукомын улмаас сохрох явдал мэдэгдэхүйц өсч сохролтын шалтгаанууд дотроос 1-р байр эзлэх болжээ. Орчин үед дэлхийн ихэнх орнуудад глаукома өвчин нь эмчилгээгүй сохролтын эх булаг болсоор байна. Энэ өвчний гол аюул бол зарим хэлбэр нь өвчтөнд үл мэдэгдэн, тодорхой шинж тэмдэг зовиургүй далдуур эхлэж, богино хугацаанд газар авч харааны үйл ажиллагааг ихээр гэмтээхэд оршино. Энэ бүх явдал нь сохролттой тэмцэх зохион байгуулалтын шинэ хэлбэр, арга хэмжээ урьдчилан сэргийлэх ажлын гол анхаарлаа чухамхүү энэ өвчинд чиглүүлэх ёстойг нүдний эмч нараас шаардаж байна. Глаукомтай тэмцэх хамгийн үр дүнтэй орчин үеийн арга бол нийтийг хамарсан үзлэг явуулж өвчтөнийг эрт илрүүлэх явдал явдал мөн. Олныг хамарсан урьдчилан сэргийлэх үзлэг, өвчин илрүүлэх нарийн ажиллагаа тогтмол бөгөөд хэтийн ба ойрын төлөвлөгөөтэй, нэгдсэн системтэй хийгдэх нь чухал.

Тэгвэл нүдний эмчийн хариуцсан хүн амын хүрээнд шинээр илрүүлсэн өвчтөний тоо жил тутам цөөрч эмчийн гол анхаарал нь илрүүлсэн өвчтөнийг эмчлэхэд чиглэгдэн ажлын хүрээ нь тодорхой болно.

Өвчтөнийг идэвхтэй аргаар эрт илрүүлэхэд ЗХУ-д хэрэглэж байгаа 3 шатны систем их ашигтай гэж үзэж байна. Энэ систем нь өвчтөнийг шат дараалан бүрэн гүйцэд оношлох нөхцөл хангаж өгдөгөөрөө онцлог юм.

1-р шатны үзлэгийг эмнэлгийн дунд мэргэжлийн хүмүүсийн тусламжтай гүйцэтгэх бөгөөд бригадын бага эмч нар хүн амын бүртгэлээс 40-өөс дээш насны хүмүүсийг ялган авч хүн бүрийн нүдний дотоод даралтыг хэмжин глаукомын өвөрмөц зовиуртай, ил харагдах өөрчлөлттэй хүмүүсийг бүртгэлдээ авна. Иймд бага эмч нарт хараа шалгах таблиц, нүдний даралт хэмжих тонометр байх шаардлагатай болно.

2-р шатны үзлэгийг аймгийн нүдний эмч нар гүйцэтгэх бөгөөд эхний үзлэгээр илэрч ирсэн хүмүүст нарийн мэргэжлийн үзлэг хийж өвчтэй, эргэлзээтэй, эрүүл гэдгээр нь ялгах болно.

3-р шатны үзлэг нь глаукомын диспансерийн түвшинд хийгдэх бөгөөд Улаанбаатар хотоос нарийн мэргэжлийн эмч нар очиж үзлэг

хийх буюу ирүүлсэн өвчтөнд холбогдох нарийн шинжилгээ хийж далд хэлбэрийн болон эргэлзээтэй тохиолдолд онош тодруулах болно.

Ийнхүү манай нүдний эмч нарын анхаарлын төвд байх нэг зүйл бол сохролтын гол шалтгаан болж буй глаукома өвчтэй хүмүүсийг илрүүлэх ажлыг төлөвлөгөөтэй тогтмол явуулж, илэрсэн өвчтөнийг хяналтанд авч, эмчилж байх явдал юм.

Б. МЯТАВДОРЖ

### ЭМЧЭЭС МЭРГЭЖЛИЙН АЛДАА ГАРГАХГҮЙ БАЙХ ЗАРИМ БОЛОМЖ

Эмчилгээ үйлчилгээндээ мэргэжлийн алдаа гаргахгүй байхад чухам юуг анхаарч ажиллавал зохих вэ? Бидэнд мэргэжлийн алдаа гаргахгүй байх боломж байна.

Юуны өмнө хүний их эмч гүн мэдлэг, ёс суртхууны хүмүүжлийн өндөр түвшин, ажлын хатуу сахилга бат, хариуцлагатай байх ёстой. Зөв хүмүүжилтэй хосолсон мэдлэг боловсрол амжилтын эх үүсвэр хэзээд байх болно. Онол, практикийн зохих мэдлэггүйгээс хүний их эмчийн зайлшгүй эзэмшвэл зохих сэтгэн бодох чадварыг эзэмшиж чадахгүй.

Сэтгэн бодож олон талаас нь дүгнэж үзээгүйгээс оношлолт, эмчилгээнд алдаа гаргаж түүнээс уламжлагдан гарах дараа дараачийн бусад алдаанд заавал хүргэнэ. Сүүлийн үед эмнэлгийн шинжлэх ухаанд мэргэжлийн төрөлжилт, нарийсалт ялгавар их хэмжээгээр гарч байгааг анхаарч нарийн мэргэжил эзэмшихийн учир холбогдлыг зөв ойлгон, өөрийн орны эмчилгээ үйлчилгээний онцлог байдлыг харгалзан эмч бүгдийн мэдэх эзэмшвэл зохих оношлогоо, эмчилгээний аргуудад суралцах нь чухал байна.

