

АНАГААХ УХААН

БНМАУ-ын Эрүүлийг хамгаалах яамны улирал тутмын сэтгүүл

11 дэх жилдээ

№ 1 (37)

1981 он

Dr. med. P. Nymadawa

Ulan - Bator

Central Post, P. O. B. 596

MONGOLIA

АГУУЛГА

ТЭРГҮҮН

Анагаах ухааны эрдэм шинжилгээний ажлыг шинэ шатанд гаргая 3

СУДАЛГАА ШИНЖИЛГЭЭ

- М. ОУУНБИЛЭГ. Нэг хүртэлх насны хүүхдэд өгч байгаа хоолны найрлага дахь зарим микроэлемент 6
- А. ХИШИГДОРЖ, Г. ЖАМБА, Г. САНЖМЯТАВ. Нярай хүүхдийн стафилококкт үжил 7
- Ч. БУРМАА, Г. ДАШЗЭВЭГ, Б. ГОМБО. Ургийн бөөрний дээд булчирхай ба лимфийн эрхтэний хөгжил 10
- З. ДАШЗЭВЭГ, М. ЧҮЛТЭМСҮРЭН. Монгол оронд ургадаг шувуун тарны фитохимийн судалгааны урьдчилсан дүн 12
- Л. ДАШХҮҮ, Ч. ЦЭРЭННАДМИД. Эрүүл хүмүүс болон цус алдалтын дараах цус багадалттай хүмүүсийн ретикулоцитын хэмжээ 15
- Б. ДАГВАДОРЖ, Л. ЭНХТУЯА. Тодорхой насны хүмүүсийн артерийн даралтыг хэмжсэн ажиглалтаас 17
- Б. ГАНБААТАР, П. СУВД. Вирус судлалын шинжилгээнд зориулсан анхдагч ба шугаман эсийн өсгөвөрлөлтийн зарим шинж чанарыг судалсан дүнгээс 20

ЭМЧ НАРТ ТУСЛАМЖ

- Я. ДОНДОГ. Гипертонийн кризтэй өвчтөнд эмнэлэгт хэвтүүлэхийн өмнө даралт буулгах ямар эмчилгээ хийх вэ 23
- П. ДОРЖ, П. БАНЗРАГЧ. Эктонийн голомтот хэм алдагдалтын асуудал ба лидокайнаар эмчлэх тактик 29
- Б. ГООШ, Ч. ПУНЦАГ, Е. П. БАДЕР. Доод мөчний ясны архаг үрэвслийг эмчлэхэд хэвлийн доод артерийг сэтгэх нь 31
- Л. ШАГДАР. Төвөнхийн хорт хавдрын эмчилгээний үр дүн 33
- В. ИЧИНХОРЛОО. Цочмог панкреатитын үед мэс заслын эмчилгээ хийх заалт 36
- Х. ЦОЛМОН, Ш. НАСАНБАТ, Ш. ЖИГЖИДСҮРЭН, Ц. НОРОВПИЛ. Шүдний карнесын өвчлөлийг статистикийн аргаар судлах нь 38

ЭРҮҮЛИЙГ ХАМГААЛАХЫН ЗОХИОН БАЙГУУЛАЛТ

- Ма. ШАГДАРСҮРЭН. Эмнэлгийн сувилагчийн хангамж 44
- Б. ДЭМБЭРЭЛ, П. ЯНСАН. Монголын баруун хязгаарт эрүүлийг хамгаалах ажил үүсч хөгжсөн түүхийн тухайд 47
- П. ЯНСАН, Л. БУДЖАВ. Эрүүлийг хамгаалах салбарын байршил, түүнд нөлөөлөх хүчин зүйлийн тухай зарим асуудал 52
- Ж. КУПУЛ, Ч. ДАНГАА. Эпидмиологийн онол практикийн зорилгоор явуулах нийгэм-эдийн засгийн судалгааны үндсэн чиглэл, арга зүйн үндэс 56
- Д. Дорж. Эмнэлэг газар зүйн судалгаа 58

ТУРШЛАГА СОЛИЛЦОХ БУЛАН

- Р. НЯМАА. Хагас дамжуулагч аппаратыг катарактын мэс засалд хэрэглэж байна 61
- Ж. ЯВУУ. Ходоодны шүүс шинжилгээнд авах нэгэн арга 62

МЕДИЦИНА

Ежеквартальный журнал Министерства Здравоохранения МНР

Выходит с 1970 г

№1 (37)

1981

СОДЕРЖАНИЕ

ПЕРЕДОВАЯ

Поднять на высокую уровень научно-исследовательских работ медицины	3
М.ОЮУНБИЛЭГ. Содержание микроэлементов в рационе питания у детей	6
А. ХИШИГДОРЖ, Г. ЖАМБА, Г. САНЖМЯТАВ. К вопросу о стафилококковом сепсисе новорожденных	7
Ч. БУРМА, Г. ДАШЗЭВЭГ, Б. ГОМБО. Эмбриональное развитие надпочечных желез и лимфоидных органов плода человека	10
З. ДАШЗЭВЭГ, М. ЧҮЛТЭМСҮРЭН. Предварительные данные фитохимического исследования спорыша птичьего произрастающего в МНР	12
Л. ДАШХУ, Ч. ЦЭРЭННАДМИД. Количество ретикулоцитов у здоровых взрослых и больных постгеморрагической анемией	15
Б. ДАГВАДОРЖ, Л. ЭНХТУЯА. Данные об артериальном давлении у определенных возрастных групп (у практически здоровых молодых людей)	17
Б. ГАНБАТАР, П. СУВД. Изучение культуральных свойств первичных перевиваемых клеточных культур для вирусологических исследований	20

К ПОМОЩЬЮ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

Я. ДОНДОГ. Предстационарное гипотензивное лечение больных с гипертоническим кризом	23
П. ДОРЖ, П. БАНЗРАГЧ. Тактика лечения лидоканном при эктопической аритмии	29
Б. ГОШ, Ч. ПУНЦАГ, Е. Б. БАДЕР. Катетеризация нижней надчревной артерии при остеомиелита	31
Л. ШАГДАР. Отдаленные результаты лечения рака гортани	33
В. ИЧИНХОРЛО. Лечение острого панкреатита	36
Х. ЦОЛМОН, Ш. НАРАНЬЯМБА, Ш. ЖИГЖИДСУРЕН, Ц. НОРОВПИЛ. Статистические методы изучения заболеваемости кариесом	38

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Ма. ШАГДАРСУРЕН. К вопросу обеспеченности медицинскими сестрами	44
Б. ДЭМБЭРЭЛ, П. ЯНСАН. К вопросу об истории становления и развития здравоохранения в западном крае Монголии	47
П. ЯНСАН, Л. БУДЖАВ. Некоторые вопросы о размещении учреждений здравоохранения, ее влияющих факторов	52
Ж. КУПУЛ, Ч. ДАНГА. Основные направления и методы социально-экономических исследований в связи с задачами эпидемиологической науки и практики	56
Д. Дорж — К вопросу медико-географических исследований	58

ОБМЕН ОПЫТОМ

Р. НЯМА. Применение отечественного полупроводникового аппарата при экстракции старческой катаракты	61
Ж. ЯВУ. Новый метод взятия желудочного сока для исследования	62

Анагаах ухааны эрдэм шинжилгээний ажлыг шинэ шатанд гаргая.

БНМАУ-ын социалист эрүүлийг хамгаалах систем улам бүр боловсронгуй болж хүн амд үзүүлэх эмнэлгийн тусламжийг зохион байгуулахад анагаах ухааны ололтыг өргөн хэрэглэж байна.

Манай оронд орчин үеийн анагаах ухааныг хөгжүүлэх таатай нөхцөл бүрэлдсээр байна. Анагаах ухааны эрдэм шинжилгээний ажлыг улс ардын аж ахуй, соёлыг хөгжүүлэх таван жилийн төлөвлөгөөгөөр зохицуулан гүйцэтгэх болсноор эрүүлийг хамгаалахын нэн чухал тулгамдсан асуудлыг богино хугацаанд шийдвэрлэх зорилгод анагаах ухааны судалгаа, эрдэм шинжилгээний ажилтан, эрдэмтэн, мэргэжилтний анхаарал хүчийг төвлөрүүлэх, материаллаг баазыг үр ашигтай ашиглах боломжийг бий болгож ингэснээр хүн амын өвчлөл, хөдөлмөрийн чадвар түр алдалтыг багасгах нөхцлийг бүрэлдүүллээ.

Улс ардын аж ахуй, соёлыг 1976—1980 онд хөгжүүлэх VI таван жилийн төлөвлөгөөний жилүүдэд манай орны анагаах ухааны салбарт «Хүний янз бүрийн өвчнийг оношлох, эмчлэх ба урьдчилан сэргийлэх одоогийн арга барилыг боловсронгуй болгож шинэ аргыг эзэмших ба хүн амд үзүүлэх эмнэлгийн тусламжийг сайжруулах арга хэмжээ боловсруулах» сэдэвт үндсэн шийдвэрлэх асуудлын хүрээнд 10 даалгаварт эрдэм шинжилгээний судалгаа явуулж тодорхой үр дүнд хүрлээ.

Судалгааны ажлын үр дүнг эрүүлийг хамгаалахын практикт богино хугацаанд нэвтрүүлэхэд гол анхаарлыг чиглүүлэн ажилласнаар тус оронд анх удаа бөөр-шээс дамжуулах замын өвчнүүдийн үед гемодиализ хийх арга, элэг-цэсний замын болон бусад гол эрхтэний эмгэгийг эрт оношлох рентген изотопын ба иммунологийн шинжилгээ, эх барихын практикт хэт авиагаар оношлох арга, дунд чихний архаг үрэвслийн үед хэнгэрэг хальс суулгах мэс заслын арга, элгийг тайрах мэс заслын арга, өрцөн дор байрлалтай бэтгийн үлдэц хөндийг устгаж өвчний дахилтыг гаргахгүй байх хагалгааны төгс арга, нүдний элдэв эмгэгийн үед микро мэс засал хийх арга, хүүхдэд тохиолдох удамшлын ба хромосомын эмгэгийг эрт оношлох арга, өөрийн орны эмийн түүхий эдийг ашиглан шинэ эмийн бэлдмэлүүд гарган эмчилгээнд хэрэглэх зэрэг олон асуудлыг боловсруулан оношлогоо, эмчилгээ, урьдчилан сэргийлэх практикт нэвтрүүлжээ.

Оношлогоо, эмчилгээ, урьдчилан сэргийлэлтийн шинэ арга, эрүүлийг хамгаалахын тэргүүн туршлага, шинжлэх ухаан-техникийн шинэ хэн ололтыг өргөн сурталчилж практикт нэвтрүүлэхэд тодорхой нөлөө үзүүлэх зохион байгуулалтын нэг арга барил бол шинэ бүтээл-оновчтой саналын болзолт уралдаан зарлаж дүгнэх, ШБОС-ын үзэсгэлэн гаргаж сурталчлах ажил мөн. Энэ чиглэлээр VI таван жилд эмчлэн сэргийлэх байгууллага, эрдэм шинжилгээний ба сургалтын байгууллагуудаас байгууллагын хэмжээнд жил бүр ШБОС үзэсгэлэн гаргаж тэргүүний бүтээлийг шалгаруулах, шалгарсан бүтээлээр ЭХЯ, системийн ШБОС үзэсгэлэнг жил бүр зохион байгуулдаг сайхан уламжлал тогтлоо.

Эдгээр үзэсгэлэнд Анагаах ухааны дээд сургууль, Анагаах ухааны хүрээлэн, Улсын клиникийн төв эмнэлэг зэрэг газар чанартай шинэ бүтээл олныг тавьж сурталчилж байв.

Эрдэм шинжилгээний шинэ бүтээлүүдээр эрх хамгаалах ажил энэ таван жилд ихээхэн өргөжиж цахилгаан зүүгээр оношлох аппарат, цусан суулга өвчнийг эрт илрүүлэх оношлуур, элэгний бэтгийн шингэнийг сорогч төхөөрөмж зэрэг олон бүтээл ШБОС-ын гэрчилгээ, диплом авсан байна.

Анагаах ухааны судалгааны ажлын шинжлэх ухааны түвшинг өндөржүүлэх, судалгааны ажлын үр дүн, шинжлэх ухаан-техникийн шинэхэн ололтыг эрүүлийг хамгаалахын практикт нэвтрүүлэхэд ЭЗХТЗ-ийн гишүүн орнуудын эрүүлийг хамгаалах салбарт хамтран ажиллах байнгын комисс байгуулагдаж социалист орнуудын хэмжээнд гүйцэтгэх анагаах ухааны эрдэм шинжилгээний ажил, эрүүлийг хамгаалах хамтын ажиллагааг өргөжүүлэн хөгжүүлэх ойрын ба хэтийн программыг боловсруулсан явдал онцгой ач холбогдолтой болсон юм. Одоо манай анагаах ухааны эрдэм шинжилгээний байгууллагууд ЭЗХТЗ-ийн гишүүн орнуудын хүрээнд хийгдэж байгаа «Зүрх-судасны өвчин», «Хорт хавдрууд» зэрэг дөрвөн шийдвэрлэх асуудлаар хамтарсан судалгаанд оролцож тодорхой үр дүнд хүрч байна.

Нам, засгаас тавьж байгаа байнгын анхаарал халамжийн үр дүнд сүүлийн таван жилд анагаах ухааны эрдэм шинжилгээний ажлын материаллаг бааз, боловсон хүчний хангамж ихээхэн сайжирлаа. Эх, нялхсын эрүүл мэндийг хамгаалах эрдэм шинжилгээний хүрээлэн байгуулагдсан нь тус улсын хүн амын зонхилох хувийг эзэлж байгаа хүүхдийн эрүүл мэндийг хамгаалан бэхжүүлэх тодорхой зорилготой эрдэм судлалын программт ажлыг зохион байгуулан хүүхдийн өвчлөл, эндэгдлийг бууруулах зорилтыг хэрэгжүүлэхэд нөлөө үзүүлэх дорвитой арга хэмжээ болов.

Гэвч анагаах ухааны эрдэм шинжилгээний ажилд ихээхэн дутагдал оршиж байна. Юуны өмнө анагаах ухааны эрдэм шинжилгээний ажлын төлөвлөлт хангалтгүйгээс тус орны эрүүлийг хамгаалахын нэн чухал асуудлыг богино хугацаанд судлан шийдвэрлэхэд судалгааны ажлыг бүрэн чиглүүлж чадаагүйгээс хүүхдийн өвчлөл, эндэгдэл, зарим халдварт өвчний өвчлөл тууштай буурахгүй байна.

Судалгааны ажлын түвшин ЗХУ болон ах дүү социалист орнууд дахь анагаах ухааны эрдэм шинжилгээний ажлын судалгааны түвшингээс хоцорч, судлах асуудлыг олон талаас нь иж бүрэн судлахгүй байгаагаас эрдэм судлалын ажлын практикт үзүүлэх үр нөлөө, өгөөж хэрэгцээ, шаардлагыг хангахгүй байна.

Эрдэм шинжилгээний ажилтнуудын мэргэжил, мэдлэгийн түвшин, ажлын хариуцлага, идэвх санаачлага шаардлагын хэмжээнд хүрэхгүй байгаа нь сонгож авсан сэдэвт ажил удаан хугацаагаар он дамжин үргэлжлэх, судалгааны ажлын явцын үечилсэн үр дүн гарч практикт нэвтрэхгүй байх дутагдал өргөн хэмжээтэй байна.

Анагаах ухааны эрдэм шинжилгээний байгууллагууд дээрх байдалд буурьтай дүгнэлт хийж «Тус орны эрдэм шинжилгээний ажлын байдал, түүнийг сайжруулах зарим арга хэмжээний тухай» МАХН-ын Төв Хорооны 1980 оны 361-р тогтоолын заалтуудыг хэрэгжүүлэх явдал шаардагдаж байна. Энэхүү тогтоолын заалтын дагуу анагаах ухааны эрдэм шинжилгээний ажлыг цаашид зохион байгуулахдаа; нэгдүгээрт, Зөвлөлт Холбоот Улс болон ах дүү социалист бусад орны шинжлэх ухаан-техникийн ололтыг бүтээлчээр хэрэглэх, хоёрдугаарт, эрдэм шинжилгээний боловсон хүчин бэлтгэх ажлыг эрс сайжруулах, гуравдугаарт төсөл-зохион бүтээх ажил хийх, технологийн зарим процессыг загварлан боловсруулахын тулд эрдэм шинжилгээний хүрээлэнгүүд.

дээд сургууль хооронд туршилтын баазыг төлөвлөгөөтэй төлөвшүүлэн бүрдүүлэх замаар хэрэгжүүлэх хэрэгтэй. Үүнтэй уялдан анагаах ухааны эрдэм шинжилгээний мэдээллийг сайтар зохион байгуулах хойшлуулушгүй зорилт дэвшигдэн гарч байгаа бөгөөд энэ чиглэлээр ЭЗХТЗ-ийн эрүүлийг хамгаалах байнгын комиссын «Мединформ» зөвлөлтэй хамтран ажиллах ажиллагааг улам өргөжүүлж боловсронгуй болговол зохино.

Анагаах ухааны эрдэм шинжилгээний ажлын үр дүнг практикт нэвтрүүлэх, эдийн засгийн үр ашгийг үнэлэн тогтоох тодорхой систем боловсруулах шаардлага зүй ёсоор гарч байна.

Анагаах ухааны дээд сургууль ба анагаах ухааны эрдэм шинжилгээний хүрээлэнгүүдийн холбоог. ихээхэн ойртуулж Анагаах ухааны дээд сургуулийн эрдэм шинжилгээний ажлын төлөвлөлтийг мэргэжлийн удирдлагаар хангах, сургуулийн эрдэм шинжилгээ-лабораторийн баазыг төлөвлөгөөтэй бэхжүүлэн өргөжүүлэх, тус сургуульд хийгдэж байгаа эрдэм шинжилгээний ажлыг сургалтын процесстой нягт холбон, хичээл хүмүүжлийн ажлыг эрдэм шинжилгээний үйл ажиллагаатай бат нэгдлээр хангаж, эрдэм шинжилгээнийх нь ажлын үр ашиг, чанарыг улам дээшлүүлбэл зохино. Ялангуяа эмч нарын мэргэжил дээшлүүлэх ажлыг шинжлэх ухааны судалгаатай нягт холбон зохион байгуулсны дүнд л амжилт гарна гэдгийг онцлон анхаарах хэрэгтэй.

Тус орны одоогийн нөхцөлд анагаах ухааны эрдэм шинжилгээний ажлыг иж бүрэн зохион байгуулж судалгааны бүх анхаарлыг хүүхдийн өвчлөл, эндэгдэл вирусын гаралтай, элэгний үрэвслийг эрс бууруулах элдэв өвчнөөс урьдчилан сэргийлэх үр ашигтай шинэ аргыг боловсруулж практикт нэвтрүүлэх хэрэгт төвлөрүүлэх явдал үндсэн зорилт болж байна.

«Эх, хүүхдийн эрүүл мэндийг хамгаалах ажлыг цаашид сайжруулах арга хэмжээний тухай» МАХН-ын Төв Хороо, БНМАУ-ын Сайд нарын Зөвлөлийн 1979 оны 21-р тогтоол эх, хүүхдийн эрүүл мэндийг сахин хамгаалж бэхжүүлэх үйлст нам, улс, олон нийт, эрүүлийг хамгаалах бүх байгууллагын анхаарлыг төвлөрүүлж, эх, нялхсын байгууллагын материаллаг бааз, боловсон хүчний хангамжийг сайжруулах, хүүхдийн эрүүл мэндийг хамгаалан бэхжүүлэх үйл хэргээс нэг ч байгууллага, нэг ч хүн хөндий байх ёсгүй гэсэн зарчмыг хэрэгжүүлэх тодорхой заалт гаргасан билээ.

Нам засгаас эрүүлийг хамгаалах байгууллагын өмнө дэвшүүлсэн эдгээр ээлжинт чухал зорилт, заалтыг ширхэгчлэн биелүүлэх явдал эх, нялхсын байгууллагуудын хойшлуулушгүй зорилт болж байна.

Анагаах ухааны эрдэм шинжилгээний байгууллага бүр, эрдэмтэн, эрдэм шинжилгээний ажилтан бүр МАХН-ын Төв Хорооны VII бүгд хурлын дайчин шийдвэрийн дагуу ажил хэрэгч шүүмжлэл, өөрийн шүүмжлэлийг өрнүүлэн юуны өмнө үйл ажиллагаандаа өндөр шаардлагатай, зарчимч шүүмжлэлтэй дүн шинжилгээ өөрөө хийхээс шинэ таван жилийнхээ ажлыг эхэлж хүн амын өвчлөлийг эрс бууруулах үйлст урьд урьдахаас өндөр амжилт гаргах зорилт тавин ажиллах хэрэгтэй.

Нэг хүртэлх насны хүүхдэд өгч байгаа хоолны найрлага дахь зарим микроэлемент

М. ОЮУНБИЛЭГ

(Эх нялхсын эрүүл мэндийг хамгаалах
эрдэм шинжилгээний хүрээлэн)

Хүүхдийн хоол тэжээлийн хангамжийг сайжруулах талаар гарсан тогтоолд цагаан идээ, төрөл бүрийн хүнсний ногоо өргөн хэрэглэж хүүхдийн хоол тэжээлийн тэжээллэг чанарыг сайжруулахын хамт говийн аймгуудад ингэний сүүг хүүхдийн хоол тэжээлийн зориулалтаар хэрэглэх арга хэмжээ авахыг заасан юм.

Бага насны хүүхдийн өсөлт хөгжилт, эрүүл мэнд бойжих физиологийн хэрэгцээг хангахуйц хоол тэжээлийн төрлийг олшруулах асуудлыг шинжлэх ухааны үндэслэлтэйгээр зөв шийдвэрлэх явдал чухал асуудал болон тавигдаж байна. Хүүхдийн хоол тэжээлийн шимт бодисын хэм хэмжээ түүнийг нас, биеийн онцлог, цаг улирал, хооллох дэглэмийг харгалзан тогтоох зорилгоор эрдэм шинжилгээний олон ажил хийж байна.

Хоол тэжээлийн бүрэлдэхүүнд агуулагдах микроэлементийн бие махбодод үзүүлэх үүргийг сүүлийн арван жилд идэвхтэй судалж түүний үндсэн дээр хоолны нэр төрөл чанарыг сайжруулах арга хэмжээ боловсруулж байна. Ихэнх судлаачид микроэлемент нь өсөлт, үржилт эсийн хуваагдах, цус бүтээх, эдийн амьсгалах, ясжих, иммунобиологийн эсэргүүцэл, эсийн доторхи солилцоо болон олон үйл ажиллагаанд оролцдог болохыг тогтоожээ. (2). Иод, зэс, төмөр, кобальт, цайр, никель, молибден зэрэг элементийн биологийн үүрэг нилээд судлагдсаны дотор зэс, төмөр, кобальт, цайр нь цус бүтээх үйл ажиллагаанд оролцдог болохыг тогтоосон байна. (1). Микро-элементийн гадна орчин, хоол тэжээл, хүнсний бүтээгдэхүүн дэх хэмжээг нилээд судалсан юм.

Сүүлийн жилүүдэд аль ч улс оронд нэг хүртэлх насны хүүхдийн дунд хоол тэжээлээс болж үүсэх цус багадалтын талаар ихээхэн бичиж байгаа нь (2, 3) энэ асуудлыг судлах ялангуяа хоол тэжээлийн зарим бүтээгдэхүүнд агуулагдаж байгаа микроэлементийн хэмжээг судлах асуудал чухал байгааг харуулж байна. Микроэлементийн хэмжээ үүний дотор эхийн сүүнд агуулагдах хэмжээ нь гадна дотны элдэв нөлөөнөөс хамааран өөрчлөгддөг. (5).

Бидний судалгаа нь зарим хоол тэжээл дэх үндсэн бодисуудын хэмжээг нас, улирал, уур амьсгал, оршин суугчдын хоол тэжээлийг эдийн засгийн онцлогтой холбон судлах судалгааны зөвхөн нэг хэсэг нь юм. Манайд хүүхдийн хоол тэжээлийг төгөлдөржүүлэхэд чиглэсэн судалгаанууд хийж байгаа бөгөөд харин микроэлементийн судалгаа төдий л эхлээгүй байна.

Бид Улаанбаатар хотын нэг хүртэлх насны хүүхдэд өгч байгаа хоолны гурван төрлийн хүнсний бүтээгдэхүүн, арван нэр төрлийн хоолонд агуулагдах зэс, кобальт, төмрийг нийт 140 дээжинд Г. А. Бабенкогийн колориметрийн аргаар үзлээ.

1-р хүснэгт

ХҮҮХДИЙН ХООЛНЫ НАЙРЛАГА
ДАХЬ ЗЭС, ТӨМӨР, КОБАЛЬТ (М ± М)

ХҮНСНИЙ БҮТЭЭГДЭХҮҮН ХООЛ	ТОДОР- ХОЙЛ- СОН ТОО	ТӨМӨР/МГ%	ЗЭС/МКГ%	КОБАЛЬТ /МКГ%
ЭХИЙН СУҮ	10	0,182 ± 0,0041	124,5 ± 15,2	11,5 ± 2,028
ҮНЭЭНИЙ СУҮ	10	0,069 ± 0,0020	120,2 ± 18,6	12,0 ± 1,980
5% ХҮҮХДИЙН БУ- ДААНЫ АГШААМАЛ	10	0,051 ± 0,0020	133,6 ± 27,4	5,8 ± 0,593
ЭЭДЭМ	10	0,140 ± 0,0110	243,8 ± 78,4	18,6 ± 3,677
В - РИС	10	0,125 ± 0,0400	124,4 ± 67,4	7,1 ± 0,879
ТАВАГ	10	0,029 ± 0,0080	202,1 ± 63,9	9,8 ± 1,829
10% ЦАГААН БУДАА- НЫ АГШААМАЛ	10	0,105 ± 0,0330	125,6 ± 42,8	7,3 ± 1,295
ТӨМС	10	0,986 ± 0,0230	189,3 ± 50,9	36,7 ± 9,843
ТӨМСНИЙ НУХАШ	10	0,295 ± 0,0040	197,9 ± 26,1	20,4 ± 4,593
ЛУУВАНГИЙН НУХАШ	10	0,252 ± 0,0030	176,9 ± 13,2	23,4 ± 1,603
ХОНИНЫ МАХ	10	0,314 ± 0,1200	260,8 ± 77,2	65,4 ± 2,212
ҮХРИЙН МАХ	10	0,335 ± 0,1000	246,6 ± 19,9	77,6 ± 1,080
БАНТАН	10	0,261 ± 0,0200	231,5 ± 21,5	63,3 ± 1,585
АЛИМ	10	0,324 ± 0,0020	251,0 ± 31,6	38,6 ± 3,970

Энэ хүснэгтээс үзэхэд үнээний сүүний төмөр эхийн сүүнийхээс бага байна. Эхийн ба үнээний сүүний зэс адил хэмжээтэй, гэхдээ эхийн ба үнээний сүүний төмөр, зэс хангалтгүй байгаа нь харагдаж байна.

Төмсөнд агуулагдах зэс, төмөр, кобальт үнээний сүүнийхээс их, үхрийн маханд агуулагдах төмөр төмснийхөөс их, зэс мөн их байна.

ДҮГНЭЛТ

1. Судасны микроэлементүүдийн хэмжээ хоолны төрлөөс шалтгаалж харилцан адилгүй байна.

2. Эхийн сүүнд байгаа төмрийн хэмжээ, үнээний сүүнд байгаагаас статистикийн магадлал бүхий ($t > 3$) илүү эхийн ба үнээний сүүний зэс, кобальт ойролцоо хэмжээтэй байна.

3. Алим төмс, төмсний нухаш, луувангийн нухаш нь хүүхдийн хоолны найрлага дахь төмрийн хэмжээг зохих хэмжээгээр байлгахад чухал үүрэгтэй бүтээгдэхүүн болох нь харагдлаа. Тэдгээрт байгаа төмрийн хэмжээ үнээний сүүнийхээс статистикийн магадлал бүхий их байна.

4. Мах нь зэс, төмөр, кобальт агуулахын хувьд хүнсний ногооноос давуутай байна. Иймд хоол тэжээлийн доройтолтой хүүхдэд ногоо, махан нухаш их өгөх хэрэгтэй байна.

НОМ ЗҮЙ

В. Я. Шустов В кн: Микроэлемент в гематологии М. 1960. 369.
М. Г. Коломийцева, Р. Д. Габович В кн: Микроэлемент в медицине М 1970, 90—93, 150—151.

Л. К. Пятницкая. Вопросы охраны материнства и детства 1968 № 4. 42—44. 4
Б. М. Волошинов. Вопросы питания 1963 № 5. 70—72.

СОДЕРЖАНИЕ МИКРОЭЛЕМЕНТОВ В РАЦИОНЕ
ПИТАНИЕ У ДЕТЕЙ

РЕЗЮМЕ

М. Оюунбилэг

Исучено количественное содержание микроэлементов (медь, железо, кобальт) в 130 пробах блюд 10 наименований, даваемых в детских яслях № 43. г. Улан-Батора детям от 0 до 1 года и в трёх пищевых продуктах по колориметрическому способу Г. А. Бабенко.

В результате анализа содержания микроэлементов в различных продуктах и блюдах установлено, что оно зависит от вида продуктов. Так в молоко, молочных продуктах микроэлементов меньше, чем в овощах и мясе.

НЯРАЙ ХҮҮХДИЙН СТАФИЛОКОККТ ҮЖИЛ

А. ХИШИГДОРЖ, Г. ЖАМБА, Г. САНЖМЯТАВ

Бактерийн эсрэг үйлчлэлтэй шинэ эмүүд гарсаар байгаа боловч янз бүрийн халдварт өвчин, түүний дундаас стафилококкт халдварыг эмээр эмчлэх асуудал бүрэн шийдвэрлэгдэж чадахгүй байна. Энэ нь стафилококк антибиотикт ихээр дасаж тэсвэржсэнтэй холбоотой юм. Орчин үед антибиотикт бактерийн тэсвэржих механизмыг тайлбарлахдаа бактер нь антибиотикийг устгах адаптив фермент ялгаруулах, бодисын солилцооны зарим бүтээгдэхүүнээ өөрчлөх, үе удамдаа антибиотикт тэсвэртэй генийг дамжуулах замаар явж байна гэж үзэж байгаа юм. Антибиотикт бактерийн тэсвэржих нь халдварт өвчнийг эмчлэхийг хүндрүүлээд зогсохгүй халдварт өвчин тархах уг халдвар хүндрэх нөхцөл болдог талаар судлаачид (К. Марков, Л. Соев, 1960; В. Л. Чайковская, А. Е. Суходольская, Р. Н. Ребкова 1973; С. М. Курбанчалеєв нар 1977; Б. В. Казаков, М. Б. Лис 1971; Д. С. Зуева, В. Г. Линевич 1972, Л. Г. Квасная нар 1976) бичсэн байна.

Стафилококкт халдвартай нярай хүүхдээс ялгасан стафилококк нь бусад объектаас ялгасан стафилококкоос илүү их антибиотикт тэсвэржсэн байдаг төдийгүй олон антибиотикт зэрэг тэсвэржсэн байдаг байна. (М. И. Орзуев, М. Т. Пулатова ба бусад 1973)

Ажлын арга зүй, материал, үр дүн

Нярай үедээ үжил өвчнөөр өвчилж, Улаанбаатар хотын хүүхдийн больницод эмчлүүлж байгаа хүүхдийн цус, арчдаснаас ялгасан ста-

Стафилококкт үжилтэй нярай хүүхдээс ялгасан стафилококкийн антибиотикт тэсвэржсэн байдал

2—р хүснэгт

Юунаас илэрсэн	Антибиотикуудын тэсвэржсэн байдал х утгар							
	Пенициллин	Биомицин	Стрептомицин	Оксалтетрациклин	Мономицин	Тетрациклин	Эритромицин	Мицерин
Арчдасных	94,0	92,5	91,9	90,5	86,7	86,7	32,4	57,9
Цусных	74,3	92,4	32,5	89,4	22,8	75,6	64,4	78,0

филококкын антибиотикт тэсвэржсэн байдлыг цаасан зээрэнцгийн болон шингэрүүлэлтийн аргаар тодорхойлж үзэв.

Үжлийн үед цуснаас ялгасан стафилококкын пенициллинд тэсвэржсэн байдлыг шингэрүүлэлтээр үзэхэд 1 мл-д 12,5—3,4 ед пенициллинд бүх стафилококкын 93,6—100% нь тэсвэртэй болсон байгаа бөгөөд 1 мл-д 100 ед пенициллины тунгийн үед стафилококкын 7,1% нь тэсвэртэй байна. Үжилтэй хүүхдийн цуснаас ялгасан стафилококкын 9,2±2,5% нь нэг антибиотикт, 10,0±2,6% нь хоёр антибиотикт 10,8±2,7% нь гурван антибиотикт, 31,5±4,1% нь дөрвөн антибиотикт 24,6±3,8% нь таван төрлийн антибиотикт 13,9±1,3% нь 6-аас дээш антибиотикт тус тус тэсвэржсэн бөгөөд үүнээс үзэхэд 4-өөс олон антибиотикт тэсвэржсэн стафилококк 70% байна. Стафилококкт үжил өвчтэй нярай хүүхдийн хүйс, хамар хоолой, өтгөн ялгадас зэргээс ялгарсан стафилококкын антибиотикт тэсвэржсэн байдлыг авч үзэхэд 2,0±1,3% нь нэг антибиотикт, 12,0±3,3% нь хоёр антибиотикт, 13,0±3,4% нь гурван антибиотикт, 31,0±4,6% нь дөрвөн антибиотикт, 31,0±1,6% нь таван антибиотикт, 8,0±1,9% нь 6 антибиотикт 3,0±1,7% нь 7 антибиотикт тус тус тэсвэржсэн бөгөөд бүх стафилококкын 73% нь 4-өөс дээш антибиотикт тэсвэржсэн байна.

ДУГНЭЛТ

Хүүхдийн нярай үед тохиолдож байгаа цус үжих өвчин үүсгэгч стафилококк нь гадаад орчинд их тархсан ба олон антибиотикт тэсвэржсэн учир халдвар үүсэхээс сэргийлэх аргыг сүвэгчлэн олох, эмчилгээнд антибиотикийг зөв сонгон хослон хэрэглэх нь чухал байна.

НОМ ЗҮЙ

- В. С. Зуева и В. Г. Линевиц, ЖМЭИ. 1972, № 10 122—127
В. С. Зуева и И. А. Шагинян. ЖМЭИ. 1972, № 7, 53—57.
В. С. Зуева и другие Антибиотики, 1975, № 5, 440—445.
Б. В. Казаков и М. Б. Лис. Антибиотики 1971, № 8, 732—34
Л. Г. Квасная и А. Д. Островский. Сепсис новорожденных М 1975
С. М. Курбанчалева и другие. Актуальные вопросы гнойной хирургии М 1977
К. Марков и Л. Соев. Устойчивости на микроорганизмита кьм антибиотци, София, 1960
В. Л. Чайковская и другие Лаб. Дело 1973, № 9, 554
Г. Н. Чистович. Эпидемиология и профилактика стафилококковых инфекций М. 1969.
М. И. Орзуев, М. Т. Пулатова, ЖМЭИ, 1973, № 8, 131—132.
П. Н. Стеблюк ЖМЭИ 1972, № 3, 132—133
Г. Д. Тимофеева. Стафилококковая инфекция у детей Мед. 1977

К ВОПРОСУ О СТАФИЛОКОККОВОМ СЕПСИСЕ НОВОРОЖДЕННЫХ

РЕЗЮМЕ

А. Хишигдорж, Г. Жамба, Г. Санжмятав

Исучено устойчивость выделенных штаммов стафилококка в отношении антибиотиков, широко применяемых в лечебно-профилактических учреждениях нашей страны.

Нами исследовано всего 230 штаммов выделенных из разных источников. Из числа штаммов, выделенных из крови 74,3% были устойчивыми к пенициллину, 92,3% к биомцину, 32,5% к стрептомицину, 89,4% к окстетрациклину, 78,0% к мицерину, 75,6% к тетрациклину, 64,4% к эритромицину, 22,8% к мономицину.

Процент устойчивых к антибиотикам штаммов, выделенных из носоглотки, пупка и кала новорожденных, составлял к пенициллину-94,0%, биомцину 92,5% стрептомицину 91,9%, окстетрациклину 90,5%, мономицину 86,7%, тетрациклину 78,0% мицерину 57,9% эритромицину 32,4%-ов.

Представленные данные свидетельствует что сепсис новорожденных вызывается стафилококками, устойчивыми ко многим антибиотикам.

УРГИЙН БӨӨРНИЙ ДЭЭД БУЛЧИРХАЙ БА ЛИМФИЙН ЭРХТЭНИЙ ХӨГЖИЛ

Ч. БУРМАА, Г. ДАШЗЭВЭГ, Б. ГОМБО
(Эх нялхсын хамгаалах
эрдэм шинжилгээний хүрээлэн)

Бөөрний дээд булчирхайн дааврууд бүх бодисын солилцоонд (ус, эрдэс, уураг нүүрс-ус, өөх тос) оролцдог учир чухал эрхтэн болох нь тодорхой. Мөн бие махбод орчиндоо дасаж зохицоход бөөрний дээд булчирхай чухал үүрэг гүйцэтгэдгийг судлан тогтоосон билээ. Эхийн хэвлийд байх үеэс ургийн бөөрний дээд булчирхайн үйл ажиллагаа эхэлж, биеийн өсөлт хөгжилтөд оролцоод зогсохгүй дасан зохицоход гол үүрэг гүйцэтгэдгийг С. Е. Левина (1961), А. А. Артишевский (1976) нар нотолжээ. Бөөрний дээд булчирхай, тимус хоёр үйл ажиллагааны хувьд хоорондоо нягт холбоотой бөгөөд перинаталь үед лимфоцитын хэвийн хөгжлийг нөхцөлдүүлнэ. (Г. Селье, 1949, Я. Лашене, Е. Сталиорайтита, 1969). Судалгааны эдгээр баримт онолын төдийгүй практикийн хувьд сонирхолтой юм. Учир нь перинаталь эндэгллийг бууруулах арга хэмжээ боловсруулахад ургийг эхийн хэвлийд байх үеэс хамгаалах асуудал чухал болно. Перинаталь эндэгдэл Улаанбаатар хотод 1000 амьд төрөлтөд 29 байна. (Б. Лувсан-Ёндон, 1978). Тэрчлэн эрдэмтэдийн судалгааны дүнгээс үзвэл булчирхайн жин хэмжээ, давхрага ба бүсийн зузаан нимгэн, үйл ажиллагаа ураг бүрт харилцан адилгүй байдаг нь анхаарал татаж байна. (Я. Лашене, 1959; А. А. Артишевский, 1964; Р. В. Громова ба бусад 1966. В. А. Таболин ба бусад 1975). Иймээс бид ургийн бөөрний дээд булчирхай ба тимус дэлүүний бүтэц, үйл ажиллагааны хөгжлийг судлах зорилт тавьж ажиллав.

1978—1979 онд Улаанбаатар хотын 1, 2-р амаржих газарт эрүүл эхээс төрсөн 2—10 сартай 120 урагт судалгаа явуулав. Судалгаанд эд эсийн бүтцийн ба гистохимийн аргыг хэрэглэв. Судалгаанд авсан эрхтэнийг Карнуа, Буэн, формалины 10%-ийн уусмалд бэхжүүлэн 6—7 микрон зүсч гематоксилин эозин, ван-Гизон, Гимза-Романовскийн аргаар будсаны дээр нуклеины хүчил гликоген: липид, аскорбины хүчил, фермент (3-бета-оксистероиддегидрогеназ, глюкозо-6 фосфатдегидрогеназ, фосфорилаз фосфотаз) гистохимийн аргаар тодорхойлов.

Үр хөврөлийн 5 дахь долоо хоногоос хөндий хучаас эдээс бөөрний дээд булчирхай, залгиурын хучаас эдээс тимус, мезенхимийн эдээс дэлүү тус тус үүсч хөгжинө. Бидний судалгаагаар үр хөврөл 8 долоо хоногтой байхад бөөрний дээд булчирхай хосоороо 0,005 г, 11»—12 долоо хоногтой байхад тимус 0,008 г, дэлүү 0,005 г байв.

Ургийн бөөрний дээд булчирхай хэвлий дэх хөгжлийн хугацаанд 1000 дахин өсч эхээс төрөхөд $9,045 \pm 0,77$ г жинтэй болно. 9—20 долоо хоногийн хооронд түүний жин эрчимтэй (долоо хоног тутамд 2 дахин) нэмэгдэж байснаа 20—22 дахь долоо хоногоос удааширч ирнэ. 15—20 долоо хоногтой ургийн бөөрний дээд булчирхайг түүний биеийн жинтэй харьцуулбал 0,44% эзэлнэ. Цаашид биеийн жин түргэн нэмэгдэх тул булчирхайн харьцангуй жин аажим буурч эхээс төрөх үед 0,26% болно.

Бидний судалгааны дүн Н. П. Гундобин (1906), Э. Поттер (1971), В. А. Алтүхова (1973) нарын судалгааны дундач хэмжээтэй тохирч байлаа.

Ургийн тимусын жин 16—20 долоо хоногт маш эрчимтэй (11 да-

хин) өсч, харьцангуй жин нь жигд нэмэгдсээр эхээс төрөх үед 0,36%-ийг эзэлж байгаа нь тогтоогдов.

Дэлүүний харьцангуй жин 20 дахь долоо хоногоос эхлэн өсч, аажим нэмэгдсээр төрөх үед 0,22% эзэлж байгаа нь бусад судлаачдын дүнтэй адил байна. (С. Е. Левина, 1976; Н. А. Жарикова, 1979).

Ургийн бөөрний дээд булчирхай нь байнгын ба хөврөлийн хэмээх 2 давхаргаас тогтоно.

Байнгын давхарга нь бөөрний гадаргуу хэсгээр байрлах жижиг эсүүдээс (7—9 мкм) тогтох ба төв хэсгийн том эсүүд (15—19 мкм) хөврөлийн давхаргыг бүрэлдүүлнэ. Хөврөлийн 8—9 дэх долоо хоногт тархилаг бодис үүсгэгч эсүүд-симпатогони параганглиас шилжин булчирхай руу орж олон тооны «тархилаг бөмбөлөг» үүсгэнэ. Энэ нь төрөх хүртэл дорой хөгжилтэй хэвээр байж, төрснөөс хойш хөгжиж эхлэнэ. Бидний судалгаагаар ургийн бөөрний дээд булчирхайн байнгын давхаргад 5 сартайд түүдгэнцэрт бус, 7—8 сартайд багцат бүс үүсч байна.

Ургийн насанд торлог бүс үүссэн тохиолдол ажиглагдсангүй. Торлог бүс төрсний дараах 3 сараас эхлэн үүсдэг тухай судалгааны баримт байна. (О. В. Волкова, И. М. Пекарский, 1976) 3 сартай ургийн бөөрний дээд булчирхайн байнгын давхаргад хэлбэр, хэмжээгээрээ харилцан адилгүй цэврүүнүүд байдаг. Энэ талаар олон судалгаа хийсэн боловч учир шалтгааныг бүрэн тайлбарлаж чадаагүй байна. Гистохимийн судалгаанаас үзэхэд хөврөлийн 8—9 долоо хоногоос бөөрний дээд булчирхайн үйл ажиллагаа эхлэн явагдаж, гликоген, фосфатаз бий болно.

Жирэмсний эхний хагаст булчирхайн хөврөлийн давхаргад ферментийн урвал идэвхтэй явагдаж, РНХ ихсэж, гликоген, холестерин, липид бага зэрэг байна. Үүний хамт бараан ба цайвар эсүүд үүсч, фосфорилаз, глюкозо-6 фосфат-дегидрогеназ идэвхжиж байгаа нь судалгаанаас харагдав. Ургийг өсөх тутам булчирхайн байнгын давхаргад 3-бета-оксистероиддегидрогеназ бий болж, гликоген, аскорбины хүчил үлэмж багасч, холестерин ихсэж байна. Ер нь жирэмсний хоёрдугаар хагасаас эхлэн булчирхайн байнгын давхаргад ферментийн идэвх нэмэгдэж байна.

Бидний судалгаагаар 7—8 долоо хоногт ургийн тимус холбогч эдээр таслагдсан нэгж хэсгүүдэд хуваагдсан байв. 9—10 долоо хоногт лимфоцит ихсэж нэгж хэсгүүдийг холтослог ба тархилаг үеүдэд хуваасан байв. Тимусын холтослог бодис дотор залгигч эс (макрофаг) эмх замбараагүй байрлах бөгөөд энэ нь зууван бөөмтэй, лимфоцит буюу түүний үлдэгдлийг цитоплазмдаа агуулсан, 30—40 мкм хэмжээтэй эс юм. (А. И. Сыкало, 1969). 11—12 долоо хоногт тимусын төв хэсгээр гассалийн биенцэр (хучуур эсийн өвөрмөц бүтэц) бий болж 20 дахь долоо хоногоос лимфоцит, залгигч эс, гассалийн биенцэр үлэмж олширч байна. Ургийн дэлүү эхэн үедээ холбогч эдийн эсээс тогтсон байна. 7—8 долоо хоногоос цусны судас үүсч, эритробласт олширно. 11—12 долоо хоногоос залгигч эсүүд бий болж аажмаар олширно. 15 долоо хоногоос артериолуудыг лимфоцит хүрээлэн байрлаж, уутанцар (Фолликул)-ын үүсвэрийг бүрэлдүүлж эхлэнэ. Энэ бол дэлүүний Т-бүс (тимуст хамаарах бүс) бөгөөд 24—26 долоо хоногтойд В-бүс (тимусээс үл хамаарах бүс) үүснэ. Бидний судалгаагаар 30—32 долоо хоногт дэлүүнд Т-ба В- бүс тодорхой ажиглагдаж, харин лимфоцитын хуваагдан үржих процесс ажиглагдахгүй байв. Ургийн 3 сартайд дэлүүний гадар бүрхүүл, таславч, 5 сартайд гадар бүрхүүлд булчингийн эсүүд тус тус үүсч хөгжсөн байлаа.

НОМ ЗҮЙ

В. Лувсан-Эндон. Актуальные вопросы дедиатрии, акушерства и гинекологии. Тезисы докладов. Улан-Батор, 1979.

А. А. Артишевский. Надпочечные железы (строение, функция, развитие). (Белорусь, 1977. В. И. Алтухова. Гистофизиология коры надпочечников человека в пренатальном периоде развития. Материалы симпозиума «Гормональные факторы индивидуального развития», 1979.

Н. А. Жарикова. Периферические органы системы иммунитета (развитие, строение, функция). Белорусь, 1979.

Я. Лашене, Е. Сталиорайтите. Эндокринные железы новорожденного. Вильнюс, 1969.

С. Е. Левина. Формирование эндокринной системы в пренатальном развитии человека «медицина» 1976. А. И. Сыкола. Морфогенез вилочковой железы у зародышей человека М, 1969.

ЭМБРИОНАЛЬНОЕ РАЗВИТИЕ НАДПОЧЕЧНЫХ ЖЕЛЕЗ И ЛИМФОИДНЫХ ОРГАНОВ ПЛОДА ЧЕЛОВЕКА РЕЗЮМЕ

Ч. Бурма, Г. Дашзевег, Б. Гомбо

Изучены надпочечники, тимус и селезенки 120 зародышей и плодов человека с 2 до 10 месяцев внутриутробного периода.

Развитие органов судили по весу (абсолютному, относительному), морфологическим структурам и гистохимическими реакциями.

Закладки изученных органов появляются на 5-й неделе внутриутробного развития.

Относительный вес надпочечников максимален у плода 15—20 недель (0,44%), затем постепенно снижается, а к моменту рождения равен 0,26%. Вес тимуса и селезенки постепенно нарастает до рождения (соответственно равен 0,36% и 0,22%).

Полное сформирование морфологических структур этих органов неодинаково.

Установлено, что уже с 8—9 недель пренатального развития плода его кора надпочечников представляет собой функционально активную железу.

Монгол оронд ургадаг шувуун тарны фитохимийн судалгааны урьдчилсан дүн

З. ДАШЗЭВЭГ (чиглүүлэгч үеэс чингэхл хөвгөнү)
М. ЧҮЛТЭМСҮРЭН (Анагаах ухааны хүрээлэн)

Сүүлийн жилүүдэд хүний бие махбодод фармакологийн олон талын идэвхтэй үйлчилгээ үзүүлдэг алкалоид, Флавоноид, гликозид идээлэх бодис зэрэг ургамлын гаралтай байгалийн нэгдлүүд дэлхийн олон орны судлаачдын анхаарлыг татдаг боллоо.

Иймд монгол ба төвдийн ардын эмнэлэгт өргөн хэрэглэж байсан эх орны эмийн ургамлыг судлах нь чухал зорилт болж байна.

Тарны овогт (Polygonoceae) хамаарагдах шувуун тарна гэдэг ургамлыг эрт дээр үеэс дэлхийн олон орны ардын эмнэлэгт бөөр чулуужих өвчнийг анагаах, умайн цус алдалтыг тогтоох зорилгоор өргөн хэрэглэж байжээ. (1, 4, 5)

Манай орны нутаг дэвсгэрт ургадаг шувуун тарнад фитохимийн судалгаа урьд өмнө хийгдэггүй учир бид энэ ургамалд фитохимийн урьдчилсан судалгаа хийх зорилт тавьсан болно. Шинжилгээний дээжид 1976 оны 7-р сарын 21-нд Архангай аймгийн Хайрхан сумын нутгаас цуглуулсан шувуун тарны өвсийг ашиглав.

Туршлагын хэсэг

Алкалоидыг илрүүлэх шинжилгээ. Шувуун тарны өвсөнд алкалоид байгаа эсэхийг илрүүлэхдээ ургамлаас алкалоидыг давс байдлаар ялгах аргыг хэрэглэв. Үүний тулд 5 гр жижиглэсэн түүхий эд дээр 2%-ийн 50 мл хлорт ус төрөгчийн хүчил хийж, нэг хоног тавьсаны дараа шүүж, хүчиллэг ялгамал бэлтгээд түүний дотор алколиод байгаа эсэхийг тундасжуулах урвалжуудын (1%-ийн цахиур-вольфрамын хүчил, 1%-ийн фосфор-вольфрамын хүчил, Майер, Драгендорф нарын урвалж) тусламжтайгаар шинжилж үзэхэд аль ч урвалжид урвал үүссэнгүй. Энэ нь шувуун тарны өвсөнд алкалоид агуулагддаггүй болохыг гэрчилж байна.

Идээлэх бодисыг илрүүлэх шинжилгээ. Шувуун тарны өвсийг усан халаагуур дээр 30 минутын турш халаах замаар 10%-ийн усан ялгамал бэлтгэж, түүний дээр гурван хлорт төмрийн 5%-ийн уусмал, 1%-ийн төмөр аммоний цүр тус тус хийж үзэхэд хоёуланд нь тод ногоон өнгө үүсч байлаа. Энэ нь шинжилж байгаа түүхий эдийн дотор идээлэх бодис байгааг харуулж байна. Уг идээлэх бодис нь ямар бүлэгт хамаарагддаг болохыг тогтоох зорилгоор дор дурдсан шинжилгээ хийлээ. Үүнд:

1.5 мл ялгамал дээр 10%-ийн 10 мл цууны хүчил, 10%-ийн 5 мл цуу хүчлийн хар тугалгын уусмал хийж, үүссэн тундсыг шүүгээд шүүдэс дээр 10 дусал 1%-ийн төмөр аммоний цүр, 0,5 г ацетат натрийн талстыг хийхэд хөх ногоон өнгө үүсэв. Энэ нь цууны хүчлийн орчинд хар тугалгын уусмалаар тундасждаггүй пирокатехиний бүлгийн идээлэх бодис байгааг гэрчилж байна.

2. 15 мл ялгамал дээр 1,5 мл хлорт ус төрөгчийн аагтай хүчил, 40%-ийн 5 мл формальдегидийн уусмал хийж, 30 минутын турш буцалгаж, пирокатехиний бүлгийн идээлэх бодисыг тундасжуулсны дараа пирогалоллийн бүлгийн идээлэх бодисыг илрүүлэх зорилгоор 10 мл шүүдэс дээр 0,5%-ийн 1 мл гурван хлорт төмрийн уусмал, 0,5 г цуу хүчлийн натрийн талст хийхэд хөх ягаан өнгө үүссэнгүй.

Дээрх шинжилгээний үр дүнгээс үзэхэд уг ургамалд пирогалоллий идээлэх бодис алга байна.

Зүрхний гликозид илрүүлэх шинжилгээ. Энэ шинжилгээнд зүрхний гликозидийг 70%-ийн спиртийн уусмалаар ялган авч ууршуулаад усан уусмалд байгаа бусад дагалдагч бодисуудыг цуу хүчлийн хар тугалгаар тундасжуулсны дараа гликозидийг 95%-ийн этилийн спирт-хлороформын хольцонд шингээж авдаг Г. Н. Никоновын (3) аргыг хэрэглэсэн ба спирт-хлороформын ялгамлаа усгүй сульфат натриар хатааж ууршуулаад үлдэгдлийг спиртэнд уусгаж, зүрхний гликозидийг таних Балье, Легаль, Либерманы урвалуудыг хийж үзэв.

Дээрх шинжилгээний дүнгээс үзэхэд шувуун тарны өвсөнд зүрхний гликозид илэрсэнгүй. (хүснэгт № 1)

Флавоноид илрүүлэх шинжилгээ. Флавоноидыг илрүүлэхдээ түүний ангижирч, өнгөтэй нэгдэл үүсгэдэг чанар дээр үндэслэн цианидийн урвалыг ашиглав.

20 г хатаасан түүхий эдийг сокслетийн аппаратанд хийж 70°-ийн спиртээр флавоноидыг ялган авч уусгагчийг вакуумд 20 мл хүртэл ууршуулсны дараа хлороформоор хэрэгцээгүй бодисуудаас нь цэвэрлэж флавоноид илрүүлэх урвалыг тавьж үзэв.

Урвалын үр дүнгээс үзэхэд шувууны тарны өвсөнд нилээд хэмжээний флавоны нэгдлүүд агуулагдаж байгаа нь батлагдлаа.

Шувуун тарны флавоноидын чанарын бүрэлдэхүүнийг өсгөх цаасан хроматографийн аргаар тодорхойллоо. Хроматографийн системд 15% ба 40%-ийн цууны хүчил, бутанол-цууны хүчил-ус (4:1:5)

УРГАМЛЫН НЭР	ЗҮРХНИЙ ГЛИКОЗИД			ФЛАВОНОИД			
	БАЛЬЕ	ЛЕГАЛЬ	ЛИБЕРИАН	ЦИАНИДИНИЙ УРВАЛ	10% АЦЕТАТ ХАР ТУГАЛГЫН УУСМАЛ	5% ХЛОРТ ТЕМРИЙН СПИРТЫН УУСМАЛ	5% ГИДРОКАР- БОНАТ НАТРЫН УУСМАЛ
ШУВУУН ТАРНА	-	-	-	+++	++	++	++

ТАЙЛБАР: - УРВАЛ ӨГӨӨГҮЙ
++ УРВАЛ САЙН ӨГСӨН

авч «Ленинград» маркийн цаас ашиглан хроматографийг 18°-т явуулсан ба хроматографийн илрүүлэгчээр хүхэр хүчлийн хөнгөн цагааны 10%-ийн уусмалыг ашиглав.

Хроматографийн шинжилгээний дүнгээс үзэхэд шувуун тарны өвсөнд флавоны нэгдлүүд хамаарагдах 5 төрлийн бодис байгаа нь батлагдав.

Дээр дурдсан бодисууд бүх уусгагч системд янз бүрээр илэрч байна.

ДУГНЭЛТ

1. Фитохимийн урьдчилсан судалгаагаар монгол оронд ургадаг шувуун тарны өвсөнд флавоноид, пирокатехиний бүлгийн идээлэх бодис агуулагддаг болох нь батлагдав.

2. Шувуун тарны өвсөнд агуулагдах флавоноид нь 5 төрлийн бодисоос тогтдог болохыг өгсөх цаасан хроматографийн аргаар тогтоов.

НОМ ЗҮЙ

Ц. Хайдав. Монголын анагаах ухаанд хэрэглэгддэг эмийн ургамлын нэр томъёо. Улаанбаатар, 1965, 25.

Г. В. Лазурьевский и др. Практические работы по химии природных соединений. Москва, 1966, 317—324.

Г. К. Никонов и др. Аптечное дело. Москва, 1961, 1, 71.

И. Д. Юркевич. Лекарственные растения и их применение. Минск, 1975, 136—138.

А. Ф. Гаммерман. Курс фармакогнозии. Ленинград, 1967, 462—463.

В. Г. Минаева. Флавоноиды в онтогенезе растений и их практическое использование. Новосибирск, 1978, 60—66.

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ ДАННЫЕ ФИТОХИМИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ СПОРЫША ПТИЧЬЕГО ПРОИЗРАСТАЮЩЕГО В МНР РЕЗЮМЕ

3. Дашзевег, М. Чүлтемсурен

Проведено фитохимическое исследование спорыша птичьего произрастающего в МНР.

Качественными реакциями нами установлено, что в траве местных видов спорыша содержится флавоноиды, дубильные вещества пирокатехиновой группы, отсутствуют алкалоидов и гликозидов сердечной группы.

Методами одномерной хроматографии на бумаге установлено наличие в траве местного вида спорыша 5 веществ флавоноидной природы.

Эрүүл хүмүүс болон цус алдалтын дараахи цус багадалттай хүмүүсийн ретикулоцитын хэмжээ

Л. ДАШХҮҮ, Ч. ЦЭРЭННАДМИД
(Анагаах ухааны дээд сургууль)

1. Судалгааны ажлын зорилго, үүрэг

1. Чөмгөнд эритроцитын боловсрох үе шатыг эмч нарт товч танилцуулж, цус багадалтын үед эритроцитын тоо, гемоглобины хэмжээ, ретикулоцитын тоог проммиль процентээр зохих хугацаанд гаргаж байх хэлбэр аргад клиникийн лаборант эмч нарыг сургах.

2. Дээрх зорилгыг биелүүлэхийн тулд доорхи үүргийг биелүүлэв.

а) Холбогдох ном зүйг судлах,

б) цус алдалтын дараахи цус багадалтын үеийг ретикулоцитын тоог, эрүүл хүнийхтэй харьцуулан богино хугацаагаар судалж дүнг гаргах,

в) манай орны нөхцөлд ретикулоцитын тоог судлан гаргах хэлбэр аргыг бичих,

г) ретикулоцитын тоог цус багадалтын үед тодорхойлж онол практикийн ач холбогдлыг гаргах зэрэг ажлыг хийв.

2. Ном зүйн тойм

Ясны чөмгөнд эритробласт нь пронормобластбазофилын нормобласт-полихроматофилын нормобласт-оксифилын нормобласт-ретикулоцит-эритроцит гэсэн дарааллаар эритроцит болдог. Ретикулоцит нь базофиль торлог биеийг агуулсан залуу улаан цогцос юм. Ретикулоцит хөгжлөөрөө 5 бүлэгт хуваагддаг. Эдгээр бүлгийг базофилийн будагдах байдал байршлаар тогтооно. 1-р бүлэгт нормобластын бөөмийг тойрсон өтгөн торлогтой базофиль эсүүд багтана. 2-р бүлэгт голдоо бөөгнөрсөн торлог бүхий эс, 3-р бүлэгт торлог нь эсийн бүх талбайгаар тархсан эс, 4-р бүлэгт торлог нь хэсэг хэсгээр тасархайтсан эс, 5-рт торлог нь мөхлөг юмуу богино утас маягаар үлдсэн эс багтдаг. Үүнд, 1-р бүлгийн ретикулоцит нь нормобластаас эритроцит руу шилжиж байгаа эхний үеийн хамгийн залуу хэлбэр бөгөөд 5-р бүлэг нь эритроцитын өмнөх, хамгийн нас гүйцсэн хэлбэр нь юм. Эрүүл хүний цусанд 4, 5-р бүлгийн ретикулоцит зонхилж байдаг. Гэтэл янзбүрийн эмгэгийн үед эритропоз идэвхжсэнээс болж захын цусанд ретикулоцитын тоо нэмэгдэхээс гадна 3-аас 1-р бүлэг хүртлэх ретикулоцитууд гарч ирдэг. Иймээс ретикулоцитын тоо болон тэдгээрийн бүлгийг ялган тодорхойлох нь эритропозын идэвхжлийг мэдэхэд чухал ач холбогдолтой юм. (1, 2, 3, 4, 6; 7; 9). Клиникийн практикт захын цусны 1000 эритроцитод олдох ретикулоцитын тоог (%) гаргадаг. Эрүүл хүний захын цусанд байх ретикулоцитын тоо нь гадаадын судлаачдынхаар 2—10% байна. (1, 5, 6, 7, 8). Харин монгол хүний ретикулоцитын хэвийн хэмжээний талаар хийсэн судалгааны тухай бичигдсэн зүйл бидэнд олдсонгүй. Захын цусанд ретикулоцитын тоо хурц цус алдалт, цус задралаас болсон цус багадалтын үед эрс олширч, харин В₁₂ витаминфолийн хүчил дутагдсан цус багадалтын үед цөөрдөг ба гипопластик цус багадалтын үед эрс буурах юмуу бүр алга болдог. Бусад зарим хэлбэрийн цус багадалтын үед өвчний үе шатаас хамаарч хэвийн байх юмуу эсвэл ихсэх, багасах янзбүрийн хэлбэлзэлтэй байна. Мөн ретикулоцитын тоог эмчилгээний явцад тодорхойлох нь эмчилгээний үр дүнг мэдэхэд хэрэгтэй юм. В₁₂ витамин дутагдсанаас болсон цус багадалтын эмчилгээний үед ретикулоцитын хэмжээ эрс нэмэгдэх (ретикулоцитын криз) нь эмчилгээ зохих үр дүнд хүрч,

Dr. med. P. Nymadawa

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

мегалобластын эритропоэз нормобластынхаар солигдож байгаагийн илрэл бөгөөд цаашид эритроцитын тоо хэвийн хэмжээндээ хүрэхэд бас ретикулоцитын тоо хэвийн хэмжээндээ ордог. Цус задарснаас болсон цус багадалтын үед ретикулоцитын тоо эргэж хэвийн байдалд орох нь задрал зогссоны гэрч юм. Гипопластик цус багадалтын эмчилгээний үед ретикулоцитын тоо өсч хэвийн хэмжээнд дөхөж байгаа нь эмчилгээг зохих үр дүнгээ өгч байгаагийн илрэл байдаг. Цус багадалтын үед ретикулоцитын тоог харгалзан эритропоэзын идэвхжил ямар байгааг үнэлж болдог. Үүний үндсэн дээр тус багадалтыг а) (регенератив) ретикулоцит 5%-иас их бол), б) гиперрегенератив (ретикулоцит 50%-наас дээш бол), в) гипо-арегенератив, (ретикулоцит 2%-оос доош юмуу алга байвал) цус багадалт гэж хуваадаг. Эдгээрээс үзэхэд ретикулоцитын тоог тодорхойлох нь цус багадалтын шалтгааныг илрүүлэн, оношлогоог зөв тавих, зохих эмчилгээг сонгон авах, түүний үр дүнг хянахад чухал ач холбогдолтой байна. Гэтэл манай орны эмнэлгийн практикт төрөл бүрийн шалтгаантай цус багадалт цөөнгүй тохиолддог боловч тэдгээрийн шалтгааныг илрүүлэх, эмчилгээний арга барилыг сонгож авах, эмчилгээний үр дүнг хянахад цусны гемоглобины хэмжээ, эритроцитын тоог тодорхойлох нь бас ч хангалтгүй бөгөөд ретикулоцитыг тэр бүр тодорхойлдоггүй, өөрийн нөхцөлд харьцуулах ретикулоцитын хэвийн хэмжээ байхгүй байгаа зэргийг харгалзан бид энэ талаар судалгаа явуулах зорилт тавив.

3. Судалгааны арга

Ретикулоцитыг тодорхойлох янзбүрийн будах арга байдаг тул бид манай нөхцөлд хаана ч хэрэглэж болох хамгийн хялбар боловч шинжилгээний чанарыг бууруулахгүй, метилений хөхөөр будах аргыг (О. Г. Гаврилов, 1961) сонгон авсан юм. Ретикулоцит нь азур-эозины холимоогоор шууд будагддаггүй, метилений хөхөөр суправиталь аргаар өвөрмөц будагддаг эс юм. Метилений хөх 1»,0, азур II. 1,0, хлорт натрий 1,0-ыг 100 мл нэрмэл устай найруулж, түүнээсээ хурууны өндөгнөөс авсан цустай 1:1 харьцаагаар хольж, тасалгааны дулаанд 2 цаг тавьсны дараа нимгэн наалдац бэлтгээд хатааж, окуляр 8, объектив 100, иммерсийн системээр харж, 1000 эритроцитод олдсон ретикулоцитын тоог тоолж %-иар илэрхийлэх аргыг хэрэглэв.

4. Манай материал.

1. Энэ аргаар бид Улаанбаатар хотын цус сэлбэх станцид цусаа анх удаа өгөхөөр ирж, үндсэн шинжилгээнүүдийг хийлгэж, эрүүл гэж үнэлэгдсэн 18—49 насны эмэгтэй 61, эрэгтэй 28, бүгд 89 донорын цусанд (гемоглобин 66—96 нэгж, эритроцит 3900000—5500000) ретикулоцитын тоог тодорхойлж үзэхэд 2—17%, дунджаар $8 \pm 0,3$, эмэгтэйчүүдэд 4—17%, дунджаар $9\% \pm 0,4$, эрэгтэйчүүдэд 2—13%, дунджаар $7\% \pm 0,5$ байна.

2. Мөн архаг ба хурц цус алдалтын дараахи цус багадалттай 20 өвчтөнд хэвтэх үед нь (гемоглобин 46,8—66 нэгж, эритроцит 2400000—4180000) ретикулоцитыг тодорхойлж үзэхэд 7—41% дунджаар $21\% \pm 1,8$ байв. Эдгээр хүмүүсийн 50 хувьд нь 21%-иас дээш гарсан ба 3—1-р бүлгийн ретикулоцитууд илэрч байлаа. Нийт өвчтөнд оношийг зөв тогтоох, эмчилгээний үр дүнг хянахад ретикулоцитын тоо багагүй чухал ач холбогдолтой байв.

3. Цус багадалтын эмчилгээний үр дүнгийн динамикийг ретикулоцитын тоогоор харж болдгийг дараахи жишээ үзүүлж байна. Өвчтөн Д. эмэгтэй, 26 настай. ӨТ № 1312. Цус алдалтын дараахи цус багадалт оноштой хэвтэж эмчлүүлсэн.

1977—9—26-нд НВ 54 нэгж, эрит. 2640000, ретикулоцит 13%

10—1-нд НВ 51,6 нэгж, эрит, 2600000; ретикулоцит 22%

10—3-нд НВ 54 нэгж, эрит. 2820000, ретикулоцит 21%

10—7-нд НВ 66 нэгж, эрит. 3140000, ретикулоцит 20%

10—10-нд НВ 75 нэгж, эрит. 4130000, ретикулоцит 17%
10—13-нд ретикулоцит 10% болжээ. Үүнээс харахад эмчилгээний үр дүнд эритропоз хүчтэй болж, ретикулоцит 20—22% хүртэл олшроод, эритроцит, гемоглобины хэмжээ нэмэгдэж хэвийн байдалд ороход эритропоз хэвийн болж, ретикулоцит хэвийн хэмжээнд орж байна.

V. Дүгнэлт

1. Насанд хүрсэн эрүүл хүний захын цусанд ретикулоцит 2—17%₀, дунджаар 8%₀ ± 0,3, эмэгтэйчүүдэд 4—17%₀, дунджаар 9%₀ ± 0,4, эрэгтэйчүүдэд 2—13%₀, дунджаар 7%₀ ± 0,5 гэж үзэж болох үндэстэй байна.

2. Цус алдалтын дараахи цус багадалтын үед ретикулоцит 7—41%₀, дунджаар 21%₀ ± 1,8 болж байна.

3. Ретикулоцитын тоог тодорхойлох нь цус багадалтын шалтгааныг илрүүлэх, эритропозын байдлыг дүгнэх, зохих эмчилгээг сонгон авах, эмчилгээний үр дүнг хянахад чухал ач холбогдолтой байна.

КОЛИЧЕСТВО РЕТИКУЛОЦИТОВ У ЗДОРОВЫХ ВЗРОСЛЫХ И БОЛЬНЫХ ПОСТГЕМОРАГИЧЕСКОЙ АНЕМИЕЙ РЕЗЮМЕ

Л. Дашхүү, Ч. Цереннадмид

Нормальные величины ретикулоцитов в условиях МНР не установлены, в связи с чем авторами изучен данный вопрос с помощью наиболее доступного, но сравнительно чувствительного метода у 89 первичных доноров и 20 больных постгеморрагической анемией.

Установлено, что количество ретикулоцитов в периферической крови составляло у здоровых взрослых в условиях г. Улан-Батора 8%₀ ± 0,3 (2—17%), у женщин 9%₀ ± 0,1 (4—17%), у мужчин 7%₀ ± 0,5 (2—13%), а у больных постгеморрагической анемией повышалось до 21%₀ ± 1,8 (7—41%).

ТОДОРХОЙ НАСНЫ ХҮМҮҮСИЙН АРТЕРИЙН ДАРАЛТЫГ ХЭМЖСЭН АЖИГЛАЛТААС

Асуудлын чухал болох нь:

Б. ДАГВАДОРЖ, Л. ЭНХТУЯА
(Анагаах ухааны дээд сургуулийн дотрын тэнхим)

Артерийн даралт ихдэх өвчин нь дэлхий нийтэд их тархсан өвчин юм. Эдийн засгийн өндөр хөгжилтэй орнуудын насанд хүрэгсдийн 10—15 хувь нь энэ өвчинд нэрвэгдэж байгаагийн зэрэгцээ диастолын даралт нь 90 мм. м. у. б. д. (мөнгөн усны баганын даралт)-тай тэнцүү буюу түүнээс дээш байх явдал АНУ-д 23 сая (Stamler 1976), ХБНГУ-д 7 сая, Польшид 4,5 сая (Ruwek 1975), Швейцарт 0,8 сая (Spstein 1976 он) хүнд тус тус тохиолдож байна. Дэлхийн Эрүүлийг Хамгаалах Байгууллагын 1975 оны мэдээгээр дэлхийн хүн амын 10 хувь нь энэ өвчнөөр өвчилж байгааг мэдээлжээ.

Артерийн даралт ихдэх өвчин АНУ-д хүн амын 11 хувь, ЗХУ-д 7 хувь (Н. Гэндэнжав, 1969 он), манайд 5,6 хувь (Ц. Ишханд 1960), 8,5 хувь (Б. Рагчаа 1968), стационарын нөхцөлд 9,1 хувь (Н. Гэндэнжав, 1969) тус тус тохиолдож зүрх-судасны өвчнүүд дотроос 36 хувь (1-р байр) эзэлж энэ өвчнөөр нас барагсдын дундаж наслалт 58 (Н. Дондог, С. Жамъяндагва, С. Дажээхүү 1978) байна. Улсын клиникийн төв эмнэлгийн стационарт зүрх-судасны өвчнөөр эмчлүүлэгчдийн 35,4 хувийг артерийн даралт ихдэх өвчин эзэлж байна (Б. Дагвадорж, Н. Оюун 1978 он).

Артерийн даралтыг янзбүрийн чиглэл, зорилготойгоор судалсан манай судлаачдын нилээд олон ажил бий. (Ц. Дугарням 1959, Ц. Ишханд 1964, 1969, Б. Рагчаа 1968, Но. Дондог 1968, 1978, Н. Гэндэнжав 1969, Н. Цэгмид 1970, Я. Дондог 1970, 1979, Ц. Дашдаваа, Э. Лувсандагва 1980 он). Сүүлийн үед артерийн даралт ихдэлт залуу насанд элбэгшиж байгааг судлаачид олонтоо бичих боллоо.

ЗХУ-д 1943—1944 онуудад 20—30 насны хүмүүст 22%, 1944—1945 онуудад 12%, 1965 онд 20—25 насанд 4,02%, 25—29 насанд 5,4% (Г. Ф. Ланг, З. М. Волынский, И. И. Исаков, С. А. Кейзер) тохиолджээ.

Калифорнийн их сургуулийн хэсэг судлаач (Альварез, Бульзен, Моний) 16—30 насны 15000 оюутны артерийн даралтыг хэмжихэд систолын даралт 140 мм. м. у. б. даралтаас дээш 22%-д, 130 мм, м. у. б. даралтаас дээш 67%-д нь ажиглагдсан байна.

Манай орны нөхцөлд артерийн даралтыг тодорхой хүчин зүйлүүдтэй холбон судалсан ажлууд (Я. Дондог 1979) цөөн тоогоор байгаа боловч тодорхой насаар нь ангилан бүлэглэж гаргасан ажил олон биш байна.

Материал ба арга

Бид 19—29 насны 158 оюутны артерийн даралтыг хэмжиж цөөн тооны судалгаа явуулан Зөвлөлтийн судлаач З. М. Волынский, Е. П. Феодоров, манай судлаач Ц. Ишханд нарын дүгнэлтүүдтэй жишинж үзэж дараахи ажиглалтуудыг тогтоох зорилт тавив.

1. Тодорхой насны оюутнуудын артерийн үндсэн даралтын хэмжээг ажиглах,

2. Үндсэн ба тохиолдлын даралтын ялгаврын хэлбэлзлэлийг анхаарах,

3. Артерийн даралтын хэмжээг дээрх хүмүүсийн дөрвөн мөчид хэмжих,

4. Артерийн даралтыг сэтгэлийн хөдлөл (стресс)-тэй холбон үзэх,

5. Дээрх насны хүмүүст завсрын ба шилжилтийн гипертони ажиглагдах эсэхийг сонирхох.

Артерийн даралтыг Риво-Роччийн аппарат Коротковын аргаар хоёр гарт нь 3—5 удаа суугаа байрлалд хэмжсэн бөгөөд хэмжихийн өмнө шинжлүүлэгчийг 5—10 минут тайван суулгасан. Хэмжилтийг 1979 оны 1-р сард гүйцэтгэсэн. Тухайн хүний даралтын хэвийн хэмжээг тогтооход үндсэн даралтыг тодорхойлох нь зайлшгүй чухал гэдгийг харгалзан өвлийн амралтын үеэр нь оюутны байранд амьдарч байгаа 33 оюутны үндсэн даралтыг өглөө сэрсний дараа босголтгүйгээр, оронд нь артерийн даралтыг дөрвөн мөчид нь тус бүр 3 удаа хэмжиж тодорхойлов. Эдгээр оюутнуудад систолын даралтын дундаж нь 110—120 мм. м. у. б. д. диастолынх нь 70—80 мм. м. у. б. даралттай тэнцүү байсан ба тохиолдлын даралтыг 4—5 цагийн дараа хэмжихэд 87,5 хувьд нь 5—10 мм. м. у. б. даралтаар нэмэгдсэн байлаа. Харин 158 оюутны тохиолдлын даралтыг хэмжихэд 64,6 хувь нь систолын 111—120 мм. м. у. б. даралттай диастолын 71—80 мм. м. у. б. даралттай байлаа. Бидний ажиглалт Зөвлөлтийн судлаач З. М. Волынский, Е. П. Феодоров манай судлаач Ц. Ишханд нарын судалгааны дүгнэлттэй үндсэндээ тохирч байсан боловч Зөвлөлтийн судлаачдынхаас систолын даралт нь 10—15 мм. м. у. б. даралтаар, диастолынх нь 4—5 мм. м. у. б. даралтаар доогуур байв.

Наснаас хамааран артерийн даралт өөрчлөгддөгийг томъёолсон З. М. Волынскийн томъёог бид судалгаандаа ашигласан. Энэ томъёогоор систолын даралтыг тодорхойлоход $102 + (0,6 \times \text{нас})$, диастолын даралтыг олоход $63 + (0,4 \times \text{нас})$ гэсэн үзүүлэлтийг ашигладаг. Уг томъёогоор бодоод илэрсэн үзүүлэлтийг хүснэгт № 1-д харуулав.

Нас		Систол	Диастол
1	19	113,4	70
2	20	114,0	71
3	21	114,6	71,4
4	22	115,2	71,8
5	23	115,8	72,2
6	24	116,4	72,6
7	25	117,0	73
8	26	117,6	73,4
9	27	118,2	73,8
10	28	118,8	74,2
11	29	119,4	74,6

Артерийн даралтын хэлбэлзлэлийг сэтгэлийн хөдлөл (стресс)-тэй холбон үзэх зорилгоор 80 оюутанд шалгалтын билет сугалахын өмнө хэмжихэд 65 хувьд нь 10—30 мм. м. у. б. даралтаар нэмэгдэж, шалгалтын асуудлаа хариулж дууссанаас хойш 10—20 минутын хооронд дахин хэмжихэд тэдний 44,2 хувьд нь артерийн даралт хэвэндээ орохгүй байлаа. Энэ ажиглалт (Л. Бадамхандын, 1978) артерийн даралтыг сэтгэл хөдлөл холбон судалсан судалгаатай дүйж байв.

Завсрын буюу шилжилтийн гипертонийн тухай анагаах ухааны хэвлэл мэдээлэлд 1970-аад оноос «Пограничный тип гипертензий» гэсэн нэрээр бичигдэх болсон бөгөөд Дэлхийн Эрүүлийг Хамгаалах Байгууллагаас энэ заагийн хэмжээг 140/90—159/94 мм. м. у. б. даралттай тэнцүү гэж үзсэн. Харин бидний ажиглалт явуулсан залууст нийм даралттай хүмүүс ажиглагдсангүй.

Артерийн даралт ихдэх өвчинд өртөгдөх эсэх нь даралт ихдэлтийн урьдал үе (дохю) болсон дээрх байдалд байгаа хүмүүсийг эрт оношлон хяналтанд авснаас хамаарна. Даралт ихдэлтийн урьдал (гиперреактив) үедээ байгаа хүмүүст артерийн даралт ихдэх өвчин 2—3 дахин илүү тохиолддогийг судлаачид тодорхойлсон ба зарим нь 5 дахин элбэг (И. А. Рывкин) гэжээ.

Америкийн хэсэг судлаач гиперреактив байдалд байгаа 15—29 насны залууст 15—20 жилийн дараа судалгаа явуулахад тэдний 6,1 хувьд нь даралт ихдэх өвчин үүссэн байжээ. Даралт ихдэлтийн урьдал үеийг мэдсэнээр артерийн даралт ихдэх өвчин, гиперреактив байдал хоёрыг ялган оношлоход чухал ач холбогдолтой.

Артерийн даралт ихдэх өвчний 30 хүртэл хувь нь (Е. И. Чазов) малд хэлбэрээр явдаг учир оношлогоонд зовиур шаналгаа бусад хүчин зүйлүүдийг өвчтөн бүрт онцгойлон анхаарах нь чухал. Дээрх 158 оюутны 1,8% нь систолын даралт 125—130 мм. м. у. б, 80—85 мм. м. у. б диастолын даралттай байсан ба сэтгэл хөдлөлийн дараа 46,2 хувьд систолын, 56,2 хувьд диастолын даралт тухайн насны хүмүүст байх хэвийн хэмжээний даралтын дээд заагт байв. Эдгээр залуусын артерийн даралтыг тогтмол хэмжин удам, орчин ахуй, хувийн онцлогтой нь холбон ажиглалт хийх шаардлага гарч байна.

Артерийн даралтыг хоёр хөлийн тахимын артерт хэмжин хоёр гарынхтай жишихэд систолын даралт доод мөчид дээд мөчдийнхөөс 10—20 мм. м. у. б. даралтаар, диастолынх 5—10 мм-р илүү байсан нь Зөвлөлт, Чехословакийн судлаачдынхтай тохирч байлаа.

ДҮГНЭЛТ:

1. 19—20 насны оюутан залуусын артерийн даралтыг хэмжсэн бидний ажиглалтын дүн Зөвлөлтийн Е. Ш. Феодоров, З. М. Волынский, манай судлаач Ц. Ишханд нарын судалгаатай үндсэндээ тохирч бай-

гаа боловч Зөвлөлтийн судлаачдынхаас систолын даралт нь 10 мм-р, диастолын даралт нь 4 мм. м. у. б. даралтаар доогуур байв. Эдгээр оюутны 64,6 хувь нь 111—120 систолын, 71—80 мм. м. у. б. даралт бүхий диастолын даралттай байв.

2. Үндсэн ба тохиолдлын даралтын хэлбэлзлийг 4—5 цагийн дараа хэмжихэд 87,5 хувьд нь 5—10 мм. м. у. б. даралтаар нэмэгдсэн байв.

3. Дээд, доод мөчний артерийн даралтын хэмжээг жишин үзэхэд доод мөчний артерт систол нь 10—20, диастол нь 5—10 мм. м. у. б. даралтаар илүү ажиглагдав.

4. Артерийн даралтын хэлбэлзэлд сэтгэл хөдлөл нөлөөтэй болох нь бидний ажигласан оюутнуудын 65 хувьд даралт нэмэгдэж байснаас харахад тодорхой байна.

5. Судалгаанд хамрагдсан бүх оюутны 1,8 хувьд артерийн даралт нь тухайн насанд байх хэмжээний дээд заагт байв.

6. Артерийн даралтыг насны бүлэглэлээр судалж бусад хүчин зүйлүүдтэй уялдуулан үзэх нь уг өвчнийг эрт илрүүлэх, эмчлэх, урьдчилан сэргийлэх ач холбогдолтой юм.

НОМ ЗҮЙ

Н. Гөндэнжав. Артерийн даралт ихдэх өвчтэй хүмүүсийн цусны бүлэгнэлтийн зарим үзүүлэлтүүд. Дисс. 1972 он.

Б. Дагвадорж, Н. Оюун. Улсын клиникийн төв эмнэлгийн стационараар эмчлүүлэгчдийн тайлан. 1978.

Но. Дондог, С. Жамъяндагва, С. Дэжээхүү. Улаанбаатар хотын клиникийн эмнэлгүүдийн задлан шинжилгээний материалаар зүрх-судасны эмгэгүүдийн байдалд хийсэн судалгаа. Э. Ш. илтгэл. 1978 он.

Я. Дондог. Зүрх судасны зарим өвчин. 1979 он.

Ц. Ишханд, Б. Рагчаа. Улсын их сургуулийн Э. Ш. бичиг № 5. х. 19—33, 1962.

З. М. Волынский, В. С. Соловьева. Гипертоническая болезнь у молодых людей М. 1965 он.

М. С. Кушаковский. Гипертоническая болезнь М. 1977 он.

Г. Ф. Ланг. Гипертоническая болезнь М. 1950 он.

И. А. Рывкин. Прегипертоническое состояние М. 1959 г.

Е. М. Чазов. Дискуссионные вопросы применения некоторых методов лечения сердечно-сосудистых заболеваний. Тер. архив 1975. 5. стр. 33—34.

ДАНИЙЕ ОБ АРТЕРИАЛЬНОМ ДАВЛЕНИИ У ОПРЕДЕЛЕННЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП (У ПРАКТИЧЕСКИ ЗДОРОВЫХ МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ)

РЕЗЮМЕ

Б. Дагвадорж, Л. Энхтуяа

При определении артериального давления определенного возраста у 158 студентов обнаружены некоторые изменения. Артериальное давление находится в тесной зависимости от возраста и эмоционального состояния (стресса), а также от других причин. Для раннего выявления больных с повышенным артериальным давлением необходимо массовое обследование населения всех возрастов.

Вирус судлалын шинжилгээнд зэрүүлсэн анхдагч ба шугаман эсийн өсгөвөрлөлтийн зарим шинж чанарыг судалсан тунгээс

Б. ГАНБААТАР, П. СУВД
(ЭАХНС Улсын институтийн
Вирус судлалын төв лаборатори)

Тусгаарласан нөхцөлд ургуулсан эсийн өсгөвөрт вирус амжилттай ургуулсан (1,5) анхны туршилтаас эхлэн энэ арга нь вирус ялгах, үржүүлэх хамгийн найдвартай арга болсон юм. Вирус судлалын шинжилгээнд эсийн өсгөвөрийг:

1. Вирусын анхны ялгалт хийж эс гэмтээх үйлчилгээг (ЭГҮ) тодорхойлох.

2. Вакцин үйлдвэрлэх зорилгоор вирусыг их хэмжээгээр үржүүлэх.

3. Вирусын биохимийн нарийвчилсан шинжилгээ хийх гэсэн үндсэн гурван зорилгоор ашигладаг. (2, 3, 4)

Манай оронд эсийн өсгөвэрийг анагаах ухааны вирус судлалын шинжилгээнд 1975 оноос эхлэн БНАГУ, БНБАУ-ын мэргэжилтнүүдийн тусламжтайгаар Эрүүл ахуй, халдвар нян судлалын улсын институтийн вирус судлалын төв лабораторт хэрэглэж байна. Вирус судлалын шинжилгээнд зориулан тахианы болон хүний үр хөврөлийн материалаар анхдагч эс бэлтгэх, Hela, МК, E1 зэрэг шугаман эсийг зорчуулан лабораторийн нөхдөлд дасгаж, сэргээж хадгалах чиглэлээр хийгдэж буй шинжилгээний зарим дүнг энэ өгүүлэлд бичив.

Үүнд: Анхдагч эс хэд хоног амьдрах боломжтойг судлахын тулд үр хөндөлтөөр авсан 8—12 долоо хоногтой хүний үр хөврөл, 8—12 хоногтой тахианы үр хөврөлөөс бэлтгэсэн эсийг 1 мл-т нь 70 000 эс байхаар тооцоолж 10%-ийн тугалын ийлдэстэй 30 мл Иглийн буюу Паркерийн орчинд хийгээд 36,5°-ийн халуун тогтоогуурт байлгахад тахианы үр хөврөлөөс бэлтгэсэн эс 24 цагийн дараа савны ханыг жигд бүрхэн ургаж байхад, хүний үр хөврөлөөс бэлтгэсэн эс 48 цагийн дараа жигд ургаж байв. Жигд ургасан эсийг цаашид 36,5°-д байлган орчныг 24—36 цагийн зайтай сольж үзэхэд хүний үр хөврөлөөс бэлтгэсэн эс 120 цаг болоод дугариг хэлбэртэй болж, 144 цаг болоод эсийн өнгө бүдгэрч, зарим эс нь хар өнгөтэй болж, 168 цаг болоход савны хананаас хөвхрон амьдрах чадваргүй болж байгаа нь ажиглагдав.

Харин тахианы үр хөврөлөөс бэлтгэсэн анхдагч эс 72 цагаас эхлэн өнгө нь бүдгэрч зууван хэлбэртэй болж 96 цагийн дараа амьдрах идэвх нь суларч байна. Анхдагч эс бэлтгэхэд хэрэглэж байгаа үр хөврөлийг, тухайлбал хүний ураг хөндөлтийн 7—12 долоо хоногтой материал, тахианы 7—12 хоногтой материалаар туршин үзэхэд хүний үр хөврөлийн 8, 9, 10 долоо хоногтой, тахианы 8—9 хоногтой үр хөврөлөөс бэлтгэсэн эсийн ургац илүү сайн, амьдрах чадвар урт байна. Түүнчлэн тахианы үр хөврөлөөс бэлтгэсэн эсийн амьдрах хугацаа нь дунджаар 3—4 хоног буюу 7—96 цаг, хүний үр хөврөлөөс бэлтгэсэн эсийн амьдрах хугацаа нь 6—7 хоног буюу 144—168 цаг болж байна.

Туршилтанд хэрэглэж байгаа эс бол амьтны бие махбодоос нь тасалж, тусгаарлагдсан орчинд ургуулж байгаа мэдрэлийн зохицуулагагүй эс байгаа боловч эсийн амьдрах хугацаа нь тухайн амьтны хаа наслалтын урт богинотой ямар нэгэн хэмжээгээр хамааралтай байж болмоор санагдлаа. Энэ нь хүний нас дунджаар 65 жил байхад хүний үр хөврөлөөс бэлтгэсэн эс тусгаарлагдсан орчинд дунджаар 6—7 хоног, тахианы дундаж нас 11 жил байхад түүний үр хөврөлөөс бэлтгэсэн эс мөн тусгаарлагдсан орчинд 3—4 хоног амьдарч байгаа нь ажиглагдаж байна. Hela, МК, E1 зэрэг шугаман эсийг зорчуулан сэргээж хадгалахад анхдагч эсээс хэд хэдэн зүйлээр ялгаатай байна. Үүнд:

1. Шугаман эс зорчуулах тохиолдол бүхэнд ургаж байхад анхдагч эс 3—4 зорчуулалтаас цааш ургахгүй болж байна.

2. Шугаман эс 36,5°C-т 4 хоног байлгаад тасалгааны температурт юмуу тасалгааны температурыг 2—16°C буулгахад 7—9 хоног амьдрах чадвараа хадгалж байхад анхдагч эс тасалгааны температурт 1 хоног болоод, температурыг 2°C-аар буулгахад 2 хоног болоод ургахгүй болж байв. Энэ нь анхдагч эс буюу удамшлын материалд нь

өөрчлөлт ороогүй эс температурын хэлбэлзэлд их мэдрэг, шугаман буюу удмын материалд нь өөрчлөлт орсон эс температурын хэлбэлзэлд тэсвэртэйг харуулж байна. Мөн, эсийг амьд үед нь будах туршилтыг бүрхүүл шилэн дээр ургуулсан эс ашиглан, 0,1% нейтральрот, 0,1% ацедо-орсейны уусмалыг ургуулах орчинд 2 мл-г 0,05 мл-ээр хийж 36,5°C-т 24—46 цаг байлгаж үзэхэд нейтральротын будаг хийсэн эс жигд ургаж, эсийн цөм, сийвэн нь адил будагдалттай байхад ацедо-орсейны будаг хийсэн эс ургахгүй байв. Будагдсан эсийг 36,5°C-т ажиглахад 48—72 цагаас хэтрэлгүй савны хананаас ховхорч амьдрах найдваргүй болж байсан ба зорчуулалт хийхэд ургахгүй байна.

Үүнээс гадна өсгөвөрлөж ургуулаад 24 цаг болгосон эсийн орчинд нь 0,1%-ийн нейтральротын будгийг хийж туршихад зарим эсийн цөм нь будагдаж, нийт эсийн 83% нь будагдахгүй байна. Харин будагдсан эс цаашид удамшин дамжих чадваргүй болж амьдрах хугацаа нь богиносож байгаа нь хийсэн туршлагаас харагдав.

ДҮГНЭЛТ

1. Анхдагч эс бэлтгэхэд тахианы 8—9 хоногтой үр хөврөл, хүний үр хөндөлтийн 9, 10 дахь долоо хоногтой материал тохиромжтой байна.

2. Анхдагч болон шугаман эсийг 36—76 цагийн дараа вирус судлалын шинжилгээнд хэрэглэх боломжтой бөгөөд хадгалах температурыг бууруулахад 24 цагийн дотор эсэд ямар нэгэн өөрчлөлт гаргахгүй ургах чадвар нь хадгалагдаж байна.

3. Эсийн зорчуулалт хийх үед тэжээлт орчинд эс гэмтээх үйлчилгээгүй будагч бодис нэмж өгөхөд эс жигд будагдаж байна. Дан үе үүсгэсэн эсийн тэжээлт орчинд эсийг будах будаг нэмж хийхэд зөвхөн амьдрах чадваргүй эс будагдаж байна.

НОМ ЗҮЙ

Новые методы культуры животных ткачей. Перевод с англ. изд. «Мир» Москва 1976 стр 116—136.

Д. Б. Голубев, А. А. Сомнина, М. Н. Медведева. Руководство по применению клеточных культур в вирусологии. Ленинград «Медицина» 1976. стр 38—49.

И. С. Колесников. Фиксация культуры ткани с одновременной экстракцией липидов. Лабораторное дело 1980, № 10, стр 636.

В. Д. Соловьев, Я. Е. Хесин, А. Ф. Быковский. Очерки по вирусной цитопатологии Москва «Медицина» 1979.

ИЗУЧЕНИЕ КУЛЬТУРАЛЬНЫХ СВОЙСТВ ПЕРВИЧНЫХ ПЕРЕВИВАЕМЫХ КЛЕТОЧНЫХ КУЛЬТУР ДЛЯ ВИРУСОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

РЕЗЮМЕ

Б. Ганбатор, П. Сувд

Изучены некоторые культуральные свойства первичных культур фибробластов человека и куры перевиваемых клеточных линий Hela МК, и E1

Самый хороший урожай для первичных культур фибробластов дают эмбрионы человека с 9—10 недельным возрастом и куриные эмбрионы с 8—9 дневным возрастом. Полный монослой клеток, пригодных для вирусологических исследований образуется после 46—76 часового культивирования фибробластов человека, и 24—48 часового культивирования фибробластов кур.

Перевиваемые клеточные линии Hela, МК и E1 растут с сохранением характерных морфологических и культуральных свойств при использовании монгольских телячьих и бычьих сывороток в условиях данной лаборатории.

Түргэн тусламжийн эмч нарт тусламж

Гипертонийн кризтэй өвчтөнд эмнэлэгт хэвтүүлэхийн өмнө даралт буулгах ямар эмчилгээ хийх вэ?

Я. ДОНДОГ

(Улсын нэгдсэн тусгай эмнэлэг)

Сүүлийн жилүүдэд гипертонийн криз олон эрдэмтдийн анхаарлыг татах боллоо. Гадаадын АНУ мэтийн улсуудын эрдэмтэд (8, 9) гипертонийн криз гэж зөвхөн тархины цусны эргэлтийн ноцтой өөрчлөлт ажиглагдахыг хэлнэ гэж үздэг бол ЗХУ-д цусны даралт тэр өвчний хувьд тогтмол болсон төвшнөөсөө гэнэт ихдэх тохиолдлыг гипертонийн криз гэж үзэж байна. (4, 5, 6, 7).

Гипертонийн криз нь төв мэдрэлийн систем хэт цочирч зүрх судасны үйл ажиллагааг хамгаалж зохицуулах боломж алдагдсанаас болно.

Артерийн гипертонийн криз зүрх судасны хурц хүнд дутмагшлыг үүсгэж гэнэтийн үхэлд хүргэж болдгоороо аюултай бөгөөд сайн судлах хариуцлага эмч, эрдэмтдийн өмнө тулгарч байна.

Гипертонийн криз нь гипертони өвчин юмуу шинж тэмдгийн гипертонийн огцом хүчтэй сэдэрэлтээр үүсэх бөгөөд артерийн даралт гэнэт өндөр болохоос гадна вегетатив мэдрэлийн 2 хэсэг хоёулаа цочрон шингэний ба дааврын хэвийн байдал алдагдан, тархи буюу зүрх судасны эмгэгийн шинж илэрдэг гэж үзэх боллоо.

Гипертонийн кризын энэ явцыг ойлгох нь түүний эмчилгээг зөв оновчтой болгох аливаа хүндрэлээс сэргийлэх боломж олгож байна.

Москва хотын иргэдийн гипертони өвчтэй хүмүүсийн 32,0—39,3% -д нь криз үүсч байгаа бөгөөд бүх дуудлагын 10% нь гипертонийн криз байсан гэж (3) бичсэн байна. Энэ бол гипертони өвчнийг эмчлэх талаар сүүлийн жилүүдэд ихээхэн амжилт олж байгаа хирнээ гипертонийн криз өндөр байгааг харуулж байна. Ийм учраас уул асуудал онцгой анхаарал татсан хэвээр үлдэж байна.

Манай оронд хийсэн судалгаанаас үзэхэд ямар нэг шалтгаанаар артерийн даралт ихэдсэн тохиолдлын тоо бусад орнуудынхаас онц доогуур биш байгаагийн дээр криз болох нь бас нилээд элбэг байна гэж хэлж болно.

Улаанбаатар хотын түргэн тусламжийн 1974, 1975, 1976 оны 3 жилийн материалд (2) хийсэн судалгаанд гипертонийн хүндрэлээр дуудсан дуудлага бүх дотрын дуудлагын 14% болж байсан мөн (1) 1979—1980 онд хийсэн судалгаанд гипертоний өвчнөөс цус харавсан, криз болсон тохиолдлын хувь нь 16,9 болж байгаа бөгөөд үүнд зүрхний хүндрэлийн тоо ороогүй юм. Үүнээс үзэхэд криз нилээд байгаа нь тодорхой.

Иймээс бид гипертонийн кризыг эмнэлэгт хэвтэхийн өмнө шатанд яаж эмчлэх, эмчилгээний ямар тактик баримтлах талаар мэргэжил нэгт нөхөддөө зөвлөв.

Гипертонийн кризыг эмчлэх гол зорилт нь артерийн даралтыг яаралтай бууруулахад чиглэх ёстой. Яаралтай тусламжийн эмч нарт тохиолддог нэг бэрхшээл бол даралт бууруулах эмийг ямар эмээр эхлэх вэ?, ямар хэлбэрээр хэрэглэх вэ? гэдэг асуудал байдаг.

Энэ аргагүй ээ, өгөх эм, хийх хэлбэр нь өвчний хэлбэр, өвчтөний хувийн онцлогтой уялдан тохирч байж сая үр дүнгээ өгнө.

Тархи болон зүрхний судасны хатууралтай өвчтөний артерийн даралтыг гэнэт бууруулахад зарим эрхтэний цусны эргэлт доройтох тал бий. Гэтэл кризыг түргэн буулгахгүй бол тархинд цус харвах, зүрхэнд шигдээс үүсэх аюул гарч болдгийг бид мэднэ.

Иймээс эмч, эмийн дагалт үйлчилгээг аль болохоор багасгаж дээд зэргийн үр дүн гаргахыг эрмэлзэх нь зүйн хэрэг.

Гипертонийн криз үүсэх эмгэг зүй

Даралт ихдэх өвчний хамгийн тод илрэл бол гипертонийн криз юм. Гипертонийн криз, даралт ихдэх өвчний аль ч үе шатанд гарч болох бөгөөд ноцтой аюул тулгарч байгаагийн илрэл юм.

Гипертонийн криз нь ихэнх өвчтөний зүрх судас болон артерийн даралтыг зохих түвшинд нь барьж зохицуулж байдаг төв мэдрэлийн системийн жолоодлого алдагдсанаас үүснэ.

Гипертонийн кризэд орохын өмнө тархины диэнцефаль хэсгийн үйл ажиллагаа алдагдан электроэнцефалограммд янзбүрийн эмгэг өөрчлөлт мэдэгдэнэ. Эдгээр өөрчлөлт нь тархины судасны тонус алдагдсанаас болдог. Ийм үед даралт бууруулах мэдрэл ба шингэний механизм тэнцвэр өөрчлөгдсөнөөс бага зэргийн цочролын үед л криз болж болно.

Гипертонийн криз үүсэхэд төв мэдрэлийн систем хүчилтөрөгчөөр дутагдах (гипокси) явдал багагүй үүрэг гүйцэтгэнэ. Үүнд ямар ч гаралтай гипокси байж болно. Жишээ нь: хэсэг газрын судасны тонус ихэдсэний улмаас үүсдэг (ортостатистик) гипокси криз үүсгэж болдог гэдэг.

Гипертони өвчний сүүлчийн шатанд криз хүнд, удаан үргэлжилнэ. Энэ бол тархи, зүрхний судаснууд хатуурч өөрчлөгдсөн эмгэг суурин дээр гипертонийн криз үүсч байгаагаар холбоотой гэж үзэж болох юм.

Хурц явцтай судас хатуурах өвчний үед тархины судасны даралтын өөрчлөгдөх ба өөрөө жолоодож тогтворжуулах механизмын хязгаар багасна. Ийм хүмүүст артерийн даралт бага шиг дээшлэхэд криз үүсэх, түүнчлэн тохироо муутай хүйсэн эмчилгээний арга хэмжээнд артерийн даралт эрс их хэлбэлзэх байдал ажиглагдана.

Гипертонийн кризтэй өвчтөний төвийн гемодинамикийн онцлогийг судлахад хэрэв хуучин эмгэг суурьтай байсан бол хүнд явцтай болдог нь ажиглагджээ.

Гипертонийн криз нь гиперкинетик, эукинетик, гипокинетик гэдэг гемодинамик 3 вариантаар үүсдэг гэж батлагджээ.

ГИПЕРКИНЕТИК ШИНЖТЭЙ КРИЗ нь цусны даралт ихдэх өвчний I—II шатанд голдуу тохиолдох боловч хааяа нилээд хүндэрсэн шатанд гарах нь цөөнгүй. Энэ бол зүрхний агших чадал харьцангуй удаан хэвийн байдлаа хадгалж байж чаддагийг харуулж байна.

ГИПОКИНЕТИК ШИНЖИЙН КРИЗ өвчний нилээд хүндэрсэн (голдуу III шатанд) бас титэм судас их хатуурсан үед тохиолдох нь олонтой.

Тархины судасны хатуурал ихтэй өвчтөнд дийлэнхдээ гемодинамикийн гиперкинетик шинжтэй криз гардаг байна.

Ямар ч түвшинд болов артерийн даралтын тогтворжилт нь зүрхний агшилтаар шахах цусны хэмжээ (агшилтын багтаамж) судасны эсэргүүцэл хоёроос шалтгаална. Зүрхний агшилтын багтаамж, судасны эсэргүүцэл хоёрын нилээд зөрөөг бие махбод хэвийн нэхцэлд өө-

рөө зохицуулж тохируулах боломжтой байх боловч зүрхний булчин хатууралтай үед энэ боломжийг эрс багасдаг байна.

Гиперкинетик криз нь зүрхний агшилтаар шахах цусны хэмжээ захын судасны эсэргүүцэл хоёрын зөрөөг бие махбод зохицуулах боломжоо алдсан нөхцөлд үүснэ. Энэ хоёр харьцааны тэнцвэр алдагдсанаас артерийн даралт огцом дээшилж криз үүсгэн эрхтэнүүдийн цусны эргэлтэд ажиллагааны буюу эсвэл органик гажуудал учруулна.

Тухайлбал: гипертонийн криз тархины цусны эргэлтийн хурц дутмаг үүсгэвэл тархины нийт артерийг хамарсан ерөнхий шинж гарна. Харин голомтын шинж тэмдэг үзүүлэхгүй. Хэрэв тархины судасны хатуурснаас болбол тархины цусны судсанд түр зуурын хямрал үүсч голомтын шинж тэмдэг тодорно.

Гипертонийн криз зүрхний цусны хангамж дутах байдлаар үүсвэл зүрхний бах, шигдээс зэрэг хүндрэл гарна. Бас цусны эргэлтийн бага тойрогт гипертонийн криз зонхилон нөлөөлбөл зүрхний багтраа болон уушгинд хаван үүсгэх байдлаар илэрнэ. Бөөр гэдэс дотор болон бусад эрхтэнүүдэд энэ хямрал зонхилбол тухайн эрхтэний цусны эргэлтийн хурц дутагдалтай холбогдсон шинж тэмдэг гарна.

Гиперкинетик хэлбэртэй гемодинамик нь зүрхний агшилтын багтаамжийн хэмжээ өндөр, захын судасны эсэргүүцэл хэвийн буюу багдсан байхад илэрнэ.

Зукинетик шинжтэй гемодинамикт зүрхний агшилтын багтаамж захын судасны эсэргүүцэл хоёр онц өөрчлөлтгүй үед тохиолдоно.

Гипокинетик хэлбэрийн цусны эргэлт нь зүрхний агшилтын багтаамж багассан, захын судасны эсэргүүцэл эрс нэмэгдсэн байхад тохиолдоно.

Кризын дээрх хэлбэрүүдэд гарах гемодинамикийн өөрчлөлтүүдийн хэмжээг тодорхойлохын тулд М. И. Тищенкогийн санаачилсан интеграль реографийн (хатгалтгүй) аргыг хэрэглэж зүрхний агшилтын багтаамжийг гаргана. Интеграль реографийн аргаар гемодинамикийг шинжлэхэд ЗХУ-ын Биполярын географ 4РГ1, тетраполярын реоплетизмограф РПГ—202 аппаратуудыг ашиглаж болдог байна.

Реографийн бичилгийг нэг сувагт электрокардиографийн аппарат дээр ч бичиж болдог байна.

Улсын нэгдсэн тусгай эмнэлэгт бид БНСЧСУ-д үйлдвэрлэсэн Хи-рокард аппаратаар гемодинамикийг хэмжив. Зүрхний агшилтын ба минутын багтаамж систолийн индексийг ЗХУ, манайд тодорхойлсон байдлыг харьцуулж харуулбал:

1-р хүснэгт

Хийсэн хүмүүс	Он	Систолийн багтаамж	Минутын багтаамж	Систолийн индекс
В. Т. Кавтаразе, Н. Л. Кикодзе болон бусад	1978	80±5,4	5,73±0,137	3,2—0,09
Я. Дондог, В. Сэлэнгэ	1980	7,0±	5,2±	3,1—
А. П. Голяков	1980	—	—	2,5—4,2

Реографийн энэ аргаар зүрхний агшилтын багтаамж ба зүрхний индексийг тодорхойлох нь энгийн, хялбар, олон давтан хийж болдог, тавьсан зорилтыг үнэн зөв шийдэхэд хангалттай мэдээ өгч чаддагаараа давуутай юм.

Гипертонийн кризыг оношлох

Гипертонийн криз мэдээжийн клиникийн олон тодорхой шинж тэмдэг үзүүлдэг боловч нарийн онош тогтооход зохих хэмжээний бэрхшээл тохиолддог.

Даралт онц их биш байхад криз өгөх юмуу эсвэл тархи зүрх, бөөр мэтийн эрхтэнүүдийн судалсны органик өөрчлөлтийн шинж тэмдэг өгдөг кризыг ялган салгаж оношлоход хэцүү байдаг.

Гипертонийн кризын үед ажиглагдах шинж тэмдэг нь: Криз харьцангуй түргэн эхлэх ба артерийн даралт их өндөр болох, зүрх дэлсэх, зүрхээр хатгаж, сунжирч, дарж, хорсгох байдлаар өвдөх, толгой өвдөх, толгой эргэх, огиж, бөөлжих, нүд бүрэлзэх, нүдний өмнүүр юм жирэлзэх, түр зуур юм харахгүй болох ч ёс бий, арьсны мэдээ алдран бадайрах, хөл гар халуун, хүйтэн оргих, бие арзганаж чичрэх, хөлрөх зэрэг болно.

Гэвч эдгээр шинжүүд цөм нэг зэрэг илрэхгүй дээрх шинж тэмдэг тус бүрийн оношийн ач холбогдол янз бүр юм.

Артерийн даралтын огцом ихдэлт, толгой өвдөлт хоёр зэрэгцэхэд гипертонийн криз болжээ гэж үзэж болох үндэс байна. Гэтэл ялангуяа судас хатууралтай өвчтөнд артерийн даралт ихдэж, толгой өвдөж эхлээд цаашдаа тархи юм уу зүрхэнд хүнд гэмтэл учруулж болох ёс байдаг. Бусад дээр дурьдсан шаналгаанууд артерийн даралтын гэнэт ихдэлттэй хавсран тохиолдоход гипертонийн кризийг оношилж болно.

Үр дүнтэй эмчилгээг тууштай явуулахад зөвхөн кризыг оношлосноор хязгаарлагдахгүй, бас гемодинамикийн гажуудлын хэлбэрийг тогтоох нь чухал.

Гемодинамикийн гажуудлын хэлбэрийг зөвхөн зүрхний агшилтын багтаамж, зүрхний индексийг тодорхойлж байж тогтооно. Тэгэвч гемодинамикийн гиперкинетик хэлбэрийг клиникийн нилээд хэдэн шинжийг үндэслэн оношийг төсөөлөх боломж бий. Үүнд: насаар, арьс улайн зүрх дэлсдэг, тархи лугшиж өвддөг, пульсын даралт өндөр байх зэргийг харгалзан оношлох тал байдаг.

Яаралтай үзүүлэх тусламж

Гипертонийн кризыг даралт буулгах эмээр эмчлэхэд эмийн бодисонд үүсэх хариу урвалыг харгалзан тооцоолох нь чухал юм. Даралт буулгах эм ба түүнийг биед хийх аргыг сонгож авахад анамнез, клиникийн шинж тэмдэг, өвчтөний нас, судас хатууралтай бол хаана нь их байгаа зүрхний дутмаг, тархинд голомтын шинж тэмдэг буй эсэх зэргийг харгалзах ёстой.

Эмийн тохироог шалгах гол үзүүлэлт нь артерийн даралтын түвшин, өвчтөний өөрийн нь мэдэрч байгаа байдал юм.

Эмчилгээний үр дүн нь эмчлэгч эмчийн дадлага туршлага мэргэжлээс ихээхэн шалтгаална.

Гипертонийн кризыг эмчлэхэд клиникийн шинж тэмдгийг үнэлэхийн зэрэгцээ гемодинамикийн онцлогийг харгалзах тухай бид өмнө дурьдсан.

Гемодинамикийн өөрчлөлтийн хэлбэрээс шалтгаалан нилээд өвөрмөц эмчилгээ хийгдэнэ.

1. Зүрхний агшилтын багтаамж ихсэж, захын судасны эсэргүүцэл багадсан, өөрөөр хэлбэл гиперкинетик хэлбэрийн цусны эргэлттэй кризын үед зүрхний агшилтын багтаамжийг багасгах зорилт тавих ёстой. Үүнд:

а) Бета-адреноблокатор, ялангуяа криз аритмитэй хавсарсан үед сайн байдаг. Жишээ нь Обзидан 5 мг-ийг 10—15 мл физиологийн уусмалтай судсанд шууд хийж болно. Артерийн (голдуу) систолийн даралт сайн буудаг. Энэ үйлчилгээ тарьсан доор эхлэх боловч 30 минутын дараа дээд цэгтээ хүрч хэдэн цагийн турш үргэлжилнэ. Кризээс гаргасан эхний цаг дотор багтаамж дахин үүсэхээс сэргийлж обзидан юм уу анапелиныг 60—120 мг-аар уулгах нь зүйтэй. Тэгэхдээ бета-адреноблокаторыг бронхийн багтраатай брадикардитай, зүрхний дамжуулах системийн хоригуудтай өвчтөнд хэрэглэж болдоггүйг мартаж болохгүй.

б) дибазол 0,5%-ийн уусмал судсанд 6—10 мг-ийг хийнэ. Зүрхний агшилтын багтаамж тарьснаас хойш 10—15 мин. болоод багасч эхэлнэ. Шээс туух эмүүд хавсарган хэрэглэхэд дибазолын даралт бууруулах нөлөө улам ихэснэ. Дибазолд харшлах нөлөө бараг байхгүй.

Сэтгэлийн хөдөлгөөн ихтэй тахиркардитай нөхцөлд үүссэн гиперкинетик кризид рауседил 0,5—1,0 мг-ийг судсанд буюу булчинд тарихад даралтыг түргэн буулгана.

2. Гипертонийн криз захын судасны эсэргүүцэл ихдэх замаар гипокинетик хэлбэрээр үүссэн үед анхны тусламжийг захын судасны эсэргүүцлийг бууруулахад чиглүүлэх ёстой. Үүнд тайвшруулах нөлөө ихтэй (аминазин, катапрессан, клофелин гэх мэт) эмүүд чухал үүрэгтэй.

а) аминазин (альфа-адреналокаторын шинжтэй) судсанд 1—1,5 мг 2,5%-ийн уусмалыг 100—250 мл 5%-ийн глюкоз юм уу физиологийн уусмалтай минутанд 15—30 дуслаар бодож хийнэ. Хурдан түргэний нь даралтын буултыг 3—5 минут тутам хэмжиж байж тохируулна.

Хэрэв дуслаар хийх боломжгүй бол 0,5—1 мг, 2,5%-ийн уусмалыг 20 мл 5%-ийн глюкозтой хамт судсанд маш удаан (10—15 минутын турш) хийж болно. Тэгэхдээ нөгөө гар дээр нь артерийн даралтыг заавал хэмжинэ.

Тарьсны дараа цагийн турш өвчтөнг хэвтүүлэх хэрэгтэй. Аминазины даралт буулгах нөлөө нь хийнгүүт гарах ба хэдэн цагаас хоньног хүртэл үргэлжилнэ. Аминазин даралтыг зөвхөн буулгаад зогсохгүй цусанд агуулагдах катехоламиныг хэвийн хэмжээнд оруулна.

Өвчтөний биеийн байдал мэдэгдэм сайжирч огих, толгой өвдөх, эргэх нь арилдаг. Гэвч элэгний үрэвсэл, хатуурал, цусны өвчин, тархины цусны эргэлтийн гажуудалтай өвчтөнд хэрэглэхэд харш байдаг нь харамсалтай юм.

б) хараа өөрчлөгдөх, тархи хавагнасан мэтийн шинжүүд илэрвэл аминазинаас гадна 10 мл, 10—25%-ийн сульфат магнийг булчинд тарина.

в) гипокинетик хэлбэрийн кризээс гаргахад гематон, катапрессан юмуу ЗХУ-д үйлдвэрлэж байгаа клофелинийг хэрэглэнэ. Клофелинийг кризын үед булчинд буюу арьсан дор 0,5—1 мл 0,01%-ийн уусмалаар, эсвэл судсанд 0,5—1 мл, 0,01%-ийн уусмалыг 10 мл физиологийн шингэнтэй 3—5 минутын турш (удаан) тарина. Клофелинаар эмчилж байх хугацаанд өвчтөнг суугаа босоо байдлаар даралтыг нь байнга хэмжиж байх хэрэгтэй. Эмчилгээг гэнэт хасч болохгүй аажим багасгах замаар хасна.

г) гипокинетик хэлбэрийн кризэд даралт буулгах эмүүдээс гадна зүрхний агшилтын багтаамжийг дээрдүүлэх төрлийн (зүрхний гликозид, миокардин метаболизмыг сайжруулах) эмүүдийг хэрэглэх хэрэгтэй.

д) гемодинамикийг сайн шалгасны үндсэн дээр эрхтэнүүдийн цусны эргэлтийг сайжруулахад чиглэсэн шинж тэмдгийн эмчилгээг Эуэфиллин, но-шпа гэх мэт эмээр хийж болох юм.

3. Гипертонийн кризын эукинетик хэлбэрт хэрэглэгдэх яаралтай тусламжинд өмнөхийн адил аминазиныг хэрэглэж болно. Гэвч артерийн даралт ийм хэлбэрийн кризэд тийм ч амар буудаггүй, нөгөө талаар даралтыг буулгахдаа өвчтөний бие сайжрах, бусад эрхтэнүүдэд ялангуяа тархи зүрхний цусны эргэлт гажуудалд орохгүй тэр түвшинд хүргэж буулгахыг хичээнэ.

Эукинетик хэлбэрийн криз голомтын шинж тэмдэг үзүүлэхгүй, тархины ерөнхий үйл ажиллагаатай холбогдсон шинж бүхий их өндөр даралттай өвчтөнд туссан бол түүнд мэдрэл засах тайвшруулах төрлийн эмүүд егөх нь зүйтэй. Тухайлбал: 2,5—5 мл дегидробензперидолыг 20 мл 5—20%-ийн уусмал глюкоз юм уу физиологийн уусмалтай

судсанд аажим хийнэ. 2—4 минутын дараа даралт бууж биеийн байдал сайжрах боловч энэ нь 1 цагаас илүү удаан үргэлжлэхгүй. Ийм учраас дегидробензперидолын даралт буулгах хүчийг нэмэгдүүлэхгүй ба үр нөлөөгийг нь бэхжүүлэхэд шээс туух эмүүд уулгахад сайн байдаг байна.

Тархи, зүрхний цусны эргэлтийг хямруулж байгаа шинж тэмдэг ажиглагдвал үндсэн эмчилгээн дээр сульфат магни, седуксин но-шпа, изоптин зэргийг нэмэх хэрэгтэй.

Гипертонийн криз зүрхний зүүн ховдлын хурц дутмаг шинжтэй илэрвэл яаралтай тусламжинд ганглиоблокаторыг шээс туух эмтэй хавсарган судсанд хийж хэрэглэнэ.

Хэрэв гипертонийн криз титмийн буюу тархины цусны эргэлтийн дутмагаар хүндэрвэл зүрх, мэдрэлийн нарийн мэргэжлийн зөвлөлгөө яаралтай авах нь зүйтэй юм.

Даралт ихдэх өвчин, шинж тэмдгийн даралт ихдэлтийн алинд ч криз өгч болох ба эмчилгээний хувьд төсөөтэй билээ.

Гипертонийн кризыг төвийн гемодинамикаар судалж ангилах нь даралт буулгах эмчилгээг өвчний явцад тохируулан хийхэд тус болно.

Даралт ихдэх өвчний янзбүрийн үе шатанд үүсэх кризын гемодинамикт гарах онцлогийг харгалзан даралт буулгах эмчилгээг 2 вариант болговол зүгээр гэж үздэг. Үүнд:

а) даралт ихдэх өвчний эхний шатанд үүссэн криз, гипер ба эукинетик хэлбэрийн криз, уушгинд хаван үүссэн тохиолдолд артерийн даралтыг түргэн (2—10 минутанд) буулгах тактик гэж байдаг.

б) гипокинетик хэлбэрийн ялангуяа даралт ихдэх өвчний сүүлийн шатанд тархи, зүрхэнд өөрчлөлт гарсан шинжээр илэрч буй тохиолдолд артерийн даралтыг аажим (20—40 минутанд) буулгах тактикийн эмчилгээ хийнэ. Үүнтэй холбогдуулан гипертонийн кризыг эмчлэх эмүүдийг 2 анги болгох шаардлага гарна. Үүнд:

1. Даралтыг асар хурдан буулгах (ганглиоблокаторууд, аминазин дроперидол, рауседил, диазоксид, клофелинад) эмүүд орно.

2. Даралтыг харьцангуй аажим буулгах (дибазол, магnez, шээс туух эмүүд) орно.

Артерийн даралтыг буулгах гэж байгаа хурдаас хамааруулан эмийг судсанд шууд буюу дуслаар, булчинд арьсан дор гэх мэтээр хийнэ.

Нэгдүгээр группэд дурьдсан эмүүдийг хийсний дараа 1—3 цаг өвчтөнг хэвтрийн дэглэм сахиулах хэрэгтэй.

Ганглиоблокаторууд, аминазин, диазоксид, клофелина, проперидолыг тарьсны дараа ялангуяа нас ахисан хүмүүст ортостатистик гипотони үүсч болдог аюултай. Ийм өвчтөнг эмнэлэгт хэвтүүлэхдээ дамнуургаар зөөнө.

Эцэст нь хэлэхэд гипертонийн кризын үед төвийн гемодинамикийн хэлбэрийг судлах аргыг түргэн тусламжийн эрчимт эмчилгээний бригадын эмч нарт эзэмшүүлэх асуудал зайлшгүй чухал. Энэ арга хэрэглэж эзэмшихэд хэцүү биш бөгөөд үр нөлөө ихтэй юм.

НОМ ЗҮЙ

- С. Алтангэрэл. Научно-практическая конференция посвященная 50 летию основания скорой мед. помощи в г. Улан-Батор Тезисы докладов. 1980 г.
Ш. Дуламсүрэн. Шинжлэх ухааны академийн мэдээ сэтгүүл 1978. № 3 х 52—57.
А. П. Голиков. Гипертонические кризы «методические рекомендации» 1976, 1978.
К. Н. Замыслава. Клини-мед. 1960. № 6. стр 150—153
А. Л. Мясников. Гипертоническая болезнь и атеросклероз М 1965. 14
Н. А. Ратнер. Артериальные гипертонии. М. 1974.
И. К. Шхвацатая. Кардиология 1976. № 5 с 5—11

Эктопийн голомтот хэм алдагдалтын асуудал ба лидокаинаар эмчлэх тактик

П. ДОРЖ, П. БАНЗРАГЧ

(Улсын клиникийн төв эмнэлэг)

Гэнэтийн (пароксизмал) тахикардийг зүрхний булчингийн аль нэг хэсэгт эмгэгт голомт үүсэхэд түүнд өндөр давтамжтай сэрэл бий болж байна. (Г. Я. Дехтярь 1966, Е. И. Чазов, В. М. Боголюбов 1972, В. М. Панченко 1976, А. В. Виноградов 1980) гэдэг эктопийн төвийн онолоор зонхилон тайлбарладаг. Зүрхний эктопийн төвийн гаднах голомт нь заавал том хэмжээнийх байж сэрлийг үүсгэдэггүй бөгөөд үүнд эсийн биохимийн ба электролитуудын солилцооны хямрал шалтгаан нь болдог. Чухамхүү энэ хэсэг газарт потенциалын ялгаа илэрч үүссэн импульс нь зүг бүр тийш цацран тархдаг (Е. И. Чазов, 1968, В. М. Боголюбов 1972, В. Л. Дошицин 1970, В. М. Панченко 1976, Э. Гольдбергер, М. Вит 1979, В. Л. Дошицин 1979) болой.

Энэ онолоор экстростол, пароксизмал тахикарди, тосгуур болон ховдлын жирвэлзэх хэм алдагдалт, чичиргээнүүдийг орчин үед тайлбарлаж байгаа юм.

Ганцхан удаагийн импульс нь ганц экстростолойг, хэд хэдэн импульс бүлэглэсэн экстростолойг, мөн импульсийн давтамж нь минутанд 160—220 байвал пароксизмал тахикардин, уул давтамж нь минутанд 220—300 хүрч байвал тосгуурын чичиргээ үүсэх шалтгаан болж, мөн давтамж нь минутанд 300-аас дээш давтагдвал ховдлын жирвэлзэл болдог байна.

Эктопийн голомтоос үүссэн давтамжийн импульс нэг нь нөгөөдөө шилжих процесс практикт цөөн бус тохиолддог. Тиймээс пароксизмал тахикарди экстростолойн хооронд зарчмын ялгаа байхгүй олон тооны экстростолойн нийлбэрийг пароксизмал тахикарди гэж нэрлэж байгаа хэрэг юм.

Эктопийн голомт үүсэхэд хэсэг газрын биохими, электролитийн солилцооны хувирал нөлөөлнө. Ялангуяа кали зүрхний булчингийн эд эсэд дутагдах нь энэ голомт үүсэх нэг шалтгаан болдог. Тухайлбал симпатик мэдрэлийн тонус ихсэх, катехолиаминуудыг ихээр ялгаруулах болон тэдгээрийн идэвх нь өндөржихэд пароксизмал тахикарди илэрнэ. Тэрчлэн зүрхний булчин үрэвсэж соривжиход аритми үүсдэг. Ховдлын пароксизмал тахикарди нь хэдэн минутаас хэдэн цаг үргэлжилж болох бөгөөд заримдаа долоо хоногоор ч үргэлжилдэг.

Ховдлын пароксизмал тахикарди үүсэхэд зүрхний булчингийн органик гэмтэл их үүрэгтэй. Тийм органик өөрчлөлтөд зүрхний шигдээс 60%, цусны даралт ихдэх өвчин, хэрлэгийн гаралтай зүрхний гажгууд, дигиталисийн хордлого 25%, зүрхний мэс заслууд, зүрх сэтгүүрдэлт, ангиокардиографи, коранорграфи, үнхэлцэгт хатгалт хийх үйлдэл, миокардитууд болон эмийн бодисын хордлогыг тооцдог байна.

Эдгээрээс гадна зүрхний органик өөрчлөлтгүй залуу хүмүүст уул үзэгдэл илрэх нь цөөнгүй. Ийм хоргүй хэлбэр нь сэтгэл ба биеийн хүчдэл ихсэх (катехолиамин ихэссэний үр дүнд) симпатик мэдрэлийн тонус чангарах, хэт ядрах, тамхи хэт татах, кали цусанд буурах, гипоксеми, хүчил шүлтийн тэнцвэр алдагдах зэргээс үүсч болно.

Ховдлын пароксизмал тахикардийн улмаас гемодинамикийн ноцтой хямрал гарна. Зүрхний диастол богиносч ховдлын цус дүүрэлт хангалтгүй болж ховдол тосгуурын агшилт авцалдаагүй болсноос минутын эзлэхүүн 15—20% буурч зүрхний гаралтай шок болон зүрхний хурц дутагдалд хүргэдэг. Цусны даралт, огцом буурч, бүх эрхтэнд ишеми болсноос шокт хүргэдэг. Мөн уураг тархинд цусны урсгал

удааширч, судсууд ишеми болсноос уураг тархины цусан хангамж 40—75% буурч, хүчилтөрөгчийн дутагдал болдог байна. Мөн ийм байдлаас болж бөөрний хурц дутагдалд ордог.

Зүрхний энэ төрлийн хэм алдагдалтуудыг сүүлийн үед лидокаи-наар эмчилж тодорхой үр дүнд хүрч байгаа тухай хэвлэлд (М. А. Гуревич, И. М. Кельман, 1968, Е. И. Чазов 1968, В. Л. Дошицин 1970, К. И. Чазов В. М. Боголюбов 1972, В. Л. Кассиль, М. Я. Руда 1976, А. И. Грицюга 1976, В. М. Панченко 1976) бичиж мэдээлсэн байна.

Материал ба арга

Улсын клиникийн төв эмнэлгийн кардиоревматологийн тасагт 1979—1980 онд зүрхний ишемийн цочмог шигдээстэй пароксизмал тахикардийн үзэгдэл, титэм судасны цочмог дутагдал болон бүлэглэсэн экстростисол хавсарч хүндэрсэн өвчтөн эрэгтэй 11, эмэгтэй 8 өвчтөнийг судалгаанд хамрав. Насны дундаж 40—70 байв.

Цочмог шигдээстэй бөгөөд пароксизмал тахикардийн үзэгдэл хавсарсан 5 (26,3%), титмийн цочмог дутагдалтай пароксизмал тахикарди хавсарсан 5 (26,3), ишемийн завсрын шатны өвчтэй титмийн цочмог дутагдал хавсарсан, бүлэглэсэн экстростисолтой 9 (47,3%) байв. ЭКГ-ийн бичлэгийг 12 сувгаар хийж онош тогтоосон ба өвчин хүндрэх үед 2%—2, 0—4,0 лидокаины уусмалыг 40%—20,0 глюкозой хамт тохойн венийн судсанд шууд аажмаар 10 минут орчим шахсан ба мөн хэмжээний лидокаины үйлчилгээг удаашруулах зорилгоор шингэн (ГИК, глюкоз 5%—500,0, инсулин 8 ед. кали хлорат 10%—10,0-ын хамт дуслаар судсанд (минутад 40 дусал) хийж эмчилж туршив.

Дүгнэлт:

1. Эктопийн цочмог хэм алдагдлыг лидокаинаар эмчилж болох нь ажиглагдав.

2. Ишемийн цочмог өвчний гаралтай эктопийн хэм алдагдлыг лидокаинаар эмчлэхдээ эхлээд богино хугацаатай хийж, дараа нь дуслаар хийх нь хүндрэлээс сэргийлэх, хэм алдагдлыг дахиулахгүй байлгах арга юм.

НОМ ЗҮЙ

А. В. Виноградов. В кн. Дифференциальный диагноз внутренних болезней М. 1980 стр 52—53.

Г. Я. Дехтярь. В кн: Электрокардиографическая диагностика М. 1966. стр 145—228.

В. Л. Дошицин. Применение лидокаина для лечения больных с нарушением сердечного ритма. Кардиологи 1976. 9. стр 8

В. Л. Дошицин. Реципрокные (эхо) сокращения и ритмы. В кн. Блокады сердца. М. 1979, стр 166—188.

М. А. Гуревич, И. М. Кельман. Пароксизмальная тахикардия при инфаркт миокарде. Кардиологии 1968, 10, стр 18—24.

Э. Гольдбергер, М. Вит. В кн. Лечение больных с тяжелыми заболеваниями сердца. М. 1979, стр 146—161

А. И. Грицюга. В кн. Лекарственные средства в клинической кардиологии Киева, 1976. стр 239—240.

В. Л. Кассиль, М. Я. Руда. В кн. Руководство по интенсивной терапии. М. 1976, стр 138—140.

В. М. Панченко. В кн. Неотложные состояния в кардиологии. М. 1976, стр 191—194.

М. Я. Руда, А. П. Зыско. В кн. Инфаркт миокарда. М. 1977, стр 162—186.

Е. И. Чазов. Лечение аритмии при инфаркте миокарде. Кардиология 1968. 10. стр 3—10.

Е. И. Чазов, В. М. Боголюбов. В кн. Нарушения ритма сердца. М. 1972. стр 143—153.

А. З. Чернов, М. И. Кечкер. В кн. Электрокардиографической атлас. М. 1979. стр 238—255.

Доод мөчний ясны архаг үрэвслийг эмчлэхэд хэвлийн доод артерийг сэтгэх нь

Дэд эрдэмтэн Б. ГООШ, Ч. ПУНЦАГ, Е. П. БАДЕР
АУДС-ийн ерөнхий ба
арга барилын мэс заслын тэнхим
Улсын клиникийн төв эмнэлэг

19—20-р зууны зааг дээр артерийн судсаар эмийн бодисыг хийж эмчлэх ажил эхэлж улмаар тэр нь мэс заслын олон өвчнийг эмчлэх арга болжээ. (С. С. Гигролав, В. А. Иванов, В. В. Кобанов, Н. Н. Бурденко болон бусад). Эмийн бодисыг артерид хийх нь булчинд болон венийн судсанд хийснээс зарим тохиолдолд илүү үр ашигтай байдаг байна. Олон эрдэмтдийн дүгнэлтээс үзэхэд артерид эм хийхэд эм нь эмгэгтэй хэсэгт шууд богино хугацаанд хүрч үйлчлэн дараа нь цусны ерөнхий эргэлтэд орж биеэр тархахдаа химийн задралд ордог байна. (Г. А. Королев, А. Т. Бухтияров, И. Х. Геворкян, С. А. Либов) зэрэг эрдэмтэд судлаачдын үзэж байгаагаар артерийн судсаар хийсэн эм нь үрэвсэлтэй хэсэгт үйлчлэхийн зэрэгцээ судасны хана түүний тэжээл мэдрэлийн системд сайн нөлөө үзүүлдэг байна. Иймээс эмийг артерт хийх арга дэлгэрч байна. Гэвч энэ аргын үед цус алдах (хатгасан газар), цус хурах, тромб үүсэх зэрэг хүндрэл гардаг.

Мөн зүүг байнга олон хоногоор байлгаж болдоггүй. 1952 онд Вонпег артерийн гол судсыг сэтгэхэд түүний жижиг салааг ашиглаж болох тухай санааг анх сэдсэнээр М. Ю. Лубинский, Б. С. Грахов, Л. Н. Арнаутов, Ю. А. Фокин зэрэг эрдэмтэд хорт хавдрыг эмчлэх химийн эмчилгээнд энэ аргыг ашиглаж иржээ. Москва хотын анагаах ухааны 1-р дээд сургуулийн профессор В. И. Стручков, И. Д. Канорский, А. М. Светухин нар доод мөчид байрласан ясны архаг үрэвслийг хэвлийн доод артерид нарийн гуурс тавьж эмийн бодис хийж анх эмчилсэн байна (1970 онд) Дээрх эрдэмтэд антибиотик болон судас өргөсгөгч эм, витамин ферментийг хагалгааны өмнө ба дараа хийж хэрэглэжээ. Хагалгааны өмнө үрэвссэн эд эмийн хавагналтыг багасгах, үхэжсэн эсийг хайлуулан арилгах, өтгөн идээг шингэрүүлж идээ үрэвслийн шингэний гаралтыг сайжруулах зорилгоор ферментийг голлон хэрэглэж байжээ. (Трипсин, химотрипсин 5—10 мг, димедрол 1 мг, «С» витамин 4 мг, кокарбоксилаз 50 мг, папаверин 2%—2 мл, 0,5%-ийн новокаины уусмал 20—30 мл-ийг). Харин хагалгааны дараа өвчин үүсгэгч нянг бүрэн гүйцэд устгахад чиглэсэн антибиотик эмийг микробын мэдрэмтгий чанарыг харгалзан судас өргөсгөгч эм витаминуудын хамт ясны үрэвслийг эмчлэхээр хэрэглэсэн нь олон биш юм. Бид 1976 оноос эхлэн улсын клиникийн төв эмнэлгийн мэс заслын тасагт нийт 14 өвчтөнд дээрх эмчилгээний өвөрмөц аргыг анх удаа хэрэглэж үзэв. Эдгээр өвчтөний 12 нь доод мөчийн ясны архаг үрэвсэлтэй, 2 өвчтөн артерийн судас нарийсах (облитерирующий эндартерит) өвчтэй байв. Ясны архаг үрэвсэлтэй 12 хүний 3 нь гуяны ясны үрэвсэлтэй, 9 нь шилбэний ясны үрэвсэлтэй байлаа. Артерийн судас нарийсах өвчтэй 2 хүний өвчин нь 3—4-р үедээ байсан тул мэс заслын эмчилгээ-симпатэктоми хийсний дараа а. epigastrica inferior-г сэтгэх аргыг ашиглав. 12 өвчтөний 4-д нь дээрх аргыг хагалгааны өмнө ба дараа, 8-д нь зөвхөн хагалгааны дараа хэрэглэв. Тус артерид тавьсан гуурсыг 4—21 хоног байлгасан. Хагалгааны өмнө химотрипсин, оксациллин, неомисцин, олеондомисцин, цепорин, гентамицин зэрэг фермент антибиотик эмүүдийг 6—7 хоног хэрэглэв. Энэ үед үрэвсэл-

тэй хэсгийн хаван түргэн буурч идээний гаралт нь сайжирч байгаа нь ажиглагдлаа. Хагалгааны дараа фермент хэрэглээгүй. Харин дээрх антибиотик эмүүдээс хамгийн мэдрэмтгийг нь судас өргөсгөгч эм витаминтай хамтруулан хэрэглэв. Мэс заслын дараа антибиотикийг артерид үргэлжлүүлэхэд шарх түргэн эдгэрч байв.

Хэвлийн доод артери (а. epigastrica inferior) нь цавины холбоосны дотор талд (а. jlјasa externa-гаас) эх авч хэвлийн урд хананд дээшээ, хөндлөн булчин ба хэвлийн гялтан хальс хоёрын хоорондуур өгсөж шулуун булчингийн ар гадна хажууд байрлан хүйсний орчимд а. epigastrica superior (а. thoracica interna-гийн салаатай) холбоо үүсгэдэг. Энэ артерийг олж дотор нь нарийн гуурс тавих мэс заслын үйлдэл бол төвөгтэй биш. Хэсэг газрын мэдээ алдуулалтаар хэвлийн урд хананд сүүжний ясны урд дээд шонггорын төвшинд, шулуун булчинд перпендикуляр юмуу дагуу байдлаар 6—8 см урттай зүслэг хийж зөөлөн эдийг мохоо аргаар ярж улмаар шулуун булчингийн гэрийг нээхэд уг булчингийн доорхи өөхлөг эд дотор энэ артери голдуу байрласан байдаг. Зарим тохиолдолд шулуун булчингийн дунд нь байдаг. Уг артерийг хоёр талаас нь венийн судас дагасан байна. Орчны зөөлөн эд венийн судаснаас артери салгаж утсаар оосорлон авч түүнд тавих гуурсны диаметрэй ижил хэмжээний жижиг зүслэг артерийн хананд хийнэ. Зүслэгийг судасны хананд дагуу хийх нь хөндлөн зүслэгээс ашигтай гэж үздэг. Учир нь хөндлөн зүсвэл артери амархан тасарч болно. Гуурс бол цусны урсгалын эсрэг тавигдана. Гуурсыг 6—7 см гүн тавина. Гуурсны үзүүрийн байрлалыг тодорхойлоход дараахи хоёр аргыг хэрэглэдэг. 1-рт тодруулагч бодис ашиглан интероперацони ангиографи хийж болно. 2-рт зураг авах бололцоогүй газарт бол «Папаверины сорил»-ийг хэрэглэхэд болно. Папаверины 2%-ийн 2,0 уусмалыг гуурсаар шахахад гуурс тавьсан талын гуяыг даган халуу оргиж байвал бидний гуурс зөв байрласан байна гэсэн баримжаа авна. Зарим үед гуурс дутуу тавигдсан бол цавь ба төмс рүү халуу оргидог. Ийм үед гуурсыг ахиулж тавих шаардлагатай. Гуурсны байрлалыг сайтар тодорхойлсны эцэст гуурсаа бэхлэх ёстой. Артерийн гуурс тавигдаагүй хэсгийг боож нөгөө гуурс тавигдсан үзүүрийн ханыг гуурсандаа бэхэлж болно. Энэ артериосекцийн гуурсыг сайн арчлах шаардлагатай. Гуурсны дотор талд цус бүлэгнэвэл амархан битүүрч мэс заслын энэ арга маань үр дүнгээ өгөхгүй. Гуурсыг битүүрүүлэхгүйн тулд 0,5—0,7 мл гепарины уусмалыг дангаар нь юмуу эсвэл 0,85%-ийн хлорт натрийн уусмалаар ялимгүй шингэлэн гуурсаар шахаад цус эргэж гаргалгүй гуурсны гадна үзүүрт бэхэлсэн зүүг сайтар бөглөж утсаар бэхэлнэ. Зүүнд хийх бөглөөнд дуслын системийн үзүүрийн канюлийн хойт талыг шатааж битүүлээд ашиглаж болно. Энэ гуурсаар хийх эмийг шприцээр аажим шахах юмуу эсвэл 0,85%-ийн натри хлор 5%-ийн глюкозын 200—250 мл уусмалд антибиотикийг найруулан дуслаар хийж болно. Олонхи судлаачид 3—4 цагийн турш дуслаар судас өргөсгөгч эм (папаверин 2%—2,0)-тэй хамт антибиотикийг хэрэглэхэд үр дүн нь сайн гэж үздэг. Судас өргөсгөгч эм нь ясны дотор байгаа судсыг өргөсгөж эмгэгтэй хэсэгт эм очиж үйлчлэх нь сайжирдаг байна. Эм тариаг олон хоногоор хэрэглэхийн тулд гуурсыг сайн арчлах хэрэгтэй. Гуурс битүүрсэн байдалтай байвал онгорхой эсэхийг шалгаж үзэлгүйгээр эмийг шахаж хэзээ ч болохгүй, заавал буцааж соруулж шалгасны эцэст шахна. Хэвлийн доод артерийг сэтгэж эмчилсэн 14 өвчтөнд хүндрэл гараагүй.

ДҮГНЭЛТ:

1. Хэвлийн доод артериар антибиотик болон бусад эмийг хийж ясны архаг үрэвсэл, артерийн судасны нарийсалт, мөн зөөлөн эдийн үрэвсэл, үхжил, ясны хавдрыг эмчилж болох талтай байна.

2. Цаашид эмчилгээний энэ аргыг гүнзгийрүүлэн судлах шаардлагатай байна.

КАТЕТЕРИЗАЦИЯ НИЖНЕЙ НАДЧРЕВНОЙ АРТЕРИИ ПРИ ОСТЕОМИЭЛИТА

РЕЗЮМЕ

Б. Гоош, Ч. Пунцаг, Е. Б. Бадер
Катетеризация нижней надчревной артерии является несложным методом для проведения антибактериального лечения. Ее проводят под местной инфильтрационной анестезией. Этот метод нами применен у 14 больных. У 12 из них был хронический гематогенный остеомиелит нижних конечностей. У 4 больных катетеризация применена до операции, у 8 после операции. Этот метод создает хорошие условия для длительного проведения антибактериального лечения.

ТӨВӨНХИЙН ХОРТ ХАВДРЫН ЭМЧИЛГЭЭНИЙ ҮР ДҮН

Л. ШАГДАР

АУДС-ын багш, дэд эрдэмтэн

Төвөнхийн хорт хавдрын эмчилгээний талаар онол практикийн ач холбогдол бүхий маш олон ажил хийгдсэн боловч уг асуудлыг бүрэн шийдвэрлэж чадаагүй байна. Төвөнхийн хорт хавдрыг эмчлэхэд мэс заслын, туяа, эмийн болон хавсарсан эмчилгээний олон аргыг өргөн хэрэглэж гадаад орнууд болон манай оронд сүүлийн 15 жилд тодорхой амжилтад хүрлээ. Бид энэ мэдээлэлд УКТЭ-ийн чих, хамар хоолойн тасагт төвөнхийн хорт хавдар өвчний учир 1965 оноос эмчлүүлсэн тохиолдлуудыг шинжлэн үзлээ. Бүх өвчтнүүдэд туяа эмчилгээнээс бусад эмчилгээ, шинжилгээг тус тасагт хийсэн бөгөөд бидний байнгын хяналтад тогтмол байсан юм.

1. МЭС ЗАСЛЫН ЭМЧИЛГЭЭ. 1873 онд Австрийн эрдэмтэн Белрот төвөнхийн хорт хавдрын үед төвөнхийг авах (ларингэктомия) мэс заслыг анх удаа хийснээс хойш өнгөрсөн зуу гаруй жилийн хугацаанд энэ арга нь уг өвчнийг эмчлэх үндсэн аргын нэг болсоор ирсэн бөгөөд хагалгааны арга техник нь улам баяжин боловсронгуй болсон юм. Бид төвөнхийг бүрэн авах хагалгааг 1965 онд, төвөнхийн хэсгийг авах хагалгааг 1975 онд УКТЭ-ийн чих, хамар хоолойн тасагт анх эхлэн хийсэн юм. Төвөнхийн хорт хавдрыг эмчлэхэд хавдрын байрлал, тархалт зэргээс шалтгаалан төвөнхийн хэсгийг авах, төвөнхийг бүрэн авах, төвөнхийг хүзүүний зөөлөн нэхдэстэй (Крайлын хагалгаа) хамт авах зэрэг 3 хэлбэрийн мэс заслыг хийсэн 20 өвчтнөөс эрэгтэй 14, эмэгтэй 6, 40 хүртэл настай 1, 41—50 настай 6, 51—60 настай 7, 61-ээс дээш настай 6 өвчтөн тус тус байв.

Хавдрын байрлалаар ялгавал төвөнхийн үүдэвчинд байрлалтай хавдартай 9, төвөнхийн дунд буюу дууны хөвчинд байрласан 2, төвөнхийн үүдэвч болон дууны хөвчийг хамарсан хавдартай 8, хавдар нь дууны хөвчөөс төвөнхийн доорхи зай руу тархсан байрлалтай хавдартай 1 өвчтөн тус тус байлаа. Мэс засал хийлгэсэн 2 хүн нь хавдрын 2-р зэрэгтэй, бусад 18 нь III—IV зэргийн тархалттай байв. Төвөнхийн урд хэсэг буюу урд хажуу талыг хэсэглэн авах хагалгааг гурван өвчтөнд хийснээс 2 өвчтөнд хавдар нь хагалгааны дараа 1—8 сарын дараа дахисан бөгөөд 1 өвчтөн нь дахилтгүй 7 жил гаруй амьдарч байна.

Хагалгааны дараахи үр дүнг үзүүлбэл:

1-р хүснэгт.

МЭС ЗАСЛЫН ХЭЛБЭР	ӨВЧТӨНИЙ ТОО		ХАВДАР ДАХИСАН ХУГАЦАА				НЭСЭГЛЭГ ШАРХ	НЭСЭГЛЭГ БҮРЭН
	ИЭЛДЭГ	ЭМЧЛЭГ	1 ЛМЖ	2 ЛМЖ	3 ЛМЖ	4 ЛМЖ		
ТӨВӨНХИЙГ ХЭСЭГЛЭН АВАХ	2	1	2	=	=	=	=	1
ТӨВӨНХИЙГ БҮРЭН АВАХ	10	5	3	2	1	1	5	7
ТӨВӨНХИЙГ АВАХ КРАЙЛЫН ХАГАЛГАА	2	=	2	=	=	=	=	=
БҮГД	14	6	7	2	1	1	5	8

Хагалгааны дүнд эдгэрсэн 8 өвчтөнд хавдар дахиагүй 5—15 жил болж байна. Эдгээр 8 өвчтөний 3 хүн нь өөр өвчнөөр нас барж, 5 өвчтөн одоо бүрэн эдгэрсэн амьд байна. Хавдар нь хүзүүний тунгалгийн булчирхайд үсэрхийлэл өгсөн 2 өвчтөнд төвөнхийг хүзүүний зөөлөн нэхдэстэй хамт авах мэс заслыг хийсэн боловч хагалгааны дараа 6—11 сарын дараа хавдрын үсэрхийллээс болж хоёулаа нас барсан юм. Энэ үед мэс заслын өмнө туяа буюу хими эмчилгээ хийлгээгүй болно. Хагалгааны дараа 5 өвчтөнд шарх нь идээлж, 2 өвчтөнд фарингостом үүссэн. Цус алдах хүндэрлүүд бидэнд ажиглагдсангүй. Хагалгааны дараахи хүндрэл харьцангуй бага байгаа нь хагалгааны өмнө туяа эмчилгээ хийгээгүйтэй холбоотой гэж үзэж байна.

Тооны хувьд цөөхөн боловч удаан хугацааны туршид хийсэн дээрх ажиглалтаас үзэхэд төвөнхийн хорт хавдрын эмчилгээний үндсэн арга нь мэс заслын эмчилгээ хэвээр байна. Тэгэхдээ хавдрын байрлал, тархалтыг харгалзан мэс заслын аль тохирох бөгөөд үр дүн өгөх хэлбэрийг сонгож хэрэглэх нь зүйтэй юм.

II. ТУЯА ЭМЧИЛГЭЭ. Мэс заслын эмчилгээнээс татгалзсан өвчтөнүүдэд эмчилгээ хийлээ. Энэ өвчтөнүүдэд хавдрын I, II үе нэг ч байгаагүйг зориуд тэмдэглэе. Туяа эмчилгээг улсын хавдар судлалын диспансерийн туяа эмчилгээний мэргэжилтнүүд хийсэн бөгөөд өвчтөний биеийн ерөнхий байдал, хавдрын байрлал, тархалт, гистологийн бүтэц зэргийг харгалзан нэг курс эмчилгээг 4—7 долоо хоногийн турш 4000—6000 р нэгж байхаар бодож хийсэн байна. Бид эмчилгээний үр дүнг хянасан бөгөөд хавдрын III—IV үед туяа эмчилгээний алсын үр дүн бага байгаа нь эмчилгээний аргын муугаас биш хавдрын их тархалттай холбоотой юм. Иймээс бид туяа эмчилгээний үр дүнг сайн болгох аргыг хайсаар байна.

ЗХУ-ын эрдэмтдийн судалгаагаар төвөнхийн хавдрын I, II үед туяа эмчилгээ нь 75—90% үр дүн өгдөг байна. Гэтэл бид хавдрын I, II үед туяа эмчилгээг хийхгүй байгаа нь уг эмчилгээний үр дүнд муу нөлөөлж байгаа юм. Үүнтэй холбогдож төвөнхийн хавдрыг эрт илрүүлэх, оношлох асуудал гарч байна. Уг өвчний эрт оношлолт одоогоос 15 жилийн өмнөх байдлаас нилээд сайжирсан боловч бас л хангалтгүй байгааг чих, хамар, хоолойн эмч нар анхаарах хэрэгтэй юм.

III. МЭС ЗАСАЛ-ХИМИ-ТУЯАНЫ ХАВСАРСАН ЭМЧИЛГЭЭ. Сүүлийн 30-аад жилд хавдар судлалын практикт хавдрыг эмээр эмч-

лэх арга өргөн нэвтэрлээ. Хавдрын эсрэг эмнүүд хавдарт шууд үйлчилж түүний өсөлтийг саатуулахаас гадна өсөж байгаа эрүүл эд эсэнд хүчтэйгээр үйлчилж нийт биеийг хордуулдаг байна. Хими эмчилгээний үр дүнг сайжруулах, хорт нөлөөг багасгах зорилгоор 1976 оноос эхлэн эмчилгээний тусгай схем боловсруулан төвөнхийн хавдартай өвчтөнийг эмчилж байна. Үүнд, өвчтөнд мэс засал хийж бамбайн дээд тараагуурыг (a. thygoidea superior) ил гарган түүнд 2 мм диаметр-тэй полиэтилен гуурс шургуулж бэхлээд түүгээр хавдрын эсрэг эм өдөр бүр хийнэ. Гуурсаар хийж байгаа эмээс өөр төрлийн эмийг эмжөөд буюу өдөр бүр венийн судсаар хийнэ. Иймээс хавсарсан хими эмчилгээний үргэлжлэх хугацаа, эмийн тун нь өвчтөний биеийн ерөнхий байдал, цусны шинжилгээний байдлаас шалтгаална. Хавсарсан хими эмчилгээг дуусмагц 4—6 долоо хоногт туяа эмчилгээг 2000—4000 р хийнэ. Дээр дурдсан аргаар төвөнхийн хавдартай эрэгтэй 4, эмэгтэй 3, бүгд 7 өвчтөн эмчиллээ. Бүх өвчтөн хавдрын III үетэй байсан бөгөөд 41—50 насны 1, 51—60 насны 2, 61—70 насны 4 өвчтөн байлаа.

Гистологийн бүтцээр хавтгай эст, эвэршсэн хавдар 3, хавтгай эст эвэржээгүй хавдар 2, кошуурч ургасан хавтгай эст хавдар 1, өмөн болон хувирсан папиллом 1 тус тус байлаа. Хавсарсан хими эмчилгээнд тиофосфамид, проспидин, 5-фторурацил, фторфур зэрэг эмийг хэрэглэв. 1 курс хавсарсан хими эмчилгээний дараа 3 өвчтөнд хавдар нь бүрмөсөн арилж, 2 өвчтөнд хавдрын 75%, 2 өвчтөнд 50% багасаж байв. Туяа эмчилгээ хийсний дараа бүх өвчтөнд төвөнхийн хавдар бүрмөсөн арилж байв.

Дээрх байдлаас үзэхэд удаан хугацааны хавсарсан хими эмчилгээ, туяа эмчилгээний шууд үр дүн их сайн байна. Харин алсын үр дүнг 5 жилээс дээш хугацаагаар гаргахад бидний ажиглалтын хугацаа дутагдаж байна.

Бидний боловсруулсан аргаар эмчлүүлсэн 7 өвчтөний төвөнхийн хавдар 2 өвчтөнд 6—11 сарын дараа, 1 өвчтөнд жил гаруйн дараа, 1 өвчтөнд 2 жил гаруйн дараа дахисан бөгөөд 3 өвчтөнд хавдар дахиагүй 2—4 жил болж байна. Эдгээр 3 өвчтөнд бид жил бүр 1—2 удаа урьдчилан сэргийлэх зорилгоор хими эмчилгээ хийж байгаа бөгөөд гурвуулаа эрүүл, зарим нь ажил хийж байна. 7 өвчтөнг эмчилсэн байдлаас ямар нэгэн бат дүгнэлт хийж болохгүй боловч хавсарсан хими-туяа эмчилгээний арга нь их ирээдүйтэй аргын нэг бөгөөд хэд хэдэн сайн талтай байна.

ДҮГНЭЛТ

1. Хавсарсан хими-туяа эмчилгээний аргыг өргөн хэрэглэснээр өвчтөнг тахир дутуу болгодог төвөнхийг авах мэс заслыг багасгах боломжтой болно.

2. Энэ арга нь төвөнхийн хавдрын ургалтыг шууд зогсоож байгаагаас гадна эмийг судсаар хийснээс хавдрын эс цус, тунгалгаар дамжин үсэрхийлэх явдлыг багасгах буюу арилгаж байна.

3. Хавдрын эсрэг эмийг нийт биед хортойгоор үйлчлэх үйлчилгээг багасгана.

4. Хавдрын эсрэг эм хэрэглэснээр хавдрыг туяа эмчилгээнд мэдрэмтгий болгон туяа эмчилгээний үр дүнг сайжруулж байна.

5. Эмчилгээний энэ арга нь мэс засал хийж болохгүй тохиолдлыг, мэс заслын эмчилгээ хийж болохоор үе шатанд шилжүүлж байна.

НОМ ЗҮЙ

Л. Шагдар. Төвөнхийн өмөнгийн клиник эмчилгээний асуудал ШУА. Эрдэм шинжилгээний бичиг. 1968 № 11. 19. 51—55.

М. Г. Барадуллина. Клиника и лечение регионарных метастазов рака гортани. М. Медгиз. 1963.

А. И. Пачес, А. В. Козлова, В. О. Калина. Ю. Л. Гамбург, Опухоли ЛОР органов. М. «Медицина» 1979.

А. И. Пачес, Е. С. Огольцова, Г. А. Цыбирна, Актуальные вопросы хирургического лечения рака гортани. Кишинев. 1976. (Штинца).

М. И. Светлаков. Раковые опухоли гортани. Л. «Медицина» 1964.

А. И. Цыганов, Л. А. Бухман. Функциональные резекции гортани при раке. Киев. «Здоровье» 1976.

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ РАКА ГОРТАНИ

РЕЗЮМЕ

Канд. мед. наук. Л. Шагдар

Для выяснения эффективности различных методов лечения рак гортани мы подвергли изучению больных раком гортани, лечившихся в 1965—1980 гг в ЛОР отделении ЦРКБ г. Улан-Батора. Автор в своей практической работе осуществлял 3 вида хирургического лечения: резекция гортани произведена у 3, полное удаление гортани у 15, расширенная ларингэктомия у 2 больных. Из них у 8 больных наступило полное клиническое выздоровление.

В поисках эффективных способов лечения при раковых опухолях гортани разработано схема комбинированного химио-лучевого лечения заключающийся в применении внутриартериальной регионарной химиотерапии с внутривенной общей химиотерапией с последующим лучевым лечением. По такой схеме лечил 7 больных, у всех наступил полный регресс опухоли гортани. Длительное наблюдение показывает, что у 4 больных наступил рецидив гортанной опухоли, у 3 больных не наступил рецидива, они практически здоровы. Длительность наблюдения от 2,5 года до 4 лет.

ЦОЧМОГ ПАНКРЕАТИТЫН ҮЕД МЭС ЗАСЛЫН ЭМЧИЛГЭЭ ХИЙХ ЗААЛТ

Профессор В. ИЧИНХОРЛОО
(Анагаах ухааны дээд сургууль)

Нойр булчирхайн цочмог үрэвсэл хэвлийн хөндийн цочмог үрэвсэлт өвчнүүдийн дотроос мухар олгой, цөсний хүүдийн цочмог үрэвслийн дараа 3-т орж 6—8%-ийг эзэлж байгаа ба бүх хурц өвчнүүдийн 0,4%-ийг эзэлж байна. (Профессор Долгат, М. Г. Алиев, А. А. Шалимов, П. Н. Напалков, А. В. Смирнов).

Манай орны нөхцөлд бүх хурц өвчний 0,2—0,5%-ийг эзэлж байна. Орчин үед нойр булчирхайн цочмог үрэвслийн үүсэл, эмгэг жам, эмчилгээ, мэс заслын эмчилгээний заалт зэрэг асуудал бүрэн шийдэгдээгүй бөгөөд судлаачдын анхаарлыг ихээр татах болсон байна. Н. С. Маноков, А. А. Грин, А. В. Смирнов нар нойр булчирхайн цочмог үрэвслийн үед эмийн эмчилгээ хийх хэрэгтэй гэж үзсэн. Сүүлийн үед нойр булчирхайн цочмог үрэвслийн 90%-ийг эмийн эмчилгээгээр эмчилж байгаа тухай хэвлэлүүдэд бичиж байна.

В. С. Савельев, Виноградов болон бусад судлаачид нойр булчирхайн цочмог үрэвслийг мэс заслаар эмчлэхийг чухалд үзэх боллоо. Профессор Долгат, М. Г. Алиев болон бусад судлаачид мэс заслын эмчилгээ тэр болгон төгс эмчилгээ болж чаддаггүй тул эмийн эмчилгээг хавсруулан хийхийг заасан байна.

1973 онд Ленинград хотод болсон бүх оросын мэс засалчдын бага хурлаар «Нойр булчирхайн цочмог үрэвслийн» тухай авч хэлэлцээд нойр булчирхайн цочмог үрэвслийн деструктив хэлбэрийн үед мэс заслын эмчилгээ хийх хэрэгтэй гэж хэлэлцэн тогтсон юм.

А. А. Шалимов, С. А. Шалимов, профессор Виноградов болон зарим гадаадын мэс засалчид нойр булчирхайн хүндэрсэн цочмог үрэвслийн үед мэс заслын эмчилгээ хийж байна. Л. В. Авдай, Б. Н. Нике-

ров, В. М. Маврода нарын судалгаагаар нойр булчирхайн цочмог үрэвслийн хүндэрсэн хэлбэрүүдэд мэс заслын эмчилгээ хийсний дараа 30—50% нь эдгэрч сайжирч байгаа ажээ. Зөвлөлтийн болон гадаадын судлаачид нойр булчирхайн цочмог үрэвслийн деструктив хэлбэрийн үед мэс заслын эмчилгээний олон янзын аргыг хэрэглэж байна. Үүнд:

а) сэмжний уутанд гуурс тавих (Мартинов, А. В. Руфанович, С. В. Лабочев).*

б) хэсэг газрын үхжил гэмтэл байвал гэмтсэн хэсгийг зүсч аваад сэмжээр нөхөөс хийж бөглөж оёх (К. Д. Токсина, А. А. Мхальянц, А. А. Гриман, В. Н. Шалдуга, В. С. Соловьев).

в) үхжил болсон хэсгийг тайрах (В. Н. Лашевкер, М. В. Данилов, Б. А. Королев).

г) нойр булчирхайн ихэнх талыг тайрч авах, профессор Виноградов, А. А. Шалимов нар энэ аргыг аль болох эрт хэрэглэвэл сайн гэж үзэж байна.

д) нойр булчирхайн даралтыг бууруулах зорилгоор Вирсунговын цоргонд гуурс тавих гэх мэт. Сүүлийн үед панкреодуоденостомия, панкреогастростомия, панкреохоledохостомия зэрэг мэс заслын хувилбаруудыг өргөн ашиглаж байна. Мөн түүнчлэн ферментийн идэвхийг бууруулах эмчилгээг (кантрикал, эпрамнол, тарасилол) өргөн хэрэглэх болсноор мэс засал хийх тоо багасах хандлагатай байна. 1970 оноос эхлэн энэ эмчилгээг өргөн хэрэглэх болж, нойр булчирхайн цочмог үрэвслээс болж нас барах нь 7,3—4,5%-иар буурч байна. (Долгат, М. Г. Алиев). 1973—1978 онд нэгдсэн III эмнэлгийн мэс заслын тасагт нойр булчирхайн цочмог үрэвсэл гэсэн оноштой хэвтэж эмчилгээ хийлгэсэн 23 өвчтөний түүхэнд бид ажиглалт хийсэн юм. Судалгааны материалаас үзэхэд эмэгтэйчүүд эрэгтэйчүүдээс 2 дахин их өвчилж, 40—50 насны, хөдөлмөрийн чадвар нь буурах болоогүй хүмүүс дийлэнх өвчлөх хандлагатай байна. 23 өвчтөнөөс эмэгтэй 16, эрэгтэй 7 байна. Насны байдлаар үзвэл: 30—40 настай, 5, 40—50 настай 14, 50—60 настай 0, 60—70 настай 4 байна. Туршлагаас харахад нойр булчирхайн цочмог үрэвслийн мэс заслын эмчилгээг өвчин эхэлснээс хойш 48—72 цагийн дотор хийвэл үр дүн сайн байдаг. Зарим эрдэмтдийн судалгаанаас үзэхэд өвчин эхэлснээс хойш 10 хоногийн дотор мэс засал хийж болох ажээ.

Нойр булчирхайн цочмог үрэвслийн деструктив хэлбэрийн үед бодисын солилцоо хямарч, амьдралын чухал эрхтэнүүдийн үйл ажиллагаа сулардаг учраас закис азотын холимогоор* ерөнхий мэдээ алдуулалт хийж мэс засал хинх нь өвчтөний амь насанд аюул багатай юм. Мэс заслын эмчилгээ хийлгэсэн 7 өвчтөний 3 тохиолдолд булчирхайны хаванших хэлбэр байлаа. Эдгээрээс 2-т нь хэвлийн хөндийд шингэн хуралдаагүй байсныг харгалзан нойр булчирхайн гэр дотуур нь пенициллинтэй новокаины уусмал тарьж эмчилсэн, нэг тохиолдолд нь хэвлийн хөндийд шингэнтэй цөсний хүүдийд чулуутай байлаа. Энэ үед мөн нойр булчирхайн гэр дотуур пенициллинтэй новокаин тарьж, цөсний хүүдийг авах хагалгаа хийсэн ба цөсний ерөнхий цорго, сэмжний уутанд гуурс тавьж дараа нь кантрикал, тарасилол зэрэг антиферментээр эмчилсэн. Үхжилгүй цусархаг шүүдэст хэлбэр 2 өвчтөнд тохиолдсон. Энэ үед мөн булчирхайн уутан дотуур пенициллинтэй новокаин хийж булчирхай болон хэвлийн хөндийд гуурс тавьж эмээр эмчилсэн. Нойр булчирхайн сүүл хэсгийн идээт үхжилийн хэлбэр 2 тохиолдож байлаа.

I дэх тохиолдолд нь үхжил болон тасарч унасан хэсгийг авч булчирхайд хлорвинилын нарийн гуурс тавьж хэвлийн хөндийн угаалга

* Сэмжний уут гэж ходоодны ар зайг нэрлэнэ.

* Закис азотын холимог гэж азотын дутуу эсэл, хүчил төрөгчийг холимогийг нэрлэжээ.

хийсэн. II дахь тохиолдолд нь нойр булчирхай нилдээ идээлж үхжсэн хэвлийн гялтангийн түгээмэл хурц үрэвслийн шинж илэрсэн байсан.

Мөн нойр булчирхайн шүүс хэвлийн хөндийд тархаад ногоорч ацетоны үнэртэй болсон байлаа. Энэ тохиолдолд пенициллин новокаины хольцоор угаалга хийж булчирхайд хлорвинилын нарийн гуурс, хэвлийн хөндийд хоёр газар том гуурс тавьж хэвлийн хөндийг угаасан боловч өвчтөний биеийн байдал сайжрахгүй байсаар мэс заслын дараа 12 цаг болоод нас барсан. Задлан шинжилгээнд булчирхайн их бие сүүл хэсгүүд идээлэн үхжсэн, дэлүүнд буглаа үүсч, хэвлийн гялтангийн түгээмэл идээт үрэвслийн шинж бүрэн илэрсэн байлаа. Үхлийн шалтгаан нь амьсгал зүрх судасны дутагдал, хордлого байв.

ДУГНЭЛТ

1. Нойр булчирхайн цочмог үрэвслийн хаваншсан болон цусархаг шүүдэст хэлбэрийн үед эмийн эмчилгээ хийх нь илүү үр дүнтэй байна.

2. Нойр булчирхайн цочмог үрэвслийн деструктив хэлбэрийн болон цөсний хүүдийн үрэвсэл, хэвлийн гялтангийн идээт үрэвсэл хавсарсан тохиолдолд өвчин эхэлснээс хойш 48—72 цагийн дараа яаралтай мэс засал хийх шаардлагатай юм.

НОМ ЗҮЙ

Л. И. Балтаев. Монография Острая патология поджелудочной железы. Москва. 1963.

А. П. Виноградов. Острый панкреатит монография Москва. 1970.

А. А. Нарачев. Операции при остром панкреатите монография зинга. Ленинград. 1962.

Н. С. Голкович. 1974. Состояние физиологической функции при остром панкреатите сборник научных трудов. Москва. 1974.

П. Е. Огийн Хирургия желез в/секреции книга. Киев. 1973.

А. А. Шалимов. Лечение острого панкреатита хирургия 1979 № 4

О. В. Милонов. Объем операции при остром панкреатите ж/хирургии 1979 № 4.

Дигат Алаев. Лечение острого панкреатита ж/хирургия 1978. № 6

«ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА»

РЕЗЮМЕ

В. ИЧИНХОРЛОО (доктор мед. наук проф) Анализировано материалы лечения 23 больных панкреатитом в возрасте от 40 до 50 лет, находящихся во втором хирургическом отделении III клинической больницы за последние пять лет.

Выявлено что тяжесть клинических проявлений зависит от характера воспалительного процесса в железе и от осложнений, что тяжелые формы острого панкреатита сопровождается большими изменениями в крови. Количество диастазы в сыворотке крови достигало 72—96 единиц, общий анализ крови характеризовался резким нейтрофильных сдвигом влево, лейкоцитозом.

Оперативное лечение острого панкреатита оказалось весьма эффективным.

ШҮДНИЙ КАРИЕСЫН ӨВЧЛӨЛИЙГ СТАТИСТИКИЙН АРГААР СУДЛАХ НЬ

Х. ЦОЛМОН, Ш. НАСАНБАТ, Ш. ЖИГЖИДСҮРЭН, Ц. НОРОВПИЛ

Улсын клиникийн төв эмнэлэг, Анагаах ухааны дээд сургууль

Дэлхийн олон оронд шүдний кариеc (цоорол) өвчний тархалтыг маш эрчимтэй, өргөн цар хүрээтэй судалж байна.

Манай орны тухайд уг өвчний нэршлийг тогтоохоос эхлэн, оношлогоо, судалгааны баримт, үр дүнг боловсруулан цэгнэх, дүн шинжилгээ хийх аргын талаар тогтсон зүйлгүй байгаа учраас судалгааны үр дүнг харьцуулахад бэрхшээлтэй юм. Иймд карисын тархалтыг олон улсын стандарчилсан нэгдмэл аргачлалын дагуу судлах, стоматологийн өдөр тутмын ажиллагаанд өргөн хэрэглэх явдал чухал байна.

Манай орны үйлдвэр, сургууль, цэцэрлэг, ясли болон бусад албан газруудад олон хүнийг хамарсан карис өвчнөөс урьдчилан сэргийлэх төлөвлөгөөт үзлэгийг хийж байгаа боловч, тэрхүү үзлэгийн үр дүн, үзлэгийн чанарыг тооцоолох статистик судалгааны аргыг стоматологич эмч нар хангалтгүй мэдэж байгаа учраас үр дүн багатай болж байна.

Энэхүү өгүүллийн зорилго нь судалгааны материалын магадлал, нарийвчлал, харьцуулах боломж, тэдгээрийг дүгнэн цэгнэхэд зайлшгүй хэрэгтэй болдог карис өвчний талаархи баримт сэлт, мэдээлэл цуглуулах уг өвчний өвчлөлийн үндсэн үзүүлэлтийг гаргах аргыг авч үзэхэд оршино.

Шүдний карисын статистик судалгааг явуулах үе шат

Бусад статистик судалгааны нэг адил карисын судалгааг мөн 3 үе шаттай явуулна.

1. Судалгааг төлөвлөж зохион байгуулах, судалгааны объект, зорилтыг тодорхойлох, ажиглалтын нэгж, бүлгийг стандартчилах, судалгааг хэзээ, хаана хийхийг тогтоох.

2. Судалгааг явуулах буюу тухайн судалгаанд шаардагдах мэдээллийг цуглуулах,

3. Судалгааны материалыг боловсруулан цэгцэлж, түүнд дүн шинжилгээ хийх.

Судалгааг төлөвлөж, зохион байгуулах. Чухам ямар үзүүлэлтийг илүүтэй сонирхож байгаагаас карисын статистик судалгааны зорилго нь янз бүр байж болно. Энэ удаагийн өгүүлэлд судалгааны бусад зүйлсийн тухай дурьдалгүй үзлэг хийх, хүн амын тодорхой хэсгийг бүлэглэх, ажиглалтын нэгжийг тогтоох гэсэн хоёр үндсэн асуудлыг авч үзье.

Ажиглалтын нэгж. Энэ нь 3 байж болно. Судалгаанд хамаарагдах үзэгдлийн тохиолдол бүрийг ажиглалтын нэгж гэнэ.

1. Өвчтэй буюу каристай шүд. Каристэй шүд гэдэгт эмчлэгдээгүй ба эмчлэгдсэн шүдийг тооцно. Эмчлэгдсэн шүд гэдэгт ломбодож (П) эсвэл авч эмчилсэн (У) шүд орно. Эдгээрийн бүх нийлбэрийг өвчтэй буюу каристэй шүд гэдэг КПУ үзүүлэлтээр илэрхийлнэ.

а) эмчлэгдээгүй каристай шүд гэдэгт шүдний хатуу эдийн согогтой шүд орно. Үүнд: карисын бус согогтой янз бүрийн толбо, шүдний хугарал, бүтэцийн гажиг хөгжил тооцогдохгүй.

Дэлхийн эрүүлийг хамгаалах байгууллагаас зөвлөж байгаа нэршил ёсоор каристай тогтмол шүдийг том (К), сүүний шүдийг жижиг (к) үсгээр тус тус тэмдэглэнэ.

б) ламбодсон шүдийг олон улсын нэршил ёсоор (П, п) гэж тэмдэглэнэ. Байнгын ломботой шүдийг ломбодсон шүдэнд тооцно. Тэгэхдээ ломбоны аль нэгтээ хөндийрч, сэв, согог үүссэн бол тооцохгүй. Харин карисыг эмчлэх зорилгоор бүрсэн шүдийг ломбодсонд тооцно.

Авахуулсан шүд-үүнийг (У) гэж тэмдэглэнэ. Зөвхөн карисын улмаас авахуулсан байнгын шүдийг л авахуулсан шүдэнд тооцно. Сүүний шүдний тухайд энэ үзүүлэлтийг гаргадаггүй юм.

Шүдний үзлэгийг хийхдээ бүх шүдийг бүртгэж авна. Шүдний талууд тодорхой харагдаж байгаа буюу багажийн тусламжтайгаар үзэхэд гадаргууг нь тэмтэрч болохоор байвал шүдийг шүдэлсэнд.

тооцно. Адил нэртэй сүүн ба тогтмол шүд нэг дор шүдэлсэн байвал зөвхөн байнгын шүдийг бүртгэдэг.

Харин шүд солигддог насанд сүүний ба байнгын шүдийг тус тусад нь бүртгэнэ. Шүд бүр нэг л удаа тэмдэглэгдэх ёстой. Шүдний тал талд цоорхой үүссэн байсан ч тэдгээрийг нэг л «кариестай шүд» гэж бүртгэж авах хэрэгтэй. Ломбоны тухайд ч мөн адил.

2. Шүдний кариестай өвчтөн. Нэг буюу түүнээс дээш тооны кариестай шүд бүхий хүнийг шүдний кариестай өвчтөн гэнэ.

3. Шүдний кариестай тал буюу гадаргуу. Энэ үзүүлэлт нь мөн 3 чиглэлээр гарч болно.

а) шүдний дээд, дотор, гадна гэх мэт аль нэг тал нь цоорсон

б) байнгын ломботой шүдний тал

в) кариесын улмаас бүх талгүй болсон шүд

Тэмдэглэх нь: Үүдэн шүд дөрвөн талтай. Үүнд: урд хойт, гадна, дотор талууд;

Араа шүд таван талтай. Дээрх 4-өөс гадна дээд буюу зажлах гадаргуу гэж байна.

Үзлэг хийх хүн амын тодорхой хэсгийг нас, хүйс, угсаатны зүйн шинж тэмдгээр бүлэглэнэ.

Бэлгийн бойжилтын өмнөх насанд бол хүүхдийг хүйсээр ялгах шаардлагагүй.

Насаар бүлэглэхдээ 0—19 нас хүртэл нас насаар, 20—35 хүртэл 5 насны (20—24, 25—29, 30—34), 65 нас хүртэл 10 насны (35—44, 45—54, 55—64) ялгавартай бүлэглэх ба 65-аас дээш нэг бүлэг болгоно.

Бүлгийн тооны хэмжээ нь судалгааны зорилго, тооцоолон гаргах үзүүлэлтээс хамаарах учир энэ тухай статистикч эмчээс зөвлөлгөө авах нь чухал.

Кариесын статистик үзүүлэлтүүд, тэдгээрийг бодож гаргах.

1. Кариесын тархалт

Тархалтыг ажиглалтын нэгж бүрт гаргана.

а) Хүн амын доторхи кариесын тархалт. Ажиглалтын нэгж нь кариес өвчтэй хүн. Энэ нь хувиар илэрхийлэгдэнэ. Тухайн стандартчлагдсан бүлгийн өвчтэй шүд бүхий бүх хүний тоог үзсэн хүний тоонд харьцуулж гаргана.

$$E_p = \frac{P / K \cdot P \cdot 100}{P}; \text{ /БАЙНГЫН ШҮДТЭЙ/}$$

$$E_p = \frac{P / K \cdot P \cdot 100}{P}; \text{ /СҮҮН ШҮДТЭЙ/}$$

Үүнд: P (КПУ ба p) КП нь өвчтэй шүд бүхий хүний тоо

P-нь тухайн бүлгийн үзлэгт орсон хүний тоо болно.

б) Кариесын тархалт кариестай шүдээр. Өөрөөр хэлбэл кариес өвчтэй шүдний тархалт юм.

Ажиглалтын нэгж нь цоорсон шүд. Нэг бүлгийн доторхи бүх цоорсон шүдний нийлбэрийг үзлэгээр бүртгэгдсэн бүх шүдний нийлбэрт харьцуулж гаргана.

$$E_t = \frac{K + P + Y \cdot 100}{T}; \text{ /БАЙНГЫН ШҮДНИЙ/}$$

$$E_t = \frac{K + P \cdot 100}{T}; \text{ /СҮҮН ШҮДНИЙ/}$$

T — ҮЗЛЭГЭЭР БҮРТГЭГДСЭН БҮХ БАЙНГЫН ШҮД

t — ҮЗЛЭГЭЭР БҮРТГЭГДСЭН СҮҮН ШҮД

E_T — ӨВЧТЭЙ БАЙНГЫН ШҮДНИЙ ХУВЬ

E_t — ӨВЧТЭЙ СҮҮН ШҮДНИЙ ХУВЬ

в) кариесын тархалтыг шүдний гадаргуугаар буюу талаар тодорхойлох, Ажиглах нэгж нь шүдний цооролт бүхий тал буюу гадаргуу;

Энэ үзүүлэлтээр кариестай шүдний цоорсон гадаргууны (талын) эзлэх хувийн жинг гаргана.

$$\frac{S_0 + S_m + S_r}{S + S_m} \times 100;$$

S_0 — ШҮДНИЙ ЦООРОЛТТОЙ ТАЛУУДЫН ХУВЬ
 S_m — КАРИЕСТАЙ ТАЛ
 S_r — АВАХУУЛСАН ШҮДНИЙ БҮХ ТАЛ
 S — ЛОМВОДСОН ШҮДНИЙ ТАЛ
 $S + S_m$ — БҮХ ҮЭСЭН ШҮДНИЙ ТАЛУУД

в) кариесын тархалтыг шүдний гадаргуугаар буюу талаар тодорхойлох. Ажиглах нэгж нь шүдний цооролт бүхий тал буюу гадаргуу;

Энэ үзүүлэлтээр кариестай шүдний цоорсон гадаргууны (талын) эзлэх хувийн жинг гаргана.

Бүх цоорсон талын нийлбэрийг бүх үзсэн шүдний талуудын нийлбэрт хувааж гаргана.

1. Согогтой гадаргууны нийлбэр дээр мөн бүх авахуулсан шүдний гадаргууны нийлбэрийг нэмнэ. Авахуулсан шүдний талуудын нийлбэр мөн бүх үзсэн шүдний талуудын нийлбэрт орно.

2. Өвчтэй шүдний цооролын эрчим (интенсивность). Судлах нэгж нь тухайн бүлгийн кариес өвчтэй нэг хүний цоорсон шүдний тоо. Энэ үзүүлэлт нь кариес өвчтэй нэг хүнд ноогдох цоорсон шүдний дундаж тоог үзүүлнэ. Тухайн бүлгийн кариес өвчтэй хүмүүсийн цоорсон, ломбодсон, авахуулсан шүдний нийлбэрийг өвчтэй шүд бүхий хүний тоонд хуваана.

$$J = \frac{K + \Pi + У}{P/K\Pi У}$$

K — ЦООРСОН ШҮД
 Π — БУЮУ Λ — ЛОМВОДСОН ШҮД
 $У$ — БУЮУ A — АВАХУУЛСАН ШҮД
 $P/K\Pi У$ — БУЮУ $K \Lambda A$ — ӨВЧТЭЙ ХҮНИЙ ШҮД

3. Кариесын идэвхжил буюу кариесаар нэмж өвчилсөн байдал. Энэ үзүүлэлтийг кариесаар нэмж өвчилсөн хүн, шүд, шүдний тал гэдэг 3 үзүүлэлтээр гаргана. Тодорхой хугацаанд (ихэвчлэн тайлангийн нэгжид) хувиар гаргана.

а) кариесаар нэмж өвчилсөн хүний хувийн жин (%)

Тайлант жилийн кариесын өвчлөлийн тархалтыг гаргаад түүнээс өнгөрсөн жилийнхийгээ хасч гаргана. Жишээ нь:

$$A_p = E_p 1980 - E_p 1979;$$

A_p — ШИНЭЭР ӨВЧИЛСӨН ХҮНИЙ ХАРЬЦАНГУЙ ЖИН %

$E_p 1980$ — ТАЙЛАНТ ЭНЭ ЖИЛИЙНХ %

$E_p 1979$ — ӨНГӨРСӨН ЖИЛИЙНХ %

б) Кариесаар шинээр өвчилсөн шүдний хувийн жин. Энэ үзүүлэлт нь нэг жилийн дотор кариесаар нэмж өвчилсөн шүдний харьцангуй тоог илтгэнэ. Дараахи томъёогоор олно.

$$A_T = E_T - E_T$$

A_T - нэмж өвчилсөн шүдний %

E_T - энэ онд бүртгэгдсэн өвчтэй шүдний %

E_T - өнгөрсөн оны өвчтэй шүдний %

в) нэмж цоорсон шүдний талын хувийн жин. Энэ үзүүлэлт нь тайлангийн жилд шинээр цоорсон шүдний талын харьцангуй тоог (%) илтгэнэ. Дараахи томъёогоор олно.

$$A_S = E_{S1991} - E_{S1990}$$

A_S - шинээр цоорсон шүдний талын хувийн жин %

E_{S1991} - энэ жилийн үзлэгээр илэрсэн цоорсон шүдний талын хувийн жин %

E_{S1990} - өнгөрсөн оны үзлэгээр илэрсэн цоорсон шүдний гадаргалы хувийн жин %

4. Карисын бууралт. Энэ үзүүлэлтийг нэг бүлэгт нь эмчилгээ хийгдэж байгаа ба нөгөө бүлэгт нь амны хөндийн эрүүлжүүлэлт буюу урьдчилан сэргийлэх ямар нэг арга хэмжээ авагдаагүй ижил стандартын 2 бүлэгт дээрх үзүүлэлтүүдийг харьцуулан гаргана. Дараахи чиглэлүүдээр гаргаж болно.

а) хүн амын доторхи карисын бууралт—RAP

б) карисын бууралт-шүдээр—RAI

в) карисын бууралт-шүдний талуудаар—RES

г) карисын эрчмийн бууралт—RI

Карисын бууралтын хэмжээг 2 бүлгийн (туршлагын ба хяналтын) үзүүлэлт бүрийн утгын ялгааг хяналтын бүлгийн зохих үзүүлэлтийн утгад хувааж, ялгаврыг 100-аар үржүүлж гаргана. Жишээ нь:

ХҮН АМЫН ДОТОРХ КАРИСЫН
БУУРАЛТЫГ ОЛЪЕ ГЭВЭД;

$$RAP = \frac{AR_1 - AR_2}{AR_1} \cdot 100$$

RAP - ХҮН АМЫН ТОДОРХОЙ ХЭСЭГ ДЭХЬ
КАРИСЫН БУУРАЛТ

AR_1 - КОНТРОЛЫН БҮЛЭГ ДЭХ ШИНЭЭР
ӨВЧИЛСӨН ХҮНИЙ %

AR_2 - ТУРШИЖ БАЙГАА БҮЛЭГ ДЭХ
ШИНЭЭР ӨВЧИЛСӨН ХҮНИЙ %

ДУГНЭЛТ

Стоматологийн тусламжийн хэтийн ба ойрын төлөвлөлтийг хийх, зохион байгуулалтыг боловсронгуй болгоход шүд-амны өвчлөлийг тухайлбал карисыг судлахад статистик аргыг бүтээлчээр хэрэглэх шаардлагатай байна.

Карисын статистик судалгааны арга нь эмчилгээ урьдчилан сэргийлэх арга хэмжээг төлөвлөх, хийгдсэн ажлыг цэгнэх үндэс болж өгнө.

Стоматологч эмч бүр кариесын статистикийн үндсэн үзүүлэлтүүдийг гаргаж бодитой дүн шинжилгээ хийж чаддаг болох, түүнийг өдөр тутмынхаа ажилд бүтээлчээр нэвтрүүлэх шаардлагатай байна.

НОМ ЗҮЙ

Н. М. Атанасов Тодорова. Отнова за статистического преучвание на зъбния кариес. стом. 1980. з. е. 124—128.

М. Банчев стом 1956, 3, 209—216.

Т. Паскалев стомат. преглед. 1971. 3, 1—5.

И. Попов ст. Потребнотси от стоматологична помощ на населению в НРБ канд. дис. 1973.

Д. Сенетмев мед. 1980.

Стандартизация учета стоматологической заболеваемости доклад экспертов по гигиене зубов. ВОЗ. Женева 1963.

Д. Странски стом (Б) 1962. 4. 1—7.

Д. Странски стом. (Б) 1971. 5, 389—393.

Эрүүлийг хамгаалахын зохион байгуулалт

ЭМНЭЛГИЙН СУВИЛАГЧИЙН ХАНГАМЖ

Ма. ШАГДАРСҮРЭН

Эмнэлгийн сувилагчдыг бэлтгэх, тэдний бодовсролын түвшинг дээшлүүлэх талаар нам, засгаас дэс дараатай авсан арга хэмжээний үр дүнд сувилагчийн тоо нэмэгдэж байгаа ба бүрэн дунд боловсролтой хүмүүсийг 2 жилийн сургуулиар бэлтгэн, 1974 оноос эхлэн сувилагчдад дунд мэргэжлийн диплом олгодог боллоо. Эмнэлгийн сувилагчдын тоо 1960 онд 1940 оныхоос 4,2 дахин, 1960 оноос 1970 онд 1,4, 1978 онд 2,3 дахин өсөв. 1978 онд сувилагчдын тоо 1970 оныхоос 58 хувиар өслөө. Эмнэлгийн сувилагчдын хангамжийг судлах нь сувилагч бэлтгэх хэтийн төлөвийг тогтоох, тэдгээрийн төлөвлөлт, хуваарилалтыг зохицуулах чухал ач холбогдолтой юм.

Энэ зорилгоор эмнэлгийн сувилагчдын хангамжийн түвшинг зарим оноор судалж гаргав. 1940 онд 10000 хүн амд 9,3 1950 онд 11,9, 1960 онд 30,0, 1975 онд 37,2, 1978 онд 38,9 сувилагч оногдох боллоо.

1-р хүснэгт

Эмнэлгийн сувилагчийн хангамж

	1960	1965	1970	1975	1978
10000 хүнд оногдох- сувилагчийн тоо	30,0	30,9	33,4	37,2	38,9
Нэг их эмчид оногдох сувилагчийн тоо	3,3	2,3	1,87	1,87	1,86

Эмнэлгийн сувилагчдын хангамж аймаг хотод харилцан адилгүй байгаа бөгөөд хотуудад сувилагчийн хангамж сайн байна. Сувилагчийн хангамжийг хот хөдөөний суурин хүн амд харьцуулж үзэхэд 1968 ба 1978 оны байдлаар 51,6-аас 59, хөдөөд 16-аас 18 болж өсчээ. Гэвч эдийн засгийн муж бүрт сувилагчийн тоо адилгүй байна.

2-р хүснэгт

Эдийн засгийн мужлалаар сувилагчийн хангамж
(10000 хүн амд)

Эдийн засгийн муж	1968			1978		
	Хотод	Хөдөөд	Бүгд	Хотод	Хөдөөд	Бүгд
Өрнөд муж	49,8	13,8	21,7	68,6	16,5	30,1
Төв муж	52,1	16,9	35,1	56,5	18,1	40,6
Дорнод муж	49,1	19,7	28,5	69,4	21,8	36,3
Бүгд	51,6	15,8	31,3	59,0	18,0	38,4

10 жилийн дотор сувилагчийн хангамж өрнөд мужид 8,4, төв мужид 5,5, дорнод мужид 7,8-аар нэмэгдсэн байхад хөдөөд 2,7 1,2, 2,1-ээр нэмэгджээ.

Сувилагчийн хангамж орон нутгийн төвд нилээд өндөр байна. Хөдөөний хүн амд оногдох сувилагчийн хангамж Баян-Өлгий, Хөвд, Сэлэнгэ, Төв, Өвөрхангай, Дундговь, Дорноговь, Дорнод аймгуудад сүүлийн жилд буурсан байна. (Хүснэгт 3) 1978 оны байдлаар 10 мянган хүнд нэгдсэн эмнэлэгт ажиллаж байгаа сувилагчийн хангамж 1968 оныхоос 2,1, тусгай мэргэжлийн больницод 1,0, диспансеруудад 1,7; яслид 2,3, сум дунд, их эмчийн салбарт 2,1-ээр нэмэгдэж, бага эмчийн салбарт байсан сувилагчид 2,1 болж бараг 1 дахин багассан байна. 1978 онд хувийн жингээр сувилагчдын 31% нь нэгдсэн эмнэлэгт, 21%, нь тусгай мэргэжлийн больницод, үүний 12,2% нь хүүхдийн больницод, сум дундын эмнэлэгт 5,4%, их эмчийн салбарт 14% нь ажиллаж байна. Сувилагчийн хангамжаар нэг эмчид оногдох харьцаа эдийн засгийн муж аймгуудад харилцан адилгүй байна. 1968 онд өрнөд мужид 2,7, төв 1,7, дорнод 2,5 сувилагч оногдож байсан бол 1978 онд 2,6, 1,7, 2,6 байгаа нь бараг өөрчлөлтгүй байна.

ДЯМГИЙН НЭР	1968			1978		
	Б У Г Д	Үүнээс		Б У Г Д	Үүнээс	
		хо- тод	хө- дөөд		хо- тод	хө- дөөд
ЭДИЙН ЗАСГИЙН ӨРНӨД МУЖ	21,7	49,8	13,8	30,1	68,6	10,5
БАЯН-ӨЛГИЙ	20,0	41,2	14,5	25,4	60,1	13,4
ХӨВД	21,0	38,5	15,1	28,8	66,7	14,3
УВС	24,1	77,4	12,7	28,4	71,3	15,0
ГОВЬ-АЛТАЙ	23,2	47,8	16,1	35,3	74,8	10,8
ӨВӨРХАНГАЙ	22,4	55,8	16,5	32,1	74,8	18,1
ЗАВХАН	21,3	49,0	12,0	33,4	69,8	15,1
ЭДИЙН ЗАСГИЙН ТӨВ МУЖ	35,1	52,1	16,9	40,6	56,5	18,1
ХӨВСГӨЛ	10,8	41,8	12,1	30,6	74,1	21,1
АРХАНГАЙ	26,6	31,8	16,3	38,3	30,3	19,6
БУЛГАН	22,3	48,8	16,4	26,6	50,5	21,3
ЭРДЭНЭТ	-	-	-	23,8	23,8	-
СЭЛЭНГЭ	20,7	10,2	22,1	27,4	51,3	18,2
МАРХАН	22,2	29,2	-	26,8	30,1	-
ТӨВ	25,1	82,4	15,5	26,7	73,3	15,0
УЛААНБААТАР	51,7	37,3	-	38,1	32,1	-
ӨВӨРХАНГАЙ	21,2	60,9	12,3	27,3	52,6	13,9
ДУНДГОВЬ	23,9	79,2	22,5	34,3	78,3	16,9
ДОРНОГОВЬ	22,7	34,4	20,1	34,0	55,4	10,0
ДӨРНОГОВЬ	29,9	59,1	20,1	41,9	61,6	22,9
ЭДИЙН ЗАСГИЙН ДОРНОД МУЖ	35,5	49,1	19,7	39,3	69,1	21,8
ДОРНОД	33,6	47,8	23,1	37,9	66,9	17,9
ХӨВСГӨЛ	20,7	21,5	20,3	33,6	101,3	23,5
УЛААНБААТАР	124,0	40,3	18,1	32,6	64,3	31,5

Хотуудын хүн амд 1968 онд өрнөд муж 2,1, төв 1,5, дорнод 1,8, хөдөөд 4,2, 4,0, 3,9, 1978 онд өрнөд мужийн хотуудад 2,3, төв 1,6, дорнод 2,3, хөдөөд өрнөд ба төв мужид 3,1, дорнод мужид 3,2 сувилагч тус тус оногдож байна. Улсын дунджаар 1960 онд 3,3, 1978 онд 1,9 оногдох боллоо. Энэ харьцаанаас үзэхэд манай орны нөхцөлд нэг их эмчид оногдох сувилагчийн тоог улсын дунджаар 2,0-оос багагүй байхаар бодолцох нь зүйтэй байна.

Дэлхийн Эрүүлийг Хамгаалах Байгууллагын мэдээнээс үзэхэд 1974 онд манай улсын 10000 хүнд эмнэлгийн 36 сувилагч оногдож байгаа нь дэлхийн 30 гаруй улс, орны дараа орж байна.

Эдийн засгийн харилцан туслах зөвлөлийн гишүүн зарим орнуудад сувилагчийн хангамж 1974 оны байдлаар 10000 хүн амд Болгарт 36,7, Чехословакад 58,6, Унгарт 46,4, Польшид 37,0 Зөвлөлт Холбоот Улсад 47,0 байгаа ба нэг их эмчид оногдох сувилагчийн харьцаа мөн орнуудад 1,46, 2,21, 1,90, 1,72, 1,49 байна.

Ази тивийн улс орноос Японд 30,2 Кувейтэд 34,2 сувилагч 10000 хүн амд оногдож байгаа нь манай улсын үзүүлэлтээс доогуур байна.

Энэ бол манай нам засгаас хүн амын эрүүл мэндийг хамгаалах талаар авч хэрэгжүүлсэн арга хэмжээний үр дүн, социалист системийн орны хөгжлийн хурдац, давуу талыг тодорхойлж байгаа үзүүлэлт мөн.

ДУГНЭЛТ

1. Эдийн засгийн муж болон хотуудад сувилагчийн хангамж ихээхэн зөрөөтэй байгааг аажмаар жигдрүүлж, хөдөөний хүн амд байх сувилагчийн хангамжийг нэмэгдүүлэх шаардлагатайг судалгаа харуулж байна.

2. Нийслэл хот, аж үйлдвэрийн томоохон хотуудын хүн амд оногдох сувилагчийн тоог улсын дунджаас илүү байхаар төлөвлөгөөний төсөлд тусгаж байвал зүгээр байна.

3. Манай орны нөхцөлд сувилагчийн хангамжийг тооцоолохдоо нэг их эмчид оногдох сувилагчийн тоог 2,0—2,1 байхаар улсын дундаж нормативыг тогтоож болох байна.

НОМ ЗҮЙ

Службы здравоохранения в Европе. Европейское региональное бюро ВОЗ. Копенгаген 1975 г.

Ежегодник мировой санитарной статистики 1973—1976 том. III. ВОЗ. Женева 1978 г.

Планирование и разработка программ для Всемирная организация здравоохранения Женева 1974 г.

Народное хозяйство МНР. 1973 г. г. Улан-Батор, 1974 г.

БНМАУ-ын Эрүүлийг хамгаалахын хөгжилт (Статистикийн товч лавлах) Улаанбаатар 1977 он.

К ВОПРОСУ ОБЕСПЕЧЕННОСТИ МЕДИЦИНСКИМИ СЕСТРАМИ

РЕЗЮМЕ

Ма. Шагдарсурен

В данной статье проанализирован уровень обеспеченности медицинскими сестрами в учреждениях здравоохранения по экономическим регионам, городом и селам и выявил их различия. Для постепенного выравнивания различия обеспеченности медсестрами между городами, на основе этого анализа, автор предлагает установление соотношения 2,0—2,1 медсестер из одного врача и увеличение обеспеченности медсестрами для сельского населения.

Монголын баруун хязгаарт эрүүлийг хамгаалах ажил үүсч хөгжсөн түүхийн тухай

Дэд эрдэмтэн Б. Дэмбэрэл,
Эрдэм шинжилгээний ажилтан П. ЯНСАН

Манай орны алс баруун хязгаар Алтайн сүрлэг уулын бүсэд Ховд, Увс, Баян-Өлгий аймаг оршдог. Энд монголын хамгийн олон ястны төлөөлөгчид аж төрдөг билээ.

Хувьсгалаас өмнө «Баруун Монгол» хэмээн нэрлэгдэж байсан энэ нуггийнхан монголын бусад хүн амын нэг адил нүүдэллэн амьдарч, мэл аж ахуй, зарим цөөн хэсэг нь газар тариалан эрхлэн амьдарч байжээ.

Шарын шашны мунхруулагч нөлөөнд гүнзгий автагдсан монголчуудын нэг адил Баруун Монголын ард түмний хувь заяа, эрүүл мэнд туйлын хөөрхийлөлтэй байлаа. Монголын ард түмний үгүйрэн хоосорч, дарлал мөлжлөлд зовж байсныг жуулчид, эрдэмтэд тэмдэглэхдээ:

«Манай хөсөг рүү «юм тусал, хайрла» гэсэн өрөвдмөөр нүүр царай бүхий монголын ядуу бүсгүйчүүд ирцгээнэ. Энд үгүйрэл хоосрол ёстой үүрлэсэн газар гэдгийг тэдний зовж зүдэрсэн бие нь үгнээсээ илүү гэрчилж байв.»¹

«Хятад Манж»-аас монголчуудын амьдралд хүлээлгэсэн дарлалаас ангижрах халуун хүсэл монголчуудын дотор байна»² гэж дурджээ. Манжийн эрх баригчид орос монголын харилцааг цагдан захирах зорилгын үүднээс 1727 оноос хойш хил дагуу олон тооны харуул байгуулан ажиллуулж байжээ.

Хил залгаа оросуудын аж ахуйгаа эрхлэн хөтлөх арга барил монголчуудын ахуйд аажмаар нэвтэрч хоорондоо арилжаа наймаа хийж, соёл ахуйн үр дагавар буй болж байлаа. 1911 онд Ховдод консулын газар нээсэн байна. Энэ мэт харилцааны эх үүсэл нь оросын худалдааны капитал Монголд нэвтрэх дэвсгэр болж түүнийг дагалдан эрүүл мэндийн холбогдолтой холбоо харилцаа өргөжиж байв.

Манжийн ноёрхлыг түлхэн унагааж тусгаар тогтносон 1911 оны үед буюу XX зууны эхээр дэлхийн хувьсгалт хөдөлгөөний төв Орос оронд шилжсэн нь Орос Монголын харилцаанд онцгой ач холбогдолтой болов.

1850—80-иад оны үед манай оронд ирж байсан Я. И. Шишмарев, А. А. Гельмерсен, жуулчин Н. М. Пржевальский, Г. Н. Потанин, М. В. Певцев, З. Л. Матусовский, К. Ф. Голстунский, А. Позднеев, А. Д. Руднев, В. А. Обручев, М. М. Майский зэрэг жуулчин экспедицийнхний бичсэн ном тэмдэглэлд монгол орны байгаль газар зүй, хүн ардын ахуй амьдрал, зан заншил, тэр үед гарч байсан өвчин эмгэг

¹ Боголепов, Соболев. «Очерки русско-монг. торговли» Томск. 1911. стр. 3.

² А. М. Позднеев. «Монголия и Монголы» 1896, стр. 46.

рашаан ус, ан амьтад, шашин лам нарын талаар сонирхолтой мэдээ их байдаг. Орос орноос монголд олон тооны эмч нар ирж байлаа. Эдгээр хүмүүс гол төлөв халдварт өвчнийг судлан орос оронд тархан дэлгэрэхээс хамгаалж байжээ. 1898 онд Д. К. Заболотный, 1899 оны зун Дамаскин, намар нь Ю. Д. Талько-Грынцевич, 1900 онд И. Н. Ланг, М. И. Подбельский нарын удирдлагаар экспедиц ажиллажээ

Төв Ази, монгол орныг судалсан эдгээр жуулчид, экспедицийн бүрэлдэхүүнд эмнэлгийн мэргэжлийн хүмүүс оролцож тэдний эрүүл мэндийг хамгаалдаг байв. Ер нь тэр үеийн жуулчид алс холын аянд явахдаа эмийн сан, эмчилгээний заавар авч явдаг байв.

Оросын олон худалдаачид монголд ирэхдээ Цэцгийн тариа хийж бага эмч нарыг авчирч байжээ.¹ Ф. И. Ермолин, А. Д. Корнаков, А. В. Бурдуковынхан, Ф. А. Парняков нарын олон хүмүүс монголчуудад эмнэлгийн зохих тусламжийг үзүүлж байв.

1885 оноос эхлэн монгол газар 30 шахам жил сууж 1914 онд Орос худалдаачдын нөхөрлөлийг Баруун Монголд (одоогийн Увс аймгийн Баруунтурууны нутаг Хангилцаг гэдэг газар) байгуулсан А. В. Бурдуков нутгийн монголчуудын соёл ахуйн талаар анхаарч тусалдаг байсны нилээд хэсэг нь эрүүл энхийн холбогдолтой юм. А. В. Бурдуков түүний гэр бүл А. И. Бурдукова Баруун Монголын хүн амын зарим хэсэгт эмнэлгийн анхны тусламж, ялангуяа төрөлт, гэмтэлд тусламж үзүүлж, эм, ариун цэврийн бараа олоход нь тусалж байжээ. А. И. Бурдукова оросоос цэцгийн тариа авчирч өөрөө хийхийн зэрэгцээ бусад орос хүмүүст зааж хийлгэж байв.²

Октябрийн социалист их хувьсгалын монгол оронд нөлөөлж, ялсан орны пролетари нарын тусламжтайгаар МАХН-ын мэргэн удирдлагын дор ардын хувьсгал ялж монголын ард түмний хувь заяа хамгийн сайн сайхнаар шийдвэрлэгдсэн юм.

МАХН, ардын засаг ард түмнийхээ сайн сайхны тусын тулд бүхнийг хийж эхэлсэн юм. Сүм хийд лам нар, феодалын эрх ямба, алба татварыг хязгаарлах, гадаадын капиталыг шахан зайлуулах, орон нутгийн засаг захиргааг өөрчлөн ард олныг өргөн оролцуулах, ардын боловсрол, соёл, эрүүлийг хамгаалах ажлыг цоо шинээр үүсгэн байгуулах зэрэг нөр их ажилд дэс дараатай арга хэмжээ авсан юм. 1920 оны 4 сарын 7-нд Ховдын хязгаарт тариачин хошуу байгуулжээ. Энэ нь засаг захиргааны шинэ зохион байгуулалтын нэг арга хэмжээ байсны дээр тэдний тариа тарих уламжлалыг нь харгалзан дэмжсэн эдийн засгийн зорилго бүхий ахуй амьдралыг нь дээшлүүлэхэд чиглэгдсэн зөв арга хэмжээ байв.

1923 оны эцсээр нутгийн захиргааг сонгохтой холбогдуулан дөрвөд хоёр аймаг хамтран хуралдсан байна. 1923 онд аймгуудын хуучин нэрийг өөрчлөхөд засагт ханы аймаг нь Хантайшир уулын аймаг гэж нэрлэгдэх болжээ. Ардын төр бэхжихийн хамт орон нутгийн засаг захиргааны зохион байгуулалт цэгцэрч, ард түмэнд улам ойртож иржээ. 1925 оны эцсээр Дөрвөд хоёр аймгийг нэгтгэж Чандмань уулын аймаг хэмээн нэрлэх болжээ.

МАХН-ын Төв Хороо, Сайд нарын Зөвлөл 1938 оны VI сард Ховд аймгийн үндэсний цөөнхийн тухай асуудал хэлэлцэж казак ястны феодалын байгууллын үлдэгдлийг халж ардчилсан захиргаа байгуулах шийдвэр гаргасан байна. Энэ шийдвэр ёсоор 1938—1939 онд казак, урианхай зэрэг цөөнх үндэстнийг өөрсдийн нь сайн дурын үндсэн дээр нутагшин дассан идээшил сайтай газар нутгаар ханган хуучин феодалын байгууллыг нь халж ардчилсан сонгуулийн үндсэн дээр

¹ Немой, А. С. Советские медики в МНР М. 1978 стр. 18

² Мөн ном. 19-р тал.

орон нутгийн засаг захиргааг байгуулсан байна. Үүний дунд эдгээр цөөнх ястны орон нутагт ардчилсан засаг захиргаа хоршоо, худалдаа, сургууль, хүн-мал эмнэлгийн салбар, клуб, улаан гэр байгуулж ардуудын хэрэгцээт бараа товарыг ЗХУ-аас захиалан ирүүлж казак ястанд Зөвлөлт Казакстаны үсгийг хэрэглүүлэх, тэндээс эмч, багш зэрэг мэргэжлийн сэхээтнүүдийг урьж ажиллуулах болов.

1938 онд МАХН-ын Төв Хорооны тэргүүлэгчдийн хурлаар казак цөөнх ястны орон нутгийн ардчилсан засаг захиргаа байгуулсан тухай дүнг авч хэлэлцээд «Бага ястны доторхи феодалын үеийн хоцрогдсон байдал ба соёл боловсролгүй бүдүүлэг байдлыг халж, ястан үндэстний зөрчлийг арилгаж...бага ястан ардуудыг монголын түмэн ардуудын хамт ЗХУ-ын тусламжтайгаар хөрөнгөтний бус замаар хөгжүүлэхэд... дайчлан татаж оролцуулахад оршино»¹ гэж заажээ. 1940 онд Баян-Өлгий аймаг биеэ даан байгуулагдав. Эдгээр арга хэмжээ нь Баруун хязгаарын үндэстний цөөнхийг монголын ард түмэнтэй нэгэн гэр бүлийн тэгш эрхтэй найрсаг аж төрөх үүд хаалгыг нээж үндэстний цөөнхийн талаар интернационалч зөв мэргэн бодлого явуулж хэрэгжүүлсэн МАХН-ын түүхэн гавъяа мөн билээ.

Монголын ард түмэнд шинжлэх ухааны эмнэлгийн тусламжийг үзүүлэхэд ЗСБНХОУ-ын ардын эрүүлийг хамгаалах комиссариатын эмнэлэг ариун цэврийн ба эрдэм шинжилгээний экспедицүүд чухал үүрэг гүйцэтгэсэн байна. Эдгээр экспедицийн эмч нар зөвхөн эмнэлгийн тусламж үзүүлэх төдийгүй, ард түмний дунд ариун цэврийн соёлыг түгээн дэлгэрүүлэхэд чухал ач холбогдолтой байв.

1929 онд ирсэн эмнэлэг ариун цэврийн III экспедицийн бүрэлдэхүүнээс зохион байгуулагдсан В. В. Хряпин ахлагчтай I отряд, 1933 онд ирсэн IV экспедицийн бүрэлдэхүүнээс зохион байгуулагдсан М. А. Усиков, дараа нь Л. Иоффе ахлагчтай II отряд монголын Баруун хязгаарын ард түмэнд үйлчилж байв. 1934 оноос Ховд дахь Европ эмнэлгийн харъяанд эмийн сан байгуулагджээ. 1927 оноос Улаангомд түвд эмнэлгийн салбар, дараа нь улсын VI хурлын шийдвэрээр 10 ортой Европ эмнэлэг байгуулагдсан байна. Энэ тухай улсын VI хурлын тогтоолд заахдаа: (хорьдугаар оны (1930) хөдөө газруудад Европын эмнэлгийн салбар байгуулбал зохих газруудыг нэрэлбэл:

...Жаргалантад 20, Улаангомд 10 хүнээс доош бус ор бүхий газруудыг хурдавчлан байгуулахын дээр чухал хэрэглэгдэх их, бага эмч нарыг СССР улсаас болох зохих хэргээр хурдавчлан ирүүлэх явдлыг эрүүлийг хамгаалах яаманд даалгавал зохино гэжээ.²

1937 оноос эхлэн зөвлөлтийн эмч Ф. И. Торгашин гэр бүл Зинаида Харитоновнагийн хамт энэ хязгаар нутагт 10 гаруй жил үр бүтээлтэй ажиллаж нутгийн оршин суугчдын талархлыг зүй ёсоор татсан байна.

Улсын II их хурал, эрүүлийг хамгаалах департаментаас хүн ардыг эмчлэн сувилах больниц байгуулахын чухлыг зааж, хүн эмнэлгийн салбарыг хэд хэдэн аймагт нээн ажиллуулахаар шийдвэрлэсний нэг нь Чандмань уулын аймаг (Ховд)-т байгуулсан улсын төсөвтэй түвд эмнэлгийн салбар, дараа нь Европ эмнэлгийн салбар байв.

1931 оны V сарын 11-ний өдөр хуралдсан аймгийн намын хорооны тэргүүлэгчдийн 19 дүгээр хурлаар аймгийн больницын эмч К. Андреевын илтгэлийг сонсоод тогтоосныг үзэхэд Европ эмнэлэг их эмч 1, бага эмч 1, сувилагч 3, асрагч 3, тогооч 2, угаагч 1, хэлмэрч 1, эмнэлгийн

¹ МАХН-ын түүхэнд холбогдох баримт бичгүүд. I дэвтэр, УБ. 1966. 351-р тал

² БНМАУ-ын түүх. УБ. 1969. III дэвтэр, 363-р тал

15 ортойгоор байгуулагдаж их эмчээр Л. А. Сесанов¹ ажиллаж байжээ.

Баян-Өлгий аймаг байгуулагдахад аймгийн больницыг 10 ортойгоор сумын бага эмчийн 5 салбар, сувилагчийн 6 салбар, аптека 1-тэйгээр зохион байгуулж зөвлөлтийн эмч Т. А. Садова ажиллаж байжээ.²

Е. Шаханов, А. А. Добренский, С. Шуланова, А. М. Распутин, М. Чернешев, Г. С. Колесникова, Олзоев, Н. И. Андреева, Ф. И. Горшиков, И. Л. Бласов (1932—1935), В. Добровольский, И. Д. Булькин, М. В. Луценко, М. Стяжкина, В. Нязова нарын зэрэг зөвлөлтийн олон арван мэргэжилтнүүд монголын алс баруун хязгаарт удаа дараалан ирж ажилласан байна.

Монголын ард түмний эрүүл энхийн үйлсэд зөвлөлтийн эмч мэргэжилтэн, коммунистууд интернационалч элгэн халуун сэтгэлээр ханддаг байсан юм.

1927 оны IX сард монголд ирсэн ЗСБНХОУ-ын эмнэлэг ариун цэврийн II экспедицийн дарга, их эмч Г. И. Ивицкий экспедицийн бүрэлдэхүүнд хандаж Москвагаас явахын өмнө хэлэхдээ:

«Бид харийн оронд амьдрах боловч монгол орон бидний хувьд харийн биш юм. Бид коммунистууд. Монгол орон нэг адил социализм руу явж байна. Иймд монголд очиж байгаа зөвлөлтийн хүн бүр энэ оронд туслахад бэлэн байх ёстой. Бид зөвхөн мэргэжлийн талаар туслах бус социализм байгуулалтын 10 жилийн туршлагаа манай ах дүү нарт дамжуулах үүрэгтэй коммунистууд билээ»³ гэжээ.

1932 оноос Ховдын Алтай, Булган, Үенч, 1937, 1938 оноос Увсын Хяргас, Өндөрхангай, Ховд, одоогийн Баян-Өлгийн Улаанхус, Цагаан нуур Сагсай зэрэг сумдад бага эмчийн салбаруудыг нээн ажиллуулсан байна.

МАХН-ын Төв Хорооны тэргүүлэгчид, Ардын Сайд нарын Зөвлөлийн гишүүдийн хурлаас «Ардын эрүүл мэндийг хамгаалах ажлыг сайжруулах тухай» 1928 онд гаргасан 26 дугаар тогтоолд:

«Орон нутгийн эмнэлгийн салбаруудыг шинээр нээж байгуулах буюу өөр газар шилжин нүүхэд юуны өмнө... хязгаарын аймгуудын зарим сумдыг онцлон үзвэл зохино. Ховд аймгийн үндэсний захиргаа бүхий хошуу сумуудад эмнэлгийн салбарууд байгуулах явдлыг намын хороо ба аймгийн яамд лугаа харилцан гүйцэтгэсүгэй»⁴ хэмээн заажээ. Уг тогтоолоор аймаг бүрт 2—3 буюу 4 сум тутамд их, бага эмчийн салбарыг 7—10 хүртэл ор, эмийн сантай байгуулахыг заасны дотор Ховд аймгийн 5 сумын эмнэлгийн салбар дээр нэмж 1, Увс аймгийн 3 сумын салбар дээр нэмж 2 салбар байгуулахыг дурдсан байна.

1948 оноос үндэсний их эмч нар орон нутагт ажиллах болж Ховдод Д. Лхамсүрэн, С. Дунгаамаа, Ч. Долгор, Увсад Б. Дамдинсүрэн, Д. Шагдар, Баян-Өлгийд Т. Дамдин, Будаев нарын эмч нар үр бүтээлтэй ажиллажээ.

Баруун аймгийн хөдөлмөрчдөд шинжлэх ухааны эмнэлгийн үр шийг хүртээх нэр хүндтэй ажлыг хүнд хэцүү нөхцөлд сайн биелүүлсэн Л. Балжинням, Л. Дагмид, С. Ичинхорлоо, Д. Рэгзэн, Г. Туваан, И. Лунжгаа, Ж. Ахмет, Ц. Батаа, Я. Намсрай, Д. Балжинням, Н. Сандаг, Т. Мунаа, Ж. Үржин, Д. Жигжээ зэрэг ахмад үеийн олон арван бага эмч нар тэр нутгийнхны хайр хүндэтгэлийг хүлээсэн юм.

¹ Ховд аймгийн Эрүүлийг хамгаалах байгууллагын түүхчилсэн танилцуулга. Ховд хот. 1976 он. 11-р хуудас

² Баян-Өлгий аймгийн Эрүүлийг хамгаалах байгууллагын түүхчилсэн танилцуулга.

³ Немой А. С. Советские медики в МНР. М. 1978, стр. 32.

⁴ МАХН-ын түүхийн архив. фонд 1, товъёог 6 нэгж 151-ээс их эмч Г. Магсаржав хуулбарлан засчээ.

«Зөвлөлтийн мэргэжилтэн их эмч А. М. Распутин бид хоёр Ховд аймагт 1940 онд сувилагчийн 3 сарын курсыг 19 хүний бүрэлдэхүүнтэй нээж хичээл зааж байсныг маршал Х. Чойбалсан өндөр үнэлж эмнэлгийн боловсон хүчин дутагдалтай одоо үед чухал арга хэмжээ болж байна хэмээн хэлж байсан» гэж эдүгээ хувьсгалт тэмцлийн ахмад зүтгэлтэн, БНМАУ-ын хүний гавъяат эмч Г. Туваан гуай дурсан ярьж байна.

1950 оноос Ховд, Увс, Завхан, Говь-Алтай, Баян-Өлгий аймгуудыг үйлчлэх аймаг дундын больницыг Ховд аймагт төвлөрүүлэн байгуулсан нь дотор, мэдрэл, төрөх, мэс засал, халдварт зэрэг нарийн мэргэжлийн тусламжийг хөдөөний хүнд амд ойртуулах, хөдөлмөрчдийн чирэгдлийг багасгахад чухал ач холбогдолтой болсон юм. Эмнэлэг урьдчилан сэргийлэх байгууллага, мэргэжлийн боловсон хүчний тоо хөдөөд нэмэгдэж, материаллаг бааз бэхжин социалист эрүүлийг хамгаалах нэгдсэн систем бүрэлдэн тогтсон билээ. Хоцрогдмол харанхуй байсан энэ зах хязгаар нутгийн ард түмэн ардын хувьсгалын жилүүдэд эрүүлжин энхжиж, эмнэлэг үйлчилгээ, хүн амын зүйн үзүүлэлтээр улсын дундаж хэмжээнд хүрч, сум бригад бүхэн эмчлэн сэргийлэх байгууллагатай болж чадсан нь монгол ардын хувьсгалт намаас үндэсний цөөнхийн талаар авч явуулсан интернационалч зөв мэргэн бодлогын бодит үр дүн мөн юм.

* * *

Баруун аймгуудад эрүүлийг хамгаалах ажил үүсч хөгжсөн нь тус улсын социалист эрүүлийг хамгаалах ололтын нэг хэсэг бөгөөд МАХН, ардын төрөөс үндэстний цөөнхийн талаар авч явуулсан интернационалч зөв мэргэн бодлогын үр дүн юм.

Манай нам улс орны алслагдсан хүн амын дотор шинжлэх ухааны эмнэлэг, соёл гэгээрлийн ажлыг түгээн дэлгэрүүлэх, алслагдсан хүн амд эмнэлгийн тусламжийг ойртуулах программт зорилтыг хувьсгалын эхэн үеэс дэс дараатай хэрэгжүүлсэн байна.

Эрүүлийг хамгаалах явдал үүсч хөгжсөн бүхий л үеийн туршид Октябрийн хувьсгалын өлгий-ах дүү зөвлөлт орны эмч мэргэжилтэн нар интернационалч элгэн халуун сэтгэлээр нэр төртэй ажиллаж, шинжлэх ухааны эмнэлгийг феодалын хоцрогдсон монгол орны алслагдсан бөглүү хязгаарт цоо шинээр үүсгэн хөгжүүлэх их үйлсэд манай үндэсний дунд мэргэжилтнүүдтэй хамт туулсан гавъяатай хүмүүс юм.

К ВОПРОСУ ОБ ИСТОРИИ СТАНОВЛЕНИЯ И РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ЗАПАДНОМ КРАЕ МОНГОЛИИ

РЕЗЮМЕ

Б. Демберел, П. Янсан

В работе представлены материалы об истории зарождения и развития здравоохранения в Западной Монголии на основе литературных данных и архивных источников.

В статье освещаются некоторые вопросы жизни и состояния здоровья народа Западной Монголии до революции и социально-экономических мероприятиях МНРП и народного правительства по отношению национальных меньшинств после победы революции 1921 года.

Эрүүлийг хамгаалах салбарын байршил, түүнд нөлөөлөх хүчин зүйлийн тухай зарим асуудал

П. ЯНСАН. (Эрдэм шинжилгээний ажилтан)
Л. БУДЖАВ. (Анагаах ухааны дэд эрдэмтэн)

Улс ардын аж ахуйн салбар, түүний нэгжийг зөв зохистой байршуулах асуудал онцгой чухал ач холбогдолтой юм. Тус орны байгаль цаг уурын нөхцөл, шинжлэх ухаан техникийн хөгжлийн хандлага, хүн амын өсөлт, социалист эдийн засгийн интеграцад БНМАУ-ын оролцох байдлыг харгалзан манай орны нийгэм эдийн засгийн хөгжлийн хэтийн чиглэл, үйлдвэрлэх хүчний хөгжил байршлын ерөнхий схемийг 10—15 жилээр боловсруулахыг¹ МАХН-ын XVII их хурлаас заасан юм.

Нийгмийн үйлчилгээний хүрээний чухал салбарын нэг социалист эрүүлийг хамгаалахын хөгжил байршлын зүй зохистой харьцаа нь улс ардын аж ахуйн бусад салбарын хэтийн чиглэл, байршилтай нягт холбоотой, харилцан уялдаатай байх ёстой.

Эмнэлгийн нарийн мэргэжлийн тусламжийг ард иргэд ялангуяа хөдөөний хүн амд улам бүр ойртуулахын чухлыг МАХН-ын программ, сүүлчийн их хурлуудаас онцгойлон заасныг бүрэн шийдвэрлэхэд эрүүлийг хамгаалахын байршил онцгой үүрэг гүйцэтгэх юм.

«Тус улсын нутаг дэвсгэрт оршин сууж байгаа хүн амд үзүүлэх эмнэлгийн тусламжийн батлагдсан нормчлол, нутаг орны эдийн засаг, газар зүй, хүн амын суурьшил зэрэг бусад онцлогийг харгалзан эрүүлийг хамгаалах байгууллагын цэг салбарын байршилтыг тогтоож, өргөтгөн хөгжүүлнэ²» гэж БНМАУ-ын эрүүлийг хамгаалах хуулинд заажээ. Эмнэлгийн байгууллагыг зохистой байршуулах асуудлаар А. С. Георгиевский, К. Я. Журкович, А. П. Жук, Л. Е. Поляков, Г. А. Попов, В. И. Кант, В. И. Прокопишин зэрэг зөвлөлтийн эрдэмтэд томоохон бүтээл туурвижээ.

Хөдөөний эмнэлгийн байгууллага (В. И. Кант 1967), рашаан амралт сувиллын газар (М. М. Раевский 1969), эмийн сан (В. И. Прокопишин 1970), нарийн мэргэжлийн больницыг (И. А. Тестемичану 1970) зохистой байршуулах талаар Зөвлөлт Молдавын эрдэмтэд сонирхолтой туршилт хийсэн байна. Эмнэлгийн байгууллагын зохистой байршлын судалгаанд шугаман программчлал, нийтээр үйлчлэх онол, математик загварчлалын³ зэрэг орчин үеийн аргачлалыг өргөн хэрэглэж байна.

Нам, засгаас авсан арга хэмжээний үр дүнд хотод хэсгийн эмнэлэг, хөдөөд их эмчийн салбар олноор байгуулагдаж хүн амд үзүүлэх эмнэлгийн үндсэн нарийн мэргэжлийн тусламж өргөжлөө. Манай орны эрүүлийг хамгаалахын хөгжлийн одоогийн шатанд хүн амын эмнэлэг үйлчилгээний улам бүр өсөн нэмэгдэж байгаа эрэлт хэрэгцээг хангахад тус салбарын байршлын асуудал анхаарал татаж байна.

Манайд аймаг дундын ба сум дундын, түүнчилэн үйлдвэр аж ахуйн газрын цехийн байршлаар эмнэлэг, хэсгийг зохион байгуулж ирлээ. Ялангуяа аймаг, сум дундын байршлаар эмнэлэг үйлчилгээний

¹ МАХН-ын XVII их хурал. УБ. 1976. 63-р тал

² БНМАУ-ын эрүүлийг хамгаалах хууль. УБ. 1977. 11-р тал

³ В. И. Кант, Н. В. Пустовой. Планирование и экономика здравоохранения. Москва. 1976, стр. 10.

хэлбэрийг буй болгосон нь хөдөөний хүн амд эмнэлгийн нарийн мэргэжлийн тусламжийг ойртуулах тохиромжтой хэлбэр болж үр ашгаа өгсөөр байна.

Социалист бүтээн байгуулалтын өнөөгийн шатанд хот суурин, төвлөрсөн томоохон газарт хүн амд амбулатори-поликлиник, хэсгийн эмнэлэг үйлчилгээг аль болох ойртуулах, идэвхтэй эргүүл хяналтыг нэвтрүүлэх, хэвтүүлэн эмчлэх стационарын тусламжийг төвлөрүүлэх, хүчин чадлыг нь ихэсгэх хандлагатай байхад хөдөөд нарийн мэргэжлийн тусламж үзүүлэх төв болсон сум дундын эмнэлгийг бэхжүүлэх, амбулатори-стационар бүхий их эмчийн салбарыг олшруулах, алслагдсан хүн амд нүүдлийн (явуулын) үйлчилгээг зохион байгуулах зэрэг зорилт тавигдаж хэрэгжсээр байна.

Зүрх судас, мэдрэлийн мэс засал, бөөрний хордлого тайлах, радиозотопын эмчилгээ шинжилгээ зэрэг шинэ цэг салбарууд голчлон нийслэл хотод төвлөрөн байршиж байна. Нарийн мэргэжлийн эмнэлэг үйлчилгээний ийм цэг салбарыг газар бүр байрлуулах шаардлага ч байхгүй нь мэдээж билээ. Гэвч хотод ирж эмчлүүлж байгаа хүн цөөнгүй байна. Улаанбаатар хотын томоохон эмнэлэгт хэвтэгчдийн 15—20 гаруй хувь нь, цацраг туяа эмнэлэгт хэвтэгчдийн 50 гаруй хувийг орон нутгаас ирсэн хүн эзэлж байна. Энэ нь хүн амын эмнэлэг үйлчилгээний эрэлт хэрэгцээг хөдөөд хангаж чадаагүйг харуулж байна.

Улаанбаатар хотод төрөх, халдварт, хүүхэд зэрэг мэргэжлийн үйлчилгээг төвлөрүүлэн хэсгийн эмнэлгүүдийг түүнд нэгтгэн байршуулж байна. Аймаг орон нутагт одоо байрлаж байгаа эмнэлэг, урьдчилан сэргийлэх байгууллагууд нэрлэл хүчин чадлын хувьд үндсэндээ ижил байгаа юм.

Хөдөөний эрүүлийг хамгаалахын хөгжлийн түүхэнд чухал үүрэг гүйцэтгэж ирсэн бага эмчийн салбар одоо нэгдэл сангийн аж ахуйн бригад, ферм, тасагт шилжин байрших боллоо. Бага эмчийн салбарыг ариун цэвэр-гэгээрэл, урьдчилан сэргийлэх тарилга, эмч дуудах чиглэлээр цаашид ажиллуулах, сумын төвөөс их алслагдсан зарим бригад тасагт ортой салбар ажиллуулах чиглэл баримталж байна. Их эмчийн салбарыг сум бүрт цаашдаа алслагдсан, хүн ам олонтой томоохон бригад тасагт хүртэл байгуулах, эмчийг нэмэх, орыг хүн амын тоо, өвчлөлийг харгалзан зэрэглэл тогтоох, хот хөдөөний эмнэлгийн байгууллагуудад ор, боловсон хүчний зөв харьцааг өөрийн орны онцлогт тохируулан тогтоох, түүнийг цаашдын төлөвлөлт, хөгжил байршилтанд баримталж байх нь чухал юм.

Хөдөөний хүн амд эмнэлгийн нарийн мэргэжлийн тусламжийг ойртуулах ирээдүйтэй хэлбэр болсон сум дундын эмнэлгийг зөв байршуулах талаар онцгой анхаарах хэрэгтэй юм. Сум дундын эмнэлгийн байршилд гол анхаарах зүйл нь үйлчлэх хүрээний хүн амын төвд байрласан зам, харилцаа холбооны хувьд боломжтой газар байх нь чухал. Улсын хэмжээний 50 шахам сум дундын эмнэлгээс зарим нь байршлын буруугаас татан буугдаж зарим нь үйлчилгээний хувьд доголдон боловсон хүчин, орны хүчин чадал хангалтгүй ашиглагдаж байна.

Ховд аймгийн Мөстийн сум дундын эмнэлэг, Увсын Сагилын сум дундын эмнэлгүүд байршлын буруугаас татан буугдаж, Баян-Өлгийн Ногооннуур, Өмнөговийн Ноён сум дундын эмнэлгүүд байршил нь тохироогүй, үйлчлэх хүн амынхаа захад байна. Сум дундын эмнэлэгт заавал олон сум харъяалуулалгүйгээр орон нутгийн байдал, байршлыг харгалзан 2—3 сумыг харъяалуулан, түүнд тохирсон хүчин чадал, зэрэглэл тогтоож болох юм. Аливаа эмнэлгийн байгууллага төв орон нутгийн засаг захиргааны тодорхой нэгжийг (бригад, сум, район) дагаж байрлах учраас тэднийг зөв байрлуулах явдал эмнэлэг үйлчилгээний байршил хөгжилтөд чухал үүрэгтэй.

Эрүүлийг хамгаалах салбарын хөгжил байршилтад нөлөөлөх олон тооны хүчин зүйлийг дотор нь нийгэм эдийн засгийн, байгаль газар зүйн, хүн амын зүйн, эмнэлэг-эрүүл ахуйн зэрэг бүлэгт хуваана.

Шинжлэх ухаан техникийн дэвшил, байгалийн нөөц баялгийн зүй зохистой ашиглалт, аж үйлдвэр, хөдөө аж ахуй болон бусад салбарын оновчтой хослол хөгжил, хөдөлмөрийн нөөц, үйлдвэрлэлийн үндсэн фондын ашиглалт, үйлдвэрлэл эдийн засгийн төгөлдөржилт, эдийн засгийн мужлал, шинэ нутаг дэвсгэрийг ашиглан эзэмших боломж, тээвэр, холбоо харилцаа, ард түмний аж байдал, соёлын түвшин зэрэг олон асуудал нийгэм эдийн засгийн хүчин зүйлд хамаарна. Газар зүйн бүс, дэвсгэр нутгийн байдал, цаг улирал, байгалийн баялаг, зам харилцаа (радиус) зай хэмжээ зэрэг нь байгаль-газар зүйн хүчин зүйлд хамаарна. Хүн амын тоо, тэдгээрийн байршил, ажил үйлдвэрлэлд хуваарилагдсан байдал, хүн амын нас хүйсний бүтэц, хөдөлгөөн, нөхөн үржихүй зэрэг нь хүн амын зүйн хүчин зүйлд хамаарах юм. Хүн амын эрүүл ахуй, эмнэлэг урьдчилан сэргийлэх ажилд хандах хандлага, эмнэлэг үйлчилгээний эрэлт хэрэгцээ, хүн амын өвчлөл, эмнэлгийн байгууллага, ор, эмч нарын хангамжийн түвшин, хүчин чадал зэрэг нь эмнэлэг-эрүүл ахуйн хүчин зүйлд хамаарна. Дурдсан эдгээр хүчин зүйл эмнэлгийн салбарын хөгжил байршилтад дангаар ба нэгдмэл байдлаар нөлөөлөх учраас хүчин зүйлийн нөлөөллийн хир хэмжээ, харилцан уялдаа, хараат байдлыг судлан тогтоох, түүний үндсэн дээр эрүүлийг хамгаалах салбарын хөгжил байршлын зөв төлөвлөлтийг боловсруулах, тусгах хэрэгтэй юм.

Манай орны 1 км² нутагт 0,16—1,3 буюу улсын хэмжээгээр дунджаар 1 хүн оршин суудаг нь харьцангуй сийрэг бөгөөд байгаль газар зүй, цаг уурын эрс тэс нөхцөлд хүн амын өвчлөл, эмнэлэг үйлчилгээний радиус, эрэлт хэрэгцээ харилцан адилгүй юм.

Судалгаанаас үзэхэд эмнэлгийн байгууллагаас холдох тутам хүн амын эмнэлэгт үзүүлэх үзүүлэлт төдийчинээ цөөрч байна. (Ц. Мухар-1978 он). Сумын их эмчийн салбараас холдох зай 10 км-ээс ихсэх тутамд эмнэлэгт үзүүлэлт 1000 хүнээс дунджаар 50-иар багасаж байна. Гэтэл манай орны хөдөөд эмнэлэг үйлчилгээний зай хэмжээ харьцангуй их байгаа юм.

Зөвлөлтийн эрдэмтэн А. П. Жукийн тодорхойлсноор хөдөөд эмнэлэг үйлчилгээний радиус ЗХУ-д дунджаар 10—20 км байхад манайд 48 ± 20 км, Европын социалист оронд дунджаар 5 км байна. Манай орны хүн амын 40 гаруй хувьд үйлчилж байгаа хөдөөний эмнэлгийн хамгийн тохиромжтой, хүн амд ойрхон байгаа салбар болсон сумын их эмчийн салбар сум дундын эмнэлгээс дунджаар 81 ± 44 , аймгаас 166 ± 85 , өөрийн үйлчилгээний бригадаас 37 ± 14 км-ийн зайд байна. Гэтэл хөдөө аж ахуйн ажил үйлдвэрлэл, байгаль цаг уурын нөлөөнөөс болоод стор нүүдлийн үед бүр ч холдох нь тодорхой юм. Ийм нөхцөлд хөдөөний эмнэлгийн байгууллага өөрийн орон тоо бололцоондоо түшиглэн ЗХУ-ын Казахстан, Киргиз зэрэг улсын туршлагаар алслагдсан хүн амын тодорхой хэсэгт очиж «эмнэлгийн хөдөлгөөнт түр салбар» байгуулан ажиллаж байх нь чухал юм. Эмнэлэг үйлчилгээний зай хэмжээ, байршлыг тодорхойлоход хүн амын орон зай нутагшлын үзүүлэлт тухайлбал: Нэг сум, район, бригад тасагт байх хүний тоо, засаг захиргааны нэгжүүдийн хоорондын зай хэмжээ, үйлчилгээний дундаж, геометрийн, ойртлын дундаж радиус, медиан зэргийг харгалзан үзэх ёстой. Түүнчилэн хөдөөний хүн амыг эмнэлэг үйлчилгээний нь хувьд төвлөрсөн ба төвлөрөөгүй суурины гэж ангилж үзэх нь эмнэлгийн байршил үйлчилгээнд чухал юм. Төвлөрөөгүй суурины хүн амд гол төлөв малчид хамаарагдаж байна.

Дэд эрдэмтэн Ц. Мухарын судалгаагаар манай улсын сумдын хүн амын дөнгөж 23,6% нь төвлөрсөн суурины, 76,4% нь төвлөрөөгүй суу-

ринд хамаарагдаж байгаа бөгөөд хүн амын 36,5% нь сумын эмнэлгээсээ 30 км-ээс цааш оршиж байна. Эмнэлэг үйлчилгээний зай хэмжээ холоос болж төвлөрсөн биш суурины хүн амын эмнэлэгт үзүүлэлт төвлөрсөн сууриныхаас 2 дахин бага байгаа юм.

Увс аймгийн Бөхмөрөн сумын хүний их эмчийн салбар, Гаян-Өлгий аймгийн Ногооннуурын сум дундын эмнэлгээс 10 хүрэхгүй км зайд оршиж байна. Энэ сум дундын эмнэлэгт 4—5 нарийн мэргэжлийн их эмчтэй, аль аль суманд нь эмийн сан ажиллаж байна. Дорноговь аймгийн Эрдэнэ суманд төмөр замын их эмчийн салбар, сумын их эмчийн салбар, хилийн отрядын эмнэлэг зэрэг хэд хэдэн эмнэлэг байна. Эдгээр эмнэлгийг тусгайлан тогтоосон журам заавар дагуу зохион байгуулж эмнэлгийн хүчин чадал, мэргэжлийн боловсон хүчнийг зүй зохистой ашиглах хэрэгтэй юм. Нэг дор байгаа тийм салбаруудын их эмч нарыг мэргэжүүлэхдээ өөр өөр чиглэлээр, нэг нь мэс засал төрөхийн чиглэлээр, нөгөө нэг нь лаборатори физик эмчилгээний гэх зэргээр төрөлжин суурьшилтай ажиллавал эцсийн эцэст хөдөлмөрчдийн эрх ашигт тохирсон эмнэлэг үйлчилгээний ашигтай хэлбэр болох юм.

Хүн амын өвчлөлийг иж бүрнээр судлах, өвчлөлийн газар зүйн онцлог, тархалт, байршилтыг мэргэжлийн чиглэлээр тогтоох, түүний зураглалыг гаргах, улмаар ор, боловсон хүчний хэрэгцээ, нормативыг тухайн газар нутаг, мужлалын өвөрмөц онцлогт нь тохируулан нарийвчлан тогтоох, тэдгээрийн байршил зөв харьцааг буй болгох, хөдөө аймгуудад орыг мэргэжлээр төрөлжүүлэх ажлыг хийх хэрэгтэй байна.

Түүнчилэн хүн амын нас баралтын зонхилох шалтгаан болж байгаа цусны эргэлтийн эрхтэний ба хавдар, халдварт өвчний урьдчилан сэргийлэлт, эмчилгээний нэгдлийг хангах хүчин чадал бүхий мэргэжлийн цэг салбарыг төв орон нутагт олноор байгуулах, судасны мэс засал, өндөр настан, өсвөр үеийнхний эмнэлэг үйлчилгээ, нөхөн сэргээх эмчилгээний цэг салбарыг байгуулах явдал чухал. Эмнэлэг үйлчилгээний зай хол байгаа, хүн амд эмнэлгийн хөдөлгөөнт албыг тууштай хөгжүүлэх, аймаг бүрт нүүдлийн бүрэн тоноглогдсон амбулатори, сум дундын зарим шаардлагатай эмнэлэгт явуулын хэсэг, төвийн эмнэлэг урьдчилан сэргийлэх байгууллагуудаас үе үе бүрдмэл үзлэгийн бригад гарган ажиллуулж байх нь чухал юм. Аймаг, хотын нэгдсэн эмнэлгийн дэргэд сэхээн амьдруулах, гэмтлийн салбарыг 24 цагийн ажиллагаатайгаар байгуулах, хавдар судлал, бөөр, сэтгэл мэдрэл, харшил судлал зэрэг нарийн мэргэжлийн тусламж, шинжилгээ оношлолтын аймгийн ба аймаг дундын байршилтай төвийг байгуулах, аймаг хотод зөвлөх поликлиник, амбулатори байгуулах, агаар эмчилгээ, бөөрний сувилал зэрэг эмнэлэг үйлчилгээний шинэ цэг салбарын байршил, тэнд эмчлүүлэгчдийн ирж очих боломж, унаа зэргийг нарийвчлан тооцоолбол зохино.

Эрүүлийг хамгаалах салбарын хөгжил байршил, өргөжилт, шинэчлэлтэй холбогдуулан тус улсын эрүүлийг хамгаалах байгууллагын ангилал нэрлэлийг дахин хянаж үзэх нь зүйтэй юм. Түүнчилэн үйлдвэрийн томоохон цогцолбор объектод цехийн хэсгийг өргөтгөн нарийн мэргэжлийн нэгдсэн хэсэг буюу амбулатори болгох Дархан, Шарын гол, Эрдэнэт, Чойбалсан, Багануур хотод ЗХУ-ын туршлагаар үйлдвэрийн ажилчдыг эмнэлгээр үйлчлэх эмнэлэг ариун цэврийн хэсгийг зохион байгуулах талаар бодуштай байна.

Сүүлийн үед орон нутагт шинээр үүсч байгаа нэгдэл дундын хоршооллын салбарыг түшиглүүлэн эмнэлэг үйлчилгээний бие даасан салбарын зохион байгуулалтыг сонгох, эмнэлгийн байршил, хөгжилтийн чухал хүчин зүйл болсон материаллаг баазын хангалтыг онцгой анхаарах хэрэгтэй.

Эпидемиологийн онол—практикийн зорилгоор явуулах нийгэм - эдийн засгийн судалгааны үндсэн чиглэл, арга зүйн үндэс

Ж. КУПУЛ. (дэд эрдэмтэн)
Ч. ДАНГАА. (дэд эрдэмтэн)

Орчин үед халдварт өвчний улмаас учирч буй нийгэм-эдийн засгийн хохирлын хэмжээ, халдварт өвчинтэй тэмцэх бүрдмэл арга хэмжээний нийгэм-эдийн засгийн үр дүнг шинжлэх ухааны үндэслэлтэй судлан гаргах явдал нэн чухал асуудал болж байна.

Манай нам засгаас халдварт өвчинтэй тэмцэх, түүнээс урьдчилан сэргийлэх ажилд жил бүр олон зуун мянган төгрөгийн хөрөнгө зарцуулж байгаа билээ. Иймд халдварт өвчний тохиолдол бүрээс нийгэм-эдийн засагт гарч буй хохирол болон халдварт өвчинтэй тэмцэх, урьдчилан сэргийлэх арга хэмжээнд зарцуулж буй төгрөг тутмаас олж буй эдийн засгийн үр дүнг тооцоолон гаргах асуудал нэн чухал юм. Энэ асуудал нь манай нам засгаас дэвшүүлсэн зарчмын чухал ач холбогдолтой уриа лоозонг амьдралд хэрхэн хэрэгжүүлж буйг хэмжих чухал хэмжүүр мөн. Томуу, томуу төст өвчин, вируст гепатит, цусан суулга, балнадын өвчлөлийн түвшин харьцангуй өндөр байгаагаас нийгэм-эдийн засгийн хохирлын хэмжээ их байна.

Халдварт өвчний үед үйлдвэрлэлийн процессын хэвийн үйл ажиллагаа алдагдаж, эмнэлгийн байгууллагын ачаалал эрс нэмэгдэж ирдэг. Түүнчилэн хүмүүсийн хувийн ба нийгмийн амьдралын олон талын хүрээг хамарсан алдагдал, хохирол учирдаг.

Өвчтөнийг хожуу илрүүлэн хугацаа алдан хэвтүүлэхэд төдийчинээ хэмжээний нийгэм эдийн засгийн хохирол учирдаг.

Халдварт өвчний нийгэм эдийн засгийн ач холбогдлыг судлахдаа гарч буй эдийн засгийн хохирлыг мөнгөөр (төгрөг) хэмжин дүгнэнэ. Эдийн засгийн хохирол нь халдварт өвчний бүртгэгдсэн тохиолдол бүр үхлийн улмаас үүдэн гарсан хохирлын нийлбэрээр хэмжигдэнэ. Ийнхүү эдийн засгийн хохирлыг гаргахдаа өвчний нэг тохиолдлоос гарч буй эдийн засгийн дундаж хохирлын үзүүлэлтийг хэрэглэнэ.

Халдварт өвчний улмаас гарсан эдийн засгийн хохирол нь өвчний нэг тохиолдлын эдийн засгийн дундаж хохирлыг (нэг тохиолдлын цэгнэгдсэн дундаж өртөг) өвчлөгсдийн нийт тоогоор үржүүлсэнтэй тэнцэнэ. Өвчний нэг тохиолдлын цэгнэгдсэн дундаж өртөгт

- а) Эмнэлгийн арга хэмжээний зардал
- б) үйлдвэрлэлд гарч буй хохирол
- в) Халдварт өвчний улмаас хөдөлмөрийн чадвар түр алдахад олгож буй нийгмийн даатгалын хөрөнгө багтана. Эмнэлгийн арга хэмжээний зардлыг гаргахдаа өвчний тохиолдол бүрт эмнэлгийн янз бүрийн арга хэмжээний (үйлдлийн) дундаж давталтын тоог гаргаж хэрэглэнэ. Эмнэлгийн тодорхой нэг (уургын фракцийг тодорхойлох) арга хэмжээний дундаж давталтыг эмнэлэг, урьдчилан сэргийлэх байгууллагын анхан шатны баримт (өвчний түүх, яаралтай мэдээлэх хуудас, тайлан г. м.) бичигт тулгуурлан дүн шинжилгээ хийж гаргана. Өвчний нэг тохиолдлын улмаас гарсан эмнэлгийн арга хэмжээний

зардал нь эмнэлгийн арга хэмжээний дундаж өртгийг түүний давтал-
лын тоогоор үржүүлсэнтэй тэнцдэг.

Ажилчдын хөдөлмөрийн чадвар түр алдсаны улмаас гарах үн-
дэсний орлогын алдагдлыг ажиллаж байгаа нэг ажилчинд ногдох үн-
дэсний орлогын жилийн дундаж орлогоор гаргана.

Нийгмийн даатгалын хөрөнгийн зарцуулалтыг хөдөлмөрийн чад-
вар алдсан нэг өдөрт олгох дундаж тэтгэмжийг хөдөлмөрийн чадвар
алдсан нийт өдрийн тоогоор үржүүлж гаргана.

Дээр дурдсан аргаар гаргаж авсан үзүүлэлтэд тулгуурлан өвчний
нэг тохиолдлын цэгнэгдсэн дундаж өртгийг гаргадаг.

ЗХУ-ын хийсэн судалгаанаас үзэхэд өвчний нэг тохиолдлын цэг-
нэгдсэн дундаж өртөг цусан суулга өвчинд 194, гастроэнтероколитод
88, колиэнтеритэд 229, хордлогот бижид 59, балнадад 476, улаан эсэр-
гэнэд 30, улаанбурханд 42, менингококкийн халдварт 179, ТТӨ—28,
сальмонеллезэд 318, халдварт гепатитэд 348, салхин цэцэгт 20, гахай
хавдарт 29 рубль тус тус байна. Халдварт өвчний нас баралтын ул-
маас гарах эдийн засгийн хохирлыг уул хүн хөдөлмөрийн чадвартай
ажиллаж байсан үедээ бүтээж байсан үндэсний орлогын хэмжээгээр
тодорхойлдог.

Нас барагчдыг жил (хэдэн жилээр)-ээр насны бүлгээр ангилж,
насны бүлэг тус бүрт дундаж нас, улсад цаашдаа ажиллаж болох
байсан жилийг (өндөр насны тэтгэвэрт гарах хүртэл) тодорхойлно.

Цааш нь ажиллах байсан жил тутамд хөдөлмөрийн чадвараа
алдаж болох дундаж хугацааг гаргана. Гэвч хөдөлмөрийн чадвартай
нийт хүмүүсээс харьцангуй цөөнх нь материаллаг үйлдвэрлэлийн хү-
рээнд ажилладаг учир хөдөлмөрийн чадвар бүхий насандаа нас бар-
сан, материаллаг үйлдвэрийн хүрээнд ажиллах ёстой байсан хүний
тоог үнэн магад тооцоолон гаргахын тул эдийн засгийн тусгай үзүү-
лэлтийг хэрэглэнэ. Үүнд:

Ардын аж ахуй, амины туслах аж ахуй, материаллаг үйлдвэрлэ-
лийн хүрээнд ажиллаж буй ажилчин, албан хаагчдын тоо, хөдөлмө-
рийн чадвартай насны бүх хүний тоо зэрэг үзүүлэлт ордог.

Нас барагчдын хөдөлмөрийн чадвартай байж болох дундаж ху-
гацааг ашиглан алдагдсан хүн-жилийн тоог гаргана. Нас баралтын
улмаас гарах эдийн засгийн хохирлыг алдагдсан хүн-жилийн тоог
ажиллаж буй нэг ажилчны ажлаас орох жилийн дундаж цэвэр орло-
гоор үржүүлэн гаргадаг. Иймд эрүүлийг хамгаалахын эдийн засгийн
хүрээнд явуулж буй судалгааны үндсэн чиглэлийн нэг нь халдварт
өвчний нийгэм-эдийн засгийн ач холбогдолд тоогоор илэрхийлэн үнэл-
гээ өгөх асуудал юм. Халдварт өвчний уршгаар цаашид гарч болох
хохирлыг гаргахад халдварт өвчнийг урьдчилан сэргийлсний өртөгт
өгөх үнэлгээ чухал суурийг эзэлдэг.

Ийнхүү сэргийлсний өртгийг уул өвчинтэй тэмцэхэд зарцуулсан
ажлын өртөгтэй харьцуулан үзнэ. Энэ бол халдварыг эсэргүүцэх арга
хэмжээний эдийн засгийн үр дүн мөн. Эдийн засгийн үр дүнг гар-
гахдаа халдварт өвчинтэй тэмцэх арга хэмжээний зардлыг уул өвч-
ний гарахаас сэргийлж чадсаны үр дүнд гарсан өгөмжтэй харьцуулан
үздэг. ЗХУ-д 1959—1969 онд сахуу өвчинтэй тэмцэх эмнэлгийн арга
хэмжээний эдийн засгийн үр дүнг судалсан байдлаас үзэхэд сахуу
өвчинтэй тэмцэхэд улсаас зарцуулсан нэг рубль тутамд 16,2 рублийн
ашиг, хожоо гарсан байна.

Эрүүл ахуй, халдвар нян судлалын улсын институтэд хийсэн су-
далгаанаас үзэхэд сахуу өвчинтэй тэмцэхэд улсаас зарцуулсан нэг
төгрөг тутамд ... төгрөгийн ашиг гарсан байна. Энэ бол тоогоор илэр-
хийлсэн эдийн засгийн үр дүн юм. Хөдөлмөрийн чадварыг нилээд
хэмжээгээр алдуулж буй халдварт өвчний өвчлөлийг эрс бууруулах
явдал хөдөлмөрийн бүтээмжийг дээшлүүлэх, энэ чанараараа таваа-
рын бүтээгдэхүүний өөрийн өртгийг хямдруулахад чухал нөлөөтэй.

Хөдөлмөрийн чадварыг түр алдуулж буй халдварт өвчний өвчлөлийг эрс бууруулах, устгасны улмаас үйлдвэрийн газрын ашигт үйл ажиллагаа сайжирч, таваарын бүтээгдэхүүний өөрийн өртөг хямдарч үндэсний орлогын хэмжээ нэмэгддэг. Иймд хөдөлмөрийн чадвар түр алдуулж буй халдварт өвчний өвчлөлийг эрс бууруулж, устгах асуудал нь таваарын бүтээгдэхүүний өөрийн өртгийг хямдруулах нөөц бололцооны чухал бүрэлдэхүүн хэсэг учир үйлдвэрлэлийн төлөвлөгөөнд тусгагдаж байх асуудал мөн. Дээр дурдсанаас үзэхэд олон төрлийн халдварт өвчний нийгэм эдийн засгийн ач холбогдлыг судлах нь ардын эрүүлийг хамгаалах байгууллагын ойрын үед шийдвэрлэвэл зохих асуудлын нэг болох нь тодорхой байна.

ЭМНЭЛЭГ ГАЗАР ЗҮЙН СУДАЛГАА

Д. ДОРЖ. (Анагаах ухааны хүрээлэн)

Эмнэлгийн газар зүй (медицинская география) нь хүн амын өвчлөлийн газар зүйн байршил, тархалтын зүй тогтлыг судалдаг эмнэлэг ба газар зүйн судалгаанд тулгуурлан үүссэн шинжлэх ухааны нэгэн шинэ салбар юм (Жак Мей 1950, Масако 1956, А. А. Шошин 1964, Е. И. Игнатьев, А. П. Авцын 1972, Б. Б. Прохоров 1975).

Академич С. В. Бароян орчин үеийн эмнэлгийн газар зүйн судалгаанд нийгэм, эдийн засаг, биологийн хүчин зүйлийг хамт тооцох нь чухал гэж үзэж байна. Нийгмийн хүчин зүйлд эдийн засаг, соёл, техник, ахуй амьдрал, өв уламжлал, дадал заншил, ёс суртахуун, шашин шүтлэг гэх мэт нийгмийн бүхий л харьцаа орно. Биологийн хүчин зүйлд нас, хүйс, арьс өнгө, удамшил, бодисын солилцоо, мэдрэлийн системийн галбир зэрэг орно. Дээрх хүчин зүйлийн дотроос байгаль газар зүйн нөлөө хүний бие махбодод хэрхэн нөлөөлдгийг (хортой ба ашигтай) эмнэлгийн газар зүй судалдаг юм. Байгаль газар зүйн орчинд газрын гадаргуу хотгор, гүдгэр, орон нутгийн агаарын даралт, температур харьцангуй ба туйлын чийглэг хур тундас манан будан, аянга цахилгаан, салхи шуурга, нарны цацраг идэвхжил, соронзон, хөрсний микроэлементүүд (зэс, магни, кобальт, марганец г. м) усны найрлага дахь иод, фтор ба бохирдол, ургамал амьтдын онцлог зэрэг рельеф ландшафтын бүхий л элемент орно. Хүн төрөлхтөн тухайн нутаг орныхоо онцлогоос болж өвчлөл болох бусад олон зүйлээр харилцан адилгүй байдаг. Тухайлбал Тундрт «Снежная слепота» (цасны сохор), АНУ, Канад, Европ, Азийн уулархаг орнуудад зоб (бахуу), халуун орнуудад холер (булчин задрах тахал) өвчин элбэг тохиолддог. Мөн булчин задрах тахал өвчин нарны идэвхжилтэй шууд холбоотой болохыг Гелиобиологийг үндэслэгч, профессор А. Л. Чижевский 100 жилийн материалд судалгаа хийж нотолсон байна. Нарны идэвхжил нь 11 жилийн үетэй бөгөөд идэвхжил ихсэхэд арьсны хорт хавдар багасаж, багасгахад нь ихэсдэг болохыг эрдэмтэд тогтоожээ. Оросын агуу их физиологич И. В. Вернадский «организмын химийн бүтэц түүний оршин байгаа дэлхийн гадаргуугийн химийн бүтэцтэй нягт холбоотой» гэж бичсэн байдаг бөгөөд үүнийг хар тугалга ихтэй бүсийн амьтдад гематурия (цустай шээс гарах), борын илүүдэлтэй нутагт энтерит (суулгах), зэсийн дутагдалтай газар (лизухи) турж эцэх, марганец дутагдсанаас перозис (богино бүдүүн мөчтэй болох), кобальт дутагдсанаас анемия (цус багадах) үүсдэг нь гэрчилж байна. Хөрс усны микроэлементүүдийн дутагдал, илүүдлээс болж хүнд (Болезнь Кашен-Бека, Флюороз г. м) олон янзын өвчнүүд үүсдэг. Сүүлийн үед эрдэмтэд ходоодны өмөн үүг хөрсний магнийн

хэмжээтэй холбон үзэж байна. Магни элбэгтэй Тунис, Египет, Афганистанд өмөн үүгээр өвчлөх нь бага, магни багатай Англи, Франц, АНУ-ын баруун хэсэгт энэ өвчнөөр өвчлөх нь их байжээ. (Р. Л. Джубалиева 1974 он) Амьд ертөнц гадаад орчинтойгоо үргэлж зохицож байдаг. Жишээ нь халууныг нохой хэлээрээ, хулгана сүүлээрээ, хүн хувцсаараа тохируулна. Түүнчилэн хүйтрэхэд шувууд дулаан орныг зорьж, амьтад ичээндээ ордог. Хэрэв энэ зохицол алдагдвал организм хямралд орж улмаар өвдөхөд хүрдэг байна. Байгаль орчны нөлөө нь шууд ба шууд бус замаар үйлчилнэ. Наранд цохиулах, хөлдөх, могойд хатгуулах, уулын өвчин зэрэг нь шууд нөлөө юм. Гэвч ихэнх үзэгдэл нь бусад хүчин зүйлтэй хавсран үйлчлэх тул ялган салгаж бэрхшээлтэй. Өвчтөнд цусны даралт ихдэх өвчин яг хэдийд эхлэв. газрын өндрөөс үү, эсвэл дуу чимээ, температур бусад нөлөөний алианаас болов гэдгийг тодруулахын тулд нарийн шинжилгээ явуулах шаардлага гарч ирнэ. Орчин үед агаар ус гэх мэт байгаль газар зүйн орчин нь нийгмийн хүчин зүйлийн улмаас бохирдож улмаар эрүүл мэндэд нөлөөлөх явдал их байна. Энэ бол шууд бус нөлөө юм. Эмнэлгийн газар зүйн (ЭГЗ) судалгаа нь бусад шинжлэх ухаануудтай нэгэн адил орон бүхэнд харилцан адилгүй үе шатыг дамжив. ЗХУ-д 1960-аад оноос эхлэн амжилттай хөгжиж байна. Сүүлийн 10 жилд геохими, геофизик, давшингуй хөгжсөн нь түүний хөгжилтөд ихээхэн нөлөөлөв. Эмнэлэг газар зүйн судалгаа нь маш олон янзаар нэрлэгдэж байсан ба зөвхөн ХХ зуунаас эхлэн эмнэлгийн газар зүй (ЭГЗ) гэдэг нэртэй болжээ. Энэ мэргэжлийн хүнийг медикогеограф (эмнэлгийн газар зүйч) гэнэ. Мексик мэтийн зарим улсад энэ мэргэжлийн хүмүүсийг бэлтгэдэг сургууль байдаг. Эмнэлгийн газар зүйч хүн бол эмч, газар зүйч байхаас гадна халдвар судлал, бичил амь судлал, эдийн засгийн газар зүй ба метерологи, физиологи, мөн социологийн талаар мэдлэгтэй, заримыг нь эзэмшсэн байх шаардлагатай. ЗХУ ба зарим орнуудын ЭГЗ нь ажлаа харилцан адилгүй явуулдаг. ЗХУ-д эхлээд орчноо судлаад хүний эрүүл мэнд өвчлөлтэй холбон үзэж байна. Энэ нь шинээр хот, тосгон барих, рашаан сувилал, амралтын газруудыг байгуулахад чухал ач холбогдолтой юм. Гэтэл Англи, Франц зэрэг оронд өвчнөө судалчихаад орчинтой нь холбон үзэж байна. Анх 1940 онд Лиссабонд олон улсын газар зүйн холбооны эмнэлгийн газар зүйн комисс гэж байгуулагдсан ба мөн газар зүйн эмнэлгийн олон улсын нийгэмлэг ажиллаж эхэлжээ.

1976 оны 7-р сард Москва хотод олон улсын газар зүйчдийн 23-р их хурал болж эмнэлгийн газар зүйн хэтийн төлөвийн талаар тодорхой асуудлыг хэлэлцсэн бөгөөд «Эрүүл мэндийн газар зүй» гэдэг олон улсын газар зүйн холбооны бас нэгэн шинэ ажлын групп байгуулсан юм. Үүнийг зөвлөлтийн нэрд гарсан эмнэлгийн газар зүйч А. В. Чахлин удирдаж байна. Группийн зорилго нь дэлхийн халдварт ба халдварт бус мөн ховор өвчнүүдийн газар зүйн байршлыг судлах асуудлыг зохицуулах юм. Эмнэлгийн газар зүйн судалгааны ажлын үндсэн зорилт нь:

- а) тодорхой орон нутагт эмнэлэг-газар зүйн үнэлгээ өгөх;
- б) эрүүлийг хамгаалах системийн хөгжил байршил ба тодорхой өвчний нэршлээр зураглал, АТЛАС хийх явдал юм. Үүний тулд статистик, картографын аргыг өргөн хэрэглэж байна. Зураг дүрслэл нь үзэгдэл юмсын уялдаа холбоо, газар зүйн байрлалтыг сайн тусгахаас гадна богино хугацанад ойлгох боломжийг олгодог юм. Мөн статистикийн корреляц, Хи квадрат, стандарчлал болон бусад аргыг өргөн хэрэглэнэ. 1959 онд А. П. Авцын эмнэлэг газар зүйн судалгааны үүднээс өвчний үүсэх шалтгааныг 5 ангилсан байна.

1. Геофизикийн шалтгаан (нарны цохилт, хөлдөлт, цасны сохор гэх мэт).

2. Геохимийн (микро элементүүдийн дутагдал ба илүүдлээс болдог зоб, флюроз гэх мэт орно).

3. Биохимийн (хоол тэжээлийн дутагдлаас болсон типа ба авитаминозууд орно).

4. Хорт ургамал амьтад ба харшлын улмаас үүссэн өвчин (могойд хатгуулах, өвс ургамлаас болсон тууралтууд, харшлын багтраа гэх мэт орно).

5. Амьд үүсгэгчдээр үүссэн өвчин (цагаан хорхойн өвчин, тарваган тахал, (хачгийн энцефалит).

Эмнэлгийн газар зүйн судалгааны хамгийн сүүлийн үеийн шалгарсан арга нь «хамтарсан экспедиц» юм. Экспедицийн бүрэлдэхүүнд төрөл бүрийн мэргэжлийн эмч нар, лаборатори, биохимийн, рентген шинжилгээнээс гадна газар зүйч, нийгэм судлаач гэх мэт хүмүүс оролцох нь чухал ач холбогдолтой.

Нутаг орны хүн амын эрүүл мэндийн байдлыг судлаж түүнд нөлөөлж байгаа байгаль, нийгэм биологийн хүчин зүйлийг танин мэдсэний үндсэн дээр эрүүлжүүлэх тохирсон арга хэмжээг авах нь экспедицийн зорилго юм.

Манай орны хувьд эмнэлгийн газар зүй гэдэг нэр хэвшил тогтоогүй боловч зүрх судас, амьсгалын замын өвчин ба хорт хавдар нутагшмал өвчин зэргийн тархалтыг судалж байгаль орчинтой нь холбон үзэх гэсэн оролдлогууд байна. (А. Өлзийхутаг, Н. Дондог, Ч. Дондог Д. Доржготов, Д. Дорж 1978) Анагаах ухааны хүрээлэнгээс Ачит нуурын сав газар явуулсан эрдэм шинжилгээний экспедиц бол тус оронд ундны усны микро элемент (фтор)-ийг хүний эрүүл мэндтэй холбон үзсэн эмнэлгийн газар зүйн анхны экспедиц юм. Судалгааны үр дүнд «Флюроз» гэдэг нутагшмал өвчин байгааг тогтоосон бөгөөд энэ нь ундны усны фторын өтгөрөлттэй шууд хамааралтай байв. Мөн судалгаагаар Дорноговь аймгийн Хатанбулаг, Хөвсгөл сум, Сайншанд хотын гөвд шүдний флюроз байгааг илрүүлээ.

Манай орон шиг эрс тэс уур амьсгал, асар уудам нутаг дэвсгэртэй, хүн ам цөөн оронд эмнэлэг газар зүйн судалгаа чухал юм. Одоогоор эмнэлэг газар зүйн үнэлгээ өгөх мужлал зохиох зураглах талаар эрдэм шинжилгээний дорвитой ажил хийгдээгүй байна.

Тайлан ба судлаачдын материалаас үзэхэд манай улсын хангай говийн бүсүүдэд өвчлөлийн ялгаа нилээд байгаа бөгөөд зарим нутагт нэг толгойн ар, өвөрт юмуу нэг голын айлууд ч өвчлөл нь харилцан адилгүй байдаг нь эмч нарын сонирхлыг татаж байгаа юм. Иймд ойрын үед хэн хаана, хэдийд, ямар өвчнөөр өвдөж байгааг улс орон даяар системтэй судлан зүрх судас, хорт хавдар, амьсгалын зам, байгалийн голомтот ба орон нутгийн чанартай зэрэг зонхилох өвчнийг газар зүйн байршил, тархалтын зүй тогтлыг харуулсан зураглал зохиох нь чухал байна. Ингэснээрээ уг өвчнийг байгаль газар зүйн орчинтой нь гүнзгийрүүлэн судлаж улмаар урьдчилан сэргийлэх төвлөрсөн арга хэмжээ авах боломжтой юм. Энэ асуудлыг шийдвэрлэхэд анагаах ухаан, газар зүй, цэвдэг судлал, мал аж ахуй, хими биологийн хүрээлэн, цаг уурын албыг удирдах газар, эрүүл ахуй халдвар нян судлалын улсын институт, одон орон судлал зэрэг эрдэм шинжилгээний байгууллага, социалист орнуудын хамтын хүч чармайлт чухал юм.

Харин түүнийг удирдан зохицуулах эмнэлгийн газар зүйн комисс юмуу, тусгай байгууллагыг Монголын байгаль орчныг хамгаалах нийгэмлэгийн төв зөвлөлд бий болгох юм уу, эсвэл газар зүйн нийгэмлэг байгуулж эмнэлгийн газар зүйн салбарыг бий болгож болох байна.

Тус оронд физик газар зүйн шинжлэх ухаан хөгжиж, газрын гадаргуу, цаг уур, ургамал амьтдын зургууд зохиогдсон ба түүгээр ч барахгүй зарим микро элементүүдийн тархалтыг тогтоож байгаа нь хүн амын өвчлөлийг орчинтой нь холбон судлах боломжийг олгож байна.

Туршлага солилцох булан

ХАГАС ДАМЖУУЛАГЧ АППАРАТЫГ

КАТАