

АНАГААХ УХААН

БНМАУ-ЫН ЭРҮҮЛИЙГ ХАМГААЛАХ ЯАМНЫ УЛИРАЛ ТУТ-
МЫН АНАГААХ УХААНЫ СЭТГҮҮЛ

11 дэх жилдээ

№ 1 (33)

1980

АГУУЛГА

МАХН-ын Тэв Хорооны тогтоол	3
— Монгол ардын хувьсгалын 60 жилийн ойн тухай	9
Тэргүүн — В. И. Лениний сургаал ба социалист эрүүлийг хамгаалах	

ҮНДСЭН ӨГҮҮЛЭЛ

Мо. Шагдарсүрэн — Монгол ардын хувьсгалт намаас ард түмний эрүүл мэндийг хамгаалах талаар явуулсан бодлого амьдралд хэрэгжиж байна	17
Ш. Доржжадамба—БНМАУ-ын сэтгэл мэдрэлийн эмнэлгийн тусламжийн өнөөгийн байдал, хэтний төлөв	25

СУДАЛГАА, ШИНЖИЛГЭЭ

Ж. Раднаабазар — Нялхсын өвчдөл эндэгдлийн байдалд хийсэн судалгаанаас	29
Н. Цэдэнжав—0—1 настай хүүхдийн цусан дахь тослогийн солилцооны зарим үзүүлэлтийн дундаж хэмжээ	38
Э. Лувсандагва, Ц. Дашдаваа — Сурагчдын цусны даралтын хэвийн хэмжээний зарим асуудал	41
Б. Лувсан-Ёндон — Улаанбаатар хотын амаржих газруудын перинаталь үеийн нас баралт	46
Д. Баасанжав, Ц. Норжмаа — Цусны даралт ихсэх өвчний үед илрэх мэдрэлийн эмнэлзүйн шинж тэмдэг	50

ПРАКТИКИЙН ЭМЧ НАРТ ТУСЛАМЖ

Ж. Алтанцэцэг — Дисбактериоз	57
Д. Ичинхорлоо — Амниоскопийн тусламжтай ургийн байдлыг үнэлэх нь	61
С. Ямаахай, Б. Лхагважав — Цусны уургийн нийт хэмжээг тодорхойлох хоёр аргын ашигтай тал	63
Ц. Бундан — Хэвлийн хөндийн эрхтэнүүдийн өвчнийг оношлоход лапароскопи шинжилгээг хэрэглэх нь	66
Э. Санжаа—Нулимс дамжуулах замын сорвижин агших өөрчлөлтийг (ДЦЭС) хувилбар аргаар эмчлэх	69
Б. Дуламжав — Бүрэн шүдтэй тагнай хийхэд лабораторид анхаарах зүйл	74

ТОВЧ МЭДЭЭЛЭЛ

Ж. Базардаръяа — Ховор тохиолдол	77
--	----

МЕДИЦИНА

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ МНР
ЕЖЕКВАРТАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ

Выходит с 1970 г.

№ 1 (33)

1980

СОДЕРЖАНИЕ

Постановление ЦК МНРП

Передовая

Ш. Церма. Ленинское учение и социалистическое здравоохранение

Оригинальные статьи

Мо. Шагдарсурен. Претворение в жизнь политики МНРП в области охраны здоровья населения.

Ш. Доржжадамба. Современное состояние психоневрологической помощи в МНР и ее перспективы

Изучение, исследование.

Ж. Раднабазар. Из результатов изучения заболеваемости и смертности детей раннего возраста

Н. Цеденжав. Средние нормативы показателей жирового обмена у детей первого года жизни.

Э. Лувсандагва, Ц. Дашдава. Изучение состояния кровяного давления у детей и подростков в Монголии

Б. Лувсан-Ёндон. Перинатальная смертность по материалам родильных домов г. Улан-Багора за 1978 года.

Д. Басанжав, Ц. Норжма. Неврологические симптомы и их частота у больных с гипертонической болезнью.

Помощь к практическому врачу.

Ж. Алтанцег. Дисбактериоз.

Д. Ичинхорло. Амниоскопия как метод оценки состояния плода.

С. Ямахай, Б.Лхагважав. Эффективность применения некоторых методов для определения общего белка крови.

Ц. Бундан. К применению лапороскопии в диагностике некоторых патологий органов брюшной полости.

Медификация ДЦЭС рубцово-изменного слезного мешка при хронических дакриоциститах и облитерации слезных канальцев.

Б. Дуламжав. К методу изготовления зубного протеза.

Краткое сообщение.

Ж. Базардаръя. Сообщение о редких случаях.

ЭМНЭЛГИЙН ХЭВЛЭЛИЙН НЭГДСЭН РЕДАКЦИЙН ЗӨВЛӨЛ

Ж. Раднаабазар (Эрхлэгч, доцент)

Л. Буджав (Анагаах ухааны дэд эрдэмтэн)

Б. Гоош Анагаах ухааны дэд эрдэмтэн

Ж. Дашдаваа (Анагаах ухааны дэд эрдэмтэн)

Б. Дэмбэрэл (Анагаах ухааны дэд эрдэмтэн)

Г. Дашзэвэг (Анагаах ухааны дэд эрдэмтэн)

Ч. Долгор (Анагаах ухааны дэд эрдэмтэн, профессор)

Ж. Купул (Анагаах ухааны дэд эрдэмтэн)

Э. Лувсандагва (Анагаах ухааны дэд эрдэмтэн)

А. Ламжав (Анагаах ухааны дэд эрдэмтэн)

Б. Мягмаржав (Хариуцлагатай нарийн бичгийн дарга)

П. Нямдаваа (Анагаах ухааны дэд эрдэмтэн)

Б. Рагчаа (Анагаах ухааны доктор, профессор)

Г. Цагаанхүү (Анагаах ухааны дэд эрдэмтэн)

Б. Шинжирбаатар (Анагаах ухааны дэд эрдэмтэн)

Н. Шура

Техник редактор Ч. Гомбо

Хянагч Д. Сайн-Амгалан

1980 оны 4-р сарын 20-нд хэвлэлд шилжүүлж 5655 ш хэвлэв. Цаасны хэмжээ 10x108 1/16. х. н. х. 5.6 А—77663.
За—С—203

Д. Сүхбаатарын нэрэмжит хэвлэлийн комбинатад хэвлэв.
Д. Сүхбаатарын талбай 6.

Монгол Ардын Хувьсгалт Намын Төв Хорооны тогтоол

Dr. med. P. Nymadawa

Ulan - Bator

Central Post, P. O. B. 596

MONGOLIA

МОНГОЛ АРДЫН ХУВЬСГАЛЫН

60 ЖИЛИЙН ОЙН ТУХАЙ

1981 оны долдугаар сарын 11-нд Монголын ардын хувьсгалын 60 жилийн ой болно. Энэ нь манай орны хөдөлмөрчид болон хилийн чанад дахь манай анд нөхдийн хувьд Монгол орны нөхцөлд бодит социализм ялсны баяр марксизм-ленинизм, пролетарийн интернационализмын гандан бууршгүй үзэл санааны ялалтын баяр болох юм.

Ардын хувьсгал ялснаас хойшхи үед монголын ард түмэн замдаа тохиолдсон асар их бэрхшээлийг туулан давж, феодализмаас шууд социалист байгуулалд түүхэн үсрэлт хийгээд, одоо өөрийн оронд социализм бүрэн байгуулахын төлөө тэмцэж байгааг бахархан гэмдэглэж байна. Ийнхүү эх орныхоо саруул ирээдүйн төлөө Монгол ардын хувьсгалыг үүсгэн мандуулагчдын хүсэл зориг биеллээ. Монголын ард түмэн марксист-ленинист шалгарсан манлай-МАХН-ынхаа удирдлагаар эрэлхгээр тэмцэж, аугаа их Зөвлөлт Холбоот Улсын бүх талын аж дүүгийн тусламж, халуун интернационалч дэмжлэг авсны ачаар энэ хүсэл зоригийг биелүүлэв.

Эдгээр ялалт амжилтын эх үүсвэр, монголын ард түмний түүхэн дэх эргэлтийн үе нь Аугаа их Октябрийн социалист хувьсгалын үзэл санааны нөлөөгөөр 1921 онд ялсан Монгол ардын хувьсгал байлаа.

Ардын хувьсгалт ялалт нь түүнээс хойш тус оронд гарсан бүхий л хувьсгалт ардчилсан, социалист өөрчлөн байгуулалтын нэгэн адилаар Маркс, Энгельс, Лениний суут хувьсгалт үзэл санааны амьдруулах чадалтайн яруу төд нотолгоо болов. Энэ ялалтын үрээр нийгмийн амьдралын бүхий л хүрээнд гүнзгий өөрчлөлт гарлаа. Улс төрийн хүрээнд: засаг төрийн бүх эрх ард олны гарт шилжиж, хөдөлмөрчин ардын хувьсгалт ардчилсан диктатур тогтон батжиж, улмаар ажилчин ангийн диктатур болж хөгжлөө.

Нийгэм-эдгийн засгийн хүрээнд: улс орны олон зуун жилийн хоцрогдлыг арилгаж, нүүдлийн бүдүүлэг мал аж ахуйн оронд социалист эдийн засгийн орчин үеийн салбар байгуулан хөгжүүлж, тавад оны эцсээр ардын хувийн аж ахуйтныг хоршоолж дууссанаар БНМАУ-ын нийт улс ардын аж ахуйд социалист харилцаа ялж «Хүн бүр чадлынхаа хирээр хүн бүрт хөдөлмөрлөсний нь хирээр» гэсэн социализмын үндсэн зарчим батжин тогтов.

БНМАУ хөдөө аж ахуй-аж үйлдвэрийн социалист орон боллоо, Социалист соёлын хувьсгал хэрэгжин, хэлбэрэлтгүй гүнзгийрсээр байна. Марксист-ленинист үзэл суртал монголын нийгмийн оюун санааны амьдралын үндэс нь баттай боллоо.

Нийгмийн ангийн бүтцэд үндсэн өөрчлөлт гарлаа. Нийгмийн дэвшлийн голлох хүч болсон ажилчин анги үүсч, эгнээ нь өргөжин төр нийгмийг удирдахад түүний үүрэг өсч, малчин ардууд хувийн аж ахуйтан байснаа хоршоолсон социалист анги болж, ардын сэхээтэн бүрэлдэн төлөвшлөө. Манай тууштай, зорилго чиглэлтэй урагшлах хөдөлгөөн ирээдүйдээ итгэх гуйвалтгүй итгэл нь нийгмийн анги, давхрааны нэгдэл, нам, олон түмний эвдэршгүй нэгдэл, салшгүй нягт хэлхээ холбоонд суурилж байна.

Ардын хувьсгалт байгууллыг байгуулан бэхжүүлэх эрх чөлөө, тусгаар тогтнолоо хамгаалан бататгахын төлөө, улс орны олон зуун жилийн хоцрогдлыг арилгаж, шинэ эдийн засаг, соёлыг байгуулан хөгжүүлэхийн төлөө нам, ард түмний хийсэн шургуу тууштай тэмцэл олон жилийн хүч чармайлтын дүнд, дотоод, гадаадын каргис хүчинтэй болон тус орныг сонгож авсан капиталист биш, социалист хөгжлийн замаас гаргах гэсэн удаа дараагийн өрсөлдөгөтэй ангийн хурц ширүүн тэмцэл хийх явцад монгол нутагт ийм их өөрчлөлт гарсан юм.

БНМАУ-д шинэ нийгэм байгуулах үндсэн зорилтыг хэрэгжүүлэхэд 1981 онд мөн 60 жилийн ой нь болох Монгол Ардын Хувьсгалт Нам шийдвэрлэх үүрэг гүйцэтгэсэн билээ. Нийгмийн удирдан чиглүүлэгч хүч болсон манай нам, улс орныхоо хөгжлийн үндсэн чиглэлийг тодорхойлж, социалист байгуулалтын ээлжит зорилтыг шийдвэрлэхэд хөдөлмөрчин олон түмнийг дайчлан зохион байгуулж байна.

Манай нам одоо БНМАУ-д социализм бүрэн байгуулах програмын зорилтыг амжилттай шийдвэрлэхийн төлөө, улс орноо аж үйлдвэр-хөдөө аж ахуйн орон болгохын төлөө ард түмнийхээ тэмцлийг манлайлж байна.

Улс орныг социалист ёсоор аж үйлдвэржүүлэх үйл явц гүнзгийрэн хөгжиж байна. Одоо аж үйлдвэр нийгмийн нийт бүтээгдэхүүний 40 гаруй хувь, үндэсний орлогын 27 гаруй хувийг үйлдвэрлэж байна. Аж үйлдвэрийн түлш-эрчим хүч, уул уурхайн салбар, барилгын материалын үйлдвэрлэл илүү түргэн хурдацтай хөгжиж байна. Аж үйлдвэр түргэн хөгжиж, түүний техникийн түвшин өсч байгаа нь тэргүүний техник, технологи бүхий томоохон үйлдвэрүүдэд ажилчдыг төвлөрүүлж ажилчин ангийн гол цөм болсон аж үйлдвэрийн ажилчдын эгнээг бэхжүүлж байна.

Лениний хоршооллын төлөвлөгөөг БНМАУ-д хэрэгжүүлсэн нь зөвхөн хөдөөний хөдөлмөрчдийн амьдралд төдийгүй, манай нийгмийн түүхэн хөгжилд үндсэн эргэлт болсон юм. Социалист хөдөө аж ахуй хэлбэрэлтгүй хөгжиж, түүний техник хангамж өсөн нэмэгдэж байна. Хөдөө аж ахуйн үйлдвэрлэл эрчимжиж, нэгдэл, сангийн аж ахуй зохион байгуулалт аж ахуйн талаар ихээхэн бэхжилээ.

Атар газар эзэмшиж үр тарианы аж ахуйг хөгжүүлснээр газар тариалан хөдөө аж ахуйн бие даасан салбар болж, улс орны гурилын дотоод хэрэгцээг өөрийн үйлдвэрлэлээр хангах бололцоотой боллоо.

Хөдөө аж ахуйн үндсэн фонд 1979 онд 1960 оныхоос 4,8 дахин нэмэгдэв.

Их барилга, тээвэр холбоо, соёл, шинэжлэх ухаан, эрүүлийг хамгаалах, ардын боловсрол хэлбэрэлтгүй урагшлан хөгжиж байна.

Ард түмнийхээ сайн сайхны төлөө, нийгмийн үйлдвэрлэл, хөдөлмөрийн бүтээмжийг тасралтгүй өсгөн нэмэгдүүлсний үндсэн дээр хөдөлмөрчдийн аж амьдралын хэмжээг дээшлүүлэхийн төлөө анхаарал каламж тавих нь МАХН-ын үйл ажиллагааны эрхэм дээд зарчим байсан, байсаар ч байх болно.

Жаран жилийн өмнө хүн ам нь бараг нийтээрээ бичиг үсэг мэддэггүй, боловсрол эрүүлийг хамгаалахын ямар ч систем байгаа-

гүй тус оронд одоо дөрвөн хүн тутмын нэг нь сургуульд суралцаж, 10 мянган хүн тутамд больницын 105 ор, 22 их эмч ногдож байна. Хүн ам тутамд ногдох бодит орлого 1960 оныхоос 1,9 дахин нэмэгдлээ.

Манай орон шинэ нийгэм байгуулах замаар хурдавчлан ахих тусам социалист ардчилал өрнөн хөгжиж, төр, нийгмийн үйлдвэрлэлийг удирдахад ард олон улам өргөн оролцож байна. Үйлдвэрлэлийн харилцаа боловсронгуй болж, аж ахуйн байгуулалтыг удирдах, төлөвлөх арга сайжирч ирлээ.

Социализм байгуулах явцад намын үзэл суртал, хүмүүжлийн ажлын идэвхтэй нөлөөгөөр эх оронч, интернационалч, шинэ нийгмийг ухамсартай бүтээн байгуулагч шинэ хүн төлөвшин хүмүүжиж байна. Социализмын үйл хэрэгт хязгааргүй үнэнч, үзэл суртал, улс төр, ёс суртахууны эрхэм чанар нь түүний онцлог шинж болж байна.

Социалист аж төрөх ёс төлөвшин тогтож байгаа нь монголын ард түмний том ололт бөгөөд түүнийг улам идэвхтэй бататган хэвшүүлэх нь одоогийн шатнаа социалист нийгмийг цаашид хөгжүүлэх нэг зангилаа асуудал болж байна.

МАХН-ын Төв Хороо намын XVII их хурал, түүний дараахь Намын Төв Хорооны бүгд хурлуудын шийдвэрийг хэрэгжүүлэн нийгмийн үйлдвэрлэлийн үр ашгийг дээшлүүлэх, ажлын чанарыг сайжруулах, хөдөлмөрийн бүтээмжийг дээшлүүлэх, дотоод нөөц бололцоог дайчлан ашиглах, арвилан хэмнэх зарчмыг нэвтрүүлэх, олон түмнийг хөдөлмөр, нийгмийн өмчид жинхэнэ коммунист ёсоор ханддаг болгож хүмүүжүүлэх, тэргүүн туршлага, шинжлэх ухаан-техникийн ололтыг үйлдвэрлэлд нэвтрүүлэх зэрэг бүтээн байгуулалтын гол асуудлыг шийдвэрлэхэд нам, улс, олон нийт, аж ахуйн байгууллагын бүхий л үйл ажиллагааг чиглүүлж байна. Хөдөлмөрчдийг коммунист ёсоор хүмүүжүүлэх, тэдний бүтээлч идэвх санаачилга, эрч хүчийг өрнүүлэх хүчирхэг арга хэрэгсэл нь бүх ард түмний социалист уралдаан боллоо. Тэргүүн туршлага судлан нэвтрүүлэх явдлыг нам, улс, олон нийт, аж ахуйн байгууллагын нэн тэргүүний хамгийн гол үүрэг болгон дэвшүүлсэн МАХН-ын Төв Хорооны V бүгд хурлын (1979 он) шийдвэр, түүнчилэн тэргүүн туршлага судлан нэвтрүүлэх бүхий л ажлыг сайжруулах гол нөхцөл болсон хөдөлмөрчдийн эдийн засгийн боловсролын хэмжээг дээшлүүлэх тухай МАХН-ын Төв Хорооны VI бүгд хурлын (1979 он) заалт нь тус орны бүхий л амьдралд зарчмын ач холбогдолтой юм.

МАХН-ын улс төрийн бодлогын үнэн зөв бөгөөд амьдрах чадалтай, үзэл суртал, зохион байгуулалтын бат бэхийн үндсийн үндэс нь марксизм-ленинзмийн ашид мөнхийн эрхэм дээд зорилго, пролетарийн интернационализмын зарчимд хязгааргүй үнэнч байдагт нь оршино. Манай нам марксизм-ленинзмийн үнэлж баршгүй эрдэнэсийн үнэт сангаас хүч чадал урам зоригийг авч байдаг бөгөөд олон түмнийг хувьсгалт энэхүү мөнхийн сургаалын үзэл санаагаар хүмүүжүүлэхийг өөрийн ариун үүрэг гэж үздэг юм.

Манай нам, төрийн гарамгай удирдагч МАХН-ын Төв Хорооны нэгдүгээр нарийн бичгийн дарга, БНМАУ-ын Ардын Их Хурлын Тэргүүлэгчдийн дарга нөхөр Ю. Цэдэнбал тэргүүтэй МАХН-ын Төв Хорооноос социализмын материал-техникийн бааз байгуулах, социалист үйлдвэрлэлийн харилцааг боловсронгуй болгох, шинэ хүнийг хүмүүжүүлэх, ЗХУ, социалист хамтын нөхөрлөлийн бусад оронтой тогтоосон ах дүүгийн найрамдал, бүх талын нягт хамтын ажиллагааг бататган, энх тайван, ардчилал, нийгмийн дэвшлийн төлөө тэмцэж байгаа улс түмэнтэй интернационалч эв санааны нэгдлээ бэхжүүлэх талаар явуулж байгаа үйл ажиллагаа нь шинэ нийгмийн байгуулал-

тын өсөн нэмэгдэж байгаа зорилтыг шийдвэрлэхэд асар их үүрэг гүйцэтгэж байна.

Даян дэлхийн хөдөлмөрчдийн их жолоодогч В. И. Ленин, Монгол ардын хувьсгалын удирдагч Д. Сүхбаатар нар эх үүсвэрийг нь тавьсан монгол, зөвлөлтийн ард түмний ах дүүгийн эвдэршгүй найрамдал, зүйл бүрийн нягт хамтын ажиллагаа бол Монгол орны хөгжил цэцэглэлтийн шийдвэрлэх хүчин зүйл, найдвартай баталгаа болсоор ирсэн, болсоор ч байх болно. Монгол-зөвлөлтийн харилцаа нь чухамдаа социалист интернационализмыг улс хоорондын харилцаанд хэрэгжүүлсэн анхны түүхэн хэлбэр мөн бөгөөд улмаар социалист улсуудын хоорондын жинхэнэ ах дүү ёсны шинэ харилцааны үлгэр загвар болж өгсөн юм. Зөвлөлтийн ард түмэнтэй ангийн холбоо тогтоож, сэтгэл харамгүй тусламжийг нь хүртсэний ачаар манай ард түмэн МАХН-ынхаа удирдлагаар Монгол орныг хувьсгалт ёсоор шинэтгэн өөрчлөх бүхий л нарийн түвэгтэй зорилтыг амжилттай шийдвэрлээд одоо социализм бүрэн байгуулах замаар итгэл төгс замнаж явна.

Дэлхийн социалист систем үүсэн тогтохын хамт манай хамтын ажиллагааны хүрээ улам ч өргөжлөө. ЭЗХТЗ-ийн гишүүн орнуудын социалист эдийн засгийн интеграцийг гүнзгийрүүлж, хамтын ажиллагааны удаан хугацааны зорилтот программыг тууштай хэрэгжүүлж байгаа нь БНМАУ-ын эдийн засгийн хүч чадлыг өсгөн нэмэгдүүлэх, монголын ард түмний аж амьдралыг дээшлүүлэх чухал эх сурвалж нь болсоор байна. Тийм ч учраас МАХН-ын XVII их хурал БНМАУ-ыг эдийн засаг, улс төр, үзэл суртал, соёлын салбарт социалист орнуудтай нэн тэргүүнээ аугаа их Зөвлөлт Холбоот Улстай бүх талаар ойртон нягтрах чиг шугамыг дэвшүүлсэн бөгөөд энэ нь одоо амжилттай хэрэгжиж байна.

МАХН орчин үеийн хувьсгалт бүх хүчний нэгдлийг бэхжүүлэхийн төлөө тууштай тэмцэж байна. Манай нам дэлхийн коммунист хөдөлгөөний нэг отрядын хувьд марксизм-ленинизм, пролетарийн интернационализмын зэрчмын үндсэн дээр дэлхийн социалист хамтын нөхөрлөлийг бэхжүүлэх, дэлхийн коммунист хөдөлгөөний эв нэгдлийг бататгах, ажилчин ангийн хувьсгалт тэмцэл, үндэсний эрх чөлөөний хөдөлгөөнийг дэмжихийн тулд өөрөөсөө шалтгаалах бүхнийг хийж, бидэнд харш үзэл, суртал коммунизмын эсрэг, зөвлөлтийн эсрэг үзлийн аливаа илрэл, харгис үндсэрхэж үзэл, баруун, «зүүн» оппортунизмтай эвлэршгүй тэмцэх явдлыг ариун үүргээ гэж үзэж байна.

Марксизмын эсрэг, социализмын эсрэг, ард түмний эсрэг харгис маоизмын мөн чанарыг тал бүрээс нь илчилж энх тайван, улс түмний аюулгүй байдалд бодитой аюул занал учруулж байгаа хятадын одоогийн эрх баригчдын их гүрний жанжлах, эзлэн түрэмгийлэх бодлоготой тэмцэхийг МАХН өөрийн интернационалч ариун зорилт гэж үзэж байна.

Социалист хамтын нөхөрлөлийн их гэр бүлийн тэгш эрхт гишүүн Бүгд Найрамдах Монгол Ард Улс Ази болон даян дэлхийн энх тайван, аюулгүй байдал, улс түмний найрамдал, хамтын ажиллагааг бататган бэхжүүлэхийн төлөө тэмцэж энх тайванч гадаад бодлогыг тууштай хэрэгжүүлж байна.

БНМАУ өөрийн холбоотон-аугаа их Зөвлөлт Холбоот Улс социалист хамтын нөхөрлөлийн бусад орны хамт намжмал байдлын үйл явцыг гүнзгийрүүлж, зэвсэглэлээр улайран хөөцөлдөхийг зогсоох, зэвсэг хурааж, хүн төрөлхтөний амьдралаас дайны аюулыг зайлуулахын төлөө идэвхтэй, тууштай тэмцэж байна.

Өнгөрсөн жилүүдэд БНМАУ-ын нэр хүнд олон улсын тавцан дээр хэлбэрэлтгүй өсч ирлээ. Нэгдсэн Үндэстний байгууллагын болон

олон улсын бусад олон чухал байгууллагын бүрэн эрхт гишүүн, ардын эрхт Монгол улс өнөөдөр дэлхийн 90 шахам улс оронтой дипломат харилцаатай байна.

Монголын ард түмэн улс орныхоо туулж өнгөрүүлсэн баатарлаг замналыг жаран жилийн өндөрлөг дээрээс эргэн харж, шинэ амьдрал байгуулах үйлсэд олон амжилтаараа зүй ёсоор бахархахын сацуу МАХН-ын XVII их хурлын шийдвэр, VI таван жилийн төлөвлөгөөний зорилтыг амжилттай биелүүлэхийн төлөө улам бүр шамдан хөдөлмөрлөж, социалист эх орныхоо саруул сайхан ирээдүйд бат итгэлтэйгээр ялгуусан Ардын хувьсгалын яруу алдарт ойгоо угтаж байна.

МАХН-ын Төв Хорооноос ТОГТООХ НЬ:

1. Монголын ард түмний түүхнээ нэн тэмдэглэлт үйл явдал болох Монгол ардын хувьсгалын 60 жилийн ойд улс орон даяар өргөн бэлтгэж, энэ түүхт ойг Монгол нутагт марксизм-ленинизмын үзэл санаа ялан мандсаны баяр, социализмын төлөө манай ард түмний хувьсгалт тэмцэл, бүтээн байгуулах хөдөлмөрийн амжилт, ялалтын баяр, Зөвлөлт Холбоот Улс, социалист хамтын нөхөрлөлийн бусад оронтой тогтоосон манай ах дүүгийн найрамдлын баяр болгон тэмдэглэхийг нам, үйлдвэрчний эвлэл, хувьсгалт залуучуудын эвлэлийн бүх байгууллага, улс аж ахуй, соёлын бүх шатны байгууллагад даалгасугай.

2. Монгол ардын хувьсгалын яруу алдарт 60 жилийн ой, В. И. Лениний мэндэлсний 110 жилийн ойг аж ахуй, соёлын төлөвлөгөөт зорилтыг амжилттай биелүүлэн нэр төртэй угтахын төлөө бүх ард түмний социалист уралдаан өрнүүлж байгаа аж үйлдвэр, барилга, хөдөө аж ахуй, улс ардын аж ахуйн бусад салбарын хөдөлмөрийн сайчууд, тэргүүний хамт олны санаачилгыг сайншаасугай.

МАХН-ын XVII их хурлын шийдвэр, зургадугаар таван жилийн төлөвлөгөө, шинэ таван жилийн эхний жилийн төлөвлөгөөт үүрэг даалгаврыг амжилттай биелүүлэх, аж үйлдвэр, барилга хөдөө аж ахуйн үйлдвэрлэлийг эрчимтэй өсгөх, үйлдвэрлэлд тэргүүн туршлага, шинжлэх ухаан-техникийн ололтыг тууштай нэвтрүүлэх, ажлын үр ашиг, чанарыг дээшлүүлэх, ард түмний материаллаг аж байдал соёлын хэмжээг хэлбэрэлтгүй нэмэгдүүлэхэд нам, улс, аж ахуй, үйлдвэрчний эвлэл, хувьсгалт залуучуудын эвлэлийн байгууллага, хөдөлмөрийн хамт олны бүх хүч анхаарлыг чиглүүлсүгэй. Зөвлөлт Холбоот Улсын туршлагыг судлан нэвтрүүлэх ажлыг цаашид идэвхжүүлж, үр ашгийг нь дээшлүүлэх явдлыг ой угтсан уралдааны нэг чухал зорилт мөн гэж үзсүгэй.

3. Монгол ардын хувьсгалын 60 жилийн ойд бэлтгэх, тэмдэглэн өнгөрүүлэх ажлыг зохион байгуулах комиссыг аймаг, хот, яам тусгай газарт байгуулж ажиллуулах нь зүйтэй гэж үзсүгэй.

4. Монгол ардын хувьсгалын 60 жилийн ой, МАХН-ын ээлжит XVII их хурал угтаж явуулах зохион байгуулалт, улс төр, хүмүүжил, ухуулга-суртал нэвтрүүлгийн өргөн арга хэмжээг тодорхой төлөвлөгөөний үндсэн дээр өрнүүлэн хэрэгжүүлэхийг аймаг, хотын намын хороо, намын бүх байгууллага, МҮЭ-ийн Төв Зөвлөл, МХЗЭ-ийн Төв Хороо, Ардын армийн улс төрийн газар, Хилийн ба дотоодын цэргийн улс төрийн газарт даалгасугай. Зохион байгуулалт-улс төрийн болон үзэл суртал-хүмүүжлийн бүхий л ажлыг:

Монгол ардын хувьсгалын ялалт, манай оронд гарсан нийгэм-эдийн засаг, улс төр, соёлын гүн гүнзгий өөрчлөлтийн түүхэн ач холбогдлыг өргөн нээн харуулах;

Ардын хувьсгалыг ялалтад хүргэх, нийгмийн амьдралын бүх салбарт асар их амжилт олоход монголын ард түмний дайчин манлай-Монгол Ардын Хувьсгалт Намын удирдах, хувьсгалт өөрчлөн

байгуулагч үйл ажиллагааг өргөн сурталчилж, монгол, зөвлөлтийн ард түмний ах дүүгийн найрамдал манай оронд Зөвлөлт Холбоот Улс, ах дүү социалист бусад орны үзүүлж байгаа интернационалч тусламж, социалист хамтын нөхөрлөлийн орнуудын найрамдал хамтын ажиллагаа, олон улсын коммунист, ажилчны хөдөлгөөний нэгдэл нягтралын ач холбогдлыг өргөнөөр харуулахад чиглүүлэх ёстой.

5. Монголын ард түмний хувьсгалт тэмцэлтэй холбоо бүхий түүх, дурсгалт газрыг тохижуулж, мөнхжүүлэх арга хэмжээ боловсруулан хэрэгжүүлэхийг аймаг, хотын намын хороо, Ардын депутатуудын хурлын гүйцэтгэх захиргаа, Хувьсгалт тэмцлийн ахмад зүтгэлтний хороо, МХЗЭ-ийн Төв Хороо, Монголын пионерын байгууллагын төв зөвлөлд даалгасугай.

6. Ардын хувьсгалын 60 жилийн ойд зориулсан материалыг тусгай төлөвлөгөөний үндсэн дээр байнга нийтлэн нэвтрүүлж монголын хөдөлмөрчдийн шинэ үнэт санаачилга, БНМАУ-ын ололт, амжилтыг өргөнөөр тусган, ЗХУ-аас бидэнд үзүүлсэн ах дүүгийн тусламж, монгол-зөвлөлтийн найрамдлын ач холбогдлыг бүх талаар өргөн тайлбарлан таниулахыг сонин, хэвлэлийн газар: Мэдээлэл, радио, телевизийн улсын хороонд үүрэг болгосугай.

7. Монгол ардын хувьсгалын 60 жилийн ойд зориулсан олон улсын онолын бага хурал бэлтгэн хийлгэхийг МАХН-ын Төв Хорооны дэргэдэх Намын түүхийн институт, Намын дээд сургууль, БНМАУ-ын Шинжлэх ухааны Академид даалгасугай.

8. Их ойд зориулж соёл, урлаг, утга зохиол, биеийн тамир, спортын талаар зохиох арга хэмжээний төлөвлөгөө боловсруулан хэрэгжүүлэхийг БНМАУ-ын Соёлын Яам, Монголын зохиолчдын эвлэлийн хороо, Монголын урчуудын эвлэлийн хороо, Монголын хөгжмийн зохиолчдын холбоо, Монголын урлагийн ажилтны холбоо, Хувьсгалт тэмцлийн ахмад зүтгэлтний хороо, БНМАУ-ын Биеийн тамир, спортын хороонд үүрэг болгосугай.

Ардын хувьсгалын 60 жилийн ойд зориулсан уран зохиол, урлагийн бүтээл туурвих, шинэ жүжиг тавих, кино бүтээх, үзэсгэлэн гаргах, түүнчилэн соёл, спортын төрөл бүрийн арга хэмжээ зохиоход соёл, урлагийн ажилтан нарын хүч чармайлт, авъяас билэг чиглэх ёстой.

Монгол ардын хувьсгалын 60 жилийн ойг хөдөлмөрийн өрнүүн ололт, амжилтаар угтаж, тус оронд социализм байгуулах намын Програмын зорилтыг хэрэгжүүлэх үйлсдээ томоохон алхам хийж, социалист эх орныхоо их ойг тэмдэглэн өнгөрүүлэхийг манай орны ажилчин, малчин тариаланчид, хөдөлмөрийн сэхээтэн Зэвсэгт хүчний дайчид, коммунистууд, монголын хувьсгалт залуучуудын эвлэлийн гишүүд, хөвгүүд, охид, монголын яруу алдарт эмэгтэйчүүд, бүх хөдөлмөрчинд хандан МАХН-ын Төв Хороо уриалж байна.

Монголын бүх ард түмэн МАХН-ын XVII их хурал, Намын Төв Хорооны сүүлчийн бүгд хурлуудын дайчин шийдвэр, намын дэвшүүлсэн зарчмын доозон, зургадугаар таван жилийн төлөвлөгөөт зорилтыг амжилттай хэрэгжүүлэхийн төлөө тэмцэлд энхрий хайрт намаа улам бат хүрээлэн нягтарч, Монгол ардын хувьсгалын 60 жилийн ойг хөдөлмөрийн шинэ шинэ амжилт ялалтаар угтана гэдэгт МАХН-ын Төв Хороо бат итгэж байгаагаа илэрхийлж байна.

МОНГОЛ АРДЫН ХУВЬСГАЛТ НАМЫН ТӨВ ХОРОО

В. И. ЛЕНИНИЙ СУРГААЛ БА СОЦИАЛИСТ ЭРҮҮЛИЙГ ХАМГААЛАХ

Ш. Цэрмаа (Анагаах ухааны
дээд сургуулийн багш, доцент)

1980 оны дөрөвдүгээр сарын 22-нд ЗХУ, социалист ах дүү орнууд дэлхийн бүх шудрага хүн төрөлхтөн суут сэтгэгч, шинэ маягийн марксист нам болон дэлхийн ууган социалист төрийг үндэслэн байгуулагч, цогт хувьсгалч, их жолоодогч В. И. Лениний мэндэлсний 110 жилийн ойг тэмдэглэв.

К. Маркс, Ф. Энгельс нар хүний нийгэм болон хүний амьдралыг үйл ажиллагаанд үзүүлэх нийгэм-эдийн засгийн хүчин зүйлийн шийдвэрлэх үүргийн тухай сургаж, ард олон ялангуяа ажилчин ангийн эрүүл мэндэд хохирол учруулж байгаа гол шалтгаан бол капитализмын нийгмийн ба үндэсний дарлал, арьс өнгөөр ялгаварлах үзэл, ажилгүйдэл, үгүйрэл хоосрол болохыг шинжлэх ухааны үүднээс нотлон тодорхойлжээ.

В. И. Ленин түүхэн шинэ нөхцөлд К. Маркс, Ф. Энгельс нарын сургаалыг гүнзгийрүүлэн өвтэгш хөгжүүлж, социалист эрүүлийг хамгаалах ба хүний эрүүл мэндийг хамгаалах асуудлын нийгмийн мөн чанар, шалтгааны талаар социалист концепцийг үндэслэн боловсруулжээ. Бүхэл амьдралынхаа туршид бусдын баялгийг буй болгож арвижуулан хөдөлмөрлөж буй хэдэн арван мянган хөдөлмөрчид өлсгөлөнгөөс, орон сууцны болон хөдөлмөрийн ой гутам хүнд нөхцөлөөс, амралтгүй ажиллагаас болж цагаасаа өмнө үхэж үрэгдэж байгаагийн гол буруутан бол дарлагч нийгэм гэдгийг тодорхойлон заажээ.

В. И. Ленин, эрүүлийг хамгаалах асуудалд асар их анхаарал тавьж байсны гэрч бол хүний эрүүл мэнд социалист эрүүлийг хамгаалахтай холбогдон гарсан хууль, товхимол, өгүүлэл, архивын бусад олон тооны материал, тэмдэглэл, захиа, цахилгаан, утсаар ярьсан ярианы бичлэг, янз бүрийн материалын эх ноорог зэрэг үй олон бүтээлийг бичиж, хянаж зөвлөж байсныг хэлэхэд л хангалттай байна.

В. И. Ленин зөвхөн 5 жилийн дотор (1918—1922 онд) ард түмний эрүүл мэндийг хамгаалахтай холбогдсон халдварт өвчин, тахалтай тэмцэх, хүүхдийн эрүүл мэндийг хамгаалах, амралт, сувиллын газар байгуулах, эмнэлгийн шинжлэх ухааныг хөгжүүлэх, боловсон хүчнийг бэлтгэх зэрэг асуудлаар 100 гаруй хууль дүрэмд гарын үсэг зуржээ.

П. Коломиец «В. И. Лениний бүтээлүүд дэх эрүүлийг хамгааланы асуудал» гэдэг номыг бичихдээ В. И. Лениний шууд анхаарлын дор гарсан бусад зохиогчдын номноос гадна Лениний өөрийн нь бичсэн 1155 хэвлэгдсэн материалыг цуглуулж ашигласныг дурдахад л энэ асуудлын үнэ цэнийг хичнээн өдөр хэмжээнд тавьж байсныг тод харуулж байна.

В. И. Ленин ном, өгүүлэл, хэлэх үгээ бэлтгэхдээ эмнэлгийн шинж чанартай, ялангуяа эмч нарын ариун цэвэр-дүн бүртгэлийн судалгааны их хэмжээний материалыг судалж түүнд боловсруулалт дүгнэлт хийж бичдэг байсны гэрч нь Кремльд байдаг түүний хувийн номын санд хадгалагдаж байгаа хөдөлмөр хамгаалал, сүрьеэтэй тэмцэх, эх үрсийг хамгаалах, ариун цэвэр, гэгээрлийн асуудал зэрэг олон сэдвээр бичигдсэн эмнэлгийн номууд гэрчилж байна.

В. И. Ленин бүтээлүүдээ туурвихдаа амьдралын нөхцөлийг нийтэм эдийн засгийн байгуулалтай нягт холбож түүхэн-тодорхой бай-

далд цаг ямагт авч үзэж байжээ. Мөн ард түмний эрүүл мэндийг хамгаалах асуудлыг нийгмийг хувьсгалт ёсоор өөрчлөх болон ангийн тэмцлийн асуудалтай нягт холбон үздэг байв.

Тэр ард түмний эрүүл мэндийг хамгаалах асуудлыг хувьсгалт үйл ажиллагааныхаа бүр эхэн үеэс эхлэн анхаарч нам төрийг удирдан жолоодох их ажлын зэрэгцээ социалист эрүүлийг хамгаалахын чухал асуудлуудыг шийдвэрлэж байсан байна.

1889 онд Сибирийн цөллөгөнд байхдаа «Манай намын программын төсөл» гэсэн өгүүлэлдээ есөн үндсэн санаа дэвшүүлж тавьсны дөрвөн зүйл мөн 1902 онд ОАСД намын программын төсөлд ажилчин ангийн улс төр, эдийн засгийн 16 шаардлага дэвшүүлж тавьсны найм нь хөдөлмөрчдийн эрүүл мэндийг хамгаалахтай холбогдсон асуудал байжээ. В. И. Ленин энэ талаар бичихдээ чухамхүү ажилчин ангийн намын программд л эдгээр асуудал заавал тусгагдах ёстой гэж заасан байна. Дэлхийн ууган социалист улс байгуулах хариуцлагатай үүрэг тулгарсан үед В. И. Ленин улс ардын аж ахуй, эдийн засаг, шинжлэх ухаан, цэргийн болон ардын гэгээрэл, эрүүлийг хамгаалах зэрэг өргөн цар хүрээтэй янз бүрийн олон асуудлыг олон талаас нь сайтар судлан боловсруулж тэдгээрт ул суурьтай дүн шинжилгээ хийж байжээ. Эдгээр асуудлын дотроос эрүүлийг хамгаалах асуудалд онцгой анхаарлыг тавьж социализмын төлөө тэмцэл бол ард түмний эрүүл мэндийн төлөө тэмцэл юм гэсэн зарчмыг тууштай баримталж байв. Учир нь хувьсгалын өмнөх Орос орны эрүүлийг хамгаалах явдал тэр үеийн Европын хөгжилтэй орнуудтай харьцуулахад туйлын их хоцрогдмол байлаа. Түүний дээр Зөвлөлт засгийн эхний жилүүдэд интервенц, иргэний дайнд нэрвэгдэж, эвдрэл сүйрэл, өлсгөлөн, үхэл, даарах зэргээс болж янз бүрийн халдварт өвчин, тахал гарч хүнд байдалд орсон юм.

Залуу Зөвлөлт засгийн эсрэг чиглэсэн 14 улсын интервенц дээр тахал гэдэг нэртэй «15 дахь улс» нэмэгдсэн юм гэж Зөвлөлтийн эрдэмтэд томьёолсон байдаг. Энэ үед В. И. Ленин «Хүн төрөлхтний гол үйлдвэрлэх хүч болсон ажилчдыг аврах» лоозонг дэвшүүлэн тавьжээ.

1919 онд В. И. Ленин хэлэхдээ: «Империалист дайн биднийг бүдүүлэг байдалд оруулж гэдрэг ухраав. Гэвч бид хөдөлмөрчдийг хүн төрөлхтний гол үйлдвэрлэх хүч болсон ажилчдыг аварвал, бид алдсан бүхнээ эргүүлж авна, харин бид тэднийг аварч эс чадвал мөхнө... Ажилчид ажил хийж чадахгүй ч гэсэн тэднийг аврах хэрэгтэй байна. Хэрэв бид энэ хэдэн жилийн дотор ажилчдыг аварвал улс орон, нийгэм, социализмыг аварч чадна. Хэрэв аварч эс чадвал хөлсний бөөлчлөлд эргэж орох болно»¹ гэж хэлжээ. Ийнхүү В. И. Ленин хувьсгал, нийгмийн шинэ байгууллын хувь заяаг ажилчдын эрүүл мэнд, тэдгээрийн ажиллах чадвар, амьдралын төлөө тэмцэлтэй нь шууд холбон тавьж байжээ.

Тэр «Нийгмийн шинэ байгуулал ялахад хамгийн чухал хамгийн гол зүйл бол эцсийн дүнд хөдөлмөрийн бүтээмж юм»² гээд хөдөлмөрийн бүтээмжийг ганцхан техникийн дэвшил, хөгжил, техникээр тоноглох асуудлаар шийдвэрлэж болохгүй, харин үүнтэй адил нэг хэмжээнд тавигдах асуудал бол ажилчин ангийн эрүүл мэндийн асуудал юм гэсэн билээ.

Октябрийн социалист хувьсгал ялсан анхны өдрөөс эхлэн Зөвлөлт төр В. И. Лениний шууд удирдлагаар газрын болоод эрүүл энхийн холбогдолтой хууль гаргаж ажлын өдрийг найман цагаар тогтоон,

1. В. И. Ленин 29 дүгээр боть 357—358

2. В. И. Ленин 29 дүгээр боть 421 дэх талд

тэтгэвэр тэтгэмж өгөх, өвдсөн үед эмнэлгийн тусламж үзүүлэх болсон нь хүн амыг эрүүлжүүлэхэд шууд нөлөөлсөн юм.

Хувьсгалын эхний хүнд жилүүдэд Зөвлөлтийн эмнэлгийн байгууллагын өмнө улаан арми, фронтыг эмнэлгээр хангах, тахалтай тэмцэх хоёр үндсэн зорилт тулгарчээ. Ялангуяа хамгийн гол зорилго бол тахалтай тэмцэх явдал байв. В. И. Ленин хэлэхдээ: «Энэ нь соёлын төлөө бидний хийх тэмцлийн анхны алхам, оршин тогтнохын төлөө тэмцэл юм»¹ гэсэн байна.

1920 оны VII сард «Дайнд дайны ёсоор байх хэрэгтэй» гэсэн өгүүлэлдээ: Интервенц, иргэний дайны хүнд үеийг амжилттай даван тууллаа «Одоо цус урсгахгүй дайны ээлж ирлээ. Өлсөх, даарч хөрөнхийн эсрэг, балнад, үгүйрэл, хоосролын эсрэг, харанхуй бүдүүлэг байдал, эвдрэл сүйрлийн эсрэг хийх цус урсгахгүй дайны фронт дээр ялахын төлөө тэмцэгтүн»² гэж уриалан бүх анхаарлыг энэ асуудалд хандуулах зорилтыг дэвшүүлэн тавьжээ.

В. И. Ленин армийн эмнэлгийн албыг зохион байгуулахад асар их анхаарал тавьж Ардын комиссириатын хурлаар олон удаа авч хэлэлцэж байв. Цэргийн эмнэлгийн вагоны хөдөлгөөнийг нэмэгдүүлэх, армийн ариун цэврийн байдлыг сайжруулж хэрэгцээтэй бүх зүйлээр хангах, фронтод эмч нарыг олноор явуулах зэрэг арга хэмжээг яаралтай авч байжээ. В. И. Ленин «Фронтос ирсэн мэдээгээр үзэхэд аравдугаар сарын нэгний байдлаар 122 их эмч, 467 бага эмч фронтод очжээ. Москвагаас 150 их эмч явуулсан байна. Балнадтай тэмцэхэд туслахаар 800 их эмч арван хоёрдугаар сарын арван тавны наана фронтод нэмж очих болно гэж найдах үндэс бидэнд байна»³ гэж Бүх Оросын Зөвлөлүүдийн VII их хурал дээр хэлсэн байна. Үүнээс үзэхэд армийн дайчдыг өвчнөөс хамгаалахын тулд хичнээн их анхаарал тавьж, яаж туслах тооцоог хичнээн нарийн гаргаж чиглүүлж байсныг харуулж байна. Балнадаас гадна цагаан цэцэг, урвах тахал, тарваган тахал зэрэг халдварт өвчин гарч 1918 онд Петроград, 1919, 1920, 1921 онуудад Москва, баруун фронт болон бусад зарим районд урвах тахал, тарваган тахал гарчээ. Тэр үед В. И. Лениний шууд оролцоотойгоор хотыг цэвэрлэх ариутгах, усан хангамж, орон сууцны ариун цэврийг сайжруулах, агаарыг цэвэржүүлэх, төмөр замын тээвэрт «Цэвэрлэгээний долоо хоногийг» тогтоож явуулах, өлсгөлөн тохиолдсон хүүхдүүдэд туслах, бүх нийтэд цагаан цэцгийн тариа хийх, өвчтөнийг чанартай хоол унд, хэрэгцээтэй зүйлээр нь хангах, эмнэлгийн хүрэлцээг сайжруулах, эмийн сангуудыг болон хувийн эмчилгээний газруудыг улсын болгох зэрэг яаралтай шийдвэртэй арга хэмжээг авсан байна.

Аюулт халдварт өвчний байдал ямар байгаа, ямар арга хэмжээ авч байгаа зэргийг В. И. Ленин цаг ямагт анхаарч Н. А. Семашкогос цаг үргэлж асууж, өдий төдий үүрэг даалгавар, захна зурвас өгч байснаар барахгүй зарим үед өөрөө биечлэн шалгаж байлаа.

В. И. Лениний нэг гол гавьяа бол Зөвлөлт засгийн хамгийн хүнд жилүүдэд социализмын ялалтанд гуйвалтгүй итгэж, тохиолдсон бэрхшээлийг даван туулах арга замыг ухаалаг шийдэж, тахалтай тэмцэх явдлыг улс нийтийн онцгой чухал зорилтын хэмжээнд өргөн тавьж чадсанд оршино. Өвчин гарахад нөлөөлж буй нийгэм-эдийн засаг, биологийн шалтгааныг арилгахад бүх хүчээ дайчлах, тахалтай тэмцэхэд хөдөлмөрчин ард түмнийг хамгийн их өргөнөөр татан оролцуулах, бүх орон даяар ариун цэврийг сахиулах ажилчдын олон зуун комиссыг байгуулах зэрэг арга хэмжээг яаралтай авсны үрээр бараг нэгэн

¹ В. И. Ленин 30 дугаар боть 170 дахь талд

² В. И. Ленин 30 дугаар боть 339 дэх талд

³ В. И. Ленин. 30 дугаар боть 216 дахь талд

зууны үеийн туршид өргөн хэмжээгээр тархаж байсан бөөсний хижгийг дөрөвхөн жилийн дотор, бусад халдварт өвчнийг богино хугацаанд устгах бололцоотой болсон юм. Зөвлөлт улсын энэ амжилтыг капиталист орнууд хүртэл хүлээн зөвшөөрчээ. Лондоны «Дейли Ньюс» сонин бичихдээ, Орос орон хүнс хоолны хүнд байдалд байгаа ч урвах тахлын асуудлыг шийдэж чадав. Урвах тахлын эсрэг авсан урьдчилан сэргийлэх зохион байгуулалтын ухаалаг арга хэмжээ нь хаант Оросын дэглэмээс хамаагүй сайн байлаа гэж бичиж байжээ.

В. И. Ленин томоохон асуудлыг шийдэж байхдаа ч гэсэн тусгай тодорхой зүйлийг хэзээ ч мартдаггүй байжээ. Жишээлбэл 1921 оны долдугаар сарын 15-нд Н. А. Семашкогийн нэр дээр ирүүлсэн нэгэн захидалдаа ажилчид бөөгнөрсөн газар урвах тахлаар өвчилж магадгүй учир Каширын цахилгаан станцын барилга руу нэг эмчийг яаралтай томилон явуулна уу? гэж бичсэн байна.

* * *

Урьдчилан сэргийлэх зарчим бол социалист эрүүлийг хамгаалахын эхлэл төгсгөл (альфа, омега) гэж үздэг. Энэ зарчим ард түмний эрүүл мэндийг хамгаалах нам, социалист төрийн үйл ажиллагааг тодорхойлдог юм.

Урьдчилан сэргийлэх зарчмын онолын гүнзгий үндэслэлийг анх марксизм-ленинизм тодорхойлжээ. Октябрийн хувьсгал ялахаас бүр өмнө В. И. Ленин заахдаа марксизм бол зөвхөн өнгөрснийг тайлбарлаад зогсохгүй, ирээдүйг айлтгүй харж, түүнийг хувьсгалт ёсоор өөрчлөн байгуулахад практик үйл ажиллагаагаа зоригтой чиглүүлдэг түүхэн хандлагаараа өмнөх бүх үзэл санаанаас ялгагддаг юм гэжээ. Үнэхээр урьдчилан сэргийлэх чиглэл гагцхүү пролетарийн диктатур ялсан бодит социализмын нөхцөлд л жинхэнэ биеллээ олдог нь практик дээр нэгэнт нотлогдлоо.

В. И. Ленин, энэхүү үндэслэл дээр тулгуурлаж ард олны эрүүл мэндийн асуудал бол улсын агуу их үнэт зүйл, нийгмийн баялаг учраас урьдчилан сэргийлэх асуудал бол социалист эрүүлийг хамгаалахын хөгжлийн гол жанжин шугам гэсэн дүгнэлт хийжээ. В. И. Ленин хувьсгалын өмнөх Орос орны амьдрал, нөхцөл, улс төр, эдийн засаг, социологийн салбарт олон тооны янз бүрийн судалгаа шинжилгээ явуулж 1899 онд бичсэн «Орос дахь капитализмын хөгжил» гэсэн номондоо тариачны амьдралын нөхцөлөөс болж өлсгөлөн, өвчнөөс болж үй олон хүн амь насаа алдаж байгаагийн шалтгааныг уудлан илрүүлжээ. Нийгэм биологийн хүчин зүйл хүний эрүүл мэндэд нөлөөлдгийг хөрөнгөтний онолчид үгүйсгэдэг. Мальтусын онол, фрейдизм ба биологичлах, натуралист онол, психосоматик эсрэг нозологизм, «Хүчин зүйлийн онол» зэрэг янз бүрийн харгис онолоор халхавч хийж, хөрөнгөт ертөнцийн бурангуй бүхнийг нийгмийн байгуулалтад биш харин хэсэг бүлэг хүмүүс, арьстан, ард түмэн, хүмүүс боловсронгуй болж чадаагүйтэй холбон нотлохыг оролддог байна.

В. И. Ленин хөрөнгөтний элдэв харгис урсгалын эсрэг шийдвэртэй тэмцлийг явуулж ирсэн юм.

В. И. Ленин байгалийн ба биологийн шинжлэх ухааны хөгжлийг гүнзгий судалж, 1904 онд Женеваас И. М. Сеченовын физиологийн «Сэтгэхүйн элемент» гэдэг ном явуулахыг ээждэг хүсч байжээ.

Түүний эмнэлгийн талаархи өргөн мэдлэг, гүнзгий сэтгэлгээ нь орчин тойронд нь олон эмч нар үргэлж байдаг байсантай холбоотой юм. Тэр А. Д. Бланк (халдварт өвчний эсрэг тэмцэлд идэвхтэй оролцож байсан), Д. И. Ульянов; А. А. Залежский, В. А. Левицкий, Н. А. Алексеев, Я. М. Ляховский, Н. А. Семашко, А. Л. Богданов нартай үргэлж ажил төрлийн холбоотой ажиллаж байжээ. Эд бүгд

В. И. Лениний биологийн шинжлэх ухааны салбар дахь мэдлэгийг өргөжүүлэхэд тодорхой хэмжээгээр нөлөөлж, ялангуяа олон өвчний нийгэм биологийн янз бүрийн хүчин зүйлийн харилцан уялдаа холбооны талаар марксист дүгнэлт өгөхөд нь тусалж байв.

В. И. Ленин Октябрийн хувьсгал ялсны дараа ямар ч хүч хөрөнгөөр хамаагүй эрүүлийг хамгаалах болон урьдчилан сэргийлэх ажлыг нам, улсын шинж чанартай, үнэ төлбөргүй, төлөвлөгөөтэй, нийтэд хүртээмжтэй, хөдөлмөрчин ард түмний үйл ажиллагааны ухамсартай оролцоотойгоор зохион байгуулах зарчмыг үндэслэн тогтоох нь зүйтэй гэж үзээд түүнийг биелүүснээрээ, эрүүлийг хамгаалахын түүхэнд үнэт хувь нэмрээ оруулжээ. Эдгээр зарчим бол Зөвлөлтийн эрүүлийг хамгаалахын тулгын чулуу, суурь болсон юм. 1918 оны нэгдүгээр сард Лениний удирдлагаар Зөвлөлтийн Ардын Комиссириат, большевик А. Н. Винокуров даргатай Эмч нарын коллегийн зөвлөл байгуулахаар шийдвэрлэжээ. Энэ зөвлөл Зөвлөлт засгийг тууштай дэмжиж буй эмч нарыг нэгтгэж байв. Дараа нь 1918 оны VII сард Эрүүлийг Хамгаалахын Ардын Комиссириатыг байгуулах В. И. Лениний гарын үсэгтэй шийдвэр гарч даргаар нь Н. А. Семашког томилжээ.

В. И. Лениний үзэл санаа 1919 онд хуралдсан БХК (б)-уудын Намын VIII их хурлаас баталсан намын программд бүрэн тусгагдаж Эрүүлийг хамгаалах зорилтыг маш тодорхой заасан байна. Үүнд;

1. Хүн амыг эрүүлжүүлэх (хөрс, ус, агаарыг хамгаалах)

2. Нийтийн хоол хүнсийг эрдэм шинжилгээ-эрүүл ахуйн үүднээс зохион байгуулах;

3. Халдварт өвчний тархалтаас урьдчилан сэргийлэх зохион байгуулалтын арга хэмжээ авах.

Эмнэлгийн урьдчилан сэргийлэлтийн чиглэлийн талаархи В. И. Лениний үзэл санааны алсыг харагч бодлогын үр дүн өнөөгийн Зөвлөлт орны анагаах ухааны хөгжлөөр бүрэн нотлогдож байна. Эмнэлгийн урьдчилан сэргийлэх ленинч бодлогыг тууштай хэрэгжүүлсний ачаар ЗХУ ба социалист бусад оронд үй оlnыг үхлээр заналхийлж байсан гэдэсний хижиг, тарваган тахал, урвах тахал, цагаан цэцэг, бөөсний хижиг, сааг бүрэн устгаж сахуу, хөхүүл ханиалга, татран зэрэг халдварт өвчнийг устгах хэмжээнд хүрч байна.

Энэ бүх ололт Зөвлөлтийн хүмүүсийн дундаж наслалтыг уртасгаж, хүүхдийн үхлээр дэлхий дээрх хамгийн бага орнуудын нэг болж эмнэлгийн боловсон хүчин ихээхэн өссөнөөр тодорхойлогдож байна.

* * *

В. И. Ленин хүүхдийн эрүүл мэндийг хамгаалах, хүмүүжүүлэх асуудлыг онцгой анхаарч бүх ард түмэн, улс нийтийн үйл хэрэг гэж үзсэн юм. Хүүхдүүд бол коммунизмын үед зөвхөн амьдрагчид төдийгүй түүнийг байгуулагчид гэж сургажээ.

Хувьсгалын өмнөх Орос оронд хүн амын өвчлөл үхлийн дотор хүүхэд ихээхэн суурийг эзэлдэг байсан ба энэ үзүүлэлтээрээ Хаант орос Европын бусад орны дотор нэгдүгээр байрыг эзэлдэг байжээ.

Хувьсгалын өмнөх Орос оронд албан ёсны тоогоор төрсөн 100 хүүхэд тутмаас 25 хүүхэд нэг нас хүрэхгүй үхэж байсан ба өнчин хүүхдийн газрын хүүхдийн үхэл 80 хувьд хүрч байжээ. Оросын агуу их өргөн уудам нутагт хүүхдийн зөвлөлтөө өгөх газар ердөө л есхөн байжээ. Амьдрахын эрхээр 8—9 насны хүүхдүүд фабрик заводад хүнд хүчир хөдөлмөр хийж бага цалин хөлс авч байжээ. 1894 онд В. И. Ленин Оросын социал-демократ намын программын төслийг боловсруулахдаа эздээс сургуулийн насны хүүхдийн хөдөлмөрийг ашиглахыг зогсоох, бага насны хүүхдийн хөдөлмөрийн цагийг 6 цаг хүртэл багасгах шаардлагыг дэвшүүлэн тавьсан юм.

Октябрийн хувьсгал ялсны дараа В. И. Лениний санаачлагаар Зөвлөлт засгийн газар эх үрсийн эрүүл мэндийг хамгаалах талаар олон чухал арга хэмжээ авсан байна. 1918 оны нэгдүгээр сард насанд хүрээгүй хүүхдэд зориулсан тусгай комисс байгуулж, мөн VIII сард хүүхдэд том хүнээс илүү хүнсний зүйлийг хүртээх тухай, IX сард «Хүүхдийн хоол хүнсийг сайжруулах», «Хүүхдийн хоол хүнсний фонд байгуулах», 1919 онд «Хүүхдийг хамгаалах зөвлөлийн байгууллагын тухай», «14 хүртэлх насны хүүхдийг үнэ төлбөргүй хооллох тухай», «Бага насны хүүхдэд зориулж ойн сургууль байгуулах» зэрэг хүүхдийн эрх ашгийг хамгаалсан хэд хэдэн шийдвэр гаргажээ. Ялангуяа өлсгөлөн тохиолдож өвчин тусаж буй хүүхдийг аврахад онцгой анхаарал тавьсан байна. В. И. Лениний шууд заавраар 1920 оны III сард Ардын Комиссиариат хүүхдийн эрүүл мэндийг хамгаалах асуудлын талаар онцгой тогтоол гаргажээ.

Энэ бүхэн нь урьд өмнө ямар ч улс оронд байгаагүй тийм хууль шийдвэр байлаа.

* * *

Хувьсгалын өмнөх Орос оронд нийгмийн олон асуудлын дотроос эмнэлгийн боловсон хүчний хангамж хамгийн хурц асуудал байлаа. 1913 оны байдлаар ердөө л 28000 эмчтэй байжээ. Оросын их сургуулийн эмнэлгийн факультетэд 8600 оюутан суралцаж байснаас жилд 900-гаас хэтрэхгүй хүмүүс төгсгөж байжээ. Энэ бүгдээс үзэхэд хувьсгалын өмнөх Орос орон эмнэлгийн боловсон хүчин хамгийн их дутагдалтай орон байлаа.

Оросын сэхээтний нилээд хэсэг нь хувьсгалын ач холбогдлыг ойлгохгүй байсан ба зарим нь хөрөнгөтөнтэй хувийн үзлээр зогсохгүй ашиг завшааныг эрхэмлэх үзэлтэй байв.

В. И. Ленин, оросын эмч нар Зөвлөлт засгийн ард түмнийхээ ашиг тусын төлөө хийж буй арга хэмжээг нүдээрээ харах дутам ард түмэнтэйгээ хамт явах нь дамжиггүй гэж итгэл дүүрэн хэлж, гагцхүү тэдгээрт тууштай, тэвчээртэй Зөвлөлт улсын мөн чанарыг ойлгуулах нь л чухал гэж сургаж байжээ. Үнэхээр ч оросын нэрт эрдэмтэн Д. К. Заболотный, Н. Ф. Гамале, Е. И. Марциновский, Л. А. Тарасевич, А. Н. Сынсин, В. И. Недричайлов зэрэг олон эрдэмтэн эмч нар Зөвлөлт засгийн талд баттай зогсож тахлын эсрэг арга хэмжээнд идэвхтэй оролцсон төдийгүй, Зөвлөлтийн Эрүүлийг хамгаалах албыг буй болгоход ихээхэн үүргийг гүйцэтгэжээ. Тэр хүнд жилүүдийн үеийн Оросын эмч нарын үйл ажиллагааны тухай профессор М. Паппенгейм 1921 оны XI сард Вена хотод тавьсан илтгэлдээ удирдах ба жирийн албан тушаалд байгаа Оросын эмч нарын шантрашгүй ажлаас болж би илтгэлээ дуусгаж чадахгүй байна. Үндэстний хамгийн их баялаг, нийгмийн хөгжлийн суурь болох хүн ардын эрүүл мэндийг хамгаалах явдал бидний гарт гэдэг үзэл эмч нарын ухамсарт нэвт шингэжээ гэсэн байна.

В. И. Ленин, хувьсгалын эхний өдрөөс эхлэн шинжлэх ухааны асуудлыг нийт улсын үйл хэрэг болгон хөгжүүлэх, эрдэм-судлалын лабораторийг тоноглох, эрдэмтдийг ажиллах нөхцөлөөр хангах шаардлагыг зохих байгууллагад шаардаж анагаах ухааны эрдмийн зөвлөл байгуулах, бактериологийн институт болон лабораторийг шаардагдах багаж хэрэгсэл ба бусад зүйлээр хангах тогтоол гаргажээ. Засгийн газрын комисст эрдэмтдийн ажлын нөхцөлийг судалж үзэх, бололцоотой бүх зүйлээр тэдэнд туслахыг үүрэг болгосон байна.

Эрдэмтдийн талаар анхаарч байсан бас нэг жишээ бол: Лениний гарын үсэгтэй Ардын Комиссариатын 1921 онд гаргасан Академич И. П. Павлов ба түүний ажилтнуудын эрдэм шинжилгээний ажлын хангамж, нөхцөлийн тухай гаргасан тогтоол юм. Энэ тогтоол өөрийн

улсын шинжлэх ухааныг хөгжүүлэхэд хичнээн их анхаарч байсан, мөн ирээдүйн Оросын талаар хичнээн их санаа тавьж байсныг харуулна.

В. И. Ленин 1920 оны III сард бүх оросын эмнэлэг-ариун цэврийн хөдөлмөрийн ажилтан нарын I их хурал дээр «Шинжлэх ухаан ба ажилчны төлөөлөгчид хамтран нэгдэж ажиллавал гуйланчлал, өвчин бохир байдлын бүх зовлонгоос ангижирч болно, ангижрах ч болно. Шинжлэх ухаан, пролетари, техникийн төлөөлөгчид холбоотой байгаа цагт ямар ч харгис бурангуй хүч тэсэж чадахгүй арилна»¹ гэжээ.

Энэ үг эмнэлгийн ажилтны үйл ажиллагааны программ болж Зөвлөлтийн Эрүүлийг хамгаалахад онол практикийн нэгдлийг хангах, хүн ардын эрүүл мэндийг хамгаалах практик бүх арга хэмжээг шинжлэх ухааны үндэстэй зохион байгуулах зарчмын үндэс болсон байна. Шинжлэх ухааны онол, хувьсгалт практик хоёрын салшгүй нэгдлийн бодит биеллийг буй болгосон явдал бол Лениний аугаа их түүхэн гавьяа мөн.

В. И. Ленин Зөвлөлтийн эрүүлийг хамгаалах онолын үндсийг боловсруулж хөгжүүлсэн бөгөөд социалист эрүүлийг хамгаалах байгууллагын зорилт, ажлын шинэ хэлбэрийг тогтоож өгсөн юм.

В. И. Лениний түүхэн сургаалаар замнасан ЗХУ-ын социалист Эрүүлийг хамгаалахын 60 гаруй жилийн түүхэн хөгжлийн ололт амжилт нь нам, ард түмний ган бат нэгдэлд оршиж байна. «Манай бүх ялалтын гол эх сурвалж нь нам ард түмний ган бат нэгдэлд... хувьсгалт эрчилсэн хүч, чармайлтыг нь ээлжит чухал зорилтод төвлөрүүлж чаддагт оршиж байна» гэж В. И. Лениний мэндэлсний 110 жилийн ойн тухай ЗХУКН-ын Төв Хорооны тогтоолд заасан билээ. Ард түмний эрүүл мэндийг хамгаалах, социалист эрүүлийг хамгаалах Лениний ангич, намч зарчимд тулгуурлан ЗХУКН ба ах дүү бусад нам өөр өөрсдийнхөө ард түмний эрүүл мэндийг хамгаалах явдлыг өндөр түвшинд тавьж, асар их амжилт олж байна.

ЗХУКН-ын XXV их хурал дээр ЗХУКН-ын Төв Хорооны ерөнхий нарийн бичгийн дарга, ЗСБНХУ-ын Дээд Зөвлөлийн Тэргүүлэгчдийн дарга Л. И. Брежнев хэлэхдээ: «Нийгмийн зорилгуудын дотроос Зөвлөлтийн хүний эрүүл мэндийн тухай анхаарах шиг тийм чухал зорилго байхгүй юм» гэж тодорхойлжээ.

Дэлхийн пролетари нарын суут онолч В. И. Лениний мэндэлсний 110 жилийн ойг нийт дэвшилт хүн төрөлхтөн улс төр, хөдөлмөрийн их өрнөлтөөр тэмдэглэн өнгөрүүлсэн энэ үед БНМАУ-д социалист эрүүлийг хамгаалах бүхэл бүтэн систем бүрэлдэн тогтож хөгжиж ирсэн 60 шахам жилийн түүх нь В. И. Лениний эрүүлийг хамгаалах талаар гаргасан сургаалын бодит биелэл гэж манай ард түмэн бахдан бахархаж байна.

АШИГЛАСАН НОМ

1. В. И. Лениний Зохиолуудын XXIX боть
2. В. И. Лениний Зохиолуудын XXX боть
3. О. В. Бароян. В. И. Ленин и некоторые вопросы здравоохранения Москва. 1970 г.
4. Ж. Аминдаваа. Ленин ба ардын эрүүлийг хамгаалах УБ. 1968 он

1. В. И. Ленин 30 дугаар боть 397 дахь талд

ЛЕНИНСКОЕ УЧЕНИЕ И СОЦИАЛИСТИЧЕСКОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

РЕЗЮМЕ

Ш. Цэрмаа

Огромное значение в научной разработке задач советского здравоохранения имеют труды В. И. Ленина.

С первых дней победы Великого Октября, в тяжелые годы военной интервенции и гражданской войны В. И. Ленин большое внимание придавал вопросам организации социалистического здравоохранения в Советском Союзе.

Работы В. И. Ленина, позволившие раскрыть сущность гуманизма и классового характера медицины, привели за годы советской власти социалистическое, подлинное народное здравоохранение к выдающимся успехам.

Встречая 110-летие со дня рождения В. И. Ленина, монгольские медики добиваются новых и новых успехов, руководствуясь вечно живым учением великого Ленина об основных принципах социалистического здравоохранения.

МАХН-ын X их хурлын 40 жилийн ойд зориулав.

МОНГОЛ АРДЫН ХУВЬСГАЛТ НАМААС АРД ТҮМНИЙ ЭРҮҮЛ МЭНДИЙГ ХАМГААЛАХ ТАЛААР ЯВУУЛСАН БОДЛОГО АМЬДРАЛД ХЭРЭГЖИЖ БАЙНА

Мо. Шагдарсүрэн (Анагаах ухааны дэд эрдэмтэн.)

Ардын эрүүлийг хамгаалах явдал бол ардын хувьсгалын үр дагавар, социалист байгуулалтын чухал салбар бөгөөд манай соёлын салшгүй үндсэн хэсгийн нэг мөн.

Октябрийн социалист их хувьсгалын хүчирхэг нөлөөн дор 1921 онд ялсан ардын хувьсгал нь улс эх орондоо тусгаар тогтнолыг, ард түмэндээ улс төр, нийгмийн эрх чөлөө, аз жаргалыг авч ирсэн билээ.

Хувьсгалын өмнөх монгол оронд шинжлэх ухааны эмнэлгийн газар, үндэсний эмч, мэргэжилтэн байсангүй. Тэр үед төрсөн бүх хүүхдийн тэн хагас нь нэг нас хүрэлгүй эндэж, амаржсан эхийн 13,2 хувь нь нас барж байв.

Нас баралт өндөр, төрөлт бага байснаас хүн амын нөхөн өсөлт зогсонги байдалд орсон бөгөөд (1862—1918) Манжийн дарлалын үе дэх гадаад монголын хүн ам (4,5 хувиар) хорогдож, зарим судлаачид тэр үеийн монголын хүн амыг «Мөхөж байгаа» хүн ам гэж тэмдэглэж байлаа.

Энэ үед дэлхийн анагаах ухааны хөгжлийн түвшингээс хол хоцрогдсон, туршлага сорилд тулгуурласан эртний монгол төвдийн эмнэлэг ноёрхож байв.

Монгол ардын хувьсгалт нам байгуулагдсан анхны өдрөөс эхлэн хуучин монгол оронд ардын эрүүлийг хамгаалахын үндэс суурийг цоо шинээр үүсгэн бий болгох, цаашид хөгжүүлэн бэхжүүлэх бодлогыг тууштай баримталж ирсэн юм.

Манай нам, ардын төрийг үндэслэн байгуулагч, цэргийн гарамгай жанжин Д. Сүхбаатарын удирдлагын дор 1921 оны VIII сарын 15-нд бүх цэргийн зөвлөл хуралдаж, цэрэг, ардад нэгэн адил тусламж үзүүлэх эмнэлгийн хороо байгуулж улсын эмнэлгийн байгууллагын эх үүсвэрийг тавьжээ.

Энэ түүхэн баримт бичиг нь ардын эрүүлийг хамгаалахын хөгжлийн түүхэнд хамгийн чухал хуудас болж үлдсэн билээ.

Эрүүлийг хамгаалах байгууллагын 55 жилийн ойгоор БНМАУ-ын эрүүлийг хамгаалахын хөгжлийг дараахь гурван үе шат болгон тодорхойлов.

НЭГДҮГЭЭР ҮЕ ШАТ: (1921—1940) эрүүл мэндийг хамгаалах ажлыг төр, улсын хэрэг болгон тунхаглаж шинжлэх ухааны эмнэлэг ялан, ардын эрүүлийг хамгаалах цоо шинээр үүсэн тогтсон үе.

ХОЁРДУГААР ҮЕ ШАТ: (1940—1960) — социалист эрүүлийг хамгаалах систем бүрэлдэн тогтсон үе.

ГУРАВДУГААР ҮЕ ШАТ: (1960 оноос хойш) — социалист эрүүлийг хамгаалах системийг улам бэхжүүлэн орчин үеийн анагаах ухааныг эрчимтэй хөгжүүлж байгаа үе.

1921 онд хуралдсан МАХН-ын анхдугаар их хурлаас баталсан намын анхны программ болох эрмэлзэх 10 зүйлд эрүүлийг хамгаалах талаар «Ард амьтныг сувилах, эмчлэх, тэжээх, тэтгэх зэрэг ба аливаа үүргийг шударгаар хөнгөлөх, тэгшлэх мэтийн улс төр, ард иргэнд холбогдох олон зүйл хэргүүдийг чухам хэрхэн шийдвэл зохих явдлыг манай ардын намын газраас нягтлан хянаж, зүйлчлэн бичээд дараа зарласугай» гэж заасан байна.

МАХН-ын энэхүү түүхэн баримт бичиг нь ардын эрүүлийг хамгаалах системийн үндэс суурийг анх удаа тавьж, эрүүлийг хамгаалахын урьдчилан сэргийлэх чиглэл, нийгмийн шинж чанарыг тодорхойлсон юм.

Намын анхны программд заасан энэ заалтыг 1923 онд хуралдсан МАХН-ын II их хурлаар баталсан намын дэлгэрэнгүй программд «Олон ард элдэв зүйлийн халдвартай өвчин, шарх тэргүүтнээс үлэмж гэмтэл бүхий учир хүний эмнэлгийн явдлыг хүндэтгэн үзэж, тарилга цэвэрлэгээ үнэ төлбөргүй эмнэлгийн орон байгуулах зэргийг эрхэм болгосугай» гэжээ.

Ардын хувьсгалын ялалт, 1921—1924 оны гүн гүнзгий өөрчлөлтийн үр дүнд МАХН-ын анхны программын үндсэн зорилт хэрэгжин биелэв.

1924 онд МАХН-ын түүхт III их хурал хуралдаж, их хурал улс орноо хөрөнгөтний бус хөгжлийн замаар цаашид хөгжүүлж социализмд аажмаар шилжих тухай намын жанжин шугамыг боловсруулав.

1924 онд хуралдсан улсын анхдугаар их хурлаас батлагдсан БНМАУ-ын анхдугаар үндсэн хуульд «Бүгд найрамдах улсын иргэн бүр эмнэлгийн үнэ төлбөргүй тусламж авах, өвчилсөн ба хөдөлмөрийн чадвараа алдсан тохиолдолд тэтгэмж авах эрхтэй» гэж заажээ. Үүгээрээ ард түмний эрүүл мэндийн асуудлыг төрийн гүйцэтгэх үүргийн нэг болгосн анх удаа тунхагласан юм.

1926 онд хуралдсан МАХН-ын IV их хурлаас баталсан намын хоёр дахь программд ардын эрүүлийг хамгаалах талаар «Өвчтөнийг эмчлэх газруудыг олшруулж, ард олныг үнэ төлөөсгүй эмчлэхийн тулд боловсон эмч нарыг олж хэрэглэх, хүн ам олонтой газруудыг ариун цэвэр байлгах, олон ардын эрүүлийг сахих аргуудыг нэвтрүүлэн, ард түмний ариун цэвэрч байх тухай цааз дүрэм, заавар батлан гаргах, олон нийтийн түгээмэл өвчнүүдийг устгах аргыг эрхлэх монголын жинхэнэ ардын дотроос дотоод гадаадад явуулж өөрийн эмч нарыг бэлтгэхийг» заасан байна.

1925 оноос эхлэн улсаас эрүүлийг хамгаалах хэрэгт зориулж, тусгайлан хөрөнгө зарцуулж эмнэлгийн салбарыг өргөтгөхөд онцгойлон анхаарсан юм. 1925 оноос 1930 онд эмнэлгийн орны тоо 20 дахин, амбулаторийн тоо 32 дахин, эрүүлийг хамгаалахын төсөв 15 дахин тус тус өсчээ.

Эмнэлгийн боловсон хүчин бэлтгэх ууган сургууль-хүн эмнэлгийн техникум 1929 оноос эхлэн сувилагч, эх баригч, 1931 оноос бага эмч нарыг бэлтгэдэг болов.

Ардын хувьсгалын ялалтын анхны өдрөөс эхлэн тус оронд шинжлэх ухааны эмнэлэг, эрүүлийг хамгаалах ажлыг үүсгэж хөгжүүлэх их үйлсэд социализмын ууган орон-Зөвлөлт Холбоот Улсын олон зуун эмч, эрдэмтэд асар их үүрэг гүйцэтгэж мөнхийн гавьяа байгуулсан

юм. Зөвлөлт Холбоот Улс 1926 оноос эхлэн манай засгийн газрын хүсэлтийн дагуу эмнэлэг-ариун цэвэр, эрдэм шинжилгээний экспедицийг өөрийн хүч хөрөнгөөр удаа дараа ажиллуулж ард түмнийг эрүүлжүүлэх, шинжлэх ухааны эмнэлгийг дэлгэрүүлэх, үндэсний боловсон хүчин бэлтгэх, орон нутагт эмнэлгийн салбар шинээр байгуулах, хүн амын өвчлөлийг судлан тогтоож, эрүүлийг хамгаалах ажлыг цаашид хөгжүүлэх чиг төлөвийг тодорхойлоход үнэлж баршгүй, үлэмж их хувь нэмэр оруулсан билээ.

1935 онд хуралдсан БНМАУ-ын VI их хурлаас эрүүлийг хамгаалах газрыг БНМАУ-ын Эрүүлийг хамгаалах Яам болгон өөрчлөх, төвд эмнэлгийн арга хэмжээг улсын төсвөөс хасаж энэ талаархи төсвийн заалтыг хүчингүй болгох тухай шийдвэр гаргажээ.

МАХН-ын Төв Хороо, БНМАУ-ын Сайд нарын Зөвлөлөөс 1938 онд «Ардын эрүүл мэндийг хамгаалах ажлыг сайжруулах тухай» тогтоол гарч, эмнэлгийн ажилчдын анхдугаар зөвлөлгөөн 1939 онд хуралдаж «Ардын эрүүлийг хамгаалах ажлын байдал, цаашдын зорилгын тухай» асуудал хэлэлцсэн нь эрүүлийг хамгаалах байгууллага цаашид шинжлэх ухааны үндэслэлтэй хөгжихөд чухал нөлөө үзүүлсэн юм.

Монгол ардын хувьсгалт намын зөв мэргэн удирдлагын дор эсэргүү, лам нар, шашны худал хуурмаг үзэл, сүсэг бишрэлтэй эвлэршгүй, тэмцлийг явуулж байв.

1940 онд хуралдсан МАХН-ны X их хурал дээр Монгол ардын хувьсгалт нам, ардын төрийн нэрт зүтгэлтэн, маршал Х. Чойбалсангийн тавьсан Намын Төв Хорооны тайлан илтгэлд тус улсад «Шинжлэх ухааны эмнэлэг ялан дийлж, түүний нэр хүнд нь гуйвшгүй боллоо» гэж дүгнэсэн билээ.

1934 онд хот, хөдөөд эмнэлгийн салбар 35 байсан бол 1939 онд 350 болж тооны хувьд асар түргэн нэмэгджээ.

МАХН-ын X их хурал манай улс орны хөгжлийн бүх явцыг дүгнэж, БНМАУ-д социализмын үндэс байгуулах талаар намаас тавих зорилтыг заасан, МАХН-ын гуравдахь программд эрүүлийг хамгаалах талаар дараах зорилтыг дэвшүүлэн тавилаа. Үүнд:

— Ард түмний дунд ариун цэвэр гэгээрлийн ажлыг өргөнөөр зохион явуулах:

— Тус орны эмнэлгийн газруудыг өргөтгөхийн хамтаар тэдний ажлыг сайжруулах;

— Цаг бусын үхэл ба хүн амын өсөх төрөх явдлыг дорой болгогч нийгмийн өвчнүүдтэй тэмцэхэд хөдөлмөрчин олныг зохион байгуулахыг заав.

1940 онд БНМАУ-ын Сайд нарын Зөвлөлийн тусгай тогтоолоор улсын ариун цэврийг шалган байцаах алба байгуулагдав.

1942 онд Монгол улсын их сургууль байгуулагдан, анагаах ухааны факультет нээгдсэн нь эмнэлгийн үндэсний дээд боловсролтой мэргэжилтэн бэлтгэхэд шийдвэрлэх хүчин зүйл боллоо. 1940—1945 онд больницын орны тоо 67, их эмч нарын тоо 25 хувиар тус тус нэмэгдлээ.

Дэлхийн хоёрдугаар дайны дараагаар БНМАУ хөгжил дэвшлийнхээ шинэ шатанд орсон билээ.

1947 онд МАХН-ын XI их хурал хуралдаж, БНМАУ-ын эдийн засаг соёлыг төлөвлөгөөтэй хөгжүүлэх эхлэлтийг тавьж, улс ардын аж ахуй соёлыг 1948—1952 онд хөгжүүлэх анхдугаар таван жилийн төлөвлөгөөг баталсан юм.

Анхдугаар таван жилийн төлөвлөгөөний жилүүдэд эрүүлийг хамгаалахын төсөв 30 хувь, эмнэлгийн байгууллагын тоо 65,5 хувь тэд-

гээрийн орны фонд 50,9 хувь, бага эмчийн салбарын тоо 30, 8 хувь, их эмчийн тоо 37,2 хувь, эм хангамж 2 дахин, эмийн сангийн тоо 27 нэгжээр нэмэгдэж, хүүхдийн яслийн тоо 51,4 хувь, тэдгээрийн ор 45,5 хувиар өсөж, эх нялхаст үзүүлэх эмнэлгийн тусламжийн хүрэлцээ сайжирч бүх жирэмсэн эмэгтэйчүүдийн 41,6 хувь нь эмнэлэгт амарждаг болов.

МАХН-ын Төв Хороо, БНМАУ-ын Сайд нарын Зөвлөлөөс 1950 онд гаргасан «Тус улсын доторхи эрүүлийг хамгаалах ажлыг үндсээр нь сайжруулах арга хэмжээний тухай» тогтоол нь эмнэлгийн байгууллагын салбар цэгийг олшруулах, хөдөөний хүн амд нарийн мэргэжлийн тусламжийг ойртуулах (Ховд, Архангай, Дорнод аймгийн нэгдсэн эмнэлгүүдийг аймаг дундын болгон өргөтгөх), боловсон хүчнээр хангах, эрүүлийг хамгаалах ажлын зохион байгуулалтыг сайжруулахад ихээхэн ач холбогдолтой болов.

1954 онд хуралдсан МАХН-ын XII их хурал БНМАУ-ын улс ардын аж ахуй соёлыг 1953—1957 онд хөгжүүлэх II таван жилийн төлөвлөгөөг батлав.

Монголын эмч нарын II их хурал 1955 онд болж «Эрүүлийг хамгаалах ба эмчлэн сэргийлэх байгууллагуудын ажиллагаа, тэдний цаашдын зорилтын тухай» үндсэн илтгэл болон эрүүлийг хамгаалахын зохион байгуулалт, эрдэм шинжилгээний илтгэлүүдийг хэлэлцэв.

II таван жилд эрүүлийг хамгаалахын төсөв 195,7 хувиар өсөж, хүүхдийн яслийн тоо 2 дахин, тэдгээрийн ор 2,5 дахин нэмэгдсэнээс гадна эх барих салбар 2,7 дахин, түүний ор 2,5 дахин өсөж, жирэмсэн эмэгтэйчүүдийн 61 хувь нь эмнэлэгт амарждаг болжээ.

1958 онд хуралдсан МАХН-ын XIII их хурал БНМАУ-ын улс ардын аж ахуй, соёлыг 1958—1960 онд хөгжүүлэх гурван жилийн төлөвлөгөөг батлав.

Манай орны хөдөө аж ахуйд улс төр, нийгэм-эдийн засгийн түүхэн ач холбогдол бүхий үндсэн эргэлт гарч, тавиад оны эцсээр ардын хувийн аж ахуйтныг хоршоолж дуусгаснаар БНМАУ-ын нийт улс ардын аж ахуйд социалист харилцаа ялж «Хүн бүр чадлынхаа хирээр хүн бүрт хөдөлмөрлөсний нь хирээр» гэсэн социализмын үндсэн зарчим батжин тогтов.

Гурван жилд эрүүлийг хамгаалахын төсөв 59 хувь, их эмчийн салбарын тоо 13 хувь, тусгай мэргэжлийн больниц 10 хувиар, хүүхдийн ясли 77,2 хувь, эх барих тасаг, салбарын тоо 11 хувиар, түүний ор 12 хувиар өссөний үр дүнд 1960 оны эцэст бүх жирэмсэн эмэгтэйчүүдийн 69 хувь нь эмнэлэгт амарждаг болжээ.

Манай орны нийт улс ардын аж ахуйд социалист харилцаа ялсны үрээр эрүүлийг хамгаалах ажлыг социалист эрүүлийг хамгаалахын үндсэн зарчмын дагуу зохион байгуулж эрчимтэй хөгжүүлэх, түүний материал-техникийн баазыг бэхжүүлэх нийгэм-эдийн засгийн бодит нөхцөл бүрэлдэв.

МАХН-ын X их хурлаас баталсан намын программын заалт амьдралд ийнхүү хэрэгжин биелж, тус улсад шинжлэх ухааны эмнэлэг тууштай хөгжиж эрүүлийг хамгаалах систем бүрэлдэн тогтсон нь манай социалист соёлын хувьсгалын том ялалт болсон юм.

МАХН-ын Төв Хороо, БНМАУ-ын Сайд нарын Зөвлөлөөс 1960 онд «Эрүүлийг хамгаалах ажлын байдал ба цаашид тавих зорилтын тухай» гаргасан тогтоол нь тус улсын эрүүлийг хамгаалах ажлыг эрчимтэй хөгжүүлэх, хот, хөдөөний эрүүлийг хамгаалах системийг бүрдүүлэх, эмнэлгийн үйлчилгээг хүртээмжтэй болгох, хөдөөний хүн амд нарийн мэргэжлийн тусламжийг ойртуулах (1960 оноос эхлэн сум дундын эмнэлгүүдийг байгуулах) боловсон хүчний хангамжийг дээш-

лүүлэн, материаллаг баазыг бэхжүүлэхэд нэг чухал шийдвэрлэх алхам боллоо.

1961 онд хуралдсан МАХН-ын XIV их хурал, БНМАУ-д социализм бүрэн байгуулах үеийн нам, ард түмний ойрын ирээдүйн зорилт бол социализмын материал-техникийн баазыг байгуулах явдал мөн гэж тодорхойлоод улс ардын аж ахуй соёлыг 1961—1965 онд хөгжүүлэх III таван жилийн төлөвлөгөөг батлав.

1961 онд анагаах ухааны дээд сургууль биеэ дааж байгуулагдсан бөгөөд БНМАУ-ын Шинжлэх ухааны Академийн бүрэлдэхүүнд анагаах ухааны хүрээлэн байгуулагдсан нь үндэсний дээд мэргэжилтэн олноор бэлтгэх, анагаах ухааныг эрчимтэй хөгжүүлэхэд чухал ач холбогдолтой боллоо.

1965 онд БНМАУ-ын Ардын Их Хурлын чуулганаар «Эрүүлийг хамгаалах ажлын байдал, цаашид тавих зорилтын тухай» хэлэлцсэн нь эрүүлийг хамгаалах ажлыг төрийн байгууллагаас удирдах удирдлагыг сайжруулж, бүх нийтийг түүнд улам өргөн оролцуулах, эмнэлэг үйлчилгээний ажилд чанарын өөрчлөлт гаргахад том алхам боллоо. Тус чуулганы шийдвэрт «Монгол ардын хувьсгалт нам, засгаас удаа дараа авч гүйцэтгэсэн тууштай арга хэмжээ, мөн Зөвлөлт Холбоот Улсын үзүүлсэн өгөөмөр тусламжийн ачаар тус улсад шинжлэх ухааны эмнэлгийг хөгжүүлэн, ардын эрүүлийг хамгаалах ажлын олон чухал асуудлыг амжилттай шийдвэрлэж, социалист эрүүлийг хамгаалах бүхэл бүтэн систем бүрэлдэн тогтлоо» гэж дүгнэжээ.

III таван жилд хөдөөний хөдөлмөрчдөд эмнэлгийн нарийн мэргэжлийн тусламжийг ойртуулах зохион байгуулалтын шинэ хэлбэр сум дундын эмнэлэг 10 дахин, их эмчийн салбар 29,1 хувиар нэмэгдэв. 1965 оны эцэс болоход тус улсын эмчлэн сэргийлэх нийт орны 89 хувь, их эмчийн 60 хувь тодорхой нарийн мэргэжлээр үйлчлэх болов.

1966 онд хуралдсан МАХН-ын XV их хурал тайлангийн хугацаанд нам, ард түмний үйл ажиллагааны дүнг гаргаж, МАХН-ын шинэ программ, улс ардын аж ахуй, соёлыг 1966—1970 онд хөгжүүлэх IV таван жилийн төлөвлөгөөг батлав.

МАХН-ын шинэ программ социализмын бүрэн байгуулах үеийн МАХН-ын жанжин шугамыг яруу төд тодорхойллоо. МАХН-ын жанжин шугам нь социализмын материал-техникийн баазыг байгуулах үйл явцыг дуусгахын тулд БНМАУ-ыг ойрын ирээдүйд аж үйлдвэр-хөдөө аж ахуйн орон болгож хувиргахад чиглэгдэж байна. МАХН-ын XV их хурлаас батлагдсан МАХН-ын дөрөв дэх программд социализм бүрэн байгуулах үеийн эрүүлийг хамгаалах талаар дорхи зорилт тавилаа. Үүнд:

Хүн амын эрүүл мэндийг хамгаалах, эрүүлжүүлэхэд тавих анхаарал халамжийг хүчтэй болгож, хөдөлмөрчдийн хөдөлмөр аж байдалын нөхцөлийг эрүүлжүүлэх арга хэмжээ авч биелүүлэх;

— Өвчнөөс урьдчилан сэргийлэх, халдварт өвчнийг тууштай багасгаж арилгах, ариун цэвэр гэгээрлийн ажлыг хөгжүүлэн, орчин үеийн анагаах ухааны ололтыг практикт нэвтрүүлэхэд чиглэсэн өргөн арга хэмжээ авах;

— Эмнэлгийн байгууллагыг улам бүр олшруулах, эмнэлгийн нарийн мэргэжлийн тусламжийг ард иргэдэд, ялангуяа хөдөөний хүн амд ойртуулах, хөдөлмөрчдийг эмнэлгээр үйлчлэх ажлын чанарыг сайжруулах;

— Эх нялхсыг хамгаалах ажлыг эрс сайжруулах, хүүхэд, эмэгтэйчүүдэд зөвлөлгөө өгөх газар, хүүхэд саатуулах газрыг олшруулах;

— Эмийн сангийн ажлыг сайжруулж тоогий нь олшруулах, эмийн үйлдвэрлэлд орон нутгийн эмийн ургамал өргөн ашиглах;

— Амралт, рашаан сувиллын газрын тоог нэмэгдүүлэх, хөдөлмөрчдийн чөлөө цагийг боловсноор өнгөрүүлэх ажлыг сайжруулахаар заав.

IV таван жилд нэгдсэн ба нарийн мэргэжлийн болон сум дундын эмнэлгүүдийн тоо ихээхэн нэмэгдэж, хүүхдийн ясли 22 хувь, их эмчийн салбар 59 хувь, эх барих бага эмчийн салбар 59 хувь өсөж жирэмсэн эмэгтэйчүүдийн 92 хувь эмнэлэгт амарждаг болов.

1970 онд Улаанбаатар хотод хоногт 25000 порц бэлтгэх чадалтай хүүхдийн сүүн хоол тэжээлийн үйлдвэр ашиглалтанд оржээ.

МАХН-ын XVI их хурал 1971 онд хуралдаж улс ардын аж ахуй соёлыг 1971—1975 онд хөгжүүлэх V таван жилийн төлөвлөгөө батлав.

МАХН-ын Төв Хорооны улс төрийн Товчооноос «Эрүүлийг хамгаалах ажлын байдлын тухай» 1973 онд гаргасан тогтоол нь эрүүлийг хамгаалахын удирдлагын арга барилыг сайжруулах, хүн амын эмнэлэг үйлчилгээг чанаржуулах, эрүүлийг хамгаалах ажлыг бүх нийтийн үйл хэрэг болгон өрнүүлэхэд чухал арга хэмжээ болов.

V таван жилд эмнэлгийн байгууллагын материаллаг бааз бэхжиж, хүүхдийн больниц 3, яслийн 28 барилга ашиглалтанд орж, хүүхдийн орны тоо 4,9 хувь, яслийн тоо 7,5 хувь өссөний дотор 760 ортой ясли-цэцэрлэгийн комбинат 10 нэмэгджээ. Хүүхдийн хэсгийн тоо 86,6 хувиар өсч, түүнд ажиллах эмч, сувилагч нарын тоо олширлоо.

Нийт сум нэгдэл, сангийн аж ахуй жирэмсэн ба нялх биетэй эхчүүдийн амрах байртай болж, 1975 оны эцэст жирэмсэн эмэгтэйчүүдийн 97,8 хувь эмнэлэгт амаржиж, бүх жирэмсэн эмэгтэйчүүдийг эмнэлэгт бүрэн хамарч төрүүлэх зорилт амжилттай шийдвэрлэгджээ.

1976 онд хуралдсан МАХН-ын XVII их хурал улс ардын аж ахуй, соёлыг 1976—1980 онд хөгжүүлэх VI таван жилийн төлөвлөгөөт баталж, төлөвлөгөөт таван жилд эрүүлийг хамгаалах байгууллагыг цаашид өргөжүүлж бэхжүүлэх зорилт тавилаа.

Намын их хурлын дараагаар хуралдсан Монголын эмч нарын III их хурал «МАХН-ын XVII их хурлын шийдвэрийг биелүүлэхэд эрүүлийг хамгаалах байгууллагын зорилтын тухай» үндсэн илтгэл болон эрдэм шинжилгээний олон тооны илтгэлийг хэлэлцэж, эрүүлийг хамгаалах ажлын цаашдын чиг төлөвийг тодорхойлов.

Хүн амын эрүүл мэндийг хамгаалахад чухал хүчин зүйл болох БНМАУ-ын иргэний хууль, тэтгэвэр, тэтгэмжийн хууль, гэр бүлийн хууль, хөдөлмөрийн хууль болон 1977 онд хуралдсан БНМАУ-ын Ардын Их Хурлын ээлжит чуулганаар батлагдсан эрүүлийг хамгаалах хууль, манай нийгэм, улс, олон нийт, хоршооллын болон албан, үйлдвэр аж ахуй, соёл үйлчилгээний байгууллага, социалист гэр бүл, иргэдийн харилцаа, эрх үүргийг тодорхойлсон баримт бичгүүд амьдралд хэрэгжиж байна.

Монголын анагаах ухаан 100 гаруй доктор, дэд эрдэмтэнтэй болж, шинжлэх ухаан, үйлдвэрлэлийн холбоо ойртож, эрүүлийг хамгаалахын практикт чээжний хөндий, мэдрэлийн мэс засал, харшил судлал, дотоод шүүрлийн болон бөөрний нарийн мэргэжлийн тусламж үзүүлж, сэхээн амьдруулах аргыг эзэмшиж радио-изотоп-дархлал судлал, вирус судлал, биохими, эс-нэхдэс судлал, цахилгаан физиологийн шинжилгээний зэрэг оношлогоо-эмчилгээний орчин үеийн нарийн аргыг хэрэглэх болов.

Монголын эрүүлийг хамгаалах байгууллага Зөвлөлт Холбоот Улс болон социалист хамтын нөхөрлөлийн орнуудтай эрүүлийг хамгаалах салбарт хамтын ажиллагааг бэхжүүлэн хөгжүүлж, дэлхийн эрүүлийг

хамгаалах байгууллагатай хүн амын эрүүл мэндийн чухал асуудлаар 10 гаруй програмт ажлыг хамтран гүйцэтгэж байна.

МАХН-ын XVII их хурал дээр манай нам, төрийн гарамгай удирдагч, МАХН-ын Төв Хорооны нэгдүгээр нарийн бичгийн дарга, БНМАУ-ын Ардын Их Хурлын Тэргүүлэгчдийн дарга Ю. Цэдэнбал тавьсан илтгэлдээ «Эмнэлгийн тусламж үйлчилгээний хүртээмжийн гол гол үзүүлэлтээр манай орон ах дүү социалист орнуудын дундаж хэмжээнд хүрч, хөгжингүй капиталист нилээд олон орноос түрүүлж байна» гэж тэмдэглэсэн билээ.

Хувьсгалын өмнөх монгол оронд эмнэлгийн газар, үндэсний нэгч эмчгүй байсан бол одоо 10 мянган хүн ам тутамд 22 их эмч, больницын 105 ор ногдох болов. Манай оронд цагаан цэцэг, сахуу, саа өвчнийг устгаж, урьд нь нийгмийн гэгдэж байсан халдварт өвчнүүд ихэвчлэн хэмжээгээр буурч, БНМАУ-ын хүн амын тоо хувьсгалын өмнөхөөс бараг 3 дахин өсч, хүн амын ерөнхий нас баралт 3 дахин, түүний дотор эхийн (жирэмсэн ба төрөлттэй холбогдол бүхий) 80 дахин, хүүхдийн нас баралт 8 дахин буурч, дундаж наслалт 2 дахин нэмэгдэв. Одоо манай орны хүн амын 46,7 хувь 16 хүртэлх насны хүүхэд, багачууд эзэлж, тус улсын хүн ам ихээхэн залуужиж байна.

Социалист монгол орны хүн амын эмнэлгийн тусламжийн үйлчилгээний хүртээмж, эрүүл мэндийн үндсэн үзүүлэлтэд ийнхүү чанарын өөрчлөлт гарсан нь монгол ардын хувьсгалт намаас ард түмний эрүүл мэндийг хамгаалах талаар явуулсан тууштай бодлого амьдралд хэрэгжин биелж байгааг илтгэн харуулж байна.

МАХН-ын Төв Хороо, БНМАУ-ын Ардын Их Хурлын Тэргүүлэгчид, БНМАУ-ын Сайд нарын Зөвлөлөөс, БНМАУ-ын эрүүлийг хамгаалах байгууллагын 55 жилийн ой, Монголын эмч нарын III их хуралд ирүүлсэн баярын бичигтээ эрүүлийг хамгаалах байгууллагын зорилтыг «Социалист эрүүлийг хамгаалахын үндсэн зарчим болох урьдчилан сэргийлэх ажлыг намын XVII их хурлаас дэвшүүлсэн зорилтын хэмжээнд хүргэж, ард иргэдэд үзүүлэх эмнэлгийн төрөлжсөн нарийн мэргэжлийн тусламж, эмнэлгийн бүх талын үйлчилгээний чанарыг сайжруулах, анагаах ухааны сүүлийн үеийн ололтыг эмчлэн сэргийлэх ажилд өргөн нэвтрүүлэх замаар хөдөлмөрчдийн эрүүл энх, урт насалж, эх орондоо үр бүтээлтэй хөдөлмөрлөж, аз жаргалтай амьдрах нөхцөлийг гулам сайжруулахад үйл ажиллагаагаа чиглүүлэх явдал эрүүлийг хамгаалах байгууллага, нийт эмч, эмнэлгийн ажилтны эн тэргүүн зорилт мөн» гэж тодорхойлов. МАХН-ын программын заалт, нам, засгаас ард түмний эрүүл мэндийг хамгаалах талаар ийнхүү дэвшүүлсэн зорилтыг ханган биелүүлэх, социалист эрүүлийг хамгаалахын үндсэн зарчмыг цаашид тууштай хэрэгжүүлэхтэй холбогдон эрүүлийг хамгаалах байгууллагын өмнө дараахь үндсэн зорилт тавигдаж байна. Үүнд:

— Эрүүлийг хамгаалахын удирдлага, төлөвлөлтийг боловсронгуй болгож, 1979 онд явагдсан тус улсын хүн амын ээлжит тооллого-той холбогдуулан явуулж байгаа хүн амын ерөнхий өвчлөлийн судалгааны үндсэн дээр анагаах ухаан, эрүүлийг хамгаалах салбаруудын зохион байгуулалтын бүтцийг сайжруулан хөгжүүлэх, хот, хөдөөний хүн амын эмнэлгийн тусламжийн түвшинг ойртуулах, эмнэлэг үйлчилгээний материал-техникийн баазыг бэхжүүлэх асуудлыг эрүүлийг хамгаалахын ойрын ба хэтийн төлөвлөгөөний үндсэн чиглэл болгон явуулах;

— Социалист эрүүлийг хамгаалахын үндсэн чиглэл болох урьдчилан сэргийлэх арга барилыг эрүүлийг хамгаалах байгууллагын үйл ажиллагаанд тууштай нэвтрүүлж, хүн амын диспансерийн үйлчилгээ-

ний цар хүрээг өргөтгөж нийт хүн амыг диспансерчлах зорилтыг тодорхой үе шаттайгаар хэрэгжүүлэх;

— Шинжлэх ухаан, практикийн нэгдэл нь манай социалист эрүүлийг хамгаалахын нэг үндсэн зарчим учир шинжлэх ухаан, үйлдвэрлэлийн холбоог улам бэхжүүлж, анагаах ухааны хүрээлэн, эх нядхсыг хамгаалах эрдэм шинжилгээний хүрээлэн, анагаах ухааны дээд сургууль болон бусад байгууллагаас явуулж байгаа эрдэм шинжилгээ, судалгааны ажил үр дүнг эрүүлийг хамгаалахын практикт бүтээлчээр нэвтрүүлэх, орчин үеийн анагаах ухааны ололт амжилт болон Зөвлөлт Холбоот Улс, ах дүү бусад орны эмнэлгийн байгууллагын баялаг туршлагаас цуцалтгүй суралцаж, эмнэлэг үйлчилгээний чанар, соёл, гоо зүйг сайжруулан, эрүүлийг хамгаалах байгууллагын эдийн засгийн үр ашгийг дээшлүүлэх;

— Эмнэлгийн дээд, дунд мэргэжлийн боловсон хүчнийг бэлтгэх, мэргэжил дээшлүүлэх системийг улам боловсронгуй болгох, эмч ажилтан, ажилчдын хариуцлага, сахилга бат, идэвх санаачлага, үндсэн мэргэжил болон онол, улс төрийн боловсролыг байнга дээшлүүлэх, тэдэнд коммунист энэрэнгүй ёс суртахуун эрхэм нандин чанарыг эзэмшүүлэх;

— МАХН-ын Төв Хороо, БНМАУ-ын Сайд нарын Зөвлөлөөс 1979 онд гаргасан эх, хүүхдийн эрүүл мэндийг хамгаалах талаар ойрын ирээдүйд хийж гүйцэтгэх нийгэм-анагаах ухааны нөр их арга хэмжээний программчилсан тогтоолыг бүрэн хэрэгжүүлэх, эх нялхаст үзүүлэх эмнэлгийн тусламжийг чанаржуулж, эх нялхсын өвчлөл, нас баралтыг тууштай, тогтвортой бууруулснаар тус улсын хүн амын эрүүл мэндийн үндсэн үзүүлэлтийг дээшлүүлэхэд идэвхтэй нөлөөлөх;

Социализм байгуулж дуусгах үед эрүүлийг хамгаалах талаар намаас тавьсан зорилтыг хэрэгжүүлэхэд нэг шийдвэрлэх хүчин зүйл болох ард түмний эрүүл мэндийг хамгаалах их үйлсэд нам, улс, олон нийт, хоршооллын байгууллага, нийт хөдөлмөрчдийг идэвхтэй оролцуулж, эрүүлийг хамгаалах ажлыг бүх нийтийн үйл хэрэг болгон өрнүүлэх том зорилт тавигдаж байна.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. МАХН-ын Төв Хорооны «МАХН-ын X их хурлын 40 жилийн ойг тэмдэглэн өнгөрүүлэх тухай» тогтоол «Үнэн» 1980 № 32
2. МАХН-ын Төв Хорооны Монгол Ардын Хувьсгалын 60 жилийн ойн тухай тогтоол «Үнэн» 1980 № 63
3. МАХН-ын Төв Хороо, БНМАУ-ын Ардын Их Хурлын Тэргүүлэгчид, БНМАУ-ын Сайд нарын Зөвлөлөөс БНМАУ-ын Эрүүлийг хамгаалахын 55 жилийн ой, Монголын эмч нарын III их хуралд ирүүлсэн баярын бичиг «Эрүүл мэнд» 1976 № 4.
4. Х. Чойбалсан. МАХН-ын X их хуралд тавьсан Намын Төв Хорооны тайлан илтгэл. Илтгэл ба өгүүлэл 11 боть. 1951 хуудас 366—378
5. Ю. Цэдэнбал. МАХН-ын XVII их хуралд тавьсан МАХН-ын Төв Хорооны тайлан илтгэл. Улаанбаатар, 1976.
6. БНМАУ-ын Эрүүлийг хамгаалахын 55 жил (1921—1976) Улаанбаатар. 1977
7. С. Лувсан. БНМАУ-ын Ардын Их Хурлын 5 дахь удаагийн IV чуулганд тавьсан илтгэл. «Эрүүл мэнд» 1976 № 1.
8. Д. Ням-Осор. МАХН-ын XVII их хурлын шийдвэрийг биелүүлэхэд эрүүлийг хамгаалах байгууллагын зорилт. «Эрүүл мэнд» 1976. № 4.
9. Л. Буджав. Хотын хүн амын эмнэлгийн тусламжийн хэрэгцээний норматив ба БНМАУ-ын эрүүлийг хамгаалахын хэтийн төлөвлөлтийн асуудал Дэд эрдэмтний зэрэг горилсон зохиол. Улаанбаатар. 1971
10. Д. Цагаанхүү. БНМАУ-ын эрүүлийг хамгаалах явдал (1918—1966 он) Дэд эрдэмтний зэрэг горилсон зохиол. Москва 1963.
11. Мо. Шагдарсүрэн. Эх, нялхсын байгууллагын хөгжлийн үе шат, эмнэлэг үйлчилгээний шатлалын асуудалд. Олон улсын хүүхдийн жилд зориулсан эрдэм шинжилгээний бага хурлын илтгэлийн хураангуй. Улаанбаатар. 1979

ПРЕТВОРЕНИЕ В ЖИЗНЬ ПОЛИТИКИ МНРП В ОБЛАСТИ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

РЕЗЮМЕ

Мо. Шагдарсүрэн

Становление и развитие социалистической системы здравоохранения является одним из замечательных достижений нашего народа.

МНРП и народное правительство на разных ступенях развития социалистического строительства принимала многосторонние, систематические мероприятия в области здравоохранения.

В статье особо подчеркивается заслуга советских специалистов в развитии и укрепления научной медицины в нашей стране.

X съезд МНРП, состоявшийся в 1940 году, констатировал, что научная медицина в нашей стране полностью победила и ее авторитет стал непоколебим.

В результате осуществления задач, поставленных в четырех программах МНРП в области здравоохранения, за короткий исторический период в стране образовалась и успешно развивается социалистическая система здравоохранения.

Улучшаются основные показатели обеспеченности медицинской помощью и здоровье населения. В настоящее время на 464 человека приходится один врач, на 10000 населения 105 больничных коек. За прошедший период ликвидированы такие инфекционные заболевания, как натуральная оспа, дифтерия, полиомиелит, общая смертность населения уменьшилась почти в 3 раза, в том числе материнская—более чем в 80, а детская смертность—в 8 раз. Население страны увеличилось почти в 3 раза, а средняя продолжительность жизни человека повысилась в 2 раза по сравнению с дореволюционным периодом.

БНМАУ-ЫН СЭТГЭЛ МЭДРЭЛИЙН, ЭМНЭЛГИЙН ТУСЛАМЖИЙН ӨНӨӨГИЙН БАЙДАЛ, ХЭТИЙН ТӨЛӨВ

Анагаах ухааны дэд эрдэмтэн, доцент
Ш. Дорждамба

МАХН, засгаас хөдөлмөрчдийн эрүүл мэндийг сахин хамгаалах асуудлыг нэн тэргүүнд анхаарч байдгийн нэг нотолгоо нь ардын хувьсгал ялсан анхны үеэс эхлэн ардын эрүүлийг хамгаалах асуудлыг зохион байгуулахын хамт мэдрэл, сэтгэл мэдрэлийн өвчтэй хүмүүст үзүүлэх эмнэлгийн тусламжийг Зөвлөлт Холбоот Улсын тусламжтайгаар зохион байгуулсан явдал мөн.

1929 оны 11-р сард засгийн газрын шийдвэрээр манай анхны эмнэлэг болох иргэний эмнэлгээс (Одоогийн клиникийн төв эмнэлэг) сэтгэл мэдрэлийн өвчтэй хүмүүсийг тусгаарлан тус улсын тусгай мэргэжлийн анхны эмнэлгийг «Хий судлалын больниц» нэртэйгээр 15 ортой байгуулжээ.

Сэтгэл мэдрэлийн эмнэлгийн тусламжийг шинжлэх ухааны үндэстэй зохион байгуулж, дэлхийн сэтгэц гэм судлалын түүхэнд уламжлан ирсэн өвчтөнийг хавчлагагүй үйлчлэх энэрэнгүй ёсны системийг үйлчилгээнд нэвтрүүлэхэд 1931—1935 онд ажиллаж байсан Зөвлөлтийн эмч, эрдэмтэн И. В. Стрельчук, А. В. Ильин нар асар их үүрэг гүйцэтгэсэн юмаа. Мэдрэл, сэтгэл мэдрэлийн тусламжинд үр бүтээлтэй ажилласан үндэсний ууган эмч нар БНМАУ-ын гавъяат эмч Л. Дагзмаа, Б. Дарь профессор Лодон нар юм,

Ингэж сэтгэл мэдрэлийн тусламж анх зохион байгуулагдсанаас хойш эмнэлгийн үйлчилгээ жил ирэх тутам өргөжсөөр ирлээ. Сэтгэл мэдрэлийн больницод 1936 оноос хөдөлмөр эмчилгээ, 1943 оноос ну-

гасны шингэн шинжлэх арга, 1955 оноос инсулин эмчилгээ, 1956 оноос шүүхийн сэтгэл мэдрэлийн магадлагаа 1958 оноос орчин үеийн сэтгэл-нөлөөт эмийг, 1960 оноос сэтгэл мэдрэлийн эмнэлэг хөдөлмөрийн магадлагаа, 1963 оноос эмээр, цахилгаанаар нойрсуулах эмчилгээ, 1971 оноос хоол сойх эмчилгээ, реабилитацын шинэ хэлбэрийг эмчилгээ үйлчилгээний практикт нэвтрүүлсний дүнд сэтгэл мэдрэлийн больницын тусламж жилээс жилд өргөжлөө.

1961 оноос сэтгэл мэдрэлийн амбулаторийн бие даасан үзлэг, үйлчилгээг эхэлж, 1971 оноос сэтгэл мэдрэлийн больницын дэргэд сэтгэл мэдрэлийн диспансерийг ажиллуулсан нь сэтгэл мэдрэлийн өвчтөний больницын гадуурхи тусламжийг сайжруулахад чухал үр дүнтэй боллоо. Сэтгэл мэдрэлийн нарийн мэргэжлийн тусламжийг өргөтгөн хөдөлмөрдөд улам ойртуулах зорилгоор БНМАУ-ын Сайд нарын Зөвлөлийн тогтоогоор сэтгэл мэдрэлийн больницын диспансерыг 1975 оны нэгдүгээр сараас эхлэн сэтгэл мэдрэлийн улсын диспансер болгож улсын хэмжээгээр сэтгэл мэдрэлийн өвчтөнд үзүүлэх эмнэлгийн тусламжийг нэгтгэн зохион байгуулах, удирдах, сэтгэл мэдрэлийн өвчнөөс урьдчилан сэргийлэх, өвчний явц тавиланг хянаж эмчлэх, судалгаа шинжилгээний төв байгууллага болголоо.

Одоо манай улсад сэтгэл мэдрэлийн улсын диспансер, сэтгэл мэдрэлийн өвчнийг эмчлэх больниц ажиллаж байна. Түүнчлэн сэтгэл мэдрэлийн өвчтөний хөдөлмөр эмчилгээний газар, Дархан хот, Дорнод, Архангай, Ховд аймгуудад аймаг дундын сэтгэл мэдрэлийн диспансер ажиллаж байна. Сэтгэл мэдрэлийн улсын диспансер, сэтгэл мэдрэлийн өвчнийг эмчлэх больниц орон нутаг дахь салбаруудад одоо үндэсний мэргэжилтэн их эмч, олон зуун эмнэлгийн ажилчид, ажиллаж байна.

Сэтгэл мэдрэлийн эмнэлгийн тусламжинд орчин үеийн сэтгэл гэм судлалын эмчилгээ үйлчилгээний практикт ЗХУ болон бусад оронд хэрэглэж байгаа пневмоэнцефалограф, эхоэнцефалограф, электроэнцефалографын аппарат төхөөрөмжүүд депо-нейролоптикууд карбонит-лийн, сиднокарб, тегретол, гаммалон, амитриптиллин зэрэг эмийг хэрэглэн оношлогоо, эмчилгээний тэргүүний туршлагыг нэвтрүүлэх талаар нилээд амжилт олж байна.

Сэтгэл мэдрэлийн өвчнийг анагаах больницод эмчилгээний үндсэн тасгаас гадна неврозын, хүүхдийн, архины архаг хордлогын эмчилгээний тасаг ажиллаж байна. Сэтгэл мэдрэлийн өвчнийг эмчлэх больницын үндсэн үзүүлэлт нь ЗХУ болон бусад социалист орнуудын сэтгэл мэдрэлийн больницын үзүүлэлттэй ойролцоо боллоо.

Сэтгэл мэдрэлийн улсын диспансерт үйлчилгээний үндсэн кабинетуудаас гадна наркологийн кабинет, хүүхдийн сэтгэл мэдрэлийн эмчийн кабинет, хүүхдийн хэл засал, секс эмгэгийн эмчилгээний, сэтгэл засал, үйл оношийн кабинетууд, яаралтай тусламжийн бригад ажиллаж сэтгэл мэдрэлийн өвчтөний амбулаторийн үнэгүй эмчилгээ, гэрээр хэвтүүлэн эмчлэх эмчилгээг үр дүнтэй хийж байна.

Одоо сэтгэл мэдрэлийн улсын диспансер, шизофрени, epilepsi, тархины гэмтэл, судасны өөрчлөлтийн шалтгаант эмгэг, олигофрени зэрэг сэтгэл мэдрэлийн үндсэн онош бүхий өвчтөнд диспансерийн байнгын хяналт тавьж эрүүлжүүлэх арга хэмжээг авч байна.

1976—1979 онд сэтгэл мэдрэлийн улсын диспансер, больницын эмч нар хот хөдөөгийн хүн амын дунд мэдрэл, сэтгэл мэдрэлийн өвчнийг илрүүлэх хяналтад авах эпидемиологийн үзлэг судалгааг явуулсан нь үр дүнтэй боллоо.

Монгол улсын их сургуульд сэтгэл гэм судлалын хичээлийг 1946 оноос зөвлөлтийн мэргэжилтэн (Н. Андриашева) 1957 оноос үндэсний багш (Ш. Доржжадамба) зааж эхэлсэн бөгөөд одоо Анагаах ухааны дээд сургуулийн эмчилгээний ангид клиникийн сэтгэл гэм судлал,

хүүхдийн эмчийн ангид хүүхдийн сэтгэц гэм судлал, эрүүл ахуйн ангид нийгмийн сэтгэц гэм судлал, бүх ангид анагаах ухааны сэтгэл судлал, улсын их сургууль, хуулийн дунд сургуульд шүүхийн сэтгэц гэм судлалыг төрөлжүүлэн зааж байна.

Сэтгэц гэм судлаар анагаах ухааны дэд эрдэмтний зэрэг хамгаалсан 4 зохиол бичиж 10 шахам хүн судалгааны тодорхой сэдэвт ажлыг хийж 300 гаруй эрдэм шинжилгээний өгүүлэл хэвлүүлэн «Монгол дахь мэдрэл сэтгэцийн өвчний судалгаа» товхимлыг 5 удаа гаргаж, мэдрэл сэтгэл мэдрэлийн эмч нарын онол практикийн бага хурлыг 6 удаа зохиожээ.

Манай орны төв хөдөөний хүн амын дунд сүүлийн жилүүдэд бидний хийсэн сэтгэл мэдрэлийн өвчний эпидемиологийн судалгаагаар бүртгэгдсэн өвчинт байдал 1000 хүн амд 15,0 (хотод 19,0 хөдөөд 10,2) байна.

Зарим судлаачдын (Ц. Гүрдорж, Долгорсүрэн, Б. Батжаргал, 1979) хүн амын мэдрэл цочирдлын байдлыг төвлөрсөн газар хийсэн судалгаанд уг үзүүлэлт нилээд өндөр (25,6) байна. Гэвч эдгээр үзүүлэлт нь ЗХУ болон бусад социалист орнуудад хийгдсэн ийм судалгааны дүнгээс бага байгаа юм.

Сэтгэл мэдрэлийн өвчнүүдийн дотор невроз сэтгэлийн шалтгаант өвчин (21%), ухаан хомсдол (19,1%), мэдрэлийн системийн халдвар (9,7%), эпилепси (11,8%), шизофрени (3,4%) зэрэг өвчин зонхилон тохиолдож байгаагаас гадна нийт өвчтөний зөвхөн 15—20 хувь нь сэтгэл мэдрэлийн больниц тасагт хэвтэн эмчлүүлэх, 80—85% нь сэтгэл мэдрэлийн кабинет диспансеруудад больницын гадуурхи тусламж шаардлагатай байна.

Сэтгэл мэдрэлийн улсын диспансерийн сүүлийн 3 жилийн ажиллагааны үзүүлэлтээс үзвэл Улаанбаатар хотын 1 иргэнд жилд сэтгэл мэдрэлийн эмчийн 0,12 үзлэг ногдож байна.

Дээр дурдсан судалгааны баримтын дунджид тулгуурлан, ЗХУ-д сэтгэл мэдрэлийн тусламжинд баримталж байгаа норм, норматив болон БНМАУ-ын хөдөлмөр цалин хөлсний улсын хорооноос баталсан сэтгэл мэдрэлийн тусламжийн орон тооны норматив зэргийг харгалзан үзвэл манай улсын сэтгэл мэдрэлийн тусламжийг хөгжүүлэх одоогийн болон хэтийн (1990 он) төлөвлөлтийн үндсэн байр чиглэлийг гаргах боломжтой байгаа юм.

Манай улсын Эрүүлийг хамгаалахын хэтийн төлөвлөгөөнд (1990 он) хүн амын сэтгэл мэдрэлийн больницын тусламжинд 2000 ор (асрамжийн орыг оруулахгүйгээр) түүнд ажиллах 100 их эмч, төв хөдөөгийн хүүхэд насанд хүрэгчдийн сэтгэл мэдрэлийн больницын гадуурх тусламжинд 70 их эмч ажиллахаар урьдчилсан дүй гарч байна.

Иймд 5 жилд (1981—1985) сэтгэл мэдрэлийн өвчтөнд диспансерийн үйлчилгээний хэлбэрээр үзүүлэх тусламжийг онцгойлон анхаарч сэтгэл мэдрэлийн улсын болон аймаг дундын диспансерийг зохион байгуулалт материаллаг бааз, боловсон хүчнээр бэхжүүлэн сэтгэл мэдрэлийн төрөлжсөн тусламжийг хөдөлмөрчлөд ойртуулах зорилгоор БНМАУ-ын Сайд нарын Зөвлөлийн 1974 оны 174-р тогтоолд заасан аймгуудын нэгдсэн эмнэлгийн сэтгэл мэдрэлийн кабинетыг байгуулан ажиллуулах хэрэгтэй байна.

Сэтгэл мэдрэлийн улсын диспансерт сэтгэл мэдрэлийн өвчтөний бүх төрлийн реабилитацийн асуудлыг онцлон анхаарч, эрүүлжүүлэх болон хөдөлмөрийн нөөцийг нэмэгдүүлэх ач холбогдолтой хөдөлмөр эмчилгээг өргөтгөн, больницын орны ачаалалыг эрс багасгах нөлөөтэй, эдийн засгийн ашигтай үйлчилгээ болох өдрийн стационар, шөнийн сувиллыг нээж сэтгэл судлал, шүүхийн магадлагааны болон нийгэм хууль эрхийн кабинетыг ажиллуулах шаардлагатай байна.

Сэтгэл мэдрэлийн өвчнийг эмчлэх больнигод байгаа неврозын болон хөдөлмөр эмчилгээний тасгийг өргөтгөж, архаг архичдын болон шүүхийн сэтгэл мэдрэлийн магадлагааны харуул хамгаалалт хатуу дэглэмтэй тасгийг өргөтгөн шинэчлэн байгуулах, өвчтөний оношлогоонд онц ач холбогдолтой тархины цахилгаан бичлэг, нугасны шингэн судлал, удамсудлал, нейрогистологийн лабораторийг зохих ёсоор байгуулан ажиллуулах хэрэгтэй юм.

Сэтгэл мэдрэлийн эмнэлгийн тусламжийн манай оронд зохион байгуулагдаагүй байгаа нэг салбар нь сэтгэл мэдрэлийн өвчин архагшиж идэвхтэй байнгын эмчилгээ шаардагдахгүй, хөдөлмөрийн чадваргүй зөвхөн асрамж сувилгаа шаардлагатай сэтгэл мэдрэлийн эмнэлгийн асаргааны тасаг юм.

Төв, хөдөөд оюуны хомсдолтой хүүхдэд зориулсан хөнгөвчилсэн сургалттай тусгай сургууль, анги зохион байгуулж ажиллуулах зайлшгүй шаардлага гарч байна.

Сэтгэл мэдрэлийн тусламжийн бодит хэрэгцээ шаардлага өсч, уг тусламжийн хүрээ өргөсөж байгаа байдлыг харгалзан үзэж сэтгэл мэдрэлийн тусламжийн зохион байгуулалт, сэтгэц гэм судлал, анагаах ухааны сэтгэл судлалын эрдэм шинжилгээ сургалтын нэгдсэн төвийг буй болгох нь зүйтэй байна.

Дээрх арга хэмжээг ойрын ирээдүйд төлөвлөгөөтэйгээр хэрэгжүүлснээр манайд сэтгэл мэдрэлийн тусламжийн улсын бүхэл бүтэн систем тогтох юм.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. Ш. Доржжадамба БНМАУ-д сэтгэл мэдрэлийн тусламжийг зохион байгуулах, төлөвлөх, онолын үндэслэл, хэлбэрүүд. 1979. Сэтгэл мэдрэлийн албаны 50 жилийн ойн эрдэм шинжилгээний хурал (материал)
2. Гольдовская Т. И. Пути и методы изучения нервно-психической заболеваемости. Москва. 1964.
3. Цунг-И-Лин, К. Стендли. Роль эпидемиологии в психиатрии ВОЗ. Женева 1962
5. Б. Д. Петраков Психическая заболеваемость в некоторых странах в XX веке. Москва. 1972

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В МНР И ЕЕ ПЕРСПЕКТИВЫ

РЕЗЮМЕ

Ш. Доржжадамба

В статье автор подытоживает исторический путь развития и достижения психоневрологической помощи в стране, дает характеристику современному состоянию внебольничной, больничной и реабилитационной формы обслуживания психических больных.

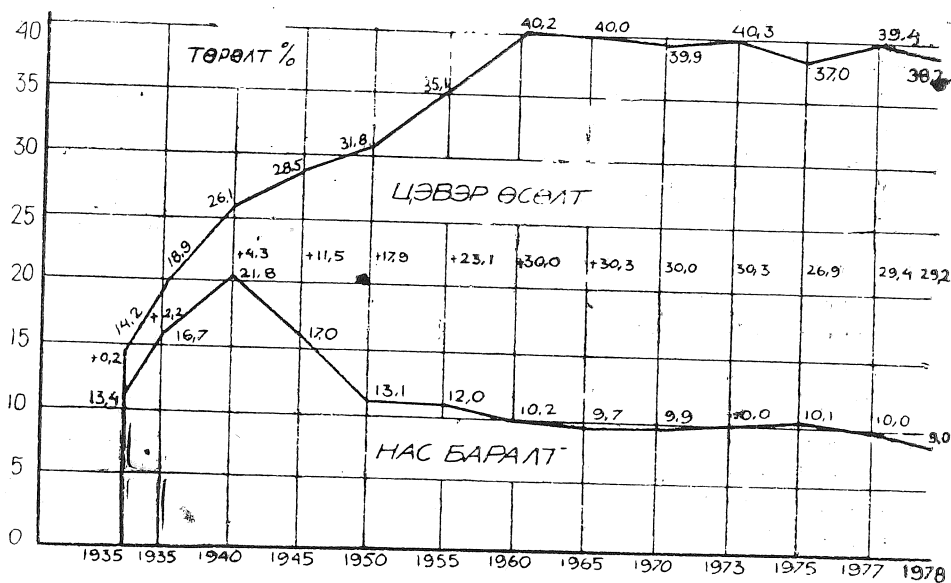
На основе эпидемиологического обследования нервно-психической болезненности населения города и сельских районов даются научно-обоснованные прогнозы различных видов психоневрологической помощи на предстоящее пятилетие (1981—1985 г) и перспективу до 1990 года.

НЯЛХСЫН ӨВЧЛӨЛ, ЭНДЭГДЛИЙН БАЙДАЛД ХИЙСЭН СУДАЛГААНААС

Ж. Раднаабазар (Доцент)

Нам засгаас авч байгаа дэс дараатай олон талын арга хэмжээний дүнд тус улсын хүн ам эрүүлжиж, өндөр төрөлт (38,2) цэвэр өсөлттэй (29,2) болж, хүн амын ерөнхий нас баралт буурч (9%) байна.

БНМАУ-ын хүн амын төрөлт, нас баралт, цэвэр өсөлтийн үзүүлэлт.
(1934—1978 оны байдлаар 1000 хүн амд)



Нийт хүн амын дотор 0—1 насны хүүхэд 4%, 0—16 насны хүүхэд 47%-ийг тус тус эзэлж, хүн ам залуужиж хөдөөгийн хүн амын эзлэх хувийн жин өндөр 74% (аймгийн төвийн хүн амыг оролцуулан), 0—1 насны хүүхдийн 77,5% нь хөдөө орон нутагт байгаа зэрэг нь тус улсын хүн амын онцлогийг тодорхойлж байна.

Үүнээс үндэслэн эх нялхсын эрүүл мэндийг хамгаалах, бэхжүүлэх, ялангуяа 0—1 насны хүүхдийн өвчлөл, нас баралтыг тууштай бууруулах асуудал манай эрүүлийг хамгаалах ажлын чухал зорилт болж, эх нялхсын байгууллага эрүүлийг хамгаалах системд томоохон суурийг эзэлж байна.

0—1 насны нялхсын өвчлөл, эндэгдлийн байдалд биологи ба нийгэм ахуй, анагаах ухааны дараахи хүчин зүйлс хоорондоо нягт холбоотойгоор нөлөөлдөг.

1. **БИОЛОГИЙН ХҮЧИН ЗҮЙЛД:** төрөлтийн байдал, төрсөн хүүхдийн хоорондын зай, дутуу төрөлт, хүүхдийн хүйсний ялгаа, удамшил, нялхсын өвчлөлүүд.

2. НИЙГЭМ АХУЙН ХҮЧИН ЗҮЙЛД. Нийгэм эдийн засгийн хөгжлийн хир хэмжээ, эх нялхсын эрүүл мэндийг хамгаалах талаар авч явуулж байгаа нийт арга хэмжээ, хүн амын соёлжилтын түвшин, дадал заншил, боловсрол, ахуйн нөхцөл (орон сууц, хоол тэжээл, хөдөлмөр г. м) цаг уур, газар нутаг.

3. АНАГААХ УХААНЫ ХҮЧИН ЗҮЙЛД: Анагаах ухааны хөгжлийн түвшин эмнэлэг үйлчилгээний хүрэлцээ, чанар, соёл зэрэг орно.

0—1 насны хүүхдийн эрүүл мэндийг сахин хамгаалах өвчлөл, эндэгдлийг бууруулах ажлын үр дүн ЗХУ-ын болон ах дүү социалист орнуудын туршлагаас үзэхэд эрүүлийг хамгаалах системийн ажиллагаанаас гадна уул ажилд нийт ард түмэн, нам олон нийтийн байгууллагын оролцоолгоо, тусламжаас ихээхэн хамаардаг байна. Иймээс эх нялхсын эрүүл мэндийг хамгаалах ажлыг бүх нийтийн үйл хэрэг болгон өрнүүлэх нь чухал юм.

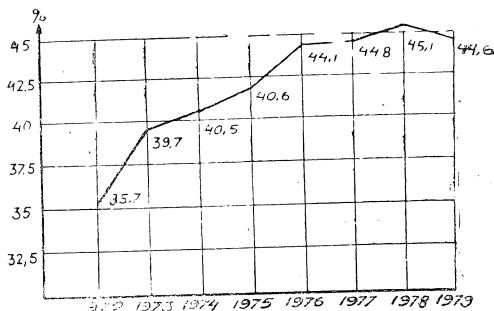
Эх, нялхсын эрүүл мэндийг хамгаалах талаар МАХН-ын программд заасан заалт, намын XVII их хурлаас дэвшүүлсэн зорилт амьдралд хэрэгжиж байна.

Сүүлийн жилүүдэд нам, засгаас авсан дэс дараатай олон төрлийн арга хэмжээний дүнд эх, нялхсын байгууллагын материаллаг бааз өргөжин бэхжиж, боловсон хүчний тоо өссөөр байна. Зөвхөн 1975 оноос хойших хугацаанд эх, нялхсын байгууллагын барилга байгууламжинд үлэмж хөрөнгө зарцуулж, хүүхдийн хэсгийн эмнэлгийн үйлчилгээнд олон авто машин олгосон юм. Мөн өргөн хэрэгцээний 100 гаруй төрлийн эмийн үнэ 12—37 хувь, ерөнхий боловсролын сургуулийн сурагчдын сурах бичгийн үнэ 22 хувиар хямдрав. Сувилагчдын сарын цалингийн хэмжээг дунджаар 8—16 хувиар нэмэв. Ажиллаж байгаа эхчүүдэд нярай хүүхдээ асрах бололцоог нэмэгдүүлэх зорилгоор хүүхдийг зургаан сартай болтол нэмэгдэл чөлөө өгч энэ хугацаанд улсаас тэтгэмж олгож байна.

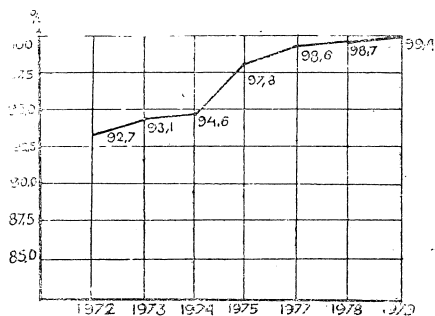
Олон улсын хүүхдийн жил-1979 онд хүүхдийн боловсрол, эрүүл мэнд, амралт, ахуй хангамж зэрэг арга хэмжээнд улсын төсвөөс 625 сая төгрөгийн хөрөнгө зарцуулжээ. 1975 оныг 1979 онтой харьцуулахад эх нялхаст зөвлөлгөө өгөх газар 29, хүүхдийн хэсэг 43,1, ясли 9,3 түүний ор 14, цэцэрлэг 9,7 түүний орны тоо 27,7 хувиар тус тус өсчээ. Ясли, цэцэрлэгт энэ насны хүүхдийн 12—19 хувь хамрагдах боллоо. Түүнчлэн 10000 хүн амд хүүхдийн эмчилгээний 23,1 эх барих эмэгтэйчүүдийн 15,1 ор, хүүхдийн 3,1 эх барих эмэгтэйчүүдийн 1,3 эмч тус тус ногдож байна. Эрүүлийг хамгаалах нийт системийн орны 18,8 хувийг хүүхдийн 14,4 хувийг эх барих эмэгтэйчүүдийн ор, бүх эмч нарын 17,5 хувийг хүүхдийн, 6,3 хувийг эх барих эмэгтэйчүүдийн эмч тус тус эзлэх болжээ.

1979 оны байдлаар улсын хэмжээгээр жирэмсэн эмэгтэйчүүдийн 94 хувийг диспансерийн хяналтанд хамарсны дотор хотод 83,3 хувь, их эмчийн салбар, сум дундын эмнэлэгт 99,8—99,9 хувьтай байна. Үүнээс эхний 3 сартайд нь улсын хэмжээгээр 44,6 хувь, хотод 38,7 хувь их эмчийн салбар, сум дундын эмнэлэгт 50,2—52,2 хувийг диспансерийн хяналтанд авчээ. Эхчүүдийн эмнэлэгт төрөлт улсын хэмжээгээр 99,4, хотод 99,9 хувь, бага эмчийн салбар, их эмчийн салбар, сум дундын эмнэлэгт 96,0—99,3 хувьтай байна.

Жирэмсэн эмэгтэйчүүдийг эхний 3 сартайд хяналтанд авсан хувь. (1972—1979 оны байдлаар)



Жирэмсэн эмэгтэйчүүдийг эмнэлэгт төрүүлсэн хувь. (1972—1979 оны байдлаар)



Манай оронд сахуу, бөгшүүлэг ханиад, татран, саа, улаан бурхан, сүрьеэ, цагаан цэцэг зэрэг цочмог халдварт 10 гаруй өвчнөөс урьдчилан сэргийлэх тарилгыг төлөвлөгөөт арга хэмжээ болгон явуулж, жил бүр дунджаар давхардсан тоогоор нэг сая гаруй хүн, тун тариа хийж улсаас жил бүр 1,2 сая төгрөг зарцуулж байна. Сүүлийн жилүүдэд эх нялхсын эрүүл мэндийг сахин хамгаалах, нярайн өвчлөлт, нас баралтыг бууруулах зорилгоор стафилококийн анатоксиньг төлөвлөгөөт тарилга болгон 1976 оноос жирэмсэн эмэгтэйчүүдэд тарьдаг боллоо.

1979 оныг 1972 оныхтой харьцуулан үзэхэд жирэмсэн эмэгтэйчүүдийг эхний 3 сартайд, диспансерийн хяналтанд хамрагдалт 9 хувиар жирэмсэн эмэгтэйчүүдийг эмнэлэгт төрүүлэлт, 6,7 хувиар нэмэгдэж төрөхийн хүндрэл 2,9 хувиар төрөх газар, тасгийн нярай хүүхдийн үхэл 0,2 хувиар, эмнэлэгт хэвтээд 24 цаг болоогүй нас барсан хүүхдийн нас баралт 2,9 хувиар тус тус буурч хүүхдийн больниц, тасагт нас барсан хүүхдийн цогцост хийсэн задлан шинжилгээ 3,8 хувиар, яслийн ор-өдрийн төлөвлөгөөний биелэлт 5,8 хувиар нэмэгдсэн байна.

Улсын хэмжээгээр бага насны хүүхдийн дунд сүүлийн 2—3 жилд сахуу, халдварт саа өвчин гараагүй бөгөөд татран, сүрьеэ, улаан бурхан зэрэг цочмог халдварт өвчний гаралт буурсан байна.

Хүүхдийн цочмог халдварт өвчний өвчлөлийн үзүүлэлт. (10000 хүн амд 1972—1977 оны байдлаар)

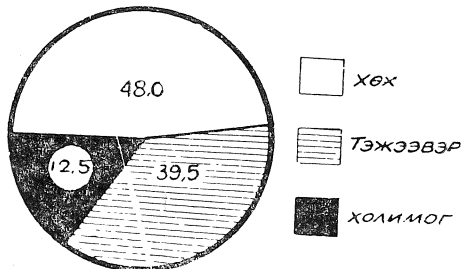
ӨВЧНИЙ НЭР	ӨВЧЛӨЛ 10000 ХҮН АМД					
	1972	1973	1974	1975	1976	1977
САХУУ	0,1	0,08	0,007	-	-	-
ХӨХҮҮЛ ХАНИАД	0,9	0,05	0,1	0,27	1,6	0,27
ТАТРАН	0,04	-	0,02	0,007	-	0,006
САА	0,02	0,007	-	0,007	-	-
УЛААН БУРХАН	176,9	17,3	0,03	-	111,1	19,5

Нялхсын өвчлөл, нас баралтын шалтгааныг шинжлэх ухааны үндэслэлтэй тогтоох зорилгоор 1974 оноос эхлэн Улаанбаатар, Чойбалсан, Өлгий, Дархан, Алтай хотод нярай хүүхдийн өсөлтийг когортын аргаар судлах судалгааны ажлыг явуулж, Улаанбаатар хотод, мөн эх, нэг хүртэлх насны хүүхдийн нас баралтыг статистикийн аргаар судлах судалгааны ажлыг 1977 оноос эхлэн тодорхой аргачлалаар улсын хэмжээгээр явуулж 1977—1978 онд хот, хөдөөний эмнэлэгт нас барсан

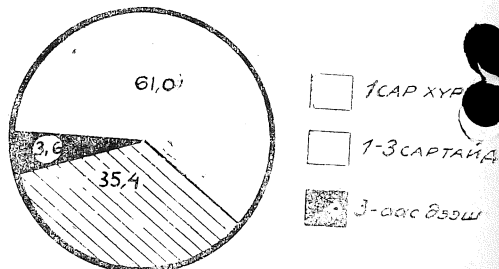
хүүхдийн материалд судалгаа хийлээ. Эхийн нас баралтыг шалтгаанаар нь улсын хэмжээгээр (1967, 1970, 1973) 3 жилийн байдлаар авч үзэхэд цус алдалт 54,6, экстрагениталь өвчин 21,0 умайн урагдалт 8,9 эклампси 7,6 үжил халдвар 4,6 хувь, бусад шалтгаанаар 4,3 хувь байна. Нялхсын нас баралтад дутуу төрөлт, нялхсын эрт нас баралт, перинаталь үхэл ихээхэн нөлөөлж байна. 1977, 1978 онд хот, хөдөөд, нас барсан хүүхдийн картанд хийсэн статистикийн судалгаанаас үзвэл нярай болон нялхсын нас баралтанд дутуу төрөлт 18,4 төрөлхийн гажиг 2,04, бүтэлт 12,65, төрөхийн гэмтэл 7,92 хувь байгаа нь нэгэн нөлөөлөх шалтгаан болжээ.

Нас барсан хүүхдийг хооллолтын байдлаар үзэхэд хөхөөр 48,07, холимог 12,64, тэжээвэр 39,7 хувь, тэжээвэр болсон хугацаагаараа эхний нэг сартайд 60,79 хувь, 1—3 сартайд 35—41, 1-ээс дээш сартайд 3,79 хувь байгаа нь нялхсын эндэгдэлд хоол тэжээл нэг хүчин зүйл болж байгааг харуулж байна.

Нас барсан нялхсын хоол тэжээлийн байдал. (%)



Нас барсан нялхсын тэжээвэр болсон хугацаа (%)



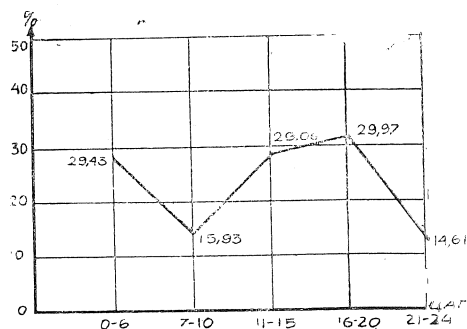
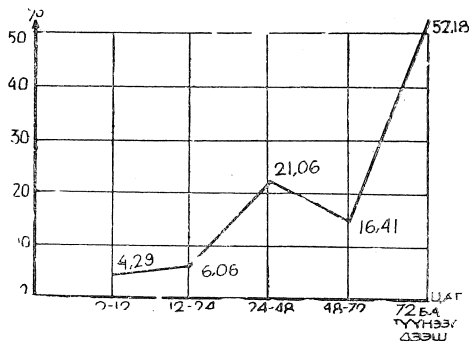
Өвчин эхэлснээс хойш эмнэлэгт хэвтсэн ба хоног болоогүй нас барсан хугацаа (хувиар).

а) өвчин эхэлснээс хойш эмнэлэгт хэвтсэн хугацаа	
12 цагийн дотор	— 4,29
12—24 цагт	— 6,06
24—48 цагт	— 21,06
48—72 цагт	— 16,41
72 цагаас дээш	— 52,18

б) эмнэлэгт хэвтээд хоног болоогүй нас барсан хугацаа	
0—6 цагт	— 29,43
7—10 цагт	— 15,93
11—15 цагт	— 19,06
16—20 цагт	— 20,97
21—24 цагт	— 14,61

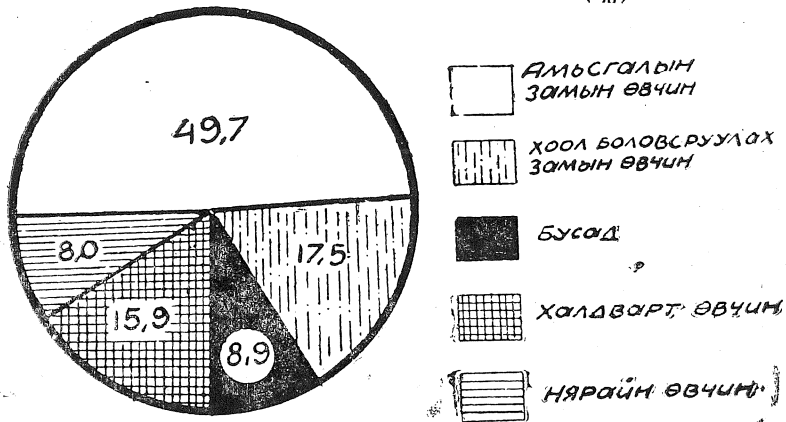
Үүнээс үзэхэд өвчин эхэлснээс хойш эмнэлэгт ихэнх хүүхэд хожуу хэвтсэн байна.

Өвчин эхэлснээс хойш эмнэлэгт хэвтсэн ба эмнэлэгт хэвтээд хоног болоогүй эндсэн хугацаа. (%)



Нялхсын нас баралтын шалтгааны байдлаар үзэхэд амьсгалын замын өвчин 49,1 хувь (үүнээс уушигны үрэвсэл 74,8 «ОРЗ» амьсгалын замын халдвар 19,9 бусад 5,3 хувь), хоол боловсруулах замын өвчин 17,5 хувь) үүнээс энтероколит 58,6 биж 36,8 цусан суулга 1,2 бусад 3,4 хувь) халдварт өвчин 8,9 нярайн өвчин 8,0 хувь байна. Нярайн эндэгдлийн шалтгааныг үзэхэд цусан үжил 45,3, төрөхийн гэмтэл 32,1 хувь, бүтэлт 16,2 төрөлхийн гажиг 2,6 цусны өвчин 1,9 бусад 1,9 хувь тус тус байна.

Нас барсан нялхсын эндэгдлийн шалтгаан. (%)



Нас барсан хүүхдийн нас баралтын байдлаар авч үзвэл эмнэлэгт хэвтээд хоног болоогүй нас барсан 27,6 хувь байгаа нь хүүхдэд үзүүлэх амбулатори-поликлиникийн тусламжийн хүрэлцээ, урьдчилан сэргийлэлт, хөдөлмөрчдийн дунд зохиох ариун цэвэр гэгээрлийн ажил хангалтгүй байгааг харуулж байна.

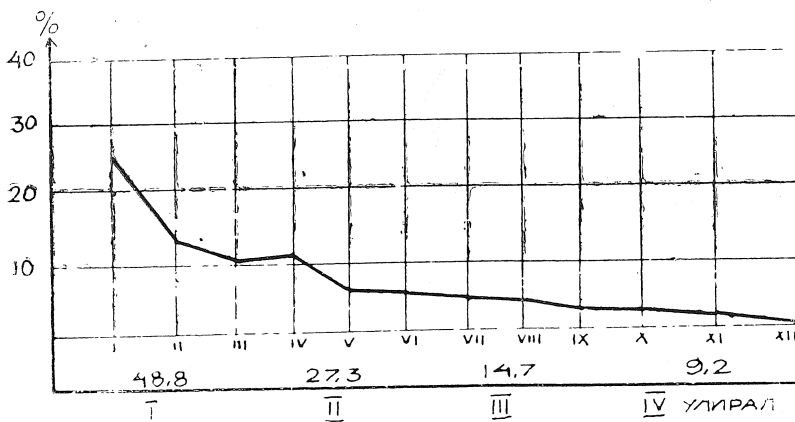
Нас барсан хүүхдээс 606 хүүхдийг эмнэлэгт хэвтсэн удаагаар үзвэл 2 удаа 28,55, 3 удаа 8,42, 4 удаа 3,79, 5-аас дээш удаа 1,55 хувь буюу нийтдээ 40 хувь, дахин хэвтэж байгаа нь хүүхэд эмнэлэгт дутуу эмчлүүлснийг үзүүлсэн тоо юм.

Нялхсын нас баралтыг улирлын хэлбэлзлээр үзэхэд жилийн нэг, дөрөвдүгээр сар, 6, 7-р сар, 12-р сард өндөр байна. Энэ нь күйтэн сэрүүний болон дулааны улиралд зонхилж байгааг харуулж байна.

Нялхсын нас баралтыг насаар (сараар) үзвэл

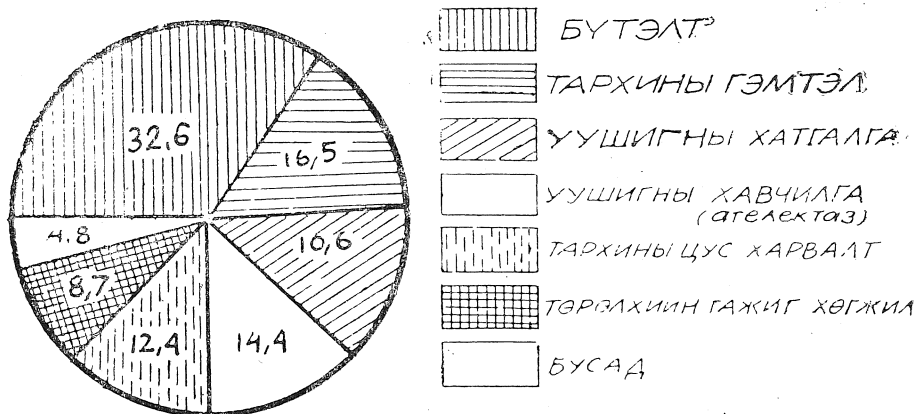
эхний улиралд	— 48,82
2-р улиралд	— 27,32
3-р улиралд	— 14,67
4-р улиралд	— 9,19 хувь байна.

Нялхсын эндэгдлийг насаар үзүүлбэл (%)



Төрөх газруудад нас барсан нярайн шалтгааныг үзвэл, бүтэлт 32,6 төрөхийн гэмтэл 16,5 уушигны хавчилз (ателектаз) 14,4 тархины цус харвалт 12,4, уушигны хатгалгаа 10,6, төрөлхийн гажиг хөгжилт 4,8, бусад өвчнүүд 8,7 хувь байна.

Төрөхөд нас барсан нярайн шалтгаан. (%)



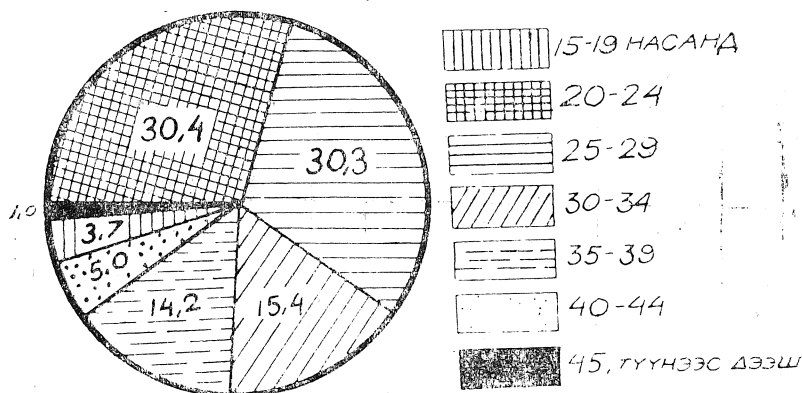
Нялхсын эндэгдэлд бодисын солилцооны хямрал нэг нөлөөлөх шалтгаан болдог. Нас барсан нялхсын 45,5 хувь нь сульдаатай 34,8 хувь нь тэжээлийн хямралтай, 19,7 хувь нь сульдаа тэжээлийн хямрал хавсарсан байжээ.

Нас барсан нялхсын эхийн нийгмийн байдлаар үзвэл ажилчин 63,2, албан хаагч 18,9, гэрийн ажилтай 12,9, оюутан, 3,8, малчин 0,5, хувь, бусад 0,9 хувь байна.

Түүнчлэн эхийн боловсролоор үзвэл бага боловсролтой 28,8 дунд (тусгай) 66,0 хувь, дээд 5,2 хувь байна. Хүүхдийн эмнэлгүүдэд нас барсан нялхсын эхийн насны байдлаар үзвэл:

15—19 настай	— 3,7
20—24 настай	— 30,4
25—29 настай	— 30,2
30—34 настай	— 15,3
35—39 настай	— 14,1
40—44 настай	— 5,0
45-аас дээш	1,0 хувь

Хүүхдийн эмнэлгүүдийн стационарт нас барсан нялхсын эхийн насны байдал.



Хүүхдийн эмнэлгүүдэд нас барсан нялхсын эхийн насыг бүх төрөлтөд 1000 тохиолдол тутамд харьцуулж үзвэл:

15—19 настайд	— 51,0
20—24 настайд	— 70,5
25—29 настайд	— 91,7
30—34 настайд	— 75,8
35—39 настайд	— 97,3
40—44 настайд	— 107,9
45-аас дээш	140,8 байна.

Хүүхдийн эмнэлгүүдийн стационарт нас барсан нялхсын эхийн насыг бүх төрөлтөнд харьцуулсан байдал. (%)

ЭХИЙН НАСНЫ БҮЛЭГ	НАС БАРСАН БҮХ ТӨРСӨН 1000 ТӨРӨЛТӨД ХАРЬЦУУЛБАЛ %	НЯЛХСЫН ЭНДЭГД ЛЭЭР БАЙР ЭЗЛҮҮЛБЭЛ
15-19	51,0	VII
20-24	70,5	II
25-29	91,7	IV
30-34	75,8	V
35-39	97,3	III
40-44	107,9	II
45-аас дээш	140,8	I

Хүүхдийн эмнэлгүүдэд нас барсан нялхсын эхийн төрөлтийн дэс дарааллын байдлыг 1000 тохиолдол тутамд харьцуулж үзвэл:

I	— 43,5
II	— 64,6
III	— 62,3
IV	— 72,1
V	— 63,6
VI	— 63,7
VII	— 66,7
VIII	— 53,0
IX	— 65,5
X ба түүнээс дээш	83,1

Хүүхдийн эмнэлгүүдийн стационарт нас барсан нялхсын эхийн төрөлтийн дэс дарааллын байдал

ТӨРӨЛТИЙН ДЭС ДАРААЛАЛ	НАС БАРСАН НЯЛХСЫГ ТУХАЙН ТӨРӨЛТИЙН 1000 ТӨРӨЛТӨД ХАРЬЦУУЛБАЛ %
I	43,5
II	64,6
III	62,3
IV	72,1
V	63,6
VI	63,7
VII	66,7
VIII	53,0
IX	65,5
X БА ТҮҮНЭЭС ДЭЭШ	83,1

Эх, нялхсын өвчлөл, нас баралтын шалтгааныг тогтоож, бууруулах арга замыг боловсруулах зорилгоор сүүлийн жилүүдэд төв хөдөөд явуулсан эрдэм шинжилгээ судалгааны ажлын дүнгээс үзэхэд, эхийн насны байдлаар 20—24 насны эхчүүдээс төрсөн хүүхдийн дунд нялхсын нас баралт хамгийн бага байхад, 35—39 насны үед уг үзүүлэлт 1,1 дахин 40-өөс дээш насанд 3,1 дахин ихэсч байна.

Төрөлтийн дарааллаар үзэхэд анхны төрөлтийн үеийн нялхсын нас баралт өндөр (110,7%), II, III төрөлтөд хамгийн бага (54,6%) IV төрөлтөөс нялхсын нас баралт нэмэгдэж, VII төрөлтөөс эхлэн (VII—92,3%), VIII—112,6%, IX—140,0%, X ба түүнээс дээш 175,5% эрс нэмэгдэж байна.

Төрөлтийн хоорондын зайгаар үзэхэд төрөлтийн хоорондын зай нь давтан төрөгсдөд 2,1—2,4 жил, байгаа нь эхийн биеийн эрүүл мэндийн байдал сэргээн нөхөгдөхөд богино хугацаа бөгөөд, ойролцоо бага насны хүүхдүүдийг өсгөн торниулахад бэрхшээлтэй байдал амьдрал дээр ажиглагдаж байна.

Нялхсын нас баралтыг шалтгаанаар авч үзэхэд хэдийгээр амьсгалын болон хоол боловсруулах замын өвчин, халдварт, нярайн өвчнүүд гол шалтгаан болж байгаа боловч түүнд нөлөөлж байгаа хүчин зүйл нь тэжээвэр, сульдаа, тэжээлийн доройтолтын улмаас биеийн эсэргүүцэл доройтсон хүүхэд олонхи нь байна. Энэ нь бага насны хүүхдийн хоол тэжээлийн асуудал бүрэн шийдвэрлэгдэж чадаагүй байгаагай шууд холбоотой.

Манай орны нөхцөлд нялхсын өвчлөл, нас баралт нь улирлын чанартай байна. Хүйтэн сэрүүний улиралд амьсгалын замын өвчин, дулааны улиралд ходоод гэдэсний өвчин зонхилжээ.

Амбулатори-поликлиникоор эх нялхаст үзүүлэх эмчлэн сэргийлэх тусламжийн одоогийн байдлыг авч үзвэл Улаанбаатар хотын эмэгтэйчүүдэд зөвлөлгөө өгөх газрын хэсгийн нэг эмчид 4312 эмэгтэйчүүд (нормативаар нэг хэсэгт 3000—3500 эмэгтэйчүүд хамрагдах ёстой) тэдгээрийн дотроос жирэмсэн эмэгтэйчүүд 500 байна.

Хот, аймгийн төвийн хүүхдийн хэсгийн нэг эмчид дунджаар (0—16 насны) 1300 орчим хүүхэд ногдож тэдгээрийн дотроос 100—130 нь 0—1 насны хүүхэд байна.

Дээрхээс үзэхэд манай орны хүн амын нас хүйсний бүтцийн онцлог, амбулатори-поликлиник, хэсгийн үйлчилгээний хүчин чадал, хүртээмжийн байдлаас болж, хэсгийн нэг эмчийн ачаалал ихэсч, зөвхөн өвчтэй хүүхэд үзэхээс хэтрэхгүйгээс шалтгаалан урьдчилан сэргийлэх арга хэмжээ хоцорч байна.

1980 оны байдлаар тус улсын 10,000 хүн амд 22 их эмч, эмнэлгийн орны тоо 105, нэг их эмчид 454 хүн ам ногдож байна.

ДУГНЭЛТ

1. Нялхсын нас баралтад эхийн нас, төрөлтийн дараалал, жирэмсэлтийн хоорондын хугацаа зэрэг нь нөлөөлөх нэгэн хүчин зүйл болж байна.

2. Эхийн нас баралтын шалтгаанд умайн цус алдалт, экстрагениталь өвчин (жирэмсэнтэй хосолсон өвчин) умайн урагдалт, жирэмсний хожуу хордлого (эклампси), үжил халдвар өвчин голлож байна.

3. Нялхсын нас баралтад дутуу төрөлт болон бүтэлт, төрөхийн гэмтэл уушигны хавчилз, тархины цус харвалт, уушигны хатгалгаа, төрөлхийн гажиг хөгжилт зэрэг нярайн өвчин гол шалтгаан болж байна. Энэ нь эх барих тусламжийн зохион байгуулалт, урьдчилан сэргийлэлт, эмнэлэг үйлчилгээний чанар, соёлтой холбоотой.

4. Нялхсын нас баралтын гол шалтгаан нь амьсгалын болон хоол боловсруулах замын өвчин, халдварт өвчин нярайн өвчнүүд байна. Нялхсын нас баралтын гол шалтгаан нь хэдийгээр дээрх өвчин бай-

гаа боловч түүнд нөлөөлж байгаа хүчин зүйл нь тэжээвэр сульдаа, тэжээлийн хямралын улмаас биеийн эсэргүүцэл доройтсон хүүхэд олонхи нь байна. Энэ нь бага насны хүүхдийн хоол тэжээлийн асуудал бүрэн шийвэрлэгдэж чадаагүйтэй холбоотой байна.

5. Манай орны нөхцөлд нялхсын өвчлөл, нас баралт нь улирлын чанартай байна. Хүйтэн сэрүүний улиралд амьсгалын замын өвчин, дулааны улиралд ходоод гэдэсний өвчин зонхилж байна.

6. Нялхсын нас баралтын байдлыг насаар (сараар) авч үзэхэд төрөх газарт байсан үе болон эхний 3 сард бусад саруудаас өндөр байна.

7. Нялхсын өвчлөл, нас баралтын байдлыг эмнэлэг үйлчилгээний шатлалаар үзэхэд их, бага эмчийн салбарын үйлчлэх хүрээнд нилээд хэсгийг хамарч байна. Энэ нь сумдад хүүхдийн нарийн мэргэжлийн тусламж хүрэлцээгүйтэй холбоотой юм.

Намын программ, МАХН-ын 17-р их хурлын шийдвэрийг хэрэгжүүлэх үйл ажиллагаанд МАХН-ын Төв Хороо, БНМАУ-ын Сайд нарын Зөвлөлийн «Эх, хүүхдийн эрүүл мэндийг хамгаалах ажлыг цаашид сайжруулах арга хэмжээний тухай» 1979 оны 21-р тогтоолын заалт бүрийг биелүүлэх нь манай эх нялхсын байгууллагын чухал зорилт болж байна. Эх хүүхдийн эрүүлийг хамгаалах ажлыг бүх нийтийн үйл хэрэг болгох асуудлыг эрүүлийг хамгаалах байгууллага хошуучлах ёстой. Нялхсын өвчлөл эндэгдлийн гол шалтгаан болж байгаа амьсгалын замын халдвартай тэмцэх, түүнээс урьдчилан сэргийлэх ажлыг зөв зохион байгуулж, эмчилгээний шинэ арга барилыг практикт нэвтрүүлэх, хүүхдийн хоол тэжээлийн асуудлыг шинжлэх ухааны үндэстэй шийдвэрлэх нь тун чухал. Хүүхдийн поликлиник ялангуяа хэсгийн үйл ажиллагааг улам боловсронгуй болгон, хэсэгт дадлага туршлагатай эмч нарыг тогтвор суурьшилтай ажиллуулбал зохино.

Эрүүлийг хамгаалах хууль болон эх нялхсын талаар гарсан тогтоол шийдвэрийн биелэлтэнд тавих гүйцэтгэлийн хяналт шалгалтыг тогтмолжуулан сайжруулах явдал чухал байна.

Эх, хүүхдийг өвчнөөс урьдчилан сэргийлэх, эрүүлжүүлэх ажилд ЗХУ, социалист бусад орон болон өөрийн орны тэргүүн туршлагыг бүтээлчээр нэвтрүүлэх хэрэгтэй.

Эх нялхсын байгууллагын барилга байгууламжийн ажилд тавих хяналт шалгалтыг сайжруулж, түүнд олгосон хөрөнгийг бүрэн ашиглах хэрэгтэй.

Эх, хүүхдийн өвчлөл, эндэгдлийн шалтгаанд дүн шинжилгээ хийж арга хэмжээг шуурхай авч, хүүхдийн сүүний газруудыг орон байр, материаллаг баазаар ханган тэнд бэлтгэж байгаа хоолны нэр төрлийг олшруулах шаардлагатай байна. Хүүхдийн хэвийн өсөлт хөгжлийг хангах, өвчин эсэргүүцэх чадварыг дээшлүүлэхэд эхийн хөхний сүү чухал ач холбогдолтой. Иймээс хүүхэд бүрийг хөхний сүүгээр хоолоход их анхаарал тавивал зохино.

Бага насны хүүхдийн өвчин эсэргүүцэх чадварыг сулруулж, өвчлөл эндэгдлийн шалтгаанд гол хүчин зүйлийн нэг болж байгаа сульдаа, тэжээлийн доройтолоос сэргийлэх, эрүүлжүүлэх ажлыг системтэй зохион явуулахад анхаарах шаардлагатай боллоо.

Эх нялхсын эрүүл мэндийг хамгаалах асуудлаар 1982 онд болох улсын зөвлөлгөөнийг угтаж, зохиох ажлын төлөвлөгөө гаргаж, уг асуудлыг эрхлэх комиссыг аймаг, хотод байгуулан ажиллах нь зүйтэй.

ИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

РЕЗЮМЕ

Ж. Раднабазар.

В результате последовательных и многосторонних мероприятий, принятых партией и правительством за годы народной власти, Монголия стала страной низкой смертности (9 на 1000 человек), высокой рождаемости (39,2 на 1000 человек).

Главной причиной смертности детей в возрасте до 1 года являются недоношенность, асфиксия и родовые травмы, болезни органов дыхания и пищеварения.

На причину смертности детей раннего возраста также влияет состояние их питания, климатические условия и др.

Одной из главных задач медицинской помощи детям в МНР на ближайшие годы является расширение и правильная организация специализированной и поликлинической педиатрической помощи, с учетом условий Монголии.

0—1 НАСТАЙ ХҮҮХДИЙН ЦУСАН ДАХЬ ТОСЛОГИЙН СОЛИЛЦООНЫ ЗАРИМ ҮЗҮҮЛЭЛТИЙН ДУНДАЖ ХЭМЖЭЭ

Н. Цэдэнжав

(Эрдэм шинжилгээний ахлах ажилтан)

Цусан дахь липидүүд бол органик уусгагчид харилцан адилгүй уусдаг, усанд уусдаггүй бодисууд юм. Липидүүд нь нэг талаас нейтраль тослог буюу триглицеридүүд нөгөө талаас тостой төсөө бүхий бодис болох липойдууд гэсэн хоёр бүлгээс бүрддэг байна. Фосфорын хүчилтэй нэгдсэн липойдууд нь бие махбодод чухал үүрэгтэй. Тухайлбал: Лецитин, Кефалин, Фосфатидилсерин, ацетилфосфагуудыг нэрлэж болно.

Нейтраль тослог буюу триглицеридүүд бол бие махбодод хоёр хэлбэрээр агуулагддаг нь судлаачдын судалгаагаар батлагджээ. Эдгээр нь эсийн протоплазмын бүтэцийн үндсэн элемент хэлбэрээр байхаас гадна бие махбодод нөөцлөгдөх байдлаар оршино. Ер нь тослогийн шингэц, түүний бүлгүүд бодисын солилцоонд аль хир идэвхтэй оролцох эсэх нь хүүхдийн эрүүл мэнд, ялангуяа тэдний элэг цэсний үйл ажиллагаа, цэсний хүчлийн биоидэвхтэй нарийн холбоотойг одоо хүртэл эрдэмтэд нарийвчлан судалсаар байна.

В. Г. Колбо, В. С. Камышников (1976) нар тослогийн солилцооны хямралын байдлыг зөв тогтоох биологийн үндсэн материал бол эрүүл, өвчтэй хүмүүсийн цус болохыг онцлон тэмдэглэсэн байдаг.

Хүүхдийн тослогийн солилцооны хямралыг судалсан дүн, хэвлэлд нилээд байх боловч нэг хүртэлх насны эрүүл хүүхдийн тослогийн солилцооны онцлогийг судалсан материал харьцангуй бага байна.

Судлаачдын материалаас үзэхэд эрүүл хүүхдийн нийт липидийн үндсэн фракцуудын дундаж норматив харилцан адилгүй байгаа нь хөхүүл насны хүүхдийн бие махбодын үйл ажиллагааны болон бодисын онцлог, тэдний өсөлтийн хурдаас шалтгаалан цусны ийлдсийн нийт липидийн хэмжээ тогтворгүй байдаг гэж судлаачид үзэж байна. (И. Тодоров-1966, Fornos, S-1967, С. М. Лейтес-1964), Нөгөө талаар уул фракцуудыг тодорхойлж байгаа арга барилын өөр өөр байгаад оршино. Манай оронд нэг хүртэлх насны эрүүл хүүхдийн цусны нийт липид, түүний үндсэн фракцуудыг судалсан материал ховор байгаа ба

практикт шаардагдаж байгаа чухал талыг үндэс болгон 0—1 насны эрүүл хүүхдийн тослогийн солилцооны үндсэн үзүүлэлт болох нийт липидийг тодорхойлохдоо сульфосфосованилины урвалж бүхий өнгийн урвалаар, нийт холестериньг Станкевичийн аргаар, фосфолипидыг ФЭК-Н-56 аппаратаар, триглицеридыг тооцооны аргаар, липопротейдыг гипарины тусламжтайгаар тус тус хийлээ.

Судалгаанд авсан 20 хүүхдийн бие бялдрын үзүүлэлт, хэрэглэж байгаа бодит хоолыг тооцооны үндсэн дээр дүгнэв.

Бид 0—1 насны гэжээвэр болон нэмэгдэл хоол идэж байгаа эрүүл хүүхдийн липидийн солилцооны үндсэн үзүүлэлт болох фракцуудын дунджийг тогтоох зорилгоор нийслэлийн 36, 16-р яслид бойжиж байгаа хүүхдийг сонгон авч уул судалгааг хийв. Дурдсан хүүхдийн насны байдлыг авч үзвэл: 0—3 сартай хүүхэд-1, 1—3 сартай-8, 7—9 сартай -4, 10—12 сартай-2, нэгээс дээш насны-5 хүүхэд хамрагдсан юм. Эдгээр хүүхдийн хэрэглэсэн хоолны тооцоог биеийн жингийн 1 кг жинд ногдож байгаа шимт бодисын дунджаар тооцоолон гаргав. Шимт бодисын хэмжээг 1-р хүснэгтэд үзүүлэв.

1-р хүснэгт
Хэрэглэж байгаа хоолны шимт бодисын хэмжээ (г/кг)

	Уураг	Тослог	Нүүрс-ус	Калори
Хөхүүл	2,0	3,5	5,0	63,8
Тэжээвэр	4,1	5,6	10,1	99,8

Эрүүл хүүхдийн цусан дахь нийт липидийн хэмжээг судлаачид харилцан адилгүй тогтоожээ. Үүнийг 2-р хүснэгтээр үзүүлэв.

2-р хүснэгт
Нэг хүртэлх насны хүүхдийн нийт липидийн дундаж (мг%)

Судлаачид	Нэг хүртэлх насны хүүхэд	
	Нярай үе	Хөхүүл насны үе
М. С. Маслов Й. Тодоров Ю. А. Барышников Бидний судалгаагаар	Үүнээс арай бага 200—470 мг% бага	450 мг% 500 мг% 646±97-оос 683, 0±160 мг% 441,6±9,9 мг%

Судалгаа нь нярай үед нийт липидийн хэмжээ бага байж, хүүхдийн нас ахих тутам түүний түвшин ихэсч байгааг харуулж байна.

Бидний судалгаагаар нэг хүртэлх насны хүүхдийн нийт липидийн хэмжээ нь 441,6±9,9 мг % байгаа ба хооллох хэлбэр, хүүхдийн насны хувьд тодорхой ялгавар ажиглагдаагүй тул нийт дүнг нэгтгэн гаргасан юм. Судалгааны дүнг И. Н. Дмитриюкийн 1970 оны материал, 1974 оны зөвлөмжийн дүнтэй харьцуулан дүгнэв. Үүнийг 3-р хүснэгтээр үзүүлэв.

Нэг хүртэлх насны эрүүл хүүхдийн нийт липид,
түүний фракцийн дундаж ($m \pm t$)

3-р хүснэгт

	Он	Нийт липид мг%	Нийт холестерин мг%	Үүнээс		Коэф. эстерификацийн мг%	Фосфолипид мг%	Триглицерид мг%
				чөлөөт холестерин мг%	эфиртэй холбогдсон холестерин мг%			
И. Н. Дмитрюк	1970	—	142,0 \pm 2,7	52,1 \pm 2,6	86,8 \pm 4,6	0,55 \pm 0,06	103,6 \pm 3,5	
Бидний судалгаа	1979	44,6—9,9	143,2 \pm 2,9	61,0 \pm 2,6	80,3 \pm 8,4	0,55 \pm 0,2	179,4 \pm 6,6	

Тослогийн солилцооны фракцуудаас ихээхэн судлагдсан хэсэг нь холестерин юм. Бидний судалгааны дүнгээс үзэхэд 143,2 \pm 2,9 мг% байгаа нь дээрх судлаачдын тогтоосон дүнтэй тохирч байна. (142 \pm 2,7 мг%). М. С. Маслов, И. Тодоров нар бичихдээ хоол тэжээлийн нөлөөгөөр нийт холестерин ихэсдэг талтайг заасан байдаг. Гэтэл Н. А. Попова, М. С. Ашерова нар холестериний ихсэлтийг физиологийн бус харин «В» бүлгийн витамин дутагдал ба хүнс тэжээл дэх нүүрс ус, уургийн харьцааны алдагдалтай холбон үзсэн юм.

Холестерин нь ферментийн нөлөөний дор чөлөөт болон эфир холестериний фракцуудыг үүсгэдэг билээ. Бидний судалгаагаар эфир холестерин 80,3 \pm 8,4 мг% байхад И. Н. Дмитрюкийн судалгаагаар (1,70) 86,8 \pm 4,6 мг%, чөлөөт холестерин бидний судалгаагаар 61,0 \pm 2,6 мг% байхад дээрх судлагчийнхаар 52,1 \pm 2,6 мг% байгаа. Үүнээс үзэхэд 0—1 насны хүүхдийн холестериний нийт хэмжээ, түүний фракцуудад онцын ялгаа харагдсангүй. Коэффициент эстерификаций (эфирсвязанный холестерин—0,55) байдаг гэж эрдэмтэд үзэж байна. Бидний судалгаагаар холестериний эстерификаци нь 0,56 байгаа нь уул судалгаатай тохирч байлаа. Нэг хүртэлх насны эрүүл хүүхдийн цусан дахь фосфолипидийн хэмжээ ихээхэн хэлбэлзэлтэй тогтоогджээ. Тухайлбал И. Н. Дмитрюк (1970) Т. А. Балезина, Е. Г. Михновская (1970) фосфолипидийн хэмжээг 103,6 \pm 3,5 мг%-аар тогтоосон байхад М. С. Масловынхаар 125 мг% байна. Бидний судалгааны дүнгээр 179,4 \pm 6,6 мг% байгаа нь эдгээр судлаачдынхаас даруй 75,8 \pm 16,4 мг%-иар их байна. Бидний саналаар, энэ нь тослогийн эд эсүүдэд зөөвөрлөгдөх үйл ажиллагаатай холбоотой байх боловч цаашид гүнзгийрүүлэн судлах шаардлагатай.

Фосфолипидын хэмжээ хүүхдийн хэрэглэж байгаа хоолны тослогтой холбоотой байдаг учир дээрх зөрүү гарч болох талтай гэж үзэж байна.

Нэг хүртэлх насны эрүүл хүүхдэд α -липопротеид 62—68%, β -липопротеид 32—38%, триглицеридууд 132,2 мг% байлаа. Элэгний цэвэршүүлэх үйл ажиллагааны үзүүлэлт болох Квикийн сорил нь 50,1 \pm 0,65% байгаа нь хэвлэлийн дундажтай дүйж байна.

ТОВЧ ДҮГНЭЛТ.

1. Нэг хүртэлх насны хүүхдийн липид болон түүний бүлгүүдийн дундаж хэмжээ ЗХУ-ын судлаачдын дундаж хэмжээтэй тохирч байна.
2. Дурдсан насны эрүүл хүүхдийн цусан дахь нийт липид 441,6 \pm 9,9 мг% нийт холестерин 143,2 \pm 2,9 мг%, чөлөөт холестерин- 61,0

$\pm 2,6$ мг%, эфир холестерин $80,3 \pm 8,4$ мг%. Холестерины коэффициент $2,6 \pm 0,13$, фосфолипид $209,5 \pm 6,6$ мг% тус тус байна.

3. α липопротеид 62—68%, β липопротеид 32—38%, триглицеридүүд дунджаар 131,2 мг%. Элэгний цэвэршүүлэх үйл ажиллагааны квикийн сорил нь $50,1 \pm 0,65\%$ тус тус байна.

4. Дээрх үзүүлэлтийг клиникийн практик болон сургалтын материалд ашиглаж болох үндэстэй гэж үзлээ.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. Методы исследования липидного обмена у детей в норме и при патологии (Методические рекомендации) М. 1974 г.

2. И. Н. Дмитриук. Некоторые особенности жирового обмена у здоровых детей раннего возраста «Педиатрия», выпуск № 1 1970.

3. И. Тодоров, Ст. Статева, обмен веществ в детском возрасте. София, 1967 г.

СРЕДНИЕ НОРМАТИВЫ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЖИРОВОГО ОБМЕНА У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

РЕЗЮМЕ

Н. Цэдэнжав

В нашей стране до сих пор не изучались общие липиды и их фракции у здоровых детей в возрасте до одного года.

Исходя из практической важности применения в качестве биохимических показателей для оценки липидного обмена при патологических состояниях, автор исследовал его основные показатели у 20 здоровых детей первого года жизни находившихся на естественном и искусственном вскармливании.

В результате проведенных исследований автором существенных отклонений в числовых показателях (общие липиды, общий холестерин, свободный и эфирсвязанный холестерин, коэффициент эстерфикации, триглицеридов, $\alpha\beta$ —липопротеидов и фосфолипидов) липидного обмена в сравнении с данными советских авторов не обнаружено.

СУРАГЧДЫН ЦУСНЫ ДАРАЛТЫН ХЭВИЙН ХЭМЖЭЭНИЙ ЗАРИМ АСУУДАЛ

Ц. Дашдаваа (Хүүхдийн эмч)

Э. Лувсандагва (Эх нялхсыг хамгаалах эрдэм шинжилгээний хүрээлэнгийн захирал, анагаах ухааны дэд эрдэмтэн)

Сургуулийн насны хүүхдийн артерийн цусны даралтын хэвийн хэмжээг өөрийн орны нийгмийн хөгжил, байгаль цаг уурын өвөрмөц нөхцөлд судлан тодорхойлох нь анагаах ухаан, сурган хүмүүжүүлэх ухаан, улс төр эдийн засаг, сэтгэл судлал болон онол практикийн чухал ач холбогдолтой.

Хүүхдийн цусны даралтын дунжийг тогтоох, эмгэг өөрчлөлтөөс урьдчилан сэргийлэх талаар судалгааны ажил багагүй хийжээ. (А. М. Попов, М. С. Маслов А. Ф. Тур, А. Эккерт, Н. П. Гундобин, Е. Е. Гранат, А. Д. Островский, Ф. Я. Бранина, Р. М. Липовицекая, В. И. Молчанов, З. М. Вольнский, И. И. Исаков, С. И. Яковлев, С. А. Кейзер, И. К. Пагава, Е. Н. Алисова, Т. П. Гетуа, Н. И. Мелиз, И. И. Чаговадзе, В. Е. Игнатьев, 1927, А. С. Дурнова 1928, В. С. Пя-

Судалгаанд хамрагдсан хүүхдийн байдал

	Дугарням Ц							Бидний судалгаа											
	Нас							нас											
	8	9	10	11	12	13	14	ДҮН	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	ДҮН
Эрэгтэй	100	111	100	101	101	111	108	732	188	158	139	144	189	168	138	135	104	100	1463
Эмэгтэй	97	119	117	101	101	100	100	735	173	155	154	113	193	157	168	192	117	137	1560
ДҮН	197	230	217	202	202	211	208	1467	361	314	293	257	382	325	306	327	221	237	3013

тернев 1929, В. Г. Кузнецов 1930, Е. Г. Шекосян 1930, Н. В. Попов 1938, В. В. Бунак 1941, Я. Я. Рочинский, М. Г. Левин 1955, В. П. Цинковский 1957, Т. К. Кушаков 1962, А. Г. Цейтлин 1963, Ц. Дугарням 1959, Э. Г. Шварц 1966, В. М. Левин 1966, И. Н. Вульфсон 1969, В. Н. Засухина, Е. В. Федорова 1969, И. Е. Абрамова 1970, Т. С. Криворучко 1973 Г. К. Долголикова 1976, В. Я. Виноградова 1976, Г. Дэжээхүү 1978).

XX зууны сүүлийн хагас бол зөвхөн шинжлэх ухаан техникийн агуу их хөгжлийн эрин үе болоод зогсохгүй, бас хүний бие махбодын өсөлт хөгжилт, акселерацийн хурдаслын асар их өөрчлөлтийн зуун билээ. Одоогоор манай оронд эрүүл ба эмгэг байдлын зарим нэг үзүүлэлтийг гадаадын судлаачдынхтай харьцуулан дүгнэлт хийж байгаа нь тэр болгон бодит амьдралтай тохирохгүй учир бид Завхан аймгийн ерөнхий боловсролын сургуулийн сурагчдын артерийн цусны даралтын хэвийн хэмжээ, судасны даралтын дунджийг тогтоох зорилт тавин ажиллалаа. Судалгаанд 8—17 насны хүүхэд хамрагдсан бөгөөд насны бүлэг, хүйс тутамд 100—193 хүүхэд оржээ. Судалгаанд хамрагдагсдыг нас хүйсээр нь ангилан вариац эгнээ зохиож статистикийн аргаар боловсруулалт хийж Ц. Дугарням (Эрүүл мэнд 1964) Г. С. Криворучко (Молдав ССР, 1976) зэрэг судлаачдынхтай харьцуулан дүгнэлт хийлээ.

Артерийн цусны даралтыг карманы сфигмомонометрээр хүүхдийн баруун гарны бугалагийн артерт суугаа байдалд (10 минут тайван байлгасны дараа) хэмжсэн. Бидний хэрэглэсэн маншет 8—12 насанд 8,5 x 20 см, 13—14 насанд 10,5 x 22 см, 15—17 насанд 12,5x26,5 см хэмжээтэй байв. Хэмжилтийг 1979 оны 11—12-р сард 9—13 цагийн хооронд (Ц. Дугарням 1959 оны 3, 4-р сард 9—12 цагийн хооронд) хийлээ. Судлаачид цусны даралтыг байдлыг харилцан адилгүй нөхцөл байдалд тонометр, сфигмомонометр зэрэг өөр өөр аппаратаар хэмжсэн байдаг. Иймд цусны даралтын хэвийн хэмжээ мөнгөн усны баганын 10—20 мм хэмжээний хэлбэлзэлтэй байхыг хэвийн (В. Н. Засухина, Е. В. Федорова 1969) гэж үзжээ. Бид энэ судалгааны үндсэн дээр сурагчдын артерийн цусны даралтын хэвийн хэмжээ, судасны цохилтын байдлыг дараахь байдлаар тодорхойлов.

Эрэгтэй хүүхдийн артерийн цусны их даралтын дундаж хэмжээ

2-р хүснэгт

Нас	Ц. Дугарням		Т. С. Криворучко		Бид	
	М	±m	М	±m	М	±m
8	98,4	0,28	96,80	0,63	113,20	0,87
9	102,9	0,26	99,36	0,79	113,10	0,88
10	103,4	0,32	100,28	0,57	113,90	0,62
11	102,9	0,24	100,44	0,76	115,30	0,76
12	108,8	0,29	104,48	0,72	115,35	0,68
13	111,7	0,29	110,76	0,96	116,05	0,65
14	115,0	0,29	112,44	0,98	117,81	0,79
15			113,60	0,94	121,30	0,70
16			118,84	0,78	125,45	0,85
17					127,35	1,19

Эмэгтэй хүүхдийн артерийн цусны их даралтын дундаж хэмжээ

3-р хүснэгт

Нас	Ц. Дугарням		Т. С. Криворучко		Бид	
	М	$\pm m$	М	$\pm m$	М	$\pm m$
8	54,3	0,26	57,92	0,50	74,30	0,66
9	60,1	0,25	59,52	0,59	75,20	0,58
10	62,0	0,29	60,08	0,48	76,75	0,68
11	61,9	0,24	60,46	0,49	77,25	0,42
12	64,3	0,25	62,80	0,48	78,55	0,52
13	65,1	0,19	62,48	0,57	79,45	0,40
14	66,9	0,23	64,88	0,57	79,70	0,65
15			65,16	0,55	79,25	0,48
16			65,48	0,54	80,00	0,50
17					80,50	0,66

Эрэгтэй хүүхдийн артерийн цусны бага даралтын дундаж хэмжээ

4-р хүснэгт

Нас	Ц. Дугарням		Т. С. Криворучко		Бид	
	М	$\pm m$	М	$\pm m$	М	$\pm m$
8	54,3	0,26	57,92	0,50	74,30	0,66
9	60,1	0,25	59,52	0,59	75,20	0,58
10	62,0	0,29	60,08	0,48	76,75	0,68
11	61,9	0,24	60,46	0,49	77,25	0,42
12	64,3	0,25	62,80	0,48	78,55	0,52
13	65,1	0,19	62,48	0,57	79,45	0,40
14	66,9	0,23	64,88	0,57	79,70	0,65
15			65,16	0,55	79,25	0,48
16			65,48	0,54	80,00	0,50
17					80,50	0,66

Эмэгтэй хүүхдийн артерийн цусны бага даралтын хэвийн хэмжээ

5-р хүснэгт

Нас	Ц. Дугарням		Т. С. Криворучки		Бид	
	М	$\pm m$	М	$\pm m$	М	$\pm m$
8	55,0	0,25	54,96	0,64	73,75	0,29
9	58,1	0,26	56,00	0,52	77,25	0,55
10	61,6	0,18	59,24	0,53	77,70	0,35
11	61,7	0,28	59,22	0,52	79,65	0,63
12	63,9	0,24	60,48	0,59	80,30	0,45
13	66,9	0,23	62,72	0,49	83,00	0,56
14	69,0	0,25	65,24	0,59	83,35	0,56
15			65,36	0,62	84,15	0,46
16			66,84	0,64	85,50	0,31
17					86,75	0,55

Эрэгтэй хүүхдийн судасны даралтын дундаж хэмжээ

6-р хүснэгт

Нас	Ц. Дугарням	Т. С. Криворучко	Бид
8	42,65	38,9	42,5
9	41,60	39,8	45,2
10	41,90	40,2	42,5
11	42,00	40,0	39,8
12	43,60	41,7	39,4
13	46,50	48,3	39,2
14	47,20	47,6	40,7
15		48,4	37,9
16		52,4	41,8
17			44,8

Эмэгтэй хүүхдийн судасны даралтын дундаж хэмжээ

7-р хүснэгт

Нас	Ц. Дугарням	Т. С. Криворучко	Бид
8	43,7	39,3	43,4
9	38,9	40,4	44,3
10	39,6	40,4	44,5
11	41,4	40,3	47,5
12	42,6	38,5	39,7
13	46,0	38,4	40,2
14	49,6	45,7	42,4
15		43,2	40,1
16		48,0	44,8
17			48,0

Сурагчдын цусны даралтын хэвийн хэмжээ 16—17 настайдаа: А. М. Гундобин (1913) 134/88, В. А. Белоусов 1963 116/76, Р. А. Калужная 1975 130/72,5 гэж тогтоожээ.

Дээрхээс үзэхэд:

1. Сурагчдын артерийн цусны их ба бага даралтын хэвийн хэмжээ хүүхдийн нас ахих тутам ихэсч байна.

2. Цусны даралтын хэвийн хэмжээний ихээхэн хэлбэлзэл бэлгийн бойжилтын үед илэрч байгаа бөгөөд бэлгийн бойжилт эмэгтэй хүүхдэд эрэгтэй хүүхдийг бодвол эрт явагдаж байна.

3. Цусны даралтын хэвийн хэмжээ нас ахих тутам нэмэгдсээр 16—17 настайдаа том хүний даралтын дундаж хэмжээ (Я. Дондог 1970, Н. Цэгмид 1970, Но. Дондог 1978)-нд хүрч байна.

4. Сурагчид, идэр насны хүмүүсийн артерийн цусны даралтын хэвийн хэмжээг өөрийн орны байгаль цаг уур, нийгмийн хөгжлийн өвөрмөц нөхцөлд судлан тогтоох нь цусны даралт өөрчлөгдөх, ялангуяа цусны даралт ихдэх өвчнөөр өвчлөх, нас барахаас урьдчилан сэргийлэхэд тодорхой хэмжээгээр нөлөөлнө гэж үзэж байна.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. Б. Бадамцэрэн. БНМАУ, ШУА-ийн мэдээ. 1969. № 2 66—70
2. Т. А. Долженко Ц. Дугарням, Улаанбаатар хотын хүүхдүүдийн артерийн цусны даралт, Мэдээлэл, Эрүүл мэнд. 1963. 1964.
3. Д. Дондог, Дундговь аймгийн зарим сумын хүн амын артерийн даралтын байдал. 1965. 4. 12

4. Я. Дондог. Улаанбаатар хотод оршин суугчдын цусны даралт багадалт ямар байгаа тухай. 1964. 3. 28
5. Б. Рагчаа. Эрүүл хүмүүсийн цусны даралтыг судалсан нь. 1961. 1. 8
6. Н. Цэгмэд. Анагаах ухааны эрдэм шинжилгээний бичиг. № 12. 20. 1970
7. Е. Н. Занина, И. Н. Вульфсон, О. О. Куприянова. Оценка индивидуальной нормы артериального давления у школьников. Вопросы охраны материнства и детства. Медицина. 1979.
8. В. Н. Засухина, Е. В. Федерова. Гипертонические и гипотонические состояния у детей и подростков. Москва 1969
9. Т. С. Криворучко. Особенности физического развития детей и подростков. Кишинев. 1976.
10. Р. А. Каложная. Школьная медицина. Москва 1975.
11. Э. П. Нисинман, Изучение сосудистых дистоний гипертонического типа у детей в условиях школы. Педиатрия. 1973. № 5. 64—66

ИЗУЧЕНИЕ СОСТОЯНИЯ КРОВЯНОГО ДАВЛЕНИЯ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В МОНГОЛИИ

РЕЗЮМЕ

Э. Лувсандагва, Ц. Дашдава

Изучение кровяного давления у детей и подростков в нашей стране представляет особый интерес и является одной из актуальных проблем физиологии школьного возраста.

Кроме того, для выявления патологических изменений кровяного давления необходимо установить возрастные нормы. Исходя из этого положения, авторы установили возрастные нормы артериального давления у школьников в возрасте от 8 до 18 лет в условиях Завханского аймака.

УЛААНБААТАР ХОТЫН АМАРЖИХ ГАЗРУУДЫН ПЕРИНАТАЛЬ ҮЕИЙН НАС БАРАЛТ

(1978 оны байдлаар)

Б. Лувсан-ёндон (Эх нялхсыг хамгаалах эрдэм шинжилгээний хүрээлэнгийн эх барих, эмэгтэйчүүдийн секторын эрхлэгч, анагаах ухааны дэд эрдэмтэн)

Нярайн нас баралтыг бууруулах чухал арга хэмжээний нэг нь перинаталь үеийн нас баралтын шалтгааныг судлан, түүнийг багасгах асуудал юм. Иймээс Улаанбаатар хотын амаржих газруудад перинаталь үедээ эндэж байгаа ураг, нярайн шалтгааныг судлах зорилт тавьж ажиллав.

Хэвлэлийн материалаас үзэхэд Европын орнуудад перинаталь нас баралт 1000 амьд төрөлтөд 19—43 байна*.

Бидний судалгаагаар Улаанбаатар хотын амаржих газруудын перинаталь нас баралт 1000 амьд төрөлтөд 29 байна. Амьгүй төрөлт 1000 төрөлтөд 13 байна.

Улаанбаатар хотын хэмжээгээр сүүлийн таван жилд (1974—1978) перинаталь нас баралтын дундаж нь 35% байгаа бөгөөд амьгүй төрөлт 13% байна.

Перинаталь нас баралтын дотор 14,8 хувь нь антинаталь, 29,7% нь интернаталь, 55,5 хувь нь постнаталь үед байна. (Б. Лувсан-ёндон 1979).

* Prodhom 1973. Залинг. И. В. Дуденхаузен 1973

Перинаталь үедээ эндсэн ураг, нярайн эхчүүдийн 37% нь анхан төрөгч, давтан төрөгч эхчүүдийн 43,2%-ийг таваас дээших төрөлт эзэлж байна. Перинаталь үедээ эндсэн нийт ураг ба нярайн 41,7% нь бага жинтэй (2400 гр-аас доош), 13,3 хувь нь 3600 гр-аас дээш жинтэй төржээ.

Перинаталь үед ураг, нярай нь эндсэн бүх эхчүүдийн 34,6 хувь нь эхчүүдэд зөвлөлгөө өгөх газар огт үзүүлээгүй байв.

Дутуу төрсөн эхчүүдийн ураг ба нярайн 17 хувь нь перинаталь үедээ энджээ. (Ж. Балган 1977) Хугацаа илүү тээгдэж төрсөн нярайн 31% нь бүтэлтэй, 6% нь тархины гэмтэлтэй төрж, төрсний дараахи үедээ, хугацаандаа төрсөн нярайгаас 2 дахин илүү өвчилсөн (Д. Баттогтох 1977) тухай бичсэн байна. Эдгээрээс үзэхэд перинаталь нас баралтад төрөлтийн, дараалал ургийн жин, илүү тээлт, жирэмсэн эхийг хяналтад хамруулсан байдал, нөлөөлөх хүчин зүйлс болж байна.

1-р хүснэгт

Перинаталь нас баралтын шууд шалтгаан (хувиар)

№		Бидний судалгаа хувиар 1978	О. Г. Форлова хувиар 1973
1	Бүтэлт	57,9	56,0
2	Төрөхийн гэмтэл	13,3	12,2
3	Хөгжлийн төрөлх гажиг	6,6	10,2
4	Хэвлий дэх үеийн халдвар	3,2	7,0
5	Аспирацаас болсон хатгалгаа	8,6	бусад шалтгаан 8,5
6	Тодорхойгүй шалтгаан	10,4	6,2
	ДҮН	100%	100%

Нэгдүгээр хүснэгтээс үзэхэд перинаталь нас баралтын шууд шалтгааны зонхилох хувийг ураг нярайн бүтэлт, төрөх үеийн гэмтэл эзэлж байна.

2-р хүснэгт

Перинаталь үеийн нас баралтад нөлөөлсөн жирэмсний хүндрэл (хувиар)

№		Бидний судалгаа 1978	О. Г. Форлова 1973
A	Жирэмсний хүндрэл	17,0	—
	Үүнээс:		
	а) Жирэмсний хожуу хордлого	41,6	18,8
	б) Ихсийн эмгэг	24,5	+ хүйн эмгэг 10,6
	в) Ихэр ба ус ихдэлт	15,1	=
	г) Зулбах, дутуу төрөхөөр завдаж байсан	18,8	=

3-р хүснэгт

Перинаталь үеийн нас баралтад нөлөөлсөн төрөх үеийн хүндрэл

№		Бидний судалгаа (хувиар)	О. Г. Форлова 1973 (хувиар)
Б	Төрөх үеийн хүндрэл	60,0	21,4
	Үүнээс:		
	а) Төрөх хүчний сулрал	15,8	=
	б) Түргэн төрөлт	31,0	=
	в) Хүйн эмгэг	7,4	=
	г) Ус эрт гаралт	24,2	=
	д) Анатоми клиникийн уйтан аарцаг	2,1	=
	е) Буруу байрлал ба гажуу тавилт	19,5	=
В	тодорхойгүй шалтгаан	23,0	16,8

Эдгээр байдлаас үзэхэд жирэмсний хугацаанд перинаталь үеийн нас баралтад нөлөөлж байгаа үндсэн шалтгааны дотор жирэмсний хожуу хордлого, ихэс хүйн эмгэг, төрөх хүчний сулрал, түргэн төрөлт дээгүүр байранд оржээ.

Перинаталь үеийн нас баралтыг дотор нь үе үе тус бүрээр анги-лан үзэхэд: постнаталь үедээ эндсэн бүх нярайн 60,9% нь төрсний дараа хоног болоогүй эндсэн бөгөөд тэдгээрийн 51,3% нь төрснөөс хойш 12 цагийн дотор эндсэн байв. Эндэгдэлийн гол шалтгаан нь уушигны ателектаз, аспираци 53,1%, төрөхийн гэмтэл 21,1 байна. Энэ үедээ эндсэн нярайн 53% нь бага жинтэй нярай байгааг анхаарах нь зүйтэй юм.

Бидний судалгаагаар перинаталь үеийн нас баралтын дотор амьгүй төрөлт 44,5% эзэлж байгаа бөгөөд амьгүй төрсөн ургийн 33,3% нь антинаталь, 66,7% нь интернаталь үедээ нас барсан байна.

Хэвлэлийн материалаас үзэхэд перинаталь үеийн нас баралтын дотор амьгүй төрөлт 57,8%, амьгүй төрөлтийн 35,8% нь антинаталь үедээ тохиолдсон байна. (Кулябко Б. В 1964), (Волкова Л. Т 1964).

4-р хүснэгт

Антинаталь нас баралтын шалтгаан (хувнар)

	Бидний судалгаагаар	Л. Т. Волкова Б. В. Кулябко (1965)	
Ургийн төрөлхийн гажиг хөгжил	4,3	10,7	—
Жирэмсний хожуу хордлого	12,8	11,4	24,0
Эх доторхи халдвар	8,5	—	18,2
Ихэс ховхролт, түрүүлэлт	4,4	6,4	—
Төрөлхийн тэмбүү	10,6	—	—
Тодорхойгүй шалтгаан	59,5	39,4	—
ДҮН	100	—	—

5-р хүснэгт

Интернаталь нас баралтын шууд шалтгаан

	Бидний судалгаагаар
Бүтээлт	75,5
Төрөхийн гэмтэл	6,4
Төрөлхийн гажиг хөгжил	5,3
Тодорхой бус шалтгаан	12,8
ДҮН	100%

6-р хүснэгт

Интернаталь нас баралтад нөлөөлсөн жирэмсний ба төрлөгийн хүндрэл (хувнар)

	Бидний судалгаагаар	Ж. Балган С. Дунгаамаа
Жирэмсний хожуу хордлого	7,4	—
Ихсийн эмгэг (ховхролт түрүүлэлт)	9,57	11,8
Ургийн буруу байрлалт ба тавилт	19,25	7,9
Төрөх хүчний сулрал	15,95	22,6
Түргэн төрөлт (7 цагаас доош)	11,7	—
Ус эрт гарсан	21,26	19,4
Хүйн гажиг, орооцолдоо	8,5	7,3
Бусад шалтгаан	6,37	—

Судалгааны энэ материалд үндэслэн доорхи дүгнэлт хийж болох байна. Үүнд:

1. Улаанбаатар хотын амаржих газруудад 1978 онд перинаталь нас баралт 1000 амьд төрөлтөд 29 байна. Перинаталь нас баралтын дотор антинаталь үеийнх 14,8%, интернаталь 29,7%, постнаталь 55,5%-ийг тус тус эзэлж байна.

2. Перинаталь үедээ ураг, нярай нь эндсэн эхчүүдийн 37,0% нь анхан төрөгч, давтан төрөгч эхчүүдийн 43,2% нь таваас дээших төрөлт байна.

3. Эхчүүдэд зөвлөлгөө өгөх газар жирэмсэн эхчүүдийг эрт илрүүлэн түүний хугацаанд зохих ёсоор хянах асуудал хангалтгүй байна.

4. Перинаталь үеийн нас баралтын дотор бага жинтэй төрсөн нярайн эндэгдэл (41,7%) их байна.

5. Перинаталь үеийн нас баралтын шууд шалтгааны дотор бүтэлт, төрөх үеийн гэмтэл (71,2%) зонхилж байна.

6. Эхийн талаас перинаталь нас баралтад нөлөөлж байгаа үндсэн шалтгаанд жирэмсний хожуу хордлого (41,6), ихэс ба хүйн эмгэг (31,9), төрөх хүчний сулрал, түргэн төрөлт (46,8%), ус эрт гаралт (24,2%) зонхилох байр эзэлж байна.

7. Перинаталь үеийн нас баралтын 33,4% нь шалтгаан нь тодорхой бус, анти ба интернаталь үедээ эндсэн ургийн 72,3% нь тодорхой бус шалтгаантай байна.

8. Интернаталь үедээ эндсэн нярайн 75,5% нь эх дотроо бүтэж эндсэн байна.

9. Улаанбаатар хотын амаржих газруудын перинаталь үеийн нас баралтын шалтгааны байдал ийм байгаа тул жирэмсэн эхэд үзүүлэх эмнэлгийн бүхий л тусламжийн чанар, хүрэлцээг сайжруулах, зохион байгуулалт, арга барилын арга хэмжээг тууштай авах шаардлага урган гарч байна.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. Ж. Балган, И. В. Дудо. В кн: Актуальные вопросы педиатрии, акушерства и гинекологии. Тезисы докладов. Улан-Батор 1977, стр. 97.
2. Б. В. Куляко. В кн: Труды XI Всесоюзного съезда акушеров-гинекологов. М. 1965, стр. 150
3. О. Г. Фролова, Т. П. Бакатова, М. Ф. Янкова. Акушерство и гинекология 1976. № 11, с 35
4. Prodnom Журнал ВОЗ. Женева 1973. стр. 108

ПЕРИНАТАЛЬНАЯ СМЕРТНОСТЬ ПО МАТЕРИАЛАМ РОДИЛЬНЫХ ДОМОВ г. УЛАН-БАТОР ЗА 1978 ГОД

РЕЗЮМЕ

Б. Лувсан-Ёндон

Установлена частота перинатальной смертности в родильных домах г. Улан-Батора за 1978 год. В структуре перинатальной смертности антинатальная занимает 14,8%, интернатальная—29,7%, а постнатальная—55,5%.

По полученным автором данным, среди непосредственных причин перинатальной смертности первое место занимает асфиксия (57,9%), второе «родовая травма» (13,3%) третье—неясные причины (10,4%), четвертое—аспирационная пневмония (8,6%) а из способствующих причин осложнения беременности занимают 17%. осложнения течения родов—60,0%, а неясные причины—23%.

ЦУСНЫ ДАРАЛТ ИХСЭХ ӨВЧНИЙ ҮЕД ИЛРЭХ МЭДРЭЛИЙН ЭМНЭЛЗҮЙН ШИНЖ ТЭМДЭГ

(Клиник-статистикийн судалгаа)

Д. Баасанжав
Ц. Норжмаа

Цусны даралт ихсэх өвчний үед мэдрэлийн талаас гарах эмнэлзүйн байдлыг судлах асуудал мэдрэл судлаачдын анхаарлыг байнга татсаар байна.

Судлаачдын нэг хэсэг нь (Л. И. Александрова 1952; Л. И. Александрова и Л. Г. Кобелянская 1953 г.м) уг өвчний эхний үед (I, II А—Б үе) мэдрэлийн системийн талаас гарах өөрчлөлт ихэнх өвчтөнд невроз хэлбэрийн шинж тэмдгээр тодорхойлогддог гэжээ. Зарим судлаачид (Г. А. Акимов 1969) сэтгэхүйн талаас уг өвчний эрт үед гарах өөрчлөлт нь (депресси, ипохондри, истери) байдлын шинж тэмдэгтэй өөрчлөлт зонхилсон хам шинжээр илэрхийлэгддэг гэж үзэж байна.

А. Л. Мясников (1965) цусны даралт ихсэх өвчний үед гарах мэдрэлийн бодит шинж тэмдэг нь нэг талаас тархины үйлийн өөрчлөлтөөр нөгөөтэйгүүр хоёрдогч гарлаар үүссэн тархины эд эсийн өөрчлөлттэй холбоотой гэжээ.

Цусны даралт ихсэх өвчний үед гарах мэдрэлийн өөрчлөлт нь мэдрэлийн системийн зөвхөн үйл ажиллагааны өөрчлөлтөөр хязгаарлагдахгүй, бас тархины эд эсийн органик өөрчлөлтийн шинж тэмдэг өвчний эрт үед ч гарч болохыг зарим судлаачид тэмдэглэж байна. (Н. В. Коновалов, Е. В. Шмидт нар 1952, Г. З. Левин 1959, Г. Д. Лешенко, З. Ю. Светник 1963, Н. К. Боголепов 1963, А. Р. Винницкий 1967, М. Б. Хаит 1967, С. А. Кириллов 1972, Д. Баасанжав 1972).

Тус орны нөхцөлд цусны даралт ихсэх өвчин буюу артерийн гипертонийн тохиолдол 40—65 насны хүн амын дотор 22 хувь хүрч харьцангуй дээгүүр хэмжээнд байгаа тухай, мөн уг өвчний эмнэлзүй гол төлөв тархины хэлбэрээр (63%), хүндрэлийн 65%, уг өвчнөөс нас барах шалтгааны 90 хувь нь тус тус тархины инсульт байгаа тухай бид түрүүчийн судалгаандаа тодорхойлсон билээ. (Д. Баасанжав 1967, 1976), Иймд артерийн гипертони өвчинтэй тэмцэх асуудал тус орны эрүүлийг хамгаалахын чухал зорилтын нэг юм. Гэтэл уг өвчний үед мэдрэлийн талаас гарах эмнэлзүйн шинж тэмдгийг клиник-статистикийн аргаар судалсан ажил хараахан үгүй. Иймд бид энэ асуудлыг хөндөж энэхүү судалгааг хийв.

СУДАЛГААНЫ АЖЛЫН ХЭМЖЭЭ, ЗОРИЛТ, АРГАЧЛАЛ: Уг судалгаанд артерийн даралт ихэссэн нийт 280 өвчтөн (өвчний үе шат I, II-тай 206; өвчний II—III үетэй-74 өвчтөн) хамрагдав. Анамнез, зовиур, эмнэлзүйн ерөнхий шинж, мэдрэлийн үзлэгийн байдлыг тусгай асуулт бүхий картаар судалж, судалгааны үзүүлэлтэд статистик боловсруулалт хийж субъектив, объектив шинж тэмдгийн тохиолдлын хэмжээг илрүүлж уг өвчний үед олонтой ба цөөн, эрт ба хожуу илрэх зарим мэдрэлийн шинж тэмдгийг ялган тодорхойлох зорилт тавив. Судалгаанд хамрагдсан шинжлүүлэгчид өвчний үе шат, нас хүйсний байдлаараа эрс ялгаагүй байлгахыг хичээсэн. Энэ нь субъектив, объектив эмнэлзүйн шинж тэмдгийн тохиолдлыг судлахад зохих чухал нөхцөл гэж үзсэн.

Өвчтөний нас, хүйсний байдал

1-р хүснэгт

Нас Хүйс	40—49	50—59	60—64	ДҮН
Эрэгтэй	31	64	26	121
Эмэгтэй	66	64	29	159
БҮГД	97	128	55	280

Шинжлүүлэгчдийн нас хүйсний байдлаас үзэхэд бүх шинжлүүлэгчид 40—64 насны хооронд, ихэнх хувь нь зөвхөн 50—59 насных бөгөөд шинжлүүлэгчдийн эрэгтэй, эмэгтэйн ялгаа ойролцоо байв.

Өвчтөний өвчний болон амьдралын анамнезын судалгаагаар анхаарал татахуйц зарим үзүүлэлт илэрсэн. Үүнд;

Судалгаан дахь нийт өвчтөний 19,2% (54 өвчтөн) цусны даралтын хурц хямрал буюу тархины цусны эргэлтийн цочмог түр өөрчлөлт болж байсан анамнезтай байв.

— Нийт өвчтөний 7,1% буюу 20 өвчтөн тархины инсульт болж байсан буюу инсультээс уламжилсан мэдрэлийн үлдэц шинж тэмдэгтэй байв.

Р. А. Ткачев нар (1967) иш татсанаар Бехгарын (1960) судалгаагаар цусны даралт ихтэй өвчтөний 3,5 хувьд тархины хурц энцефалопатийн шинж тэмдэг гарч байсан анамнезтай байна. Энэ нь цусны даралт ихсэлтийн судасны хурц хямралын нилээд хүнд хэлбэр юм. Манай судалгаанд цусны даралт ихсэлтийн судасны хурц хямралын нийт хэлбэр (хөнгөн, хүнд г.м) орсноор уг үзүүлэлт (19%) дээрхээс өндөр (5,4 дахин их) байгаа байж болох юм. Гэвч манай орны нөхцөлд цусны даралт ихэсдэг өвчний үед судасны хурц хямрал харьцангуй олонтоо тохиолдож болох талтай байна.

Уг өвчний үед өвчтөнд тохиолдох гол субъектив шинж тэмдэг-зовиурыг судалж, тэдгээрийн тохиолдлын хэмжээг гаргасан үзүүлэлтийг 2-р хүснэгтэд харуулав.

2-р хүснэгт

Гол тохиолдох зовиур, тэдгээрийн тохиолдлын хэмжээ (%-иар)

№	Шинж тэмдэг	Тоо	Хувь
1	Толгой өвдөх	199	71
	а. Олонтоо өвддөг (7 хоногт 1-ээс доошгүй)	110	39,3
2	Толгой эргэх	180	64,3
3	Чих шуугих	98	35,0
4	Мартамхай	236	84,3
	а. Илэрхий их мартаж	172	61,4
5	Амархан ядардаг	195	69,6
	а. хэт амархан ядардаг	104	37,1
6	Нүдний өмнүүр бүрэлзэх	141	50,3
7	Сэтгэл хөдлөл ихсэх (амархан уурладаг, уйлдаг)	99	35,3
8	Зүрхний хавьд өвдөх	52	18,6
9	Явахдаа амьсгаадах	104	37,1
10	Нойр муудах	101	36,0
11	Метео реакци илэрхий гардаг	65	23,2

Бусад зовиур анхаарал татахуйц олонтой. бус учир энд авч үзсэнгүй. Дурдсан 11 төрлийн зовиураас мартамхай болох, толгой өвдөх, толгой эргэх, амархан ядрах, нүд бүрэлзэх зовиур өвчтөний 50—84%-д, чих шуугих, амьсгаадах, сэтгэл хөдлөл ихсэх, нойр муудах байдал өвчтнүүдийн 35—37%-д, цаг агаарын өөрчлөлттэй уялдан бие тавгүйдэх (метеореореакци) 23%-д, зүрхний хавьд өвдөх зовиур нь өвчтөний 18,6%-д буюу хамгийн цөөн тохиолджээ.

Толгой өвдөх, толгой эргэх, чих шуугих зэргийн патомеханизмыг бараг бүх судлаачид даралт ихсэх өвчний улмаас үүсдэг ангиоспазм, ангиодистони зэрэг тархины судасны үйлийн өөрчлөлтийн механизмаар тайлбарлаж байна. Мартамхай болох, амархан ядрах, агаар муудахад бие тавгүйтэх, сэтгэл хөдлөл зэрэг шинж тэмдэг тархины гадар болон дотор бүтцүүд, тухайлбал: диэнцефал, ретикуляр формаци зэрэг бүтцийн үйлийн өөрчлөлт, их тархины эсийн үйл идэвхт байдлын сулралтай холбож тайлбарлах нейрофизиологийн үндэслэлтэй юм. Эдгээр шинж тэмдэг орчин үеийн седатив, гипотензи, мато-болизмын эмчилгээний үр дүнд мэдэгдэхүйц засардгийг клиникийн өдөр тутмын практикаас үзэхэд дурдсан зовиуруудын патомеханизмын үндсэн зарчим зөв болохыг баталж байгаа юм.

Манай судалгаан дахь өвчтөнүүдийн 30% орчим тохиолдолд толгой өвдөх зовиур байхгүй байлаа. Энэ нь өвчний хожуувтар үе шаттай өвчтөнд тохиолдов. Ер нь өвчний хожуу үе шатанд толгой өвдөх зовиур төдий л гол зовиур болдоггүйг судлаачид анхаарч үздэг боловч учрыг бүрэн тайлбарлаагүй байна.

Манай судалгаанд өвчний хожуу үе шаттай (II—III, III үетэй) өвчтөнүүд нийт өвчтөний 26,4% (74 өвчтөн) байв.

Эмнэлзүйн ерөнхий үзлэгээр илэрсэн гол шинж тэмдэг, тэдгээрийн тохиолдлын хэмжээг судлахад гарсан үзүүлэлтийг дараахи хүснэгтэд (3-р хүснэгтэд) харуулав.

3-р хүснэгт

Эмнэлзүйн ерөнхий үзлэгээр илэрсэн гол шинж тэмдгийн тохиолдол

№	Шинж тэмдэг	Тоо	Хувь
1	Нүдний цагаан цагираг	242	86,4
	а. бүтэн цагираг	136	48,6
2	Үс бууралтсан	100	35,7
	а. буурал илэрхий зэрэгтэй (үсний 50%-иас доошгүй нь бууралтсан)	44	15,7
3	Өөрийн наснаасаа илэрхий ахимаг харагдах.	23	8,2
4	Алхаа хөдөлгөөний илэрхий өөрчлөлттэй	8	2,8
5	Гарын хуруу, нүдний зовхины чичирхийлэлтэй	21	7,5
6	Зүрхний авиа бүдэгрэх	97	34,9
	а. зүрхний авиа сонсох төдий «дүлий»	24	8,6
7	Уушигны артери дээр авиа чангарах	147	52,5
8	Аорт дээр II авиа чангарах	155	55,7
	а. II авиа төмөрлөг дуутай болох	27	9,6
9	Зүрхний шуугиан (систол буюу диастол)	13	4,6
10	Гавлын гаднах магистраль судасны лугшилт илэрхий сул	2	0,7
11	Хавангийн шинж илэрсэн	2	0,7

Клиникийн ерөнхий үзлэгээр гарсан шинжийн дотроос:

— Нүдний цагаан цагираг («Хөгшрөлтийн цагираг») манай судалгааны нийт өвчтөний 86,4% (242 өвчтөнд) тохиолдолд илэрсний 136 өвчтөн (48,6%) илэрхий илрэлтэй (бүтэн цагираг) байв. Нүдний цагаан цагираг нь бидний үзэж байгаагаар атеросклерозтой холбоо-

тойгоор үүсч илэрдэг атеросклерозын гадаад илрэлийн гол шинж тэмдэг юм. Гэхдээ уг шинж тэмдгийн клиник физиологийн холбогдлыг цаашид нарийвчлан судлах шаардлагатай байна.

— Зүрхийг чагнахад аорт дээр II авиа чангарсан нь (55,7% үүний 9,6% нь төмөрлөг дуутай байсан) цусны эргэлтийн нөхөн зохицуулалттай уялдан гарч байгаа шинж тэмдэг юм. Ингэж нөхөн зохицуулан чадахаа байж зүрхний дутагдлын үе эхлэхэд амьсгаадах шинж тэмдэг гардгийг судлаачид дурдсан байдаг. (Г. Ф. Ланг, 1950). Нийт өвчтөний 1/3 орчим нь цусны эргэлтийн үйл ажиллагааны дутагдлын II үетэй гэж оношлогдсон юм. Цусны эргэлтийн дутагдлын III үетэй өвчтөн 0,7% эзэлж байв (зүрхний цохилтын хэм алдагдалтай, хавантай г.м. шинжтэй).

Гавлын гадна талын магистраль судсуудын лугшилт асимметри байдлаар суларсан тохиолдол 0,7% (2 өвчтөн) ажиглагдав. Ерөнхий үзлэгээр наснаасаа илэрхий ахимаг харагдаж, алхаа-хөдөлгөөний илэрхий өөрчлөлт 2,8—8% хүртэл тохиолдолд ажиглагдав. Эдгээр шинж тэмдгийн тохиолдлын хэмжээ нь гипертонийн үед атеросклерозын клиникийн шинж илэрхий гарсан тохиолдлын хэмжээг судлахад зохих ач холбогдолтой гэж үзсэн. Бидний судалгаа цусны даралт ихтэй хүнд ч гэсэн судасны хатуурлын илэрхий шинж цөөн байгаа нь тус орны нөхцөлд атеросклероз өвчин аажим явцтай байгаа бөгөөд түүний хурдан илрэлтэй хэлбэр ховор гэсэн зарим судлаачдын (Н. Дондог 1967; И. И. Крыжановская, Гүр 1963 г.м) дүгнэлттэй тохирч байна.

Мэдрэлийн байдлын үзлэгээр илэрсэн шинж тэмдэг, тэдгээрийн тохиолдлын хэмжээг судлахад гарсан үзүүлэлтийг 4-р хүснэгтэд харуулав.

4-р хүснэгт

**Артерийн гипертонийн үед гарах мэдрэлийн шинж тэмдэг,
тэдгээрийн тохиолдлын хэмжээ (хувьар)**

№	Шинж тэмдэг	Тоо	Хувь
1	Хүүхэн харааны хэлбэр бага зэрэг өөрчлөгдөх (деформаци)	122	43,6
2	Хүүхэн хараа нарийсах	76	27,1
3	Анизокори	12	4,3
4	Хүүхэн харааны гэрлийн урвал суларсан	80	28,6
5	Аргайль-Робертсоны шинж	27	9,2
6	Хамар уруулын нугалаа гөлгөрдүү	23	8,2
7	Нистагм	5	1,8
8	Зөөлөн тагнайн рефлекс суларсан	10	3,6
9	Хэл хазайсан	7	2,5
10	Дизартри	5	1,8
11	Мөчний булчингийн тонус ихэссэн	10	3,6
12	Булчингийн тонус экстрапирамид гаралтайгаар өөрчлөгдсөн	4	1,4
13	Шөрмөсний рефлекс нэмэгдсэн	106	37,8
14	Гарын сарвууны эмгэгт рефлексүүд (Россолимо, Бехтеров, Жуковский)	91	32,4
	а. Якобсон-Ляскогийн рефлекс	11	3,9
15	Гемипарез	11	3,9
16	Шөрмөсний рефлекс суларсан	15	5,3
	Орал автоматизм:		
17	Хошууны рефлекс	161	57,5
	а. илэрхий тод илэрсэн	72	25,7
18	Маринеско-Родовичийн рефлекс	121	43,2
	а. Нэг талаас илэрсэн	63	22,5
	б. Хоёр талаас илэрсэн	58	20,7
19	Ромбергийн шинж	10	3,6

Хүснэгтэд харуулснаас үзэхэд мэдрэлийн байдлын үзлэгээр цусны даралт ихтэй өвчтөнд тохиолдох гол шинж тэмдэг нь рефлексийн системийн өөрчлөлт үүнд: шөрмөсний ба периостын рефлекс нэмэгдэх, субкортикал рефлекс (орал автоматизм), гарын сарвууны эмгэгт рефлексүүд, хүүхэн харааны өөрчлөлт (миоз, деформаци, гэрлийн урвал сулрах) зэрэг бичил голомтолсон шинж бүх өвчтөний 32—57% тохиолдолд илэрч байна.

Артерийн даралт ихдэх өвчний эрт үед мэдрэлийн системийн талаас органик шинж тэмдэг гардаггүй зөвхөн невротенийн шинж тэмдэг гардаг гэдэг ойлголт мэдрэлийн эмч нарт байдаг нь уг чанартаа буруу гэж үздэг судлаачдын (А. Р. Винницкий, 1967 г.м) дүгнэлттэй бидний судалгаа тохирч байна. Иймээс уг өвчний үед мэдрэлийн талаас гарах өөрчлөлтийг зөвхөн невротенийн буюу мэдрэлийн үйл ажиллагааны алдагдлаар хязгаарлаж болохгүй юм.

Бидний судалгаанд мэдрэлийн талаас гарах органик шинж тэмдгийн дотроос хамгийн олонтой нь хошууны рефлекс (57,5%), Маринеско-Родовичийн рефлекс (43,2% тохиолдолд), дараа нь шөрмөс-периостын рефлекс нэмэгдэх (37,8%), гарын сарвууны эмгэгт рефлекс (32,4%), хүүхэн харааны өөрчлөлт (27%) тус тус илэрсэн. Тархины эмгэгийн илэрхий том органик шинж (хөнгөн тал саа, нистагм, координацийн өөрчлөлт г.м) 4% орчим тохиолдолд илрэв. Энэ нь гол төлөв тархины цусны эргэлтийн хурц өөрчлөлт болж байсан өвчтөнд тохиолдож байна.

Бидний судалгаагаар илэрсэн олонтой тохиолдох бичил органик шинжийн патомеханизм гипертони өвчний үүсэл, хөгжил, явцын патомеханизмтай салшгүй холбоотой юм. Энэ чанараараа эдгээр шинж тэмдэг нь гипертони өвчний талаар онолын зарим ач холбогдолтой байна. Субкортикал рефлекс нь псевдобульбар хам шинжийн нэг тул гипертони өвчний үед тархины хоёр талын кортик-нуклеар системийн үйл сулрах үзэгдэл илэрхий гардгийг харуулж байгаа нь уг өвчний патомеханизмд холбогдох тархины бүтэц нь уртавтар тархиас дээших бүтцүүд-бор гадар, диэнцефал хэсгийн үйлийн өөрчлөлттэй холбоотой байгааг харуулж байна. Хүүхэн харааны зүгээс гарч байгаа өөрчлөлт нь вегетатив мэдрэлийн систем (парасимпатик, симпатик мэдрэл), түүний үйлийн дээд төвийн нэг болох диэнцефал бүтцийн үйлийн өөрчлөлтийг харуулж байгаа клиникийн шинж тэмдэг гэж үзэх үндэстэй байна.

Субкортикал рефлексийн үүслийн механизмд тархины бор гадрын эсийн саатуулах, зохицуулах үйлийн механизм суларч филогенез ба онтогенезийн хөгжлийн хувьд эртний субкортикал рефлекс хяналтаас чөлөөлөгдөж байгаатай холбоотой гэж судлаачид үздэг. (Б. Л. Маламуд 1964, А. Р. Винницкий 1967, Э. Ф. Кудрявцева 1969, А. М. Дембо 1968 г.м) Иймээс эдгээр рефлексийн илрэл нь гипертони өвчнөөс уламжлан тархины гадар-гадрын дорхи бүтцийн харьцааны өөрчлөлт тухайлбал, тархины гадрын эсээс тархины гүн дэх бүтцийн үйлийг саатуулан зохицуулах үйл суларсныг үзүүлэх мэдрэлийн бодит шинж тэмдэг гэж үзэх үндэстэй байна. Тархины гадрын эсийн саатуулан зохицуулах үйлийн сулрал нь уг өвчний үе дэх гемодинамийн өөрчлөлтөөс уламжилсан гадрын эсийн метаболизмын өөрчлөлттэй гол төлөв холбоотойгоор үүсч байна гэж бид үзэж байна. Гэвч энэ патомеханизм нь хэдийгээр хоёрдогч гаралтай боловч өвчний цаашдын хөгжилд шууд нөлөөлөх шинжтэйгээрээ даралт ихдэх өвчин болон хөгжих процессын патомеханизм ч болж байж болох юм.

Бидний ажиглалтаар гарын сарвууны эмгэгт рефлексийн дотроос Россолимо, Мендель-Бехтеров, Жуковскийн шинж пирамид системийн эсийн үйлийн дутагдлын илэрхий бус үеийн шинж тэмдэг (субклиник),

харин Якобсон-Ляскогийн рефлекс нь уг системийн үйлийн дутагдлын нилээд илэрхий шинж болох нь ажиглагдлаа.

Хүүхэн харааны Аргайль-Робертсоны шинж нийт өвчтөний 9,2% -д (27 тохиолдол) ажиглагдсан нь анамнездаа люесээр өвчилж байсан тохиолдол байв. Судалгааны нийт өвчтөний дотор цусны серологийн шинжилгээгээр Вассерманы урвал эерэг гарч люесийн эсрэг эмчилгээ хийлгэж байсан анамнез бүхий тохиолдол 11,4% (32 өвчтөн) байв.

Үүнээс үзэхэд: 1. Цусны даралт ихсэх өвчний үед тохиолдох субъектив (зовиур) шинж тэмдгээс мартагхай болох, амархан ядрах, толгой эргэх, нүд «Бүрэлзэх» шинж зонхилж байна. Эдгээр шинж өвчтөний 50—84% тохиолдолд ажиглагдаж байна. Харин толгой-чих шуугих нь өвчтөнүүдийн 35%-д өвчний харьцангуй хожуу үед ажиглагдаж байна. Эдгээр шинжийг тархины цусан хангамжийн дутагдлыг илэрхийлэх эмнэлзүйн эрт илрэх субъектив шинж тэмдэг гэж үзвэл зохино. «Зүрхний хавьд өвдөх» зовиур манай орны нөхцөлд уг өвчний үед ихээхэн цөөн (18,6%) тохиолдож байна.

2. Тархины бичил голомтолсон шинж тэмдгийн дотроос субкортикал рефлекс (хошууны ба Маринеско Родович), шөрмөс ба периостын рефлекс нэмэгдэх, гарын сарвууны эмгэгт рефлекс илрэх, хүүхэн харааны өөрчлөлт (деформаци, миоз, гэрлийн урвал сулрах г.м) зэрэг шинж тэмдэг тод бус илрэлээр олонтой (57% хүртэл) тохиолдож байна.

3. Зүрхний нөхөн зохицуулах механизмтай уялдсан эмнэлзүйн шинж (уушигны артери болон аорт дээр зүрхний авиа чангарах (35—56%-д), нүдэнд «Хөгшрөлтийн цагираг» (86,4%-д) өвчтөнд олонтой ажиглагдаж байна. Харин тархины атеросклерозын хэт илэрхий илрэлийн шинж (экстрапирамид, пирамид системүүд, сэтгэхүйн, оюунуухааны өөрчлөлт г.м.) харьцангуй цөөн тохиолдож байна.

4. Цусны даралт ихдэх өвчний II А—Б үе шаттай өвчтөнд гархины судасны хурц хямрал-криз манайд нийт өвчтөний 20% шахам тохиолдолд буюу олонтой тохиолдож байна.

5. Цусны даралт ихэдсэн өвчний үед гарч байгаа мэдрэлийн «Бичил» голомтолсон дээрх шинж тэмдэг эхлэлтнийнхээ үе шатанд тархины цусан хангамжийн түвшин дутагдалтайгаас уламжилсан их тархины гадар, дотор бүтцийн эсийн үйл органик бус, зөвхөн үйл-ажиллагааны зохицуулалт өөрчлөгдсөнтэй холбогдох механизмтай гэж үзэх үндэстэй. Иймээс тэдгээр нь эмчилгээний үр дүнд засрах боломжтой гэж үзнэ.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. Д. Басанжав. Некоторые особенности клиники гипертонической болезни и влияние на ее течение метеорологических факторов в условиях г. Улан-Батора «Сборник научных трудов Института медицины АН МНР» Улан-Батор, 1967, 10. стр. 68—75
2. Д. Басанжав. Частота артериальной гипертензии в различных районах МНР, Материалы 3-его съезда монгольских врачей. Тезисы докладов. г. Улан-Батор. 1976. стр. 64—66
3. Д. Басанжав. Значение количественного анализа биоэлектрической активности мозга для изучения некоторых форм мозговых сосудистых заболеваний. Дис. канд. 1972 стр. 57—58
4. Н. Дондог. Характер питания и частота инфарктов миокарда в МНР. Автореф. канд. диссертации. г. Москва, 1967.
5. Л. И. Александрова. Клинико-физиологический анализ неврологического синдрома начальной фазы гипертонической болезни и значение сонного торможения в этом анализе. Журн. невропат. и психи. им. С. С. Корсакова. 1952. вып. 9 стр 42—48
6. Л. И. Александрова и Л. Г. Кобелянская. Неврологическая характеристика начальных фаз гипертонической болезни. Журн. Клин. мед. 1953 31. 9. стр. 43—46

7. Н. К. Боголепов. Гипертоническая болезнь. В кн: Многотомное руководство по неврологии. М. 1963. Т—4 стр 34—47
8. А. Р. Винницкий. Неврологические симптомы при ранних фазах гипертонической болезни. Нарушение нервной системы при гипер. болезни. (Материалы областной научно-практической конференции 19—20 окт. 1967) Киев. 1967. стр 8—11
9. А. М. Дембо. Значение субкортикальных рефлексов в дифференциальной диагностике неврозов и неврозоподобных состояний. Журн. Врач. дело. 1968. 2. стр. 142
10. И. И. Крыжановская. ГУР. К вопросу об этиологии, особенностях, течении гипертонической болезни и атеросклероза в МНР. (по материалам ЦРБ-цы МНР) Гипертоническая болезнь, атеросклероз корона, недостат-ть (Укр. НИИ клинич. мед им., Н. Д. Стражеско) Киев. 1963. стр 69.
11. Э. Ф. Кудрявцева. Динамика некоторых субкортикальных рефлексов у больных гипертонической болезнью под влиянием лечения в биотроне. Автореф. дисс, на соискание уч. ст. канд. мед. наук. Симферополь. 1969.
12. С. А. Кириллов. Клиника гипертонической болезни в последние годы. Матер. науч. конф. ин-та биофизики (27—28 октября) М. 1970. стр. 92—96.
13. Н. В. Коновалов и Е. В. Шмидт. Некоторые вопросы этиологии и патогенеза гипертонической болезни. Журн. невропат и психиатр 1952. в 9. стр 3—10.
14. Г. З. Левин. Клиника и дифференциальная диагностика неврологических нарушений при гипертонической болезни. В кн: Нервные и психические нарушения при гипертонической болезни. М. 1959. стр. 77—95
15. Г. Ф. Ланг. Гипертоническая болезнь. М. 1950.
16. Г. Д. Лещенко, З. Ю. Светник. Некоторые особенности церебральных расстройств при гипертонической болезни. Журн. Совет. мед. 1963. 1. стр. 28—30
17. А. Л. Мясников. Гипертоническая болезнь и атеросклероз. М. 1965 стр 151.
18. Б. Л. Маламуд. Ладонно-подбородочный и другие аксиальные рефлексы как ранние признаки нарушения мозгового кровообращения В кн: Атеросклероз и расстройства мозгового кровообращения, инфекционные психозы, алкоголизм, Оренбург. 1964. стр 89—95
11. Р. А. Ткачев. Катамнез и прогноз преходящих нарушений мозгового кровообращения. В кн: Преходящие нарушения мозгового кровообращения. М. 1967. стр 96
12. М. Б. Хайт. Неврологическая симптоматика ранних стадий гипертонической болезни. В кн: Наруш. нервной системы при гипер. болезни. Материалы обл. научно-практич. конфер. 1967. стр. 56.

НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ И ИХ ЧАСТОТА У БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

РЕЗЮМЕ

Д. Басанжав, Ц. Норжма

Авторы изучили частоту неврологических и некоторых общеклинических симптомов у 280 человек с гипертонической болезнью II А. Б. стадии.

При сравнительном с данными советских авторов анализе частоты субъективных симптомов авторами установлено, что в местных условиях у больных гипертонической болезнью II А. Б. стадии наиболее часто встречаются жалобы на головокружение, быструю утомляемость, «пелену» перед глазами, снижение памяти и существенно меньше жалобы на боль в области сердца.

Со стороны неврологического статуса у этих больных часто выявлялись хоботковый симптом — в 57,5% случаях, симптом Маринеско-Родовича — в 43,2%, повышение сухожильно-периостальных рефлексов — в 37,8%, кистевые патологические рефлексы — в 32,4% и изменения со стороны зрачков (легкая деформация, сужение их, снижение реакции на свет) — в 43,6% случаях. При гипертонической болезни II. А. Б. стадии, по данным авторов, редко встречаются выраженные проявления атеросклеротического поражения экстрапирамидной и пирамидной систем мозга, расстройства психической и умственной деятельности.

По анамнезу почти у 20% больных, как отмечают авторы, имелось указание на сосудистые пароксизмы типа гипертонического криза.

Таким образом, при гипертонической болезни неврологически выявляется не только чисто невротический синдром, но и «микро» очаговые симптомы, в возникновении которых, по мнению авторов, большую роль играет нарушение функционального взаимодействия разных структур, в частности, коры и подкорки, а также диэнцефальной области головного мозга на фоне неадекватности мозгового кровоснабжения.

ДИСБАКТЕРИОЗ

Ж. Алтанцэцэг (Эрдэм шинжилгээний ажилтан)

Хүний ходоод-гэдсэнд бактерийн олон хэлбэр амьдардаг. Хүчилд тэсвэртэй сарцин, энтерококк, сүүн хүчлийн бактери (нарийн гэдсэнд энтерококк, стрептококк, сүүг исгэгч савханцрууд хааяа мөөгөнцөр ч ходоодонд байдаг. Бактерийн тоо, хэмжээ гэдэсний дээд хэсэгт бага, ходоодноос доошлох тутам ихсэх ба харин бүдүүн гэдсэнд бактерийн янз бүрийн төрөл их хэмжээгээр оршин амьдардаг. Агаарт амьдрагч бактери-аэроб (гэдэсний савханцар, стафилококк, протей, хөрөнгө) бүх бичил биетний 10—15%, агааргүй нөхцөлд амьдарч байгаа бактери (сүүн хүчлийн бактери, бактеройдзус, клостридиум нутрификум зэрэг) 90—85 хувийг тус тус эзэлнэ.

Төрсний дараахи эхний хоногийн 2-р хагаст кокууд, мөн дараахи 2 хоногт грамээрэг том савханцрууд гэдсэнд давамгайлах ба 3 дахь хоногт бифидум, бага хэмжээгээр гэдэсний энгийн савханцрууд тус тус үүснэ.

Эхний хоногуудад протей ихэсч 6 дахь хоногт 10—15% хүртэл буурч, 7 дахь хоногт бүр мөсөн арилна.

Эхийн сүүгээр бойжиж буй хүүхдийн гэдсэнд ихэвчлэн сүүн хүчлийн бактери байх боловч заримдаа гэдэсний савханцар илэрнэ.

Хүүхдийг хоногт 2 удаа нэмэгдэл хоолоор хооллодог болмогц гэдэсний бичил биетний бүрэлдэхүүн өөрчлөгдөж, гэдэсний энгийн савханцар нэмэгдэн, сүүн хүчлийн савханцар багасна.

Харин гэжээвэр хүүхдийн гэдэсний бичил биетэн өөр байдаг. Ихэнх нь гэдэсний савханцрууд (65—95%), энтерококк, грамээрэг, үүрлэсэн үүргүй том савханцар байдаг.

Хүний бие махбодод ашигтай бактери-сапрофитууд (гэдэсний энгийн савханцар, сүүн хүчлийн бактери) нь улаан суулга үүсгэгч, гэдэсний эмгэг савханцар, сальмонеллын өсч үржихийг зогсоох үүрэгтэй. Сүүн хүчлийн бактери нь протей, стафилококк, пэрфрингенс, гэдэсний эмгэг савханцрын эсрэг шинжтэй юм. Нянгийн эсрэг шинж (антогонизм) нь түргэн өсч, тооны хувьд нэгийгээ давамгайлах, ферментийн идэвхээрээ илүү байх, антибиотик чанар агуулах зэрэг үндсэн гурван гол шинжтэй байна.

Түүнээс гадна гэдэсний бактери нь, цөсний ба өөхний хүчлийн, хийн солилцоонд оролцохын дээр билирубиныг уробилин болгож, гэдэснээс усыг шингээхэд оролцоно. Түүнчлэн бамбай булчирхайн үйл ажиллагааг идэвхжүүлэх, гэдэсний салст бүрхэвчийн эсийг төлжүүлэхэд нөлөөлөхийн зэрэгцээ хоол боловсруулах, аминохүчил, биотин, фолийн ба никотины хүчлийг үүсгэхэд чухал үүрэгтэй ба холестерин-ыг синтезлэх, амин хүчлийн декарбоксилазын үйл явцыг ихэсгэнэ. Энэ нь цаашдаа зүрх, мэдрэлийн үйл ажиллагаанд нөлөөлнө.

Гэдэсний бичил биетний нэн чухал үүрэг бол хүний бие махбодын хамгаалалт-дархлаа үүсэхэд оролцоно. Хүний ходоод гэдсэнд оршин амьдарч байгаа гэдэсний бактерийн бүрэлдэхүүн тоо хэмжээ янз бүрийн шалтгаанаар өөрчлөгддөгийг дисбактериоз гэнэ.

Дисбактериоз нь халдварт өвчин, антибиотик эмчилгээ зэргээс шалтгаалан үүснэ. Ийм үед энгийн бактери үхэж, эмгэг бактери үржиж, тоо хэмжээгээр давамгайлна. Эмчилгээний дисбактериоз болоход гэдсэнд мөөгөнцрүүд ургаж тэдгээр нь бактериудын хоруу чанарыг нэмэгдүүлнэ. Эмчилгээний дисбактериоз нь хэрэглэж буй эмийн чанараас шалтгаална. Пенициллин, макролидин антибиотикүүд кокк, сүүн исгэгч савханцрын өсөлтийг зогсооно. Тетрациклин, аминоглюкозидууд, левомецетин нь мөөгөнцрөөс бусад төрлийн бактериудын ургалтыг саатуулна. Д. Голубын судалгаагаар дисбактериоз нь биомицин хэрэглэх үед 100%, сульфаниламид хэрэглэхэд 42%, левомецетин, синтомицин хэрэглэхэд 23%-д тохиолдож байжээ.

Эмчилгээнд хавсарсан антибиотик хэрэглэх нь эмчилгээний дисбактериозыг илүүтэй хурдан үүсгэнэ. Цитостатик, иммунодепрессант, амидопирин, бутадион, аспирин мөн кортикостероидыг удаан хугацаагаар эмчилгээнд хэрэглэхэд дисбактериоз үүсгэдэг. Шинжилгээгээр гэдэсний савханцрын тоо хэмжээ буурах, цус задлах идэвхтэй болох, эмгэг коккууд үүсэх, стафилококк, протейн тоо хэмжээ өсөх нь дисбактериоз үүссэнийг гэрчилнэ. М. В. Панчишина, С. Ф. Олейник (1977) нар дисбактериозын дараахи ангилалыг боловсруулжээ.

1. Эрүүд хүний дисбактериоз (антибиотик үйлдвэрлэх газрын хүмүүс г. м.).

2. Өвчтэй хүний дисбактериоз

а) ходоод-гэдэсний халдвар болон шимэгч, хорхойтой үед.

б) халдварт бус ходоод-гэдэсний хямрал,

в) элэгний өвчин,

г) артериосклероз,

д) хорт хавдрын үед

3. Эмчилгээний үеийн дисбактериоз

4. Радио-идэвхт бодисын нөлөөгөөр үүссэн дисбактериоз

5. Хавсарсан дисбактериоз

Дисбактериозын хөгжлийн үеийг гэдэсний энгийн савханцар ба болзолт эмгэг үүсгэгч бактерийн хоорондох тооны харьцаагаар тодорхойлж болно. Хөнгөн хэлбэрийн дисбактериозын үед болзолт эмгэг үүсгэгч бактери 25%, хүндэвтэр үед 50% буюу Петри аяганы орчинд 3/4 хиртэй байх бөгөөд гэдэсний савханцар нь ганцаарчилсан колониор ургасан байдаг. Хурц илрэх үед Петри аягаар дүүрэн байх ба гэдэсний энгийн савханцар ургахгүй.

А. Ф. Билибин (1967) дисбактериозын хөгжлийг 4 шат болгож ангилсан. Эхний шатанд энгийн бактериуд ердийн орших газартаа ихээхэн хэмжээгээр нэмэгддэг ажээ. 2-р үедээ ердийн байдалд бараг тохиолдохгүй, ховор байдаг бактери бий болж, харин сапрофит ховордох буюу алга болно.

3 дахь үедээ бактерийн байршилт өөрчлөгдөн, хоорондын харьцаа нь тохирохгүй болж өөр тийш нүүдэллэн очих (амны салст бүрхэвч рүү), заримдаа тунгалаг, цусанд нэвтрэн, энгийн үед ариун байдаг эрхтэнд ч орж болно.

4 дэх үед ердийн бактери, түүний бүрэлдэхүүний зарим хэсэг нь хоруу чанартай болж, эмгэг чанарын хувьд өөрчлөгдөн, харшил үүсгэх, гистамин, гистаминтай төст бодис их хэмжээгээр ялгарна. Энэ үе нь эмчилгээнээс болсон дисбактериозын үед тодорхой ажиглагддаг байна. (Г. И. Кузнецова 1975) дисбактериозын илрэх 4 үеийг нэгдмэл нэгэн явцын дараалсан шат гэж үзжээ.

КЛИНИКИЙН ГОЛ ШИНЖ ТЭМДЭГ.

1. Дисбактериоз нь хоол боловсруулах эрхтний өвчний шинж тэмдгээр илэрдэг. Тохиолдлын 96% нь суулгана. Харин атеросклерозтой буюу ахимаг настай хүнд буюу колит өвчний үед өтгөн хаагдана. Суулгаснаас ус сорох шимэгдэх явц удааширч салст бүрхэвчийн бүтэц өөрчлөгдөнө.

2. Нэг гол шинж тэмдэг бол гэдэс дүүрэлт юм. Гэдэсэнд хий үүсэхэд нарийн гэдэсний бактери ихээхэн нөлөөтэй. Протей, бусад хий үүсгэгч бактериудын үйлчлэлээр ихээхэн хэмжээний хий үүснэ, Ийм үед хүний аманд эвгүй амт үүсэх, аюулхай орчимд халуу оргих, бие нь сулрах, тайван байдал алдагдах зэрэг шинж илэрдэг.

Гэдэс дүүрэх үед амьсгаа давхцах, дөрвөн мөч хөрөх, хүүхэн хараа томрох ба 80%-д гэдэсний энд тэнд хуржигнах нь ажиглагдана.

3 дахь шинж нь гэдэс өвдөнө. Өвдөлт нь нэг л янзаар үргэлжлэх буюу хатгаж өвдөнө. Нарийн, бүдүүн гэдэсний үрэвсэл болж хүндэрсэн үед гэдэс байнга өвдөнө.

Мөн дисбактериозын үед витамин дутагдал ялангуяа В бүлгийн витамин дутагдал илэрнэ.

В₁ витамин дутагдлын үед гэдэсний гүрвэлзэх хөдөлгөөн суларч бараг огт хөдөлгөөнгүй болдог. Никотины хүчил дутагдснаас уцаарлах, амны хөндийн салс бүрхэвч улайж үрэвсэх, шүлс их гоожих шинж тэмдэг илэрнэ.

В₁₂ витамин дутагдахад амны салс бүрхэвч шархлах, уруулын хучаас эд ховхрох, салст бүрхэвч хөх улаан болох, хамрын арьс үрэвсэх, үс унах, цус багадах зэрэг шинж илэрнэ. В₁₂ витамин, фолийн хүчлийн дутагдлын үед цус багадах заримдаа гиперхромын цус багадалтын шинж илэрч болно.

Мөн дисбактериозын үед хоолны архаг харшлын шинж арьсны тууралтаар илэрнэ.

Антибиотик хэт их хэмжээгээр хэрэглэснээс аноректаль шинж тохиолддог. Энэ нь шулуун гэдэсний амсар өвдөх загатгах байдлаар заримдаа үлд маягийн үрэвсэлд хүргэнэ.

Дисбактериозын хамгийн хүнд хэлбэр нь мөөгөнцрийн дисбактериоз юм. Амны салст бүрхэвчинд цагаан-саарал эсвэл шаравтар өнгийн өнгөртэй цайвар цэг мэт тууралт гарна. Идээлж, шархалж ч болно. Гэдэсний мөөгөнцрийн дисбактериозын үед үхэл өндөр байдаг гэж Панчишина, Олейник нар (1977) бичжээ. Өвчтөн байнга суулгаж, зарим үед ногоовтор өнгөтэй залхаг, тэр ч байтугай цустай гарна. Хоолонд дургүй болж, турж эцдэг. Гэдэсний мөөгөнцрийн дисбактериозыг архаг цусан суулга өвчинтэй андуурах явдал их тохиолдоно.

Өвчтөнд антибиотик үргэлжлүүлэн өгснөөр өвчний явцыг улам хүндрүүлдэг талтай. Иймээс бактериологийн шинжилгээгээр мөөгөнцөр бий эсэхийг тодорхойлох хэрэгтэй.

Дисбактериозын дараахи хэлбэр нь стафилококкийн дисбактериоз юм. Нярай ба бага насны хүүхдэд уул өвчин хордлогот суулга маягаар тохиолдоно. Цагаан будааны шүүсэрхүү, үнэр өнгөгүйгээр хоногт 20 хүртэл удаа суулгана. Халууны хэмжээ 39° хүртэл ихэсч судасны цохилт 160 хүрэх ба шингэн, эрдэс бодисын гүнзгий хямралд орно.

Дээд хэмжээний хордлогот дисбактериозын үед шок үүсч, амь насанд аюул учирна.

Сүүлийн үед антибиотик удаан хугацаагаар замбараагүй хэрэглэснээс протейнээр үүссэн, их тархины үрэвсэл, менингит, гэдэсний үрэвсэл зэрэг дисбактериозын өвчин ихэсч байна.

Иймд дисбактериозыг таних, оношлох эмчлэх асуудал чухлаар тавигдаж байна.

ЭМЧИЛГЭЭ. Дисбактериоз өвчний эмгэг жам, шалтгааныг нарийн мэдэхгүйгээр эмчилгээ хийх асуудал бэрхшээлтэй байна.

Эмчилгээ нь өвчний гурван үеэс хамаарна. Үүнд:

1. Гэдсэн доторхи эмгэг бактеритэй тэмцэх, хоолны горим тогтоох, бактерийн эсрэг үйлчилгээтэй интестопан, мексаформ, мексаз эмийг хэрэглэх.

2. Амьд элгийн сапрофит бактерийг (колибактерин бифидум-бактерин, лактобактерин) гэдсэнд үржүүлэх.

3. Өвчтэй хүүхдийн дархлааг дээшлүүлэх эмчилгээ хийх эдгээр болно. Чихэрлэг хүнсний зүйл гэдэсний энгийн бактерид муугаар нөлөөлнө. Жимс ногооноос гүйлс, тошлой, аньс нь мөөгөнцрийн ургалтыг дардаг.

Улаалзгана, гүзээлзгэнэ, үхрийн нүд зэрэг жимс стафилококкийн үржлийг дарна. Алимьн төрөл гэдэсний эмгэг савханцар, улаан суулгын үүсгэгчдэд сулавтар нөлөөлнө. Ногооноос цагаан лууван, гич, улаан лууван зэрэг нь мөөгөнцөр агааргүй орчил нянд нөлөөлнө.

Дисбактериозын гэдэсний хэлбэрийг энтеросептол, энтероседив, интестопан зэргээр эмчилнэ. Протейн дисбактериозод нитрофураны эмүүд мөн неграм хэрэглэнэ. Мөөгөнцрийн үед фунгицин, нистатин, леворин зэргийг хэрэглэнэ. Хүнд хэлбэрийн дисбактериозын үед судсанд амфотеррицин хийнэ. Гэхдээ энэ антибиотик хортой учраас тун хэмжээг нарийнаар тогтоох нь чухал байдаг. Хөх идээт савханцрын дисбактериозыг полимиксин М, гентамицин, карбопенициллин, нитрафуранаар эмчилнэ.

Стафилококкын дисбактериозын эмчилгээнд, эритромицин, олеандомицин, нитрофураны эмчилгээ мөн стафилококкын анатоксин, сийвэн дархлалын ба стафилококкын эсрэг гаммаглобулиныг хэрэглэж болно.

Дисбактериозыг эмчлэхдээ левомецетиныг фуразолидонтой эритромициныг мөн фуразолидонтой, левомецетиныг пенициллинтэй, тетрациклины төрлийн антибиотикүүдыг мономицинтай буюу левомецетинтай хослуулан хэрэглэх нь зүйтэй гэж А. В. Черномордик бичжээ.

ПРАКТИКИЙН ЭМЧ НАРТ ТУСЛАМЖ ДИСБАКТЕРИОЗ

РЕЗЮМЕ

Ж. Алтанцэцэг

В данной статье автор приводит краткую характеристику дисбактериоза, ставшего актуальным, в связи с широкой антибиотикотерапией.

Описан состав кишечной микрофлоры человека, появление отдельных видов бактерий, начиная с первых дней жизни, их благотворное влияние на обмен веществ, органы и ткани, витаминнообразующие функции и подавление возбудителей инфекционных заболеваний.

Изложены причины возникновения дисбактериоза, основные классификации и методы лечения. В статье особое внимание уделяется вопросам использования лекарственных ягод и овощей при лечении дисбактериоза.

АМНИОСКОПИЙН ТУСЛАМЖТАЙ УРГИЙН БАЙДЛЫГ ҮНЭЛЭХ НЬ

Д. Ичинхорлоо (Анагаах ухааны
дээд сургуулийн багш)

Эх барихын практикт ургийг төрөхөөс өмнө хамгаалах нь чухал ач холбогдолтой.

Хэвлий дэх ургийн байдлыг тодорхойлж ямар нэгэн эмгэг өөрчлөлт илэрвэл тухайн цаг үед нь зайлшгүй тусламж үзүүлэх хэрэгтэй болдог.

Шинжлэх ухаан, техникийн хөгжлийн эрин үед эх барихын практикт хэвлий дэх ургийн байдлыг электро ба фонокардиограф, биомонитороор мэдэх, эх ба ургийн цусны хүчил шүлтийн тэнцвэрийг тодорхойлох шинжилгээ нэвтэрч байна. Мөн ургийн усны хүчил шүлтийн тэнцвэр, бусад үзүүлэлтээр ургийн байдлыг тодорхойлж байна. Сүүлийн үед хэвлий дэх ургийн байдлыг бодитойгоор үнэлэх хамгийн энгийн арга нь амниоскоп юм.

Энэ аргыг анх 1962 онд Э. Залинг хэрэглэсэн юм. Энэ нь тусгай дурангийн тусламжтайгаар усны хальс бүтэн байхад ургийн байдлыг тодорхойлдог арга юм. Умайн хүзүүгээр амниоскопийг жирэмсний сүүлчийн саруудад бэрхшээлгүй нэвтэрч орох болсон үед энэ аргыг хэрэглэнэ.

Энэ нь гэрэлтүүлэгчээр тоноглогдсон тусгай багаж юм. Үүнд: янз бүрийн диаметртэй (12, 16, 20 мм) амниоскопийн төмөр хоолойнууд сэтгүүртэй байхаас гадна батерейгаас тэжээл авдаг тусгай жижиг гэрэлтүүлэгч байх ёстой. Амниоскопийн төмөр хоолойг хэрэглэхийн өмнө буцалган спиртээр арчина.

Жирэмсэн эмэгтэйг, эмэгтэйчүүдийн үзлэгийн орон дээр хэвтүүлд дотуур үзлэг хийсний дараа амниоскопоор дурандана.

Жирэмсний сүүлчийн 7 хоногт анхны төрөгч эмэгтэйн 70%, давтан төрөгч эмэгтэйн 90% нь умайн хүзүүний амсар нэг хуруу нээлттэй байдаг тул уг шинжилгээг хийхэд хялбар байдаг.

Амниоскопийн гуурсан хоолойг сэтгүүртэй нь хамт хуруугаа дагуулан умайн хүзүүнд оруулж, ургийн түрүүлсэн хэсэгт хүрээд харах талбайг олж, ураг орчмын усыг харна. Хэрэв харах талбайд салслаг цугларсан байвал хөвөн хавцсан хавчуураар арчина.

Амниоскопийг хэвлий дэх ургийн бүтэж болох жирэмсний хүндрэл өвчний үед (хожуу хордлого, илүү тээлт, зүрх судасны өвчнүүд, ямар нэгэн шалтгаанаар хүчилтөрөгч дутагдах гэх мэт) хэрэглэнэ.

Хэвийн явцтай жирэмсний үед ураг орчмын ус нь тунгалаг байхаас гадна усанд янз бүрийн хэмжээтэй түүдгэнцрүүд үзэгдэнэ. Дараахи байдлыг өөрчлөлтөйд тооцно.

1. Ураг орчмын ус нь ногоон, шар, хүрэн өнгөөр будагдсан байх.
2. Ургийн орчмын ус байхгүй байх.
3. Түрүүчийн шинжилгээтэй харьцуулахад ураг орчмын ус нь багассан байх.

Хэвлий дэх ураг бүтэхийн эрт илрэх шинжийн нэг нь зунгаг бүхий ус харагдах явдал мөн.

Ураг орчмын ус нь ногоон өнгөөр жигдхэн будагдсан байвал энэ нь ураг эртнээс бүтэж эхэлснийг гэрчлэх ба хэрэв ус нь түүдгэнцрүүдтэй байвал ураг бүтэж эхэлж байгааг гэрчилнэ. Мөн ураг орчмын ус нь түрүүчийн шинжилгээнээс хэмжээ нь багадсан байвал илүү тээлтийн шинж юм. Жирэмсний хожуу хордлогын хөнгөн ба дунд зэргийн

хэлбэрийн үед төрөхөөс 14 хоногийн өмнө, хүнд хэлбэрийн үед 4 долоо хоногийн өмнө амниоскопийгоор шинжлэхэд ураг орчмын ус нь багассан, ногоон өнгөтэй байдаг. Амниоскопийг өргөн хэрэглэсний дүнд жирэмсний хожуу хордлогын үед перинаталь үхлийг 5,1-ээс 2,6% хүртэл бууруулсан байна.

Ургийн усны байдал өөрчлөгдөж ирмэгц хүүхдийг төрүүлэх арга хэмжээг авах хэрэгтэй.

Гэхдээ эхлээд усны хальсыг хагалж дараа нь төрөлтийн үйл ажиллагааг сэдээх эмчилгээ хийнэ. Орчин үед хамгийн их үр дүнтэй гэж тооцогдож байгаа эмчилгээ нь окситоциныг судсанд дуслаар хийх эмчилгээ юм. Төрөх үйл ажиллагааг сэдээх эмчилгээг хийхийн өмнө умайн хүзүү бэлтгэгдсэн эсэхийг сайн мэдэх хэрэгтэй. Умайн хүзүү бэлтгэгдээгүй үед төрөх үйл ажиллагааг сэдээх эмчилгээ үр дүнд хүрэхгүй.

Умайн хүзүү нь зөөлөрч богиноссон, нэг хуруу нээлттэй умайн хүзүү нь бага аарцагт голлож байрласан байвал умайн хүзүү төрөхөд бэлтгэгдсэнийг гэрчилдэг.

Амниоскопийг илүү тээлттэй жирэмсний үед хэрэглэх нь ураг дотроо үхэхээс сэргийлэх гол арга юм.

Илүү тээлтийн үед ураг орчмын ус багасах нь хэвийн жирэмслэлтийн үеэс 4,5 дахин элбэг тохиолдох (И. В. Ильин) ба ус багассанаас түүдгэнцрийн тоо цөөрч хөдөлгөөн нь багасч болно.

Илүү тээлтийн үед түүдгэнцрүүд багасах ба огт үгүй болох нь 2,4 дахин элбэг тохиолдоно.

Төрөхөөс өмнө зунгагтай ус харагдах үед бүтэлттэй хүүхэд төрөх нь тунгалаг устай байхаас 15 дахин их тохиолддог ажээ.

Илүү тээлтийн үед ураг орчмын усанд өөрчлөлттэй байвал яаралтай төрөлтийг сэдээх хэрэгтэй. Үүнд эхлээд мөн усны хальсыг хагалаад окситоциноор төрөлтийг сэдээнэ. Ураг орчмын усанд өөрчлөлтгүй бол өөрөө төрөх хүртэл хүлээж болно.

В. Мозлерынхоор илүү тээлттэй жирэмсэн эмэгтэйн амниоскопийн шинжилгээгээр 12,8% нь эмгэг өөрчлөлттэй байжээ. Эдгээр эхээс төрсөн нярайн бараг 60% нь илүү тээлтийн шинж тэмдэгтэй байжээ.

Дээрх шинжилгээний үр дүнд илүү тээлтийн үеийн перинаталь үхлийг 0,16—0,014% хүртэл бууруулж байна.

Зүрх судасны системийн ба сахарын өвчнүүдийн үед хэвлий дэх ураг хүчилтөрөгчөөр дутагдаж ураг орчмын ус мөн зунгагаар бохирддог. Иймд энэ шинжилгээ нь ургийн эрүүл төрөх эсэхийг эх барихын практикт шийдэх гол арга юм.

Ихсээр түрүүлсэн үед амниоскопийг хэрэглэж болохгүй. Шинжилгээний үед ямар нэгэн хүндрэл бараг тохиолдохгүй. Энэ нь хамгийн энгийн бөгөөд ашигтай арга учир манай орны төв хөдөөний бүх амаржих газар салбарт өргөн нэвтрүүлж хэрэглэх нь зүйтэй байна.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. А. В. Венцкауос. Амниоскопия в оценке состояния внутриутробного плода. Акушерство и гинекология. 1968. № 7 стр. 43—46.
2. А. С. Егоров, В. А. Саморский. Комплексная оценка состояния внутриутробного плода. В кн: Акушерство и гинекология Киев. Выпуск 4. 1974. стр 101—102.
3. Р. А. Киселев, В. П. Пухов, В. Н. Ульянов Амниоскопия в диагностике состояния плода при беременности с повышенным риском. Вопросы охраны материнства и детства. 1795. № 8. стр 84—85.
4. В. И. Корнев. Амниоскопия и кольпо-цитологическое исследование в оценке состояния внутриутробного плода при перенашивании беременности. Акушерство и гинекология. 1974. № 7. стр. 44—45

5. А. В. Кукушкина. Значение амниоскопии в ранней диагностике гипоксии внутриутробного плода при перенесенной беременности. Физиология и патология сократительной деятельности матки Свердловск. 1976. стр. 113—116.
6. Л. Л. Левинсон. Методы оценки состояния плода во время беременности. Медицина Л. 1975.
7. Л. С. Персианинов, И. В. Ильин, Б. А. Красин. Амниоскопия в акушерской практике. м. 1973.

АМНИОСКОПИЯ КАК МЕТОД ОЦЕНКИ СОСТОЯНИЯ ПЛОДА

РЕЗЮМЕ

Д. Ичинхорлоо

Очень важным разделом акушерской науки и практики является антенатальная охрана плода. Состояние внутриутробного, плода важно определять для того, чтобы при тех или иных его патологических изменениях своевременно оказать необходимую помощь.

Из методов определения состояния плода в последние годы широко внедряются в акушерскую практику амниоскопия. Сущность ее состоит в осмотре оболочек и околоплодных вод, которые видны через неповрежденные оболочки (амнион и гладкий корион), прилегающие к внутреннему зеву.

Амниоскопия показана в тех случаях беременности, когда можно предполагать внутриутробное страдание плода (поздние токсикозы, перенашивание беременности, заболевания сердечно-сосудистой системы, гипоксия неизвестной этиологии и др.).

Патологическими при амниоскопии считаются следующие состояния:

1. Окрашивание околоплодных вод в зеленый, желтый цвет.
2. Отсутствие околоплодных вод.
3. Уменьшение околоплодных вод по сравнению с предыдущими исследованиями.

При патологическом состоянии околоплодных вод (резкое уменьшение их количества, окрашивание в зеленый цвет) показано родоразрешение. Методом выбора обычно является вскрытие плодного пузыря с последующим родовозбуждением.

Ввиду своей простоты данный метод исследования должен найти широкое применение во многих родовспомогательных учреждениях нашей страны.

ЦУСНЫ УУРГИЙН НИЙТ ХЭМЖЭЭГ ТОДОРХОЙЛОХ ХОЁР АРГЫН АШИГТАЙ ТАЛ

С. Ямаахай,
Б. Лхагважав

Биологийн шингэнд биохимийн үзүүлэлтийг шинжлэх олон арга байдаг. Өвчний онош тогтоохоор цусны нийт уургийн хэмжээг аль ч лабораторид нэг янзаар тодорхойлох шаардлагатай боловч урвалж бодис, аппарат төхөөрөмжийн хүрэлцээ, лабораторийн боломжоос болж 2—3, түүнээс дээш аргаар шинжилдэг. Нэг үзүүлэлтийг ийнхүү олон аргаар тодорхойлоход олон зүйлийг анхаарах хэрэгтэй болдог. Иймээс лабораторийн шинжилгээний аргыг тухайн орны дотор цаашилбал олон улсын хэмжээнд ижилсүүлэх стандартчилах зорилго ЭЗХТЗ-ийн орнуудад манай оронд ч тавигдаж байна.

Манай эрүүлийг хамгаалахын клиник-онош зүйн лабораторид шинжилгээг аль болох ижил аргаар хийх зорилго баримталж байгаа

ч шинжилгээний урвалж бодисын хүрэлцээ хангамжаас шалтгаалан өөр өөр арга хэрэглэх нь цөөнгүй.

Цусны ийлдсийн уургийн нийт хэмжээг олон янзын аргаар тодорхойлдог. Гэвч эдгээрийн нэг хэсэг нь клиник-биохимийн практикт ашиглахад хөдөлмөр их зарцуулдаг, нөгөө хэсэг нь олон тооны шинжилгээ хийхэд тохиромжгүйгээс өдөр тутмын практик ажиллагаанд тэр болгон ашигладаггүй. Манай клиник-биохимийн лабораторид цусны ийлдсийн уургийн нийт хэмжээг гол төлөв Биуретовын болон рефрактометрлэх хоёр аргаар шинжилдэг.

Уураг, хүхэр хүчлийн зэстэй шүлтлэг орчинд урвалд орохдоо хөх ягаан өнгө бүхий нэгдэл үүсдэг арга дээр Биуретовын арга үндэслэсэн юм. Гэрлийн цацраг нь нэг орчноос нөгөөд нэвтрэхдээ чиглэлээ өөрчлөхийг гэрлийн хугарал гэх бөгөөд энэ байдлыг ашиглан цусны уургийг тодорхойлдог аргыг рефрактометрлэх арга гэнэ. Ер нь цусны нэг сорилд, уургийн нийт хэмжээг олон янзын аргаар тодорхойлоход ямар нэг хэмжээгээр зөрөөтэй байдаг. Иймд энэ байдлыг харгалзан, цусны уургийн нийт хэмжээг Биуретовын аргаар болон рефрактометрийн тусламжтайгаар шинжилж дүнг харьцуулан, зөрөөтэй эсэхийг судалсан юм.

Бид 54 хүний цусны ийлдсийг Биуретовын болон рефрактометрлэх аргаар хоршин шинжилж дүнг жишиж гаргав. (Нэгдүгээр хүснэгт).

Нэгдүгээр хүснэгтээс үзэхэд хүн тус бүрийн цусны уургийн нийт хэмжээ дээр нэрлэсэн хоёр аргаар шинжлэхэд тохиолдол бүрд харилцан адилгүй дүн үзүүлж 0,1—2,3 г%-оор зөрөөтэй байлаа. Рефрактометрээр тодорхойлоход цусны нийт уургийн хэмжээ Биуретовын аргаар тодорхойлсноос их байсан боловч цөөн тохиолдолд бага хэмжээтэй гарч байлаа. Үүнийг тоо баримтаар тодруулбал 54 хүний цусны 56-д нь ийг уургийн хэмжээ рефрактометрийн аргаар тодорхойлоход Биуретовын аргаар шинжилснээс их байсны дотор, 18 тохиолдолд зөрөө нь 0,6—2,3 г% хүрч байв. Үлдэх тохиолдол буюу 8-д нь рефрактометрийн аргаар уураг шинжлэхэд Биуретовын аргаар шинжилснээс 0,1—0,9 г%-оор бага гарч байлаа. Энэ байдлаас үзэхэд рефрактометрийн болон Биуретовын аргаар цусны нийт уургийн хэмжээг тодорхойлоход тэдний дүн хоорондоо тохирдоггүй нь лав байна.

Рефрактометрээр тодорхойлоход цусны нийт уургийн хэмжээ хэвийнхээс дээгүүр байвал нилээд зөрөө гардаг бололтой. Жишээлбэл рефрактометрээр хэмжихэд цусны нийт уураг 9—10 г% байхад энэхүү хоёр аргын зөрөө 1 г%-оос дээш байв. Харин хэвийн болон бага буюу эсвэл дунд зэргийн хэмжээний уурагтай үед энэ зөрөө 0,1—0,3 г%-ын хооронд хэлбэлзэж байв. Ажиглагдсан эдгээр зөрөөг магадлан тодруулах зорилгоор 54 хүний цусны ийлдсийн нийт хэмжээнд арга тус бүрээр, статистикийн боловсруулалт хийж дундаж болон алдааг гаргахад Биуретовын аргаар $7,94 \pm 0,10$ г%, рефрактометрээр $8,57 \pm 0,12$ г% байв. Хоёр аргаар шинжилсэн цусны уургийн хэмжээний дүн 0,63 г%-оор зөрж байна. Үүнийг статистикийн магадтай эсэхийг нотлоход $t=10$ байгаа нь дүнгийн зөрөө байгааг гэрчилж байна. Энэ нь статистикийн магадтай ялгаа юм. Статистикийн магадлагаатай эдгээр зөрөө бол өвчтөний цусны нийт уургийн хэмжээ нилээд их үед ажиглагддаг байна. Харин цусны нийт уургийн хэмжээ хэвийн байхад хоёр аргын дундаж үзүүлэлтийн хооронд онцын зөрөө гарахгүй. Өөрөөр хэлбэл цусны нийт уураг рефрактометрлэхэд 9—10 г%-ын хооронд хэмжигдвэл зохих хэмжээнээс их болсон гэж үзэж болно.

54 цусны ийлдсийн уургийн хэмжээг хоёр аргаар шинжилсэн дүнг хүн тус бүрээр үзүүлбэл

№	Уургийн нийт хэмжээ г %-оор			№	Уургийн нийт хэмжээ г %-оор			№	Уургийн нийт хэмжээ г %-оор		
	Рефрактометрээр	Биуретовын аргаар	Зөрөө		Рефрактометрээр	Биуретовын аргаар	Зөрөө		рефрактометрийн аргаар	Биуретовын аргаар	Зөрөө
1	10,8	10,3	-0,5	19	9,1	8,9	-0,2	37	9,1	7,8	-0,3
2	9,1	9,2	-0,1	20	9,1	8,9	-0,2	38	7,8	6,9	-0,9
3	8,5	8,0	-0,5	21	9,1	8,8	-0,3	39	8,5	7,2	-1,3
4	9,1	8,9	-0,2	22	8,5	7,7	-0,8	40	9,5	8,5	-1,0
5	9,1	9,2	+0,1	23	9,5	9,3	-0,2	41	8,5	6,9	-1,6
6	7,8	7,3	-0,5	24	9,1	8,5	-0,6	42	7,7	7,5	-0,2
7	8,5	8,2	-0,3	25	9,5	8,6	-0,9	43	7,8	7,1	-0,7
8	10,8	9,0	-1,8	26	6,1	6,4	-0,3	44	10,8	8,7	-2,1
9	7,4	7,9	-0,5	27	7,8	7,7	-0,1	45	8,5	7,3	-1,2
10	8,57	8,4	-0,1	28	9,5	8,9	-0,6	46	9,5	8,4	-1,1
11	8,5	7,7	+0,8	29	7,8	7,5	-0,3	47	9,5	7,8	-2,3
12	8,5	8,7	+0,2	30	7,8	7,5	-0,3	48	7,4	7,7	+0,3
13	8,5	8,1	-0,4	31	7,4	7,1	-0,3	49	7,4	7,8	-0,4
14	6,7	6,9	+0,2	32	8,5	7,5	-1,0	50	7,4	7,0	-0,4
15	7,4	7,3	-0,1	33	7,8	7,4	-0,4	51	7,4	8,3	+0,9
16	8,5	8,2	-0,3	34	8,5	7,3	-1,2	52	7,8	7,3	-0,5
17	8,5	8,0	-0,5	35	8,5	8	-0,5	53	7,8	7,6	-0,2
18	9,5	9,1	-0,4	35	9,1	8,2	-0,9	54	7,8	8,2	+0,4

ХЭВЛИЙН ХӨНДИЙН ЭРХТНҮҮДИЙН ӨВЧНИЙГ ОНОШЛОХОД ЛАПАРОСКОПИ ШИНЖИЛГЭЭГ ХЭРЭГЛЭХ НЬ

Ц. Бундан (Эрдэм шинжилгээний ажилтан)

Хэвлийн хөндийд байрладаг ходоод, элэг, цэс, дэлүү, бүдүүн нарийн гэдэс, умай ба түүний дайврын төрөл бүрийн өвчнийг таньж оношлоход лапароскопигоор шинжилнэ.

Уг шинжилгээгээр зөвхөн өвчилсөн эрхтэнг шууд хараад зогсохгүй түүний гэрэл зургийг (өнгөт буюу хар, цагаан) авах, эсийн шинжилгээнд дээж цуглуулах зэрэг иж бүрэн шинжилгээг хийх боломжтой, хамгийн бодит боловсронгуй, шинэ тэргүүний арга юм.

Лапароскопи гэж нэрлэгдэх энэ шинжилгээний түүхээс товч дурдахад; 1901 онд Ганбургт зохиогдсон Немцийн натуралистуудын 23-р их хурал дээр Kelling, туршлагын нөхцөлд нохойн хэвлийд хий шахаж эндоскопийн шинжилгээ хийгээд үүнийгээ целиоскопи нэртэйгээр мэдээлэхдээ ийм шинжилгээ нь оношийн их ач холбогдолтой байна гэжээ.

1910 онд Шведийн эмч Iacobus эндоскопийн шинжилгээг хүн дээр хэрэглэж, түүнийгээ лапароскопи гэж нэрлэн, үр дүнгийн тухай бичжээ. Ингэж энэ арга нь органоскопи, вентроскопи зэрэг олон нэртэйгээр хэрэглэгдэж байсан юм. Энэ нь хэвлийн хөндийг дурандах шинжилгээний арга нь эмч, эрдэмтдийн анхаарлыг татаж арга зүйн хувьд төгөлдөржиж, оношийн үнэ цэнэ нь улам бүр нэмэгдэж иржээ. Хэвлийг дурандах талаар Г.П. Сережников (1907), А.С. Орловский (1920), А.М. Аминов (1938), И.Г. Гасперин (1951), Е.Я. Северова (1960), А.С. Логинов (1962, 1964) И. Витмана нар өөрсдийн бүтээлийг нийлүүлжээ. Одоо үед лапароскопи гэж нэрлэгдэх шинжилгээ нь физик, цахилгаан, морфолог, эсийн зүй, эсийн химийн шинжилгээний орчин үеийн аргатай хосолсон иж бүрэн шинжилгээний үнэтэй арга болж хөгжлөө. Энэхүү шинжилгээний оношийн ач холбогдол үнэлж баршгүй чухал юм.

Манайд Улсын Клиникийн Төв эмнэлэг, Клиникийн нэгдсэн III эмнэлэгт лапароскопийн шинжилгээг сүүлийн жилүүдэд өргөн хэрэглэж байна. Дээрх клиникт хэрэглэж байгаа лапароскопи шинжилгээний тухай 1974 онд «Монголын анагаах ухаан сэтгүүл»-д бидний нийтлүүлсэн өгүүлэл, дэд эрдэмтэн Л. Жигжидсүрэнгийн нэг сэдэвт зохиол (1975) зэрэг бүтээлд тусгагдсан байна.

Бид энэ удаа клиникийн нэгдсэн III эмнэлгийн мэс заслын 1-р тасагт хийсэн лапароскопийн шинжилгээний материалд тулгуурлаж энэхүү шинжилгээний заалт, шаардлага, оношийн ач холбогдол, уг шинжилгээг хийх арга зүйн тухай товч өгүүлэв.

1. ХЭВЛИЙН ХӨНДИЙГ ДУРАНДАХ ШИНЖИЛГЭЭГ мэс заслын өрөөнд буюу эндоскопийн өрөөнд хийнэ. Энд асептик, антисептик дэглэмийг бүрэн сахиж мөрдөнө. Хэвлийг дурандах шинжилгээг мэргэжлийн мэс засалч буюу эндоскопийн эмч нар үйлдэнэ. Түүнчлэн хэвлийн хөндийг оношлогооны зорилгоор нээх (лапоратоми) мэс заслын нэгэн адил хагалгааны талбайг ариутгаж, ариун даавуугаар хязгаарлаж, мэс заслын сувилагч, мэс засалчид ариун хувцас, амны хаалт, бээлийг бүрэн хэрэглэх хэрэгтэй.

Хэвлийг дурандах багаж лапароскопи гэж нэрлэгдэх иж бүрэн цогцолбор хэрэгсэлийг ЗХУ, БНУАУ, БНАГУ зэрэг оронд үйлдвэрлэсэн

байна. Энэ дуран нь уртаараа 45—50 см, өргөн нь 0,5—10 мм, зэврэхгүй металлээр хийсэн, голоор нь гэрэл хугалагч линз бүхий шилтэй юм. Уг дурангийн хоёр төгсгөлд шинжээчийн харах цонх (Окуляр) ба эрхтэнг харах гэрэл ойлгогч (рефлектор) бий. Энэхүү дуран авайг 220 вольтын шугамтай холбоно. Мөн дуран авайг шургуулах, нүх гаргах цоолтуур (трокар) хэвлийн хөндийд хийх хий (хүчил төрөгч, азотын дутуу исэл-закись, азот) зориулалт бүхий нарийн зүү, элэг, дэлүү зэрэг эрхтэнээс уг шинжилгээний явцад шууд хатган эсийн ба дуран шинжилгээнд материал авах (биопсия) зүү байна. Түүнчлэн хэвлийг дурандах явцад эмгэгтэй эрхтэний гэрэл зургийг өнгөт буюу хар, цагаан өнгөөр авах фото-аппарат (8 буюу 16 мм-ийн өргөн зургийн хальстай) байна.

2. ХЭВЛИЙГ ДУРАНДАХ ЗААЛТ. Өвчтөний мэдүүлэг, эмчийн бодит үзлэг, лабораторийн шинжилгээ, рентген харалт, рентген зураг, ангиографи зэрэг шинжилгээгээр, онош бүрэн тавигдаагүй буюу ялган оношлох бололцоогүй өвчний үед оношлох зорилгоор лапароскопи үйлдэнэ. Үүнд: Элэгний бэтэг, хавдар, архаг үрэвсэл, сорвижилт, төрөл бүрийн шалтгаант цөс зогсонгиших өвчин, цөсний замын эмгэг, ходоод, 12 нугалаа гэдэсний хавдар, бэтэг, дэлүүний эмгэг, умай, өндгөвчийн хавдар, хэвлийн хөндийн усжилт, сүрьеэ зэрэг өвчний үед хэвлийг дурандаж болно.

ХАРШЛАХ ТОХИОЛДОЛ. Харин хэвлийн хөндийд бэтгийн олон уйланхай байх, хэвлийн наалданги эмгэгтэй өвчтөнд энэ шинжилгээ хийхийг хориглоно. Элэг, бөөр, зүрх, уушигны үйл ажиллагааны тэнцвэр алдагдсан, бие махбод гүнзгий хордлоготой цус бүлэгнүүлэх ба эс бүлэгнүүлэх тогтолцооны өөрчлөлт, хэвлийн хөндийн болон бусад идээт процесс, ухаан санаа бүрэн бус буюу итгэлгүй тохиолдолд хийхгүй.

3. ЛАПАРОСКОПИ ШИНЖИЛГЭЭНД БЭЛТГЭХ, ШИНЖИЛГЭЭГ ХИЙХ ТОВЧ АРГА.

а. Клиник шинжилгээний болон бусад аргаар өвчтөнийг бүрэн шинжилсэний дараа харшлах зүйлгүй үед өвчтөнд уг шинжилгээний ач холбогдол, аюул осолгүй болохыг ойлгуулна. Өвчтөнд ариун цэврийн үйлчилгээг мэс засалд орох өвчтөний адил хийнэ.

Шинжилгээ хийх өглөө өвчтөн өлөн байна. Шинжилгээнээс 30 минутын өмнө эмийн бэлтгэл (Sol promedoli 1%—1,0; Sol Demedgoli 1,0) хийнэ. Хэрэглэгдэх багажийг зааврын дагуу ариутгаж бэлтгэнэ. Үүнд:

Дуран авайг 20—40%-ийн формалины уусмалын, эсвэл формалины талстын ууранд (тусгай төмөр шүүгээнд) 24—48 цаг тавьж ариутгана. Буцалгаж болохгүй. Дуран авайн цоолтуур (трокар) зүү зэргийг буцалгана. Цахилгаан гэрэл үүсгэгч ба дуран авай холбогч фиброэндоскоп гуурсыг зориуд бэлтгэсэн ариутгасан даавуун уутаар дамжуулж холбоно. Ууттай хүчилтөрөгч буюу азотын хэт исэл дүүргэж бэлтгэнэ.

б. Өвчтөнийг шинжилгээний ширээн дээр гэдрэг харуулан хэвтүүлнэ. Хэвлийн өмнө ханыг Гросихо-филончиковын аргаар ариутгаж ариун даавуугаар хучиж хязгаарлана. Өвчний байдлаас болон дуран авайн цоорхойг хаана ч гаргаж болно. Эхлээд хэвлийн зүүн доод хэсэгт, хэсгийг мэдээгүйжүүлэлтээр (новокаины 0,5%-ийн уусмал хэрэглэж хатгалт хийж, шингэн байвал соруулан аваад хэвлийд O_2 буюу азотын дутуу ислийг 1500—2000 мл орчим шахаж хийнэ. Дараа нь дурангаа оруулах цоололт гаргана. Цоололт хийхдээ новокаины 0,5%-ийн уусмалаар мэдээ алдуулж жижиг (10—15 мм орчим) зүслэгийг арьсанд хийж, үүгээрээ дамжуулж үечилсэн мэдээгүйжүүлэлтийг хэвлийн гялтанг хүртэл хийнэ. Мэдээгүйжүүлсэн газар цоолуурыг болгоомжтой явуулахад өвчтөнийг гэдсээ чангалж түмбийлгэхийг хүсэн, дунд зэр-

гийн хүчээр түлхэхэд онцын төвөггүйгээр хэвлийн хөндийд орно. Хэвлийн хөндийд орох нь гарт мэдэгдэнэ. Цоолуурын товчийг нээхэд хий гарч дуугарвал хэвлийн чөлөөт хөндийд орсны шинж бөгөөд, цоолуурын голыг сугалж аваад дурангаа цоолуурын дундуур аажим, зөөлхөн явуулж харвал зохих эрхтэнгээ олж, түүнд ойртуулна. Харин дуранг цоолуур дундуур хийх үед дурангаа фиброэндоскопийн гуурсаар дамжуулж цахилгаан гэрэлтүүлэгчтэй холбож гэрэлтүүлгийн хүчийг тохируулсан байна.

Цаашид ямар эрхтэн ямар өөрчлөлттэйг олж харахад дурангийн дүрсийн зайн тохируулагчийг эргүүлж тохируулна. Энэ үед хэрэгцээтэй бол хэвлийд байгаа чөлөөт шингэнийг гадагш нэмж авах буюу хийг нэмж шахах нь, эмгэгт эрхтнийг эрж илрүүлэх, өөрчлөлтийг тодотгоход дөхөмтэй болно. Мөн элэг, дэлүү зэргээс эс эдийн шинжилгээнд материал авахдаа дурангаар харж эмгэгтэй цэгийг илрүүлж, түүний харалдаа гаднаас нь зориулалтын зүүгээр хатган материал авч шинжилгээнд илгээнэ. Хэвлийн эрхтнийг дурандахдаа өвчтөнөө баруун, зүүн хажуугаар хэвтүүлэх, хөл, толгой талыг өндөрлөх зэргээр тохиромжтой байрлалыг сонгох нь чухал.

Энэ шинжилгээгээр хэвлийн доторхи эрхтнүүдийн өнгө, хэмжээ, түүний өнгөц цусан судасны байдал, эрхтэний хэлбэр, эмгэг байдал (хэлбэр, өнгө, хэмжээ, өөрчлөлт) зэргийг тогтооно. Ингээд дуранг цоолуурын хамт аажмаар ухраан авч, хэвлийд хийсэн хийг сайтар гаргаж, «П» хэлбэрийн оёдлоор битүүлж, иод түрхэж, цэвэр боолт хийнэ.

Хэвлийгээс ус авч хий шахсан зүүг авч ариун боолт хийнэ. Бидний хийсэн лапороскопийн 26 тохиолдолд элэгний өмөнтэй 5; элэгний хатангирт сорвижилт 6; цэсний хавдартай 1; механик шарлалт 1; элэгний бэтэг 5; дэлүү томорсон 1; хэвлийн шингэнт хэлбэрийн сүрьеэтэй 2; савны дайврын хавдартай 1; савны дайврын уйланхайт хавдартай 1; тодорхой онош тогтоогдоогүй 3 тохиолдол байв. Бид элэгний хатангирт сорвижилт, элэгний өмөн, механик шар, сүрьеэгийн усжилт бүхий үрэвслийн бүгд 14 тохиолдолд эрхтэнд хатгалт хийж эсийн шинжилгээ хийж оношийг улам бататгав. Дээрх 26 тохиолдолд эмгэгт эрхтнийг дурандаж гаднах шинж, макраскопи байдлаар оношилж мэс заслын 8, хожим задлангийн 2 тохиолдолд харьцуулахад оношийн хувьд бүрэн тохирсны зэрэгцээ хэвлийн сүрьеэгийн усжилт хэлбэрийн үед хэвлийн гялтанг сэмжийг бүрхсэн шар будаа шиг товруунууд харагдаж, түүнээс эсийн шинжилгээ авсан нь сүрьеэгийн өвөрмөц өөрчлөлт болох нь нотлогдсоны зэрэгцээ, хэвлийг дурандах явцад хүчил төрөгчийг хэвлийд 3000 мл орчим хийж, дараа нь сүрьеэгийн өвөрмөц эмчилгээ хийснээр уг өвчтөн эдгэрсэн юм.

Дээрх 26 тохиолдолд үгдрэл, хүндрэл нэг ч удаа ажиглагдаагүй. Хэвлэлд бичсэн мэдээ, бидний цөөн боловч материалаас үзэхэд хэвлийг дурандах шинжилгээг иж бүрэн хийх нь олон өвчнийг ялган оношлох үнэтэй сайн арга болохын зэрэгцээгээр үйлдэхэд хялбар, өвчтөнд тохиромжтой болох нь тодорхой байна.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. Ц. Бундан, Р. Пүрвээ, Н. Багаажав, Ш. Сүхбаатар, С. Загдаа «Элэгний зарим өвчнийг ялган оношлоход багажийн шинжилгээнүүдийг хэрэглэх асуудалд» Монголын Анагаах ухаан сэтгүүл. 1971. хуудас 49—53.
2. Л. Жигжидсүрэн. Диагностические возможности лапароскопии при заболеваниях органов гепатобилиарной системы. Канд. дисс. 1974.
3. Бороков, С. А. Операции на печени 1968.
4. Караванов, Г. Г. Павловский, М. П. Цирроз печени и их хирургическое лечение, Киев. 1966.
5. Логчинов А. С. Лапароскопия в клинике внутренних болезней. М., 1968—II доп. изд

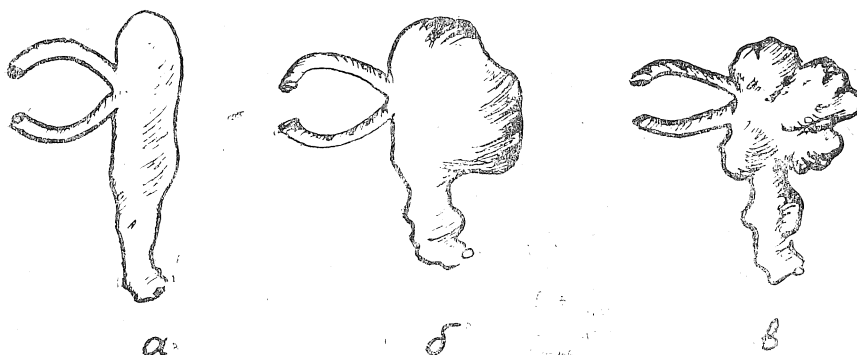
НУЛИМС ДАМЖУУЛАХ ЗАМЫН СОРВИЖИН АГШИХ ӨӨРЧЛӨЛТИЙГ ДАКРИОЦИСТОЭТМОИДОСТОМИЙН (ДЦЭС) ХУВИЛБАР АРГААР ЭМЧЛЭХ

Э. Санжаа (Анагаах ухааны
дээд сургуулийн багш)

Нулимсны уутын болон гуурснуудын сорвижин агших нарийсах өөрчлөлтийг мэс заслаар эмчлэх нь офтальмохирургийн шийдвэрлэх төвөгтэй асуудлуудын нэг юм. (В. Е. Войштян, А. И. Пахомова 1973) Сорвижиж багассан ууттай архаг үрэвслийг ДЦЭС мэс заслаар эмчлэх боломжгүй гэж үзэж байлаа. Учир нь нулимсны уут болон түүнээс үүсгэх салбаны хэмжээ бага учир тохиромжтой хэмжээний гуурс үүсдэггүй бөгөөд салбан нь эргэж хунигдан үүсгэсэн байрандаа наалдах зэргээр мэс заслын дараахи дахилт (рецидив) үүсдэг байна. Иймд бид сорвижин багассан уут, нарийссан гуурсыг мэс заслаар эмчлэх аргыг боловсруулах зорилт тавилаа. Бидний боловсруулсан ДЦЭС-ийн хувилбар (модификация) арга нь НЭГДҮГЭЭРТ сорвижин наалдсан уутыг тэлж томруулах, ХОЁРДУГААРТ: түүнээс үүсгэсэн салбаныг босоо хөндлөн тэнхлэгээр өргөтгөн тэлэх, ГУРАВДУГААРТ: салбаныг самалдгийн өмнөх хөндийд тогтоохын тулд түр хугацааны резинэн бөмбөлөг чихээс тавих зэрэг үндсэн хэсгээс бүрдэнэ.

Нулимсны уут болон гуурсны сорвижин
агших (атрезия) байдал

Нулимс дамжуулах замын сорвижин агших өөрчлөлтийн үед нулимсны уутанд багавтар зүйл хуралдах учир уут нь томорч товойхгүй. Гол төлөв гуурсын болон уутын анх буюу давтан үүсэх хурц үрэвслийн дараагаар гуурсын хөндий, уутын хэмжээ багасан сорвижино. Тодотгогч бодистой рентген зураг авч үзэхэд гуурс нь нэг буюу олон хэсэгт битүүрсэн, нарийссан заримдаа илүү мухар суваг үүссэн байна. Нулимсны уут нь а. нарийсах (хөндлөнгөөр) б. богиносох (босоогоор) в. олон хостой уут үүсгэн өөрчлөгдөнө.



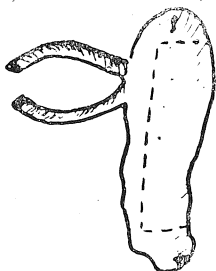
зураг 1 а, б, в,

- а) Сорвижиж нарийссан.
- б) сорвижиж богиноссон уу.
- в) олон хост ууг.

Сорвижилт нь уутны доторхи салстыг хамрах, салст фиброзон бүрхэвчийг хамрах, орчны эдүүдтэй наалдуулан сорвижих байдлаар тохиолдоно. Сувгийн нарийсалт, битүүрэлт, түүний наалдцын хэмжээг сэтгэх, хуваарьтай зүүтэй шиприцээр угаах зэргээр тогтоодог.

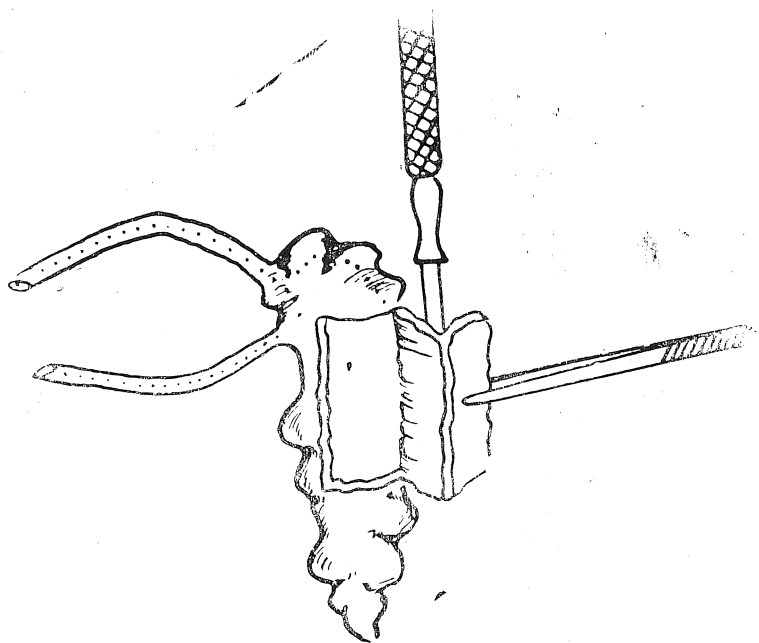
ДАКРИОЦИСТОЭТМОИДОСТОМИЙН ХУВИЛБАР АРГА: Хэсэг газрын мэдээ лдуулалт болон арьсны зүслэг, нулимсны уутыг ил гаргах ажилбар нь ДЦЭС-ийн мэс заслын явцтай ижил.

1. Уутыг тэлж томруулах арга: Уутыг ил гарган түүнийг орчин тойрны наалдцаас болон уутын фиброзон бүрхэвчинд байгаа сорвийг салгаж, түүнийг гадна талаас нь аль болохоор тэнийлгэсний дараа өмнө талын босоо гол шугамаас гадагш (гуурс руу ойртуулж) уутын оройгоос хамар нулимсны суваг руу чиглэсэн босоо зүслэг хийж уутыг нээн доторхи сорвийг таслан тэнийлгэнэ.



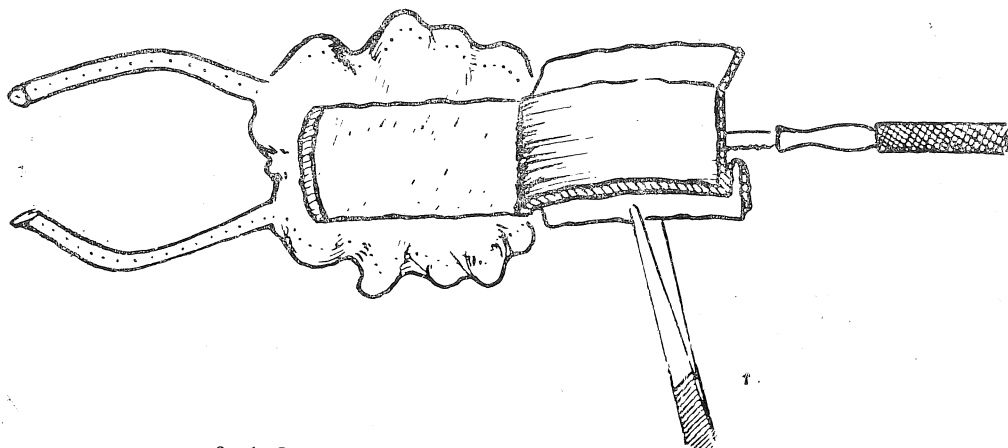
2-р зураг. Нулимсны уутнаас салбан үүсгэх байр

2. Үүсгэсэн салбанг тэлж томруулах арга. Нулимсны уутанд хийсэн босоо зүслэгийн 2 төгсгөлийг гуурсны эсрэг тал руу ороох байдлаар уутын ар ханад хүртэл зүснэ. Ингэхэд хавтас байдалтай салбан үүснэ. Нулимсны уут нарийссан бол салбанг уртасгана. Салбанг уртасгахдаа түүний уг орчимд гадна талд нь өнгөц зүслэг хийж үзүүр тийш нимгэлэн хуулж хоёр хавтас болгоно. Ингэхэд салбан 2 дахин уртасана.



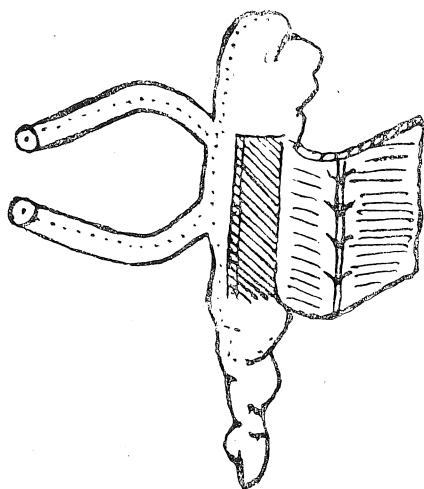
зураг 3 а Салбанг тэнийлгэн уртасгаж байна.

2. Хэрэв нулимсны уут богино байвал салбангийн дээд, доод ирмэгийн аль нэгэнд зүслэг хийж эсрэг тал руу нь эсвэл дунд хэсэгт зүслэг хийж 2 тийш нь хуулж өргөн болгоно.



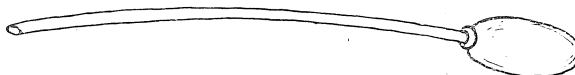
зураг 3 б Салбанг өргөсгөж байна.

Нулимсны уутын хэмжээ хэт бага (0,5 см) бол хамар нулимсны сувгийн хэсгээс трансплонтат авч салбанд бэхлэн томруулна.



зураг 3 в Салбанг нөхөж томруулах.

3. ДЦЭС-ийн дараахи дахилтаас сэргийлэх арга: ДЦЭС мэс заслын дараагаар нулимс дамжих шинэ замыг зөв хэлбэржүүлэх гуурсыг битүүрүүлэн наалдуулахгүйн тулд шинэ үүсгэсэн ховилд тосон эмтэй марлин чихээс, (В.Н.Архангельский 1951), Полиэтиленээр хийсэн модель (Б.Ф.Черкунов 1962) хийсэн нь мэс заслын дараахи дахилтыг эрс багасгасан билээ. ДЦЭС мэс заслын онцлог нь нулимсны уугаас үүсгэсэн салбанг самалдгийн өмнөх хөндийд оёх зэргээр баттай тогтоох боломж бага байдаг. Энэ нь дахилт өгөх шалтгаан болдог. Салбан гуурсыг самалдгийн өмнөх хөндийд тогтоох нулимс дамжуулах замыг зөв хэлбэржүүлэхийн тулд резинин бөмбөлөг чихээс санаачлан хийлээ.



4-р зураг Резинин бөмбөлөг чихээс

Резинэн бөмбөлөг чихээс 12 см урт 0,2 мм диаметртэй. Полиэтилен гуурсны үзүүрт нимгэн резинэн бөмбөлөг бэхэлнэ. Шприцээр хийлэхэд резинэн бөмбөлөг чихээс тэлж томорно.

Бөмбөлөг чихээсийн сайн тал.

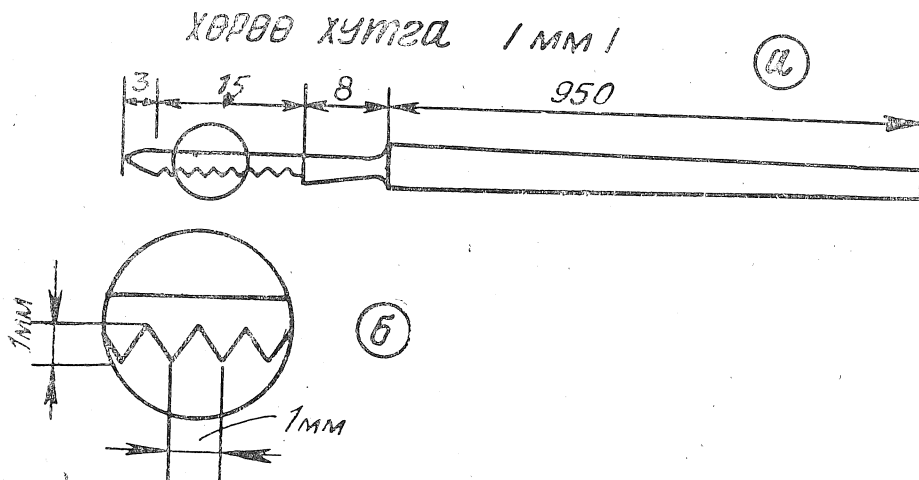
1. Орчны зөөлөн эдтэй наалдахгүй.

2. Нимгэн резинэн бөмбөлөг нь үүсгэсэн ховилын хэлбэрээр хувиран хананд зөөлөн даралт өгч цус алдалтыг зогсооно.

3. Шархнаас гарсан шүүдэс цус гуурсыг даган гарах боломжтой.

4. Салбанг самалдгийн хөндийд найдвартай бэхэлнэ.

САМАЛДГИЙН ӨМНӨХ ХӨНДИЙГ НЭЭХ: Зөөлөн эдийг хуулж хөндийрүүлсний дараа нулимсны дунд заадсыг (Sut lac media) гарган түүний ар талд 8x8 мм-ээс багагүй хэмжээтэй ясан диск авахад самалдгийн өмнөх хөндий нээгдэнэ. Нимгэн ясыг гэмтэл багатай цоолох хөрөөдөх зорилгоор хөрөө хутга санаачлан хийлээ.



5-р зураг а. ясны хөрөө хутга б. хөрөөдөх хэсгийн нарийвч

НУЛИМС ДАМЖУУЛАХ ШИНЭ ХОВИЛД БӨМБӨЛӨГ ЧИХЭЭС ТАВИХ АРГА. Ясан диск авч самалдгийн өмнөх хөндийг нээсний дараа нулимсны уугаас үүсгэсэн салбангаа ясан цонхоор шургуулан самалдгийн хөндийд сайтар тэнийлгэн байрлуулна. Тэгээд бөмбөлөг чихээсний гуурсанд шургуулсан нарийн сэтгүүрээр самалдгийн хөндийн доод ханын өмнө хэсэгт цоолж 2 мм орчим диаметртэй нүх гаргаад сэтгүүрээ цааш явуулж хамрын хөндийгөөр гаргана. Бөмбөлөг чихээсээ самалдгийн хөндийн ховилдоо тохируулан тавьж салбангаа дараад, сэтгүүрээ сугалан бөмбөлөг чихээсээ шприцээр хийлнэ. Шарх нээлттэй учир түүгээр харж бөмбөлөг чихээсийн хийг тохируулна. Гуурсыг нугалан хий гаргахааргүйгээр уяж бэхэлсний дараа пластырээр хацарт нааж тогтооно. Мэс заслын шархыг үечлэн битүү оёно. 3—4 хоногийн дараа бөмбөлөгийн хийг гаргаж хамрын хөндийгөөр авна. Нулимс дамжуулах замыг антисептик уусмалаар угаана.

Хэрэв сувгууд нарийсалт битүүрэлтэй байвал полиэтиленэн гуурсаар интубаци хийж болно. ДЦЭС-ийн хувилбараар 26 өвчтөнд мäs засал хийлээ. Үүнд: 14 эрэгтэй, 12 эмэгтэй, 16—52 насны хүмүүс хамрагдаж байна. Өвчтөнийг 3 сараас эхлэн 1 жилийн хугацаагаар хянаж үзэхэд эдгэрсэн—23 (89 хувь), сайжирсан—2 (7,6 хувь), хэвээр—1 (3,9 хувь) боллоо.

ДЦЭС-ийн хувилбар мäs заслын үзүүлэлт:

№	Онош	хүйс		эдгэрсэн	сайжирсан	хэвээр	ажиглалт
		эрэгтэй	эмэгтэй				
1	Архаг, сорвижсон дакриоцистит	9	5	12	1	1	3 сар 1 жил
2	Архаг дакриоцистит гуурсны битүүрэлт	5	7	11	1	—	3 сар 1 жил
	Нийт	14	12	23	2	1	—
	Хувь	54,2	45,8	89	7,6	3,4	—

ДУГНЭЛТ:

1. Дакриоцистоэтомидостомийн хувилбар аргаар сорвижин агшсан ууттай, архаг дакриоциститыг эмчлэхэд сайн үр дүнтэй байна.
2. Бидний ажиглалтаас үзэхэд резинэн бөмбөлөг чихээс нь ДЦЭС-ийн дараахь өвчний дахилтыг эрс бууруулах найдвартай арга юм.
3. ДЦЭС болон түүний хувилбар мäs заслыг нулимсны гуурсын интубацитай хамтруулан хийж болно.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. Архангельский В. Н. Профилактика рецидивов непроходимости вновь образованного оттока из слезного мешка после операции дакриоцисториностомии. Офтальм. журн. 1951. № 3, стр 137.
2. Бойштян В. Е. Техника активизации нижней слезной точки. Офтальм. журн., 1975. № 4, стр 306—307
3. Черкунов Б. Ф. Профилактика рецидива непроходимости слезоотводящих путей после операции соустья. Офтальм. журн., 1962, № 5 стр 300.
4. Пахомова А. И. Бойштян В. Е. Модифицированная техника образования костного окна при восстановительной операции на слезоотводящих путях. Офтальм. журн., 1968. № 7. стр 540—542.

БҮРЭН ШҮДТЭЙ ТАГНАЙ ХИЙХЭД ЛАБОРАТОРИД АНХААРАХ ЗҮЙЛ

Б. Дуламжав (Улсын клиникийн төв эмнэлгийн шүдний протезийн эмч)

Бүгд Найрамдах Куба Улсад бүрэн шүдтэй тагнайг хийхдээ алдагдсан хэлбэр дүрс физиологийн үйл ажиллагааг сэргээн нөхөхөд маш нарийн анхаардаг. Манай шүд хийх клиник лабораторийн дамжлага нь ерөнхийдөө Кубынхтэй адил боловч лабораторийн ажиллагаанд нэвтрүүлж болох зарим нэгэн технологийн тухай дурдъя.

1. ТУСГАЙ (ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ) ХАЛБАГЫГ анатомийн хэвээс авсан загвар дээр лав (воск) хуванцар сурплаты зэргийг хоёр давхарлан хийж хэв авахдаа, уг хоёр давхарласан халбаганы дотор давхаргийг авч оронд нь хэвийн материалыг хийнэ. Харин лаван

халбага амны хөндийд эвдрэхээс болгоомжилж, 1мм диаметртэй тах хэлбэрийн төмөр утсаар бариул гаргаж уг халбагын гадна талын голоор бэхэлнэ. Лав нь 37°—38°-т зөөлөрдөг учир амны хөндийд удаан байвал хэлбэр нь илэрхий мэдэгдэхгүйгээр өөрчлөгддөг дутагдалтай учраас тусгай халбагыг сүүлийн үед хатуу материал хуванцар, шеллак сурплатаар хийхэд тохиромжтой гэж үзэж байна.

2. ЗАГВАР ДЭЭР АЖИЛЛАХ, Тусгай халбагаар авсан хэвээс загварыг гаргаж аваад ирмэгээр нь хоорондоо 0,1 см зайтай зэрэгцээ хоёр зураас хортой харандаагаар зурна. Гадна талын зураас нь ирээдүйн хиймэл шүдний хил хязгаар нь болно. Дотор зураасны дагуу хутганы үзүүрээр 0,2—0,3 см гүн, нарийхан ховил, мөн тагнайн ар талын ирмэгээр нь 0,5—1 мм гүн ховил гаргана. Ингэснээрээ хиймэл шүдний тагнайд соролтын хязгаар үүсч уг шүдний тогтвор маш сайн болно. Загварын түүшин сэртэнгийн яг голоор хортой харандаагаар зураад үүний дагуу хазалтын дэрлэгийн голыг тохируулж тавивал хазалтын төвийг зөв тодорхойлох нэг нөхцөл болдог байна.

3. ХАЗАЛТЫН ДЭРЛЭГИЙГ ТАВИХ. Хавтгай лавын нэг талыг спиртын дөлөнд халааж зөөлөн болгоод халаагаагүй талаа загвар дээр тавьж илүүдлийг өөлөөд хазалтын дэрлэгийн суурийн ирмэгийг 0,3 см илүү гаргаж гадна тал руу нь нугалан хөвчийг сайн гаргаж өгвөл хиймэл шүдний ирмэг зузаавтар болж салстын шилжих нугалаагаар нухахгүй. Дэрлэгийг тавихдаа суурь дээрээ хуйлсан лаваа зөөлөн байхад нь байрлуулж сантиметрийн шугамаар хэмжин хавтгай шилэн дээр дарж өндөр намыг нь тохируулна. Дээд доод эрүүний хазалтын дэрлэг хоорондоо зай завсаргүй нягт нийлсэн байна. Дээд эрүүний дэрлэгийн өндөр үүдэн шүдний хэсгээр 1,8 см араа шүдний хэсэгт 1,5 см, өргөн нь 1 см байна. Доод эрүүний дэрлэг, дээд эрүүний дэрлэгийн хэмжээнээс 0,2—0,3 см намхан байна.

4. ШҮД ТАВИХ. Хиймэл шүдийг тавихдаа шилийн тусламжтайгаар тавина.

5. ЛАВ ДЭЭР ЗАГВАРЖУУЛАЛТ ХИЙХ. Хуванцар шүдээ тавьсны дараа лав дээр шүдний орчмыг хэдийчинээ сайн загваржуулбал төдийчинээ сайхан шүд болно. Иймээс загваржуулалт хийхдээ шүдний хүзүү буйлын хэлбэрийг анатомийн хэлбэрийн дагуу гаргах хэрэгтэй. Үүнийг хийхийн тулд шүдний хүзүүний гадна, дотно талд хайлмаг лав хийж царцаагаад, шүдний гадна талд нь лаван буйланд загварын хутгыг 40 градусын өнцгөөр барьж шүдний хүзүүг гаргах ба буйлын хэлбэрийг мохоо багажаар гаргана. Шүдний хүзүүг гаргахдаа дээд эрүүний соёо үүдэн 1 шүдний хүзүүг нэг шугамд, II шүдний хүзүү дээрх 4 шүдний хүзүүнээс 0,1 см нам, арааны хүзүүг нэг шугамд, доод эрүүний үүдэн шүдний хүзүүг бас нэг шугамд, соёоны хүзүүг 0,1 см урт байхаар хийнэ. Загваржуулалтыг аль болохоор хүний төрөлхийн шүд шиг харагдахаар хийх нь чухал. Тагнайн хэлэн талд хатуу тагнайн урд хэсэгт тагнайн хээтэй загвараас хээг нимгэн лаваар авч наана. Шүдний дотор талын хүзүүг хайлдаг лаваар дүүргээд шүдийг 0,2 см ил гаргана. Загваржуулахдаа араа шүдний хүзүүг хэт авах, хоёр шүдний хооронд завсар хонхор гаргахгүйг хичээх хэрэгтэй. Доод эрүүний IV—VII шүднүүдийн буйлны хэлэн талын гадаргыг сайн нимгэлж хотгор болговол хэлний хөдөлгөөн чөлөөтэй байна.

6. ЗОРИУЛАЛТЫН ТЭВШИНЦЭРТЭЙ (КЮВЕТ) ГӨЛТГӨНӨД ЗАГВАР СУУЛГАХ. Тэвшинцэрээс хуванцар шүдийг гаргахад хялбар биш заримдаа хүчтэй доргиож цохисноос шүд эвдэрдэг. Иймд загвараа гөлтгөнд суулгахдаа 3 үе цутгана. Куба улсын шүд протезийн гастиудад хатуу зөөлөн хоёр янзын гөлтгөнийг хэрэглэдэг. Зөөлөн гөлтгөнө нь манай гөлтгөнөтэй адил, загвараа гөлтгөнөд суул-

гахдаа дээд доод талд нь хатуу гөлтгөнө дунд нь өөрөөр хэлбэл хиймэл шүд байгаа хэсэгт зөөлөн гөлтгөнө хийж 3 үе цутгана.

Манайд байгаа гөлтгөнөөр гурван үе цутгахад үр дүн нь адил байна. Гөлтгөнө цутгахдаа тэвшинцэрийн суурьт гөлтгөнөө хийгээд загвараа лаван буйл хүртэл суулгана. Хоёр дахь үеийн гөлтгөнөө хуванцар шүдийг дөнгөж цухуйж байхаар цутгана. Гурав дахь үеийг тэвшинцэрийн бүсийг тавьж, гөлтгөнөө дүүртэл нь хийж тагаа тавьж даралтад (прессд) зөөлөн шахаж 5—10 минут байлгана. Хоёр, гурав дахь үе болгоны дунд цутгасан гөлтгөнөө хаттал нь (дулаан ялгартал) байлгаад эхлээд хүйтэн усанд угааж дараа нь угаалгын нунтагтай усаар сойздож угаагаад хоёр гурав дахь үе хүртэл гөлтгөнөө цутгана. Хиймэл шүдний лавыг хайлуулж авахдаа буцалж байгаа усанд тэвшинцэртэй загвараа хийж 4 минут болгоод тэвшинцэрээ онгойлгоход лав хайлж загвараараа тараагүй байна. Энэ лаваа хямсаагаар хуулж аваад загвараа угаалгын нунтагтай халуун усанд сойздон сайтар угаагаад тусгаарлагчийг бийрээр хоёр удаа нимгэн түрхэнэ. Нэг загварыг халуун байхад нөгөө загвараа хөрсөн хойно түрхэж хатсаны дараа хуванцараа шахна. Ингэж тусгаарлагч хэрэглэх нь хуванцар дээр наалдсан гөлтгөнөийн давхаргыг цэвэрлэхэд хялбар болж тагнайн загваржуулалт, эвдрэхгүй. Хэрэв тусгаарлагч хэрэглээгүй бол хуванцар тагнайд гөлтгөнө наалдан улмаар хутга бороор цэвэрлэснээс хуванцар шүд хэврэг буюу тогтвор муутай болдог. Тусгаарлагчид изокол, ургамлын тос, протокрилын тусгаарлагч лавийн аль нэгийг хэрэглэнэ.

7. ХУВАНЦАРЫГ ЧАНАХ. 16° — 18° бүлээн усанд рамтай тэвшинцэрээ хийж 80° халуунд 60—70 минут, 100° -д 20—25 минут чанаад усаа хөрсний дараа тэвшинцэрээ гаргаж онгойлгоход гурван давхар гөлтгөнө цутгасан тул хуванцар шүдийг гаргаж авахад хялбар байна.

8. ХУВАНЦАР ШҮДИЙГ ЗАСАЖ ӨНГӨЛӨХ. Угаалгын нунтгаар лавыг сайн угааж тусгаарлагч хэрэглэсэн үед хиймэл шүдний тагнай, буйланд гөлтгөнгө наалдахгүй, цэвэрхэн гардаг учир цэвэрлэхэд цаг бага зарцуулагдаж ажлыг хөнгөвчилнө. Хуванцар шүдийг маш болгоомжтой засах нь чухал. Засах үед загваржуулалтаа эвдэхгүй байхыг анхаарах хэрэгтэй. Хонхор завсартай бол түүнд хоол тэжээлийн зүйл цугларч амны хөндийн эрүүл ахуйд муугаар нөлөөлнө. Хуванцар шүдийг шлефмоторын чулуу, борын тусламжтайгаар засна. Өнгөлөгч моторын эсгийд 10—15 минут, нарийн шавартай хялгасан сойзонд 10—15 минут, мөн даавуун сойзонд тус тус барьж өнгөлнө. Тагнайтай хуванцар шүд хэт халснаас тогтвор мууддаг тул удаан хугацаагаар өнгөлгөөнд барьж болно. Дашрамд хэлэхэд өнгөлгөөний даавууг өөрчлөө хийж болно. Үүний тулд цагаан даавууг 10 давхарлаад даавууны голд нь 0,8 см диаметртэй нүх гарган нүхийг нь тойруулаад хоорондоо 0,5 см хэмжээтэй хоёр зэрэгцээ оёно. Дугуй даавууны диаметр нь 7 см байна.

9. ДЭЭРХ ДАМЖЛАГЫГ ХИЙЖ ГҮЙЦЭТГЭХЭД ТЕХНИКУУДЭД ШААРДАГДАХ БАГАЖ ХЭРЭГСЭЛ.

1. Хазалтын дэрлэгийг тавихад хэрэглэх сантиметрийн хуваарьтай шугам.

2. Шүд тавихад хэрэглэх 9×10 хэмжээтэй хавтгай шил ба төмөр

3. Тусгаарлагчийг загварт түрхэх бийр том 1, жижиг 1,

4. Хортой харандаа

5. Тэвшинцэртэй загварынхаа лавыг цэвэрлэн угааж байх сойз

6. Шүдний техникийн загваржуулалтын хутга

7. Лав хайлах төмөр жижиг сав. Эдгээр хэрэгсэл шүдний техник бүрт заавал байх шаардлагатай.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

- Ю. В. Медведков. Медицинская география 1964.
- Г. Д. Габович Фтор и его гигиеническое значение 1957.
- Л. М. Яновский Закономерности распространения стоматологических заболеваний в зависимости от определенных географических условий М. 1975.
- Б. С. Руснак. И. И. Бергер. Флюороз зубов, Кишенев 1968.
- В. М. Чапала Флюороз зубов у школьников г. Алма-Аты 1967.

К МЕТОДУ ИЗГОТОВЛЕНИЯ ЗУБНОГО ПРОТЕЗА

РЕЗЮМЕ

Б. Дуламжав

В статье изложены основные методы лабораторного этапа изготовления полного съемного протеза. Особенно детально указан каждый лабораторный этап работы, применяющийся в Кубе, который улучшает качество и фиксацию протеза на беззубой верхней и нижней челюсти.

ХОВОР ТОХИОЛДОЛ

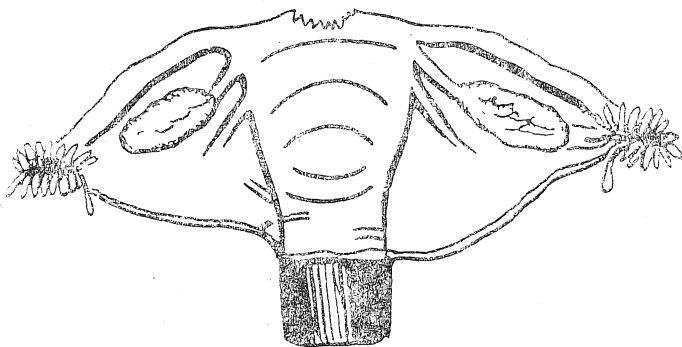
Т. Шагдарсүрэн (Академич)
 В. Ичинхорлоо (Доктор, профессор)
 Ж. Базардарьяа (мэс засалч)

Яаралтай мэс заслын тусламж үзүүлэх нь өвчтөнд тухайн үед оношийг тодорхой тавьж богино хугацаанд цаг алдалгүй эмчилгээний тусламж үзүүлэх зорилгын дор бүх юм зохион байгуулагдсан байдаг. Гэвч зарим тохиолдолд бидний санаснаар өвчний онош яг тавигдаж болдоггүй бөгөөд хэрэв оношийг тодорхой тавья гэж үзвэл цаг алдаж, өвчтөний амь насыг алдаж болох осолтой байдлыг харгалзан яаралтай хагалгаа зайлшгүй шаардлагатай байгаа клиникийн шинж тэмдгийг баримтлан шууд хагалгаанд орно.

Энэ нь их төлөв зөвддөг ба хүмүүсийн амь нас аврагддаг учир эмчилгээний зөв арга тактик гэж үздэг. Ийм арга барилыг гадаад орнуудад ч өргөн хэрэглэдэг билээ.

Ялангуяа хэвлийн гялтангийн түгээмэл үрэвслийн үед уг өвчний гарал үүслийн оношийг тогтооход цаг алдаж, осолдох нь мэдээж.

Энэ мэт тохиолдлоор сүүлийн 10 жилд гялтангийн түгээмэл үрэвслийн (перитонитын) шинж тэмдэгтэй ирж хэвтсэн нилээд хүний 7 нь гадны шалтгаангүйгээр умай цоорч гялтангийн үрэвсэл болсон 60-аас дээш насны эмэгтэйчүүд байв.



Үүнд: Өвчтөн Д. эм 68 настай өвчний түүхийн № 1937. 1973 оны 3-р сарын 3-нд клиникийн 3 дугаар нэгдсэн эмнэлгийн мэс заслын 2 дугаар тасагт гялтангийн түгээмэл үрэвсэл, гэсэн оноштой ирж хэвтсэн.

Өвчтөн хэвтэх үед биеийн байдал маш хүнд гол зовиур нь хэвлий нийтдээ их хөндүүр өвчтэй, өтгөн ба хий гарахгүй. 1973 оны 2-р сарын 26-нд хэвлийн доод талаар өвдөж бөөлжсөн, дараа нь өвчин даамжирч бүх хэвлийгээр хөндүүр болж өвчин нэмэгдэж, өтгөн, хий гарахгүй болсон гэж өгүүлж байв.

Үзэхэд: Өвчтөний арьс салст цайвар шарга, хэл хуурай бор шаргал өнгөртэй, судас 1 минутад 86, сулавтар дүүрэлт хүчдэлтэй, АД 80/60 зүрхний авиа бүдэг, шуугиангүй. Уушиг эрүүл амьсгалтай, хэвлий цардгар, амьсгалд оролцохгүй, тэмтэрч үзэхэд нийтдээ хөндүүр, булчин чангарсан Шеткин-Блюмбөргийн шинж тэмдэг тод илэрсэн.

Лабораториар цусны шинжилгээнд НВ—12 гр%, Л—25400, С—18, П—69, Л—9, М—4, РОЭ—54 мм 1 ч. Шээс хувийн жин 1020, уураг 0,033%, цэсний нөсөө (—) б.х 1—2, хавтгай х—3—4 Л—15—17 п/з эр (—)

Өвчтөнд тодорхой биш шалтгаантай гялтангийн түгээмэл үрэвсэл гэдэг онош тавьж хагалгаанд ороход өвчтөний умайн ёроолын орчим цоорч (2х2,5 см) нүх гарснаас дээрх үрэвсэл болж хүндэрсэн байв. Хэвлийд сул цус байсангүй бүх хэвлийгээр идээ түгсэн байв.

Умайг ердийн хэлбэрээр тайрч аван хэвлийг цэвэрлэсэн. Энэ мэт тохиолдол бүгд 7 удаа дайралдав.

Эдгээр хүмүүс цөм ойролцоо өндөр настай, эмэгтэйчүүдийн өвчнөөр өмнө нь өвчлөж байгаагүй. Уг тохиолдлыг хүртэл өөрт мэдэгдэх онцын өөрчлөлтгүй байжээ.

Дээрх өвчтөнийг асууж судлахад их төлөв цөм эрүүл, гэнэт хэвлийн доогуур хөндүүрлэж өвдөөд богинохон хугацааны дотор хөндүүр улам нэмэгдэж бөөлжих, халуурах улмаар бүх хэвлий хөндүүр болж, өвчин хүндэрдэг зэргээр бүгд төсөөтэй явцтай байв. Клиникт ирэх үедээ цөм гялтангийн үрэвслийн шинж тэмдэгтэй байсан.

Эдгээр умай цоорсон тохиолдол цөм хагалааны ширээн дээр оношлогдсон юм.

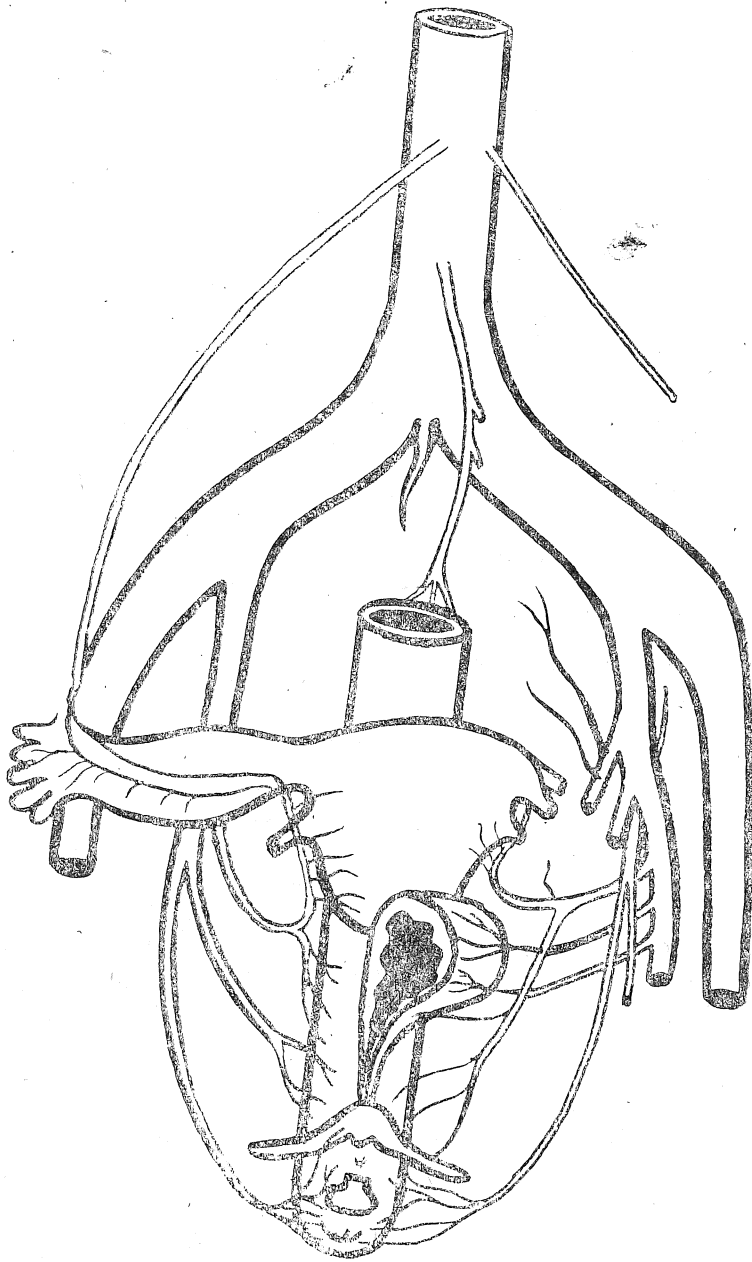
Хагалааны явцад үзэхэд умай цоорох урьдчилсан өвчин тэдгээр эмэгтэйчүүдэд илэрсэнгүй. Өөр төрлийн өвчлөлийн шинж тэмдэггүй байлаа. Зарим мэс засалчид умайн архаг идээт үрэвсэл байснаас умайг цоорсон мэт тайлбарлахаар оролддог юм. Бид идээт эндомиетрит-пиометрын үед умайн ханыг идээ цоолохын өмнө идээ нь үр дамжуулах хоолойгоор бага аарцгийн идээт үрэвсэл үүсгэх буюу доошоо үтрээ рүү гарах нь олонтой байгаагаас үүсдэг гэж үзэж байна.

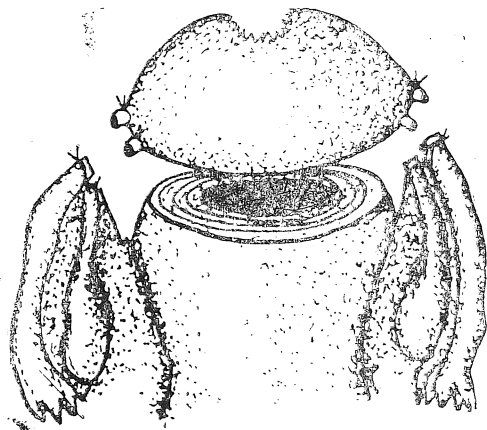
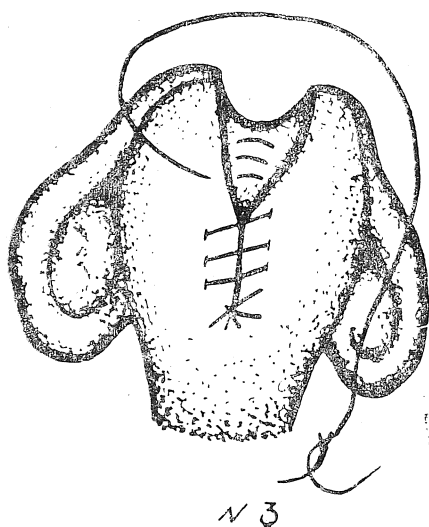
Нөгөө талаар уг цоорхой нь цөм умайн ёроол орчим нэг байрлалд цоорсноос үзэхэд идээлж цоорсон биш гэдэг нь нотлогдсон юм. Түүнчлэн цоорсон нүх нь идээгүй, цоорхойн хэсэг үхжсэн байдалтай, хар хөх өнгөртэй байдаг. Эдгээр өөрчлөлт нь гистологийн шинжилгээгээр хавдар, идээт үрэвсэл болох нь батлагдаагүй юм. Энэ нь эмэгтэйчүүдийн умай цоорох, бие даасан өвчин байна уу гэж үзэхэд хүргэв. Тэр нь нас өндөр болж судас хатуурснаас умайн хэсгийн цусан хангамж, тэжээл муудсантай холбоотой байж болох юм гэсэн дүгнэлтэнд хүргэсэн юм. Учир нь умайн ёроолын хэсэг нь анатомийн хувьд хамгийн нарийн судастай тэжээл багатай хэсэг байдаг, тэр орчим инфаркт буюу некрозийн хэлбэрээр хэсгийн тэжээлгүйдэл болж үхширч цоорсон бололтой байдаг.

Ийм өвчтөн, эмэгтэйчүүдийн тасагт огт очдоггүй юм. Учир нь эмэгтэйчүүдийн талын зовиур гардаггүй бөгөөд зөвхөн умай цоорч перитонит болж хүндрэх үед яаралтай мэс заслын клиникт ирдэг билээ. Энэ тохиолдлыг цаашид судалж, шалтгааныг нарийн тогтоож, судалгаа хийх явдал шаардлагатай юм.

Дээрх тохиолдолд зөвхөн мэс заслын яаралтай эмчилгээ шаардлагатай юм. Өвчтөнийг ерөнхий унтуулгатай хэвлийн гол шугамаар өргөн зүслэг хийж хэвлийг нээгээд идээг угааж цэвэрлээд умайг идээтэй байвал тайрч авах, идээгүй бол цоорхойг шаантаг хэлбэртэй хэсэгчлэн авч нүхийг оёж хэвлийд сэгийвч* гаргана. Гэвч энэ өвчин нь насны байдалтай уялдан харьцангуй хүндрэл ихтэй. Шархны эдгэрэлт муу, шарх эргэж тавигдах-Эвинтрац гарах, зүрх судасны ажиллагааны дутагдалд орох, уушигны тундасжилтаас амьсгалын дутагдал зэрэг төрөл бүрийн хүндрэлт гардаг.

* Сэгийвч гэж гоожуурга—гуурсыг нэрлэжээ.





Ийм тохиолдолд эмчилгээний тусламжийг цаг алдалгүй үзүүлэх нь хагалгааны дараах гарч болох хүндрэлтээс урьдчилан сэргийлэх нөхцөл болно.

Уг өвчнөөс урьдчилан сэргийлэхийн тулд тухайн өвчний гарал үүслийг юуны өмнө нарийн судалж тогтоох хэрэгтэй байна.

Энэ өвчний талаар хэвлэлд тодорхой бичигдээгүй юм. Дээрх тохиолдол яаралтай мэс заслын тусламж үзүүлэх газарт тохиолдох нь мэдээж тул тохиолдлын үед эд эсийн шинжилгээг нарийн хийж өвчтөний өгүүлэл өвчний явц, клиникийн шинж тэмдэгт онцгой анхаарах нь зүйтэй.

ДҮГНЭЛТ

1. Эмэгтэйчүүдийн умай өөрөө цоорох нь ховор тохиолдол юм.
2. Клиникийн байдал, цоорсон байрлалаар үзэхэд нас өндөр болж судас хатуураад хэсгийн тэжээл дутагдаж (Ишемический инфаркт) болж цоорох нь монгол эмэгтэйчүүдийн дунд цөөнгүй байна гэж үзэх талтай байна.
3. Энэ өвөрмөц байдал нь хэрэглэж байгаа хоол тэжээлтэй холбоотой гэж үзнэ. Их төлөв ийм хүмүүст судас хатуурах бусад шинж тэмдэг тодорхой ажиглагдаж байна.
4. Уг тохиолдлын талаар цаашид нарийн судалгаа хийх шаардлагатай байна.

СООБЩЕНИЕ О РЕДКИХ СЛУЧАЯХ

Ж. Базардарьяа
Т. Шагдарсүрэн
Б. Ичинхорлоо

РЕЗЮМЕ

Сообщается о клинических наблюдениях самопроизвольной перфорации области дна матки, имевшей место у 7 женщин в возрасте за 60 лет и осложненного разлитым перитонитом.

Сведения об этих случаях собраны автором статьи за последние 10 лет в отделении неотложной хирургии 3-ей Республиканской клинической больницы им. П. Н. Шастина.

Подобные случаи не освещены в доступной нам литературе. Причину возникновения такой перфорации автор связывает с недостаточностью местной трофики по типу ишемического инфаркта от склеротического процесса в области дна матки, поскольку гистологическое исследование не подтвердило опухолевый характер процесса. Поэтому самопроизвольная перфорация дна матки у пожилых женщин, осложненная разлитым перитонитом, несомненно, представляет огромный интерес не только для хирургов, но и для широкого круга специалистов.

ӨГҮҮЛЭЛ БИЧИГЧДИЙН АНХААРАЛД

Эмнэлгийн хэвлэлийн нэгдсэн редакци «Анагаах ухаан» сэтгүүлд хэвлүүлэхээр анагаах ухааны онол, практикийн чухал асуудлаар бичсэн эрдэм шинжилгээний тойм өгүүлэл, судалгааны өгүүлэл, эмнэлзүйн тохиолдлын тухай тэмдэглэлийг хүлээж авч байна. Гэхдээ одоо ирж буй материалын ихэнх нь шаардлага бүрэн хангахгүй байгаа учир «Анагаах ухаан» сэтгүүлд нийтлүүлэхээр ирүүлэх материал нь дорхи шаардлагыг хангасан байх хэрэгтэй. Үүнд:

1. Сэтгүүлд ирүүлэх материал нь урьд өмнө хэвлэгдээгүй, өөр хэвлэлд хэвлүүлэхээр өгөөгүй байхын гадна, зохиогчийн албан байгууллага, эрдэм шинжилгээний хүрээлэн хэвлэхийг зөвшөөрсөн бичигтэй байна.

2. Редакцид ирүүлэх материалыг хэвлэлийн шаардлагын дагуу 21 мөрөөр машиндсан өнгөн хувийг ирүүлнэ.

Материалын нийт хэмжээ (хүснэгт, зураг, хэвлэлийн жагсаалт товчлолыг оруулаад) машинаар цохисон 8—10 хуудаснаас илүүгүй байна.

3. Эрдэм шинжилгээний өгүүллийг бичигчид нь овог нэр, хаяг, харилцах утас, албан байгууллагаа тодорхой бичиж өгүүллийн эцэст зохиогч нар гарынхаа үсгийг гаргацтай тод зурна. Хамтын бүтээл бол бүх хүн гарынхаа үсгийг зурна.

4. Судалгааны өгүүллийг удиртгал, материал ба арга, үр дүн, шүүмж ба дүгнэлт, ном зүй гэсэн дэс дарааллаар бичнэ.

5. Өгүүлэлд хүснэгт, диаграмм оруулбал тэдгээр нь хэвлэлийн шаардлага хангасан, зураг, диаграммыг зургийн цаасан дээр хар түшээр зурсан, ард нь зохиогчийн нэр, өгүүллийн товч нэр, зургийн дугаар, хаана байрлуулхыг тодорхой заасан байна. Өгүүлэлд орж буй ишлэл үгийг уг эхтэй нь тулгасан, ямар ч зөрүүгүй байх ёстой.

6. Өгүүллийн дотор иш татаж буй буюу цохон дурдсан материалын нэрийг уг бүтээл хэвлэгдсэн оны хамт хаалтанд бичих буюу ашигласан хэвлэлийн жагсаалтанд орсон дугаарыг нь хаалтанд тавин тэмдэглэнэ.

7. Өгүүлэлд 21 мөрөөр бичсэн нэг хуудаснаас илүүгүй товчлол (резюме)-ыг орос хэл дээр бичиж, хавсаргана.

8. Дээрх шаардлагыг хангаагүй материалыг хүлээж авахгүй.

9. Хэвлэгдээгүй материалыг буцаахгүй.