Эмч нар өөрийн эзэмшсэн нарийн мэргэжлийг сайн мэдэхийн хамт бусад мэргэжлийн чиглэлээр (мэс засал, эх барих эмэгтэйчүүд, дотор, хүүхэд г. м) практикт ихэвчлэн тохиолдох өвчний оношлогоо эмчилгээний зохих мэдлэгтэй байх шаардлагатай. Эмч нараас хэвлийн хөндийн цочмог үрэвслүүд, төрөлтийн дараах цус алдалт, элдэв гэмтлүүдийн оношлогоо, эмчилгээнд анхаарч ажиллахын чухлыг судалгааны материал харуулж байна. Дээд сургууль төгссөнөөр сэтгэл амарч, мэргэжлээ байнга дээшлүүлэхгүй бол нийгмийн хөгжил, шаардлагаас удахгүй хоцрох болно. Сургууль төгсөнө гэдэг бол цаашдаа шинжлэх ухааны гүн бат мэдлэг олж нарийн мэргэжил эзэмшин үр бүтээлтэй ажиллах зөвхөн эх үндсийг эзэмшин мэргэжлийн ажил хариуцах үүрэг гүйцэтгэх эрх олж байгаагаас биш, чухамдаа гүйцэд боловсорч төгс мэргэжсэн хэрэг биш нь илэрхий билээ. Мэргэжил олох, дээшлүүлэх олон хэлбэрийг ашиглахаас гадна эрдэм мэдлэгийг гүн бат зэмшихийн уг сурвалж нь бие дааж сурах арга мөн. Оросын их сурган хүмүүжүүлэгч К. Д. Ушинский бие дааж ажиллах сурахын чухлыг тэмдэглэн «Хувийн нарийн чанд ажиллагаагүйгээр хүн урагшаа ахих нь байтугай байрандаа ч байж чадахгүй, харин гэдрэг ухрах болно» гэж бичсэн байдаг. Социализмын нөхцөлд хүнээс аливаа ажлыг хийж бүтээх, сурч мэдэхийн гол удирдлага залуур нь гагцхүү тэр хүний хүсэл тэмүүлэл, шургуу тэвчээрт ажиллагаа мөн. Мэдлэг боловсролоо дээшлүүлэх арга хэрэгслийн нэг бол гадаад хэл, ялангуяа орос хэл сурах явдал юм. МАХН-ын Төв Хорооны II бүгд хурал дээр (1975 он) хэлсэн үгэндээ



н. Ю. Цэдэнбал «Ямар ч салбарт ажиллаж байгаа боловсон хүчин залуу мэргэжилтэн мэдлэгээ байнга нөхөн сэлбэж байхгүй бол амьдралаас дорхиноо хоцорчихно... орос хэлийг сайн эзэмшиж гэмээж мэдлэгээ улам зузаатгаж чадна» гэж заасан байна. Орос хэлний мэдлэгийг эзэмших нь орчин үеийн шинжлэх ухааны ололтоос сурч мэдэх өргөн боломжийг нээж өгнө. Эмч нарт хууль зүйн мэдлэг, ялангуяа мэргэжлийн холбогдолтой хуулийн мэдлэг олгох нь тэднээс мэргэжлийн алдаа гаргахгүй байхын нэг нөхцөл мөн. Профессор Н. И. Гуревич эмч эмнэлгийн ажилчдыг бэлтгэн гаргах явцад тэдгээрт мэргэжлийн нь холбогдолтой хууль эрхийн асуудлыг зааж сургахын чухлыг хэлэхдээ «Эмчийн мэргэжил эзэмших явцад эмч бүр өөрийн мэргэжлийн хуулийн хэм хэмжээ эрх үүрэгтэй төдийлөн сайн танилцдаггүйгээс эмчилгээний практикт тохиолдох олон талт нарийн төвөгтэй асуудлуудтай тулгарахад чухамхүү яаж шийдэх учраа олохгүй сандрах, тулгамдах байдалд ордог. Залуу эмч нар энэ үед арга буюу зөвхөн өөрийн бодол санааг удирдлага болгон шийдвэрлэхийг оролдоно. Энэ нь тэр нарийн төвөгтэй асуудлыг шийдвэрлэхэд эмчид зөв замыг заагч тэр болгон болж чадахгүй» гэжээ.

Мэдлэг мэргэжлээ дээшлүүлэхэд нөлөөлөх чухал хүчин зүйлийн нэг нь эмч гаргасан алдаагаа гүн ухамсарлан засах явдал юм. Эмч өвчний оношлогоо, эмчилгээнд алдаж болно. Олон жилийн дадлага туршлагатай эмч ч алдаа гаргана. Харин гаргасан алдаагаа зөв ухамсарлаж түүнийг дахин давтахгүй байхад онцлон анхаарч ажилладаг чадвар эмч хүнд чухал шаардлагатай. Өөртөө шүүмжлэлтэй хандаж чаддаггүй эмчийг өөрийнхөө онол практикийн мэдлэгээ байнга дээшлүүлж чадна гэж итгэхэд хэцүү юм. Клиник-анатомийн бага хурал, эмнэлэг хяналтын комиссын хурал, хуулийн өмнө зарим эмч өөрийнхөө дутагдлыг өмөөрч утгагүй маргах тохиолдол ажиглагддаг. Нэг эмчийн оношлогоо эмчилгээнд гаргасан алдааг нийт эмч нарт богино хугацаанд мэдээлж байх нь дахин алдаа гаргахгүй байхын урьдчилсан нэг нөхцөл мөн.

Гаргасан алдааг илчлэхээс айх, түүнийг шүүн хэлэлцэх хугацааг хойшлуулах хэрэггүй. Алдааг тэр дор нь хурцаар хайр найргүй, тэгэхдээ шударгаар шүүн хэлэлцэх хэрэгтэй юм. Н. И. Пирогов «Өвчтөний оношлогоо, эмчилгээнд гаргасан өөрийнхөө алдааг илчлэн бичиж тодруулахдаа би өөрийгөө хайрладаггүй байсан» гэжээ. Алдаа нь амжилтаас илүү сургамжтай, алдааг шүүн хэлэлцсэнээс үнэн төрдөг нь амьдрал практикт нэгэнт нотлогдсон зүйл билээ.

Клиник-анатомын зөвлөлгөөн хийдэг болсон нь клиник-эмгэг анатоми, биопсийн материалыг түшиглэн эмч нар хамтран зөвлөлдөх журмаар эмчилгээнд гарсан дутагдлыг илрүүлэн засаж эмч нарын мэргэжлийг дээшлүүлэх үндсэн аргын нэг болсон байна.

ЗХУ болон ардын ардчилсан орнуудад клиник-анатомийн зөвлөлгөөнийг эмч нарын мэргэжил дээшлүүлэх ажлын нэг чухал хэлбэр гэж үздэг ажээ.

ЗХУ-д 1930 оноос нэрт эрдэмтэн И. В. Давыдовскийн санаачлагаар анх клиник-анатомийн зөвлөлгөөн хийснээс хойш энэ туршлага богино хугацаанд эмнэлгүүдэд тархаж эмнэлэг урьдчилан сэргийлэх ажилд үр ашигтай болохоо харуулжээ.

Клиник-анатомийн зөвлөлгөөн нь эмчийг хийсэн ажилдаа дүгнэлт шүүмжлэлтэй хандаж, гаргасан дутагдлаа ухамсарлаж алдаан дээрээ суралцах бололцоо олгодгоороо албан ажлаа хийхийн зэрэгцээ мэргэжлээ дээшлүүлж чаддаг болох хүмүүжлийн ач холбогдолтой чухал ажил юм.

# Хэвлэлийн тойм, лекц

Б. РАВДАН

## ЭРҮҮ—НҮҮРНИЙ БАЙРЛАЛТАЙ ХОРТ ХАВДРЫН ТАРХАЛТ СУДАЛГААНЫ ТАЛААР

ХАВДАР СУДЛАЛЫН КЛИНИК

Орчин үед хорт хавдартай тэмцэх, түүнээс урьдчилан сэргийлэх асуудал анагаах ухааны өмнө хойшлуулшгүй чухал зорилтын нэг болон тавигдаж байна. Өнөөдөр дэлхийн хүн амын үхлийн гол шалтгааныг хорт хавдар өвчин эзэлж байгаа нь эмч судлаачдын анхаарлыг зүй ёсоор татаж байгаа юм. Европын зарим орнууд болон АНУ-д хорт хавдрын өвчлөл өндөр, ЗХУ-д доогуур хувьтай байгаа бөгөөд ЗХУ-д хүн амын үхлийн шалтгаануудаас II байранд ордог байна (1)

Сүүлийн 20 гаруй жилийн дотор үйлдвэр, эдийн засгийн өндөр хөгжилтэй томоохон орнуудад хорт хавдрын өвчлөл жил тутам өсөж байгаа мэдээ баримт хэвлэгдэж байна. Энэ нь нэгдүгээрт: төрөл бүрийн шатахуун, үйлдвэрийн утаа, тоос, химийн хорт бодисуудаар агаар ус, байгаль орчин бохирдсоноос, хоёрдугаарт: хүн амын наслалт уртсаж, настайчуудын тоо олширч байгаатай болон хорт хавдрыг оношлон таних ажил сайжирсантай харьцангуйгаар холбоотой байж болох талаар бас мэдээлжээ.

Дэлхийн улс орон бүрт хорт хавдрын өвчлөл, тархалт харилцан адилгүй байгаа нь газар-зүй, цаг агаар, байгалийн байдал, хүмүүсийн хооллолт, ахуй амьдралын өвөрмөц онцлог байдлуудтай холбоотой.

Ялангуяа эрүү-нүүрний байрлалтай хорт хавдруудын тархалт, өвчлөл нь газар-зүйн онцлог, амьдрал ахуйн өвөрмөц байдалтай холбоотой байгаа нь бүр ч сонирхолтой юм.

Ази ба Алс Дорнодод суугчдын дунд эрүү-нүүрний хорт хавдрын өвчлөл харилцан адилгүй байгаа бөгөөд амны хөндийн хорт хавдраар Цейлонд жил бүр 100000 хүнээс 2,44 өвчлөдөг нь АНУ (1,38)-аас бараг 2 дахин, Японохоос (0,45) 6 дахин их өвчлөлтэй байгаа талаар мэдээлжээ (2) Үүнийг Цейлондын хүмүүсийн дотор «бетель» тамхи заглах, «нас» тамхийг хэл, уруулын завсар хийж шимж хэрэглэдэг заншилтай шууд холбоотой гэж үзжээ. ЗСБН Узбек улсын зарим районд тухайлбал: «нас» тамхи хэрэглэдэг 1800 хүнээс-297 нь, хэрэглэдэггүй 1800 хүнээс -20 нь амны хөндийн хорт хавдраар (2,4) Нью-Йоркт амны хөндий, залгиур-хоолойн хорт хавдартай 1405 тохиолдолд судалгаа хийж 90% нь гамхичин (үүний 75% нь сигар янжуур, 4% нь трубкаар дүнсэн тамхи татдаг), 93% нь архи уудаг хүмүүс байсныг тодорхойлжээ. (14).

Энэтхэгийн 169 тосгонд оршин суудаг 15 наснаас дээшхи 101761 хүнд судалгаа хийж үзэхэд 40 хувьд нь эрүү-нүүрний байрлалтай хорт хавдар байсныг илрүүлжээ. Үүнээс тамхи татдаг ба зажилдаг хүмүүс 54,4% байсныг нарийвчлан судлахад өдөрт 50 грамм тамхи хэрэглэдэг хүмүүст хэрэглэдэггүй хүнийхээс 2,» дахин, архи уудагт уудаггүй хүнийхээс 10 дахин илүү өвчлөлтэй байгаа нь илэрсэн байна. (12, 13).

Амны хөндий ба төвөнхийн хорт хавдар нь ихэвчлэн «нас» тамхи хэрэглэдэг, бензин, керосин, масло дээр ажилладаг хүмүүст элбэг тохиолдолтой байгааг дурьдсан байдаг (5—7).

Бүх хорт хавдруудын дотроос амны хөндийн хорт хавдар ЗСБН Казах улсад 12,7%, Киргиз-д 9,5%, Туркменд 9%, Тажик-т 8,5% зөвлөлтийн бусад орнуудад 1,5—2 дахин бага байна.

ЗХУ-д амны хөндийн хорт хавдраар өвчлөгчдийн стандарт үзүүлэлтүүд эрэгтэйчүүдэд 1,5; эмэгтэйчүүдэд 0,7 байгаа ажээ (5—7). Эрүү-нүүрний хорт хавдартай 810 өвчтөнд судалгаа хийж үзэхэд 180 нь дээд эрүүний байрлалтай байсан ба үүний ихэнхи нь шүд авахуулсаны дараа буйл үрэвсэж хавдсанаас (8), дээд эрүүний хорт хавдар нь ихэвчлэн архаг үрэвсэл (гайморит)-ээс тус тус үүсдэг болох тухай ном хэвлэлд бичсэн байна (9—11).

Дээр дурьдсан хэвлэлийн тоймуудаас үзэхэд эрүү-нүүрний байрлалтай хорт хавдрын өвчлөл, тархалт, түүний үүсэхэд нөлөөлдөг хүчин зүйлүүд улс, үндэстэн бүрт харилцан адилгүй олон янз байна.

Манай оронд эрүү-нүүрний байрлалтай хорт хавдрын тархалт зүй, судалгааны талаар одоохондоо хийгдсэн ажил алга байна. 1971—1977 онуудын улсын тайлан мэдээнээс үзэхэд хорт хавдар өвчтэй хүмүүсийн 2,03 хувь нь эрүү-нүүрний байрлалтай хорт хавдартай байна.

Иймд газар-зүй, цаг агаар, хүмүүсийн ахуй амьдралын хувьд нилээд өвөрмөц манай оронд эрүү-нүүрний байрлалтай хорт хавдрын үүсэх хүчин зүйл, тархалтын байдалд нарийн судалгаа явуулж, эмчилгээний нэгдсэн арга барилтай болох нь онол практикийн чухал ач холбогдолтой болно.

#### НОМ ЗҮЙ

1. Мерков А. М. Церковный Т. Ф. Кауфман Б. Д. Заболеваемость и смертность населения от злокачественных новообразований.
2. Чаклин А. В. Эпидемиологический метод в изучении проблемы рака. Тр. III Всесоюз. конф. онкологов. М. 1970. 422—429
3. Абдурасулов Д. М. О распространении злокачественных опухолей полости рта в Узбекистане
4. Файзилова К. И. Рака и предопухолевые заболевания слизистых оболочек полости рта в Бухарской области. Дисс. М. 1974
5. Александров Н. М. Роль «наса» в возникновении патологических процессов полости рта. В сб: «Эпидемиологии злокачественных опухолей» Алма-Ата. 1970. 243—246
6. Баймаканова С. Ш. Қайркенов С. Қ. К этиологическим моментом возникновения рака гортани. В сб: «Эпид. злокачественных опухолей» Алма-Ата 1970. 202—208
7. Аронский А. И. Нурагдыев, С. К. Эпидемиология рака полости рта и глотки тив Туркменской ССР Здравоокр. Туркменстана» 1973. 10,37—40
8. Тахчи Л. Д. Опухоли челюстей по материалам Киевского рентгенодиагностического и онкологического института за 5 лет. Дисс Киев. 1957
9. Афанасьев А. В. Злокачественные опухоли верхней и нижней челюсти. Л. 1952. 2. 266—306
10. Коган Н. И. Клиника злокачественных новообразований верхней челюсти. Дисс. Харьков. 1951.
11. S: Jickney J. S: Van Liere E. J. Nartup D. W. —Correolati between motilit and the small intestine in aldj onrafs anb bos25o119, Amer. L. Physiol., hgfn 167,2 p 339—402.
12. Mehfa Fali S An epidemoiobic study of oral cancer anb precancerous conditions among 101,761. vllilagevs in Maharasiologic India, «Lni J cancer»-1g72, 10, N1, 134—141
13. Wahi P N Epidemiology of orae carcinoma «proc indian Nat, Sci, Cad B». 1g73, 39, N1, 24—31
14. Farr Hoilon W, Arthur Keith Epidermoid carcinoma of mouth and pharynx 1960—1964 «J. Laryngol and otol», 1972, 86, N 3, 243—253

Автором написан литературный обзор, частота злокачественных опухолей челюстно-лицевой области. А также приведены данные о способствующих для возникновения рака челюстно-лицевой области.

Ж. БАЗАРДАРЪЯА

## ХЭВЛИЙН ГЯЛТАНГИЙН ТҮГЭЭМЭЛ ИДЭЭТ ҮРЭВСЛИЙН ҮЕД ХИЙХ МЭС ЗАСЛЫН ЭМЧИЛГЭЭНИЙ ТАКТИК, АРГА БАРИЛ

УЛСЫН КЛИНИКИЙН ТӨВ ЭМНЭЛЭГ

Манай оронд хэвлийн гялтангийн түгээмэл идээт үрэвсэл ихээхэн тохиолддог юм. Хэвлийн гялтангийн түгээмэл идээт үрэвсэл нь их төлөв цочмог үрэвслээр олгой дотроо хагарч хүндэрснээс болсон байх буюу осол гэмтлийн болон зарим өвчний улмаас, мөн хөндий эрхтэнүүд дотроо цоорч хүндрэх зэргээс үүсдэг. Уг өвчнөөр өвчилсөн өвчтөн их шаналгаа зовиуртай өвчний явц их түргэн, хэл нь хуурай, бор шаргал өнгөртэй. Арьс хуурай, салст цайвар шаргал хэвлийн хана нь хүлхгэр дүүрэнг амьсгаалахад хөдлөхгүй, зөвхөн цээжний хэсэг хөдөлж байна.

Зүрх судасны авиа, лугшилт түргэдсэн дүүрэлт хүчдэл сул, артерийн даралт хэвийн байдлаас бага байдаг. Огиулж бөөлжих, зарим үед биеийн халуун хэвийн хэмжээнээс бага, заримдаа өндөр байдаг. Энэ нь өвчний явц, биеийн эсэргүүцлээс болно.

Хэвлийг тэмтэрч үзэхэд нийтдээ буюу хэвлийн доод талаар их хөндүүрлэж, хэвлийн булчин чангарсан, Шеткин Блюмберийн шинж тод илэрсэн байна.

Эмчилгээг хожимдуулахгүйн тулд хагалгаанд яаралтай бэлтгэж зүрх судасны ажиллагааг сайжруулж, наркозын бэлтгэл хийх нь зүйтэй.

Хэвлийн хөндийн гялтангийн түгээмэл идээт үрэвслийн үед эмчилгээг үндсэнд нь:

1. Мэс засал хийх чиглэл, арга барил

2. Хагалгааны дараахь үеийн эмийн эмчилгээ явуулах дэглэм журам гэж хуваана.

1. Мэс заслын эмчилгээний гол зорилт, чиглэл нь:

а) уг өвчнийг үүсгэсэн гол шалтгааныг хагалгааны үед олж арилгах.

б) хэвлийн хөндийн бохирдолт идээг бүрэн цэвэрлэж угаах.

в) нарийн бүдүүн гэдсэн доторхи хорт зүйлсийг гаргаж суллах.

г) хэвлийн ханыг сэгийвлэж дараагийн эмийн эмчилгээнд бэлтгэнэ.

Эдгээрийг бүрэн сайн хийснээр эмийн эмчилгээний үр дүн шийдэгдэх ба хагалгааны дараахь үеийн хүндрэл багасна.

Хагалгаа хийхийн тулд уул өвчтөнийг ерөнхий унтуулгатай, хэвлийн гол шугамаар хүйснээс дээш доош (өвчний байрлалыг харгалзан) өргөн зүслэг хийх нь зүйтэй. Хэвлийг нээсний дараа өвчний голомтыг олж арилгах нь ихэвчлэн хялбар байдаг.

Дараа нь 0,25% новокайны уусмалаар чацархайг туушид нь тарьж, бүлээтгэж бэлтгэсэн 0,85%—0,9%-ийн хлорт натраар угааж хэвлийн

дээд, доод булан сувгийг цэвэрлэнэ. Гэдэсний хортой зүйлсийг цэвэрлэхдээ:

а. Трокараар нарийн гэдсийг цоолж гаргах.

б. Ходоодоор зонд шургуулж, соруулж цэвэрлэх.

в. Бүх гэдсийг эхнээс нь шувтарч бүдүүн гэдсээр дамжуулан шулуун гэдсэнд бүдүүн резин шургуулж түүгээр хөөж гаргах аргын алийг ч хэрэглэж болно. Гэдэс тайрах тохиолдолд тайрах гэдэс рүүгээ бүх хорт зүйлс, хийг шувтарч авчраад уг тайрагдах гэдэсний үзүүрийг тасалж, чацархайнаас суллаж унжуулан түүгээр шууд гаргах нь ашигтай.

Хэрэв гэдэс тайраагүй бол үндсэндээ нарийн гэдэсний хана хир зэрэг өөрчлөлттэй байгаагаас уг хорт зүйлсийг ямар аргаар султгах нь хамаарна.

Нарийн гэдэсний хана язарч муудсан байвал шувтрах арга сайнгүй. Энэ үед зонд шургуулж соруулах нь ашигтай.

Хэрэв гэдэсний хана онц муудаагүй бол трокар буюу шувтралтын аль ч аргыг хэрэглэж болно. Энэ мэт агуулагдаж буй зүйлийг сулласны дараа халаасан 0,9%-ийн хлорт натрийн уусмалаар гэдэс хэвлийг дахин угаана. Угаалтын дараа нарийн гэдэсний гогцоог бүрхсэн идээт наалдаст бүрхүүлийг хуулж цэвэрлээд хэвлийг хаахын өмнө, нарийн гэдэсний хана ялзарсан эсэхийг шалгаж, шаардлагатай газар оёдол тавих хэрэгтэй.

Үүгээр хагалгааны үндсэн ажиллагаа хязгаарлагдана.

Шархыг оёхын өмнө хэвлийн ханыг сэгийвчлэж хүйсний хоёр талын доод талаар чихээс ба резинэн гуурс тавиад, мөн идээт голомт байсан талын хэвлийн дээд хэсэгт хагалгааны дараа хэвлийг угаах, антибиотик хийхэд зориулан лимблэж нүхэлсэн нарийн гуурс тавьж бэхлээд голын том шархыг битүүлж оёх нь зүйтэй.

2. Хагалгааны дараахь үе шат ба эмчилгээний чиглэл. Хагалгааны дараахь үеийн эхний 24 цагт зүрх судасны ажиллагааг дээшлүүлэх, өвчин намтгах, шок үүсэхээс сэргийлэх зэрэгт их анхаарах хэрэгтэй. Их хордлогын үед цус гемолиз болон өөрчлөгдөж багасгах буюу хагалааны үед зайлшгүй цус хорогдсоноос цус сэлбэх шаардлагатай болдог.

Хагалгааны дараахь үед ус, эрдсийг тэнцүүлэх, хордлогыг арилгах чиглэлээр эмчилгээ хийнэ. Алдсан шингэн ба эрдсийн тэнцүүрийг тодорхойлж үзээд шаардлагатай шингэнийг нөхөн сэлбэж хийх нь чухал юм. Хэрэв тодорхойлох боломжгүй бол дунджаар өдөрт 2—3 литр шингэн хийнэ. Мөн ацидоз болохоос сэргийлж содыг бага зэрэг нэмж болно.

Артерийн даралтыг дээшлүүлж хордлогыг түргэн арилгахын тулд полигюкин, гемодез болон цус сэлбэх, сийвэн хийнэ. Гаммаглобулиныг эмчилгээний тунгаар хийхэд маш сайн гэж үздэг.

Хүндхэн хагалгааны дараа цусны бүлэгнэлт ихсэж чацархайд тромбоз үүсэх хүндрэлт гарч болзошгүй гэдгийг мартаж болохгүй. Иймд үүнээс урьдчилан сэргийлэх хэрэгтэй. Мөн зүрх судасны ажиллагаа хагалгааны дараа 2—3 хоногтоо нөөц энергийг дуусч хүндэрч доройтдог учир энэ чиглэлээр уг хугацаанд анхаарч эмчилгээ явуулах нь хэрэгтэй байдаг.

Хагалгааны дараа голчлон өвчтөнүүд эмзэглэж гүнзгий амьсгалахгүй байдаг ба хөдлөхгүй зөвхөн гэдэргээ хараад хэвтдэг учир амьсгал өнгөц явагдаж уушигт тундаслах хэлбэрээр үрэвсэлт үүсдэг.

Үүнийг цаг тухайд нь анхаарч сэргийлэн амьсгалын гимнастик хийлгэх хэрэгтэй. Тундаслах үрэвсэл үүсвэл түвэнхийн доод талаар

антибиотикийг шууд цагаан мөгөөрс рүү зүүгээр хатгаж хийх явдал ашигтай.

Мөн өвчтөнийг сайн хөдөлгөж, асрах явдал чухал.

Өвчтөний байдал хүндэрсэн үед судсаар бага зэрэг цэвэр спирт (30%) тарих, хүчилтөрөгчийг спиртээр дамжуулж амьсгалуулах хэрэгтэй.

Мөн элэг бөөрний ажиллагааг хянахын тулд 24 цагт хийж байгаа шингэн, гарч байгаа шээсний хэмжээг харьцуулан хянаж байвал зохино.

Хэвлийн хөндийн идээт үрэвсэлд хагалгаа хийсний дараа заавал гардаг хүндрэл бол гэдэсний парез байдаг. Парезээс хамгаалахын тулд хагалгааны үед нарийн бүдүүн гэлсэнд байсан агуулагдсыг сайн цэвэрлэж арилгах, 24 цагийн дараа харшлах талгүй бол парезийн эсрэг эмийг шууд хэрэглэх, ходоод угаах буюу нарийн зонд тогтмол тавих зэрэг арга хэмжээг авах нь зүйтэй.

Тосгүй, тунгалаг халуун, хар шөл бага зэрэг уулгахад гэдэсний хөдөлгөөн сайжрах явдал цөөнгүй байдаг.

Үүнээс гадна новокайны хориг намилхайд хийж болно.

Хагалгааны дараа 3 хоноод хий ба өтгөн ялгадас гарч эхлэх ёстой. Хэрэв түгжрэл буюу перитонит дахин үүссэн бол хий гарахгүйгээр барахгүй өвчтөний хэвлийн хана хөндүүрлэж, гэдэсний дүүрэлт ихсэх ба өвчтөний биеийн байдал улам хүндэрч доройтно. Түүнчилэн залуу мэс засалчдад анхааруштай бас нэг зүйл нь перитонитийн хагалгааны дараа цөөнгүй тохиолддог хүндрэлт бол нарийн гэдэсний гогцоонуудын завсар буглаа үүсэх, элэг, дэлүүний дээд, доод булан, бага аарцаг зэргүүд рүү идээ хуралдах явдал байдаг.

Эдгээр нь өвчтөний биеийн байдал эргэж хүндрэх, халуурах, лейкоцит олшрох идээний байрлал дагаж хөндүүр нэмэгдэх, парез нэмэгдэж, хий ба өтгөн гарах нь муудах зэрэг байдлаар илрэнэ.

Аарцаг руу идээ хуралдсан бол зөвхөн доош нь цоолж идээг гаргаад хүнхрээ буюу шулуун гэдэсний цоолсон нүхээр гуурс, чихээс тавьж өдөр бүр угааж байх хэрэгтэй. Элэгний булангууд ба гэдэсний завсар идээ хуралдсан бол дахин томоохон хагалгаа хийгдэх шаардлагатай болдог.

Иймээс элэг, дэлүүний булангууд руу дээш нь идээ хуралдуулахгүйн тулд хүнд өвчтөний чээжийг түшлэгтэй өндөр хэвтүүлэх буюу тусгай (функциональ) орон дээр хэвтүүлэх нь шаардлагатай. Гэдэсний гогцоонуудын завсар идээ хуралдуулахгүйн тулд хагалгааны үед хүйсний дээд талаар цоолж хэвлийн хоёр талаар дагуулж тавьсан лимбэн нүхтэй гуурсуудаар 0,85—0,9%-ийн бүлээн натри хлоратаар хагалгааны маргаашаас эхлэн өдөр бүр 1—2 литрээр, гар диализийн аргаар угааж, идээ ба бохир шингэнийг цэвэрштэл нь доод талын гуурсаар гаргаад, хэвлийд мөн цэвэр уусмал хийж үлдээхэд уг шингэн нь гэдсийг наалдахаас хамгаалж хордлогыг түргэн арилгах ач холбогдолтой болох нь практикт ажиглагдсан билээ. Ийм арга бол хөдөө, ялангуяа сум дундын эмнэлгүүдэд бүр ч ашигтай байж болно. Хэвлий зөөлөрч хөндүүр нь багасч өвчтөний биеийн байдал сайжирвал уг гуурсуудыг 3—4 хоноод авах нь зүйтэй.

Хагалгааны дараахь ойрын өдрүүдэд гарах хүндрэлт үндсэндээ ийм байна. Аажимдаа гарч болох хүндрэлт бол шарх идээлж цорго тогтох, мөн нарийн бүдүүн гэдэс цоорч цорго гарах зэрэг юм. Эдгээр нь өвчтөний амь насанд онц аюултай биш байдаг.

Харин нарийн гэдэс дээд хэсгээр 12 хуруу гэдэсний орчим цоорсон бол хялбар эдгэрэхгүй ба өвчний төгсгөл сайнгүй байдаг.

Эмчилгээг цаг алдахгүй, аль болох түргэн эхлэх хэрэгтэй.

ДОЦЕНТ Ж. РАДНААБАЗАР

### ЗҮҮН ӨМНӨД АЗИЙН РАЙОНЫ ОРНУУДЫН ХҮН АМЫН ЗҮЙН ЗАРИМ БАЙДАЛ

ЭРҮҮЛИЙГ ХАМГААЛАХ ЯАМ

Дэлхийн Эрүүлийг Хамгаалах Байгууллагын Зүүн Өмнөд Азийн Районы хороонд Балба, Бирм, Бангладеш, Индонез, Малдив, Монгол, Энэтхэг, Тайланд, Шриланк, Ардчилсан Солонгос зэрэг орон багтдаг.

Зүүн Өмнөд Азийн хөгжиж байгаа орон Бангладеш, Энэтхэг, Индонез, Тайланд, Шри Ланк зэрэг орны хүн ам байнга өсч байна. 1960—75 оны хооронд Эдгээр орон 629 сая хүнтэй байснаа 880 гаруй сая болж нийтлээ 241 саяар (38,3 хувь) өсчээ. Дээрх улс дэлхийн нутаг дэвсгэрийн 6 хувийг эзлэх атлаа хүн амын 25 хувийг эзэлж байна. Хөгжиж байгаа орнуудын хүн амын өсөлт 1950—1955 онд 9,95% байсан бол 1970—75 онд 12,26% болжээ.

Зүүн Өмнөд Азийн хөгжиж байгаа орны хүн амын 80 орчим хувь нь хөдөө орон нутагт суудаг. Бангладеш, Балба улсын хүн амын 91—96 хувийг хөдөөний хүн ам эзэлдэг.

Гэвч сүүлийн жилүүдэд дээрх оронд хүн ам хот руу суурьших нь их болжээ. Балбад 1961 онд хотын хүн 3,6 байсан 1971 онд 4,0 1960 онд Бангладешид 5,19 байсан 1974 онд 8,7, Энэтхэгт 1960 онд 17,9 1971 онд 18,9 хувь болж нэмэгдсэн байна.

Эдгээр орны эрүүлийг хамгаалах ажлын гол нь хөдөөний хүн амд эмнэлгийн тусламж үзүүлэх зорилгод чиглэж, одоохондоо хүн амд эмнэлгийн анхны тусламж үзүүлэх ажлыг голчлон анхаарч хөгжүүлж байна.

Зүүн-Өмнөд Азийн районы орнуудын онцлог бол хүн амын ихэнхийг 15 хүртэл насны хүүхэд эзэлдэг. Дэлхийн хэмжээгээр 15 хүртэл насны хүүхэд 34% байхад 1975 оны байдлаар Бангладешид дээрх насны хүүхэд 43,4%, Бирмад 40,5%, Энэтхэгт 40,1% Индонезэд 44,1%, Тайландад 45,1%, Шри Ланкед 44,8% байна. Хөгжиж байгаа эдгээр орны хүн ам залуужиж байгаа боловч тэдний ахуй амьдрал, соёл боловсрол дорой байна.

Эмнэлгийн боловсон хүчин хангалтгүй, жишээлбэл Бангладешид нэг эмчид 14206 хүн, Бирмэд 5077 хүн, Индонезид 1360 хүн, Малдивд 10883 хүн, Тайландад 8418 хүн тус тус ногдож байгаагаас хүүхдийн эрүүл мэндэд тавих анхаарал бас хангалтгүй байна.

Эдгээр орны хүн амын зүйн бүтцэд нийгэм эдийн засаг, шашин шүтлэг их нөлөөлж байна. Эдгээр оронд колонийн дарлалаас чөлөөлөгдөхийн өмнө нас баралт өндөр ялангуяа төрсөн нялхсын хоёрны нэгээс гуравны нэг нь ойндoo хүрэхгүй нас барж байжээ.

Төрөлтийн түвшин эдгээр оронд ихэнхэд нь буурч байна. 1960 онд 1000 хүнд Бирмэд төрөлт 42,36, 1975 онд 32,9, Энэтхэгт 42,3 байснаа 35,2, Шри Ланкад 36,0-аас 27,6, Бангладешид 55,0-аас 48,0 болж тус тус буурчээ.

Харин Индонезид 30,6-аас 44,0 болж, Балбад 41,1-ээс 44,7 болон өслөө.



Гэхдээ эдгээр орны төрөлт нь хөгжингүй капиталист орнуудаас өндөр байна. 1974 онд Америкд төрөлт 15,0, Англид 13,3, Францад 15,2 байв.

Төрөлтийг зохицуулах талаар дээрхи хөгжиж байгаа нилээд оронд арга хэмжээ авч байна.

Хүн амын зүйн нэг чухал үзүүлэлт-нялхсын эндэгдэл нь эмнэлгийн тусламжийн чанар, хүн амын амьдралын түвшин, соёлжилт, эрүүл зүйн чухал үзүүлэлт байдаг. Зүүн Өмнөд Азийн орнуудад нялхсын нас баралт маш өндөр, 1000 амьд төрсөн хүүхдээс Бангладешид 153,0 Балбад 137,5, Энэтхэгт 134,0 Индонезэд 137,0 нас барж байна. Бирмад энэ үзүүлэлт 77, Шри Ланкед 51,2, Тайландад 44,0 байгаа нь дүн бүртгэлийн мэдээг бүрэн гаргаж чаддаггүйтэй холбоотой.

Зүүн-Өмнөд Азийн хөгжиж байгаа орнуудад дундаж наслалт 1974 оныхоор 50-иас дээш гарч чадаагүй байна. 1970—1975 онд Бангладешид дундаж наслалт эрэгтэйчүүдэд 45,8, эмэгтэйчүүдэд 46,6, Бирмад 48,5, 51,5, Энэтхэгт 47,1, 45,6, Индонезид 47,0, Тайландад 57,6; 61,0 Шри Ланкад 64,2; 62,1 тус тус байна.

Хүн амын зүйн болон эрүүл мэндийн үзүүлэлт, эмнэлэг үйлчилгээг сайжруулах асуудал нь улс төрийн хийгээд нийгэм-эдийн засгийн дэвшил, өөрчлөлтгүйгээр шийдвэрлэгдэхгүй асуудал болохыг Зүүн Өмнөд Азийн районы энэ хөгжиж байгаа орны туршлага харуулж байна.

БНМАУ-ын хүн амын тогтвортой өндөр төрөлт, өсөлт болон нас баралт бага, дундаж наслалт өндөр байгаа нь социалист нийгмийн хөгжлийн үр дүн мөн.

Эмнэлгийн хэвлэлийн нэгдсэн редакцийн зөвлөл

<i>пед.матр.</i>	Ж. Раднаабазар (Эрхлэгч, доцент)	<i>ЭХБ</i>
<i>оршилгоо 2р.</i>	Л. Буджав (Анагаах ухааны дэд эрдэмтэн)	<i>ЭХБ</i>
<i>мэдээлэл</i>	Ж. Дашдаваа (Анагаах ухааны дэд эрдэмтэн)	<i>АУХ</i>
<i>оршилгоо 3р.</i>	Б. Дэмбэрэл (Анагаах ухааны дэд эрдэмтэн)	<i>АУХ АУХТ</i>
<i>эдийлэл</i>	Г. Дашзэвэг (Анагаах ухааны дэд эрдэмтэн)	<i>АУХТ</i>
<i>Урьдчилсан-саяалал</i>	Ч. Долгор (Анагаах ухааны дэд эрдэмтэн, профессор)	<i>ЭДИНСУИ</i>
<i>оршилгоо 3р.</i>	Ж. Купул (Анагаах ухааны дэд эрдэмтэн)	<i>ЭДИНСУИ</i>
<i>мэдээлэл</i>	Э. Лувсандагва (Анагаах ухааны дэд эрдэмтэн)	<i>АУХ</i>
<i>фармакологи</i>	А. Ламжав (Анагаах ухааны дэд эрдэмтэн)	
	Б. Мягмаржав (Хариуцлагатай нарийн бичгийн дарга)	<i>ЭДИНСУИ</i>
<i>Урьдчилсан-мх.</i>	П. Нямдаваа (Анагаах ухааны дэд эрдэмтэн)	<i>АУХТ</i>
<i>үргэлжл.</i>	Б. Рагчаа (Анагаах ухааны доктор, профессор)	<i>АУХТ</i>
<i>мэдээлэл</i>	Г. Цагаанхүү (Анагаах ухааны дэд эрдэмтэн)	<i>АУХТ</i>
<i>амьн.</i>	Б. Шижирбаатар (Анагаах ухааны дэд эрдэмтэн)	<i>МУЭИ</i>
	Н. Шура	

Техник редактор Д. Бямба Хянагч Д. Наранцэцэг

1981 оны 5-р сарын 20-нд хэвлэлд шилжүүлж 2720 ш хэвлэв  
Цаасны хэмжээ 70X108 1/16. н. х. н. 5,6 А—81287 За С—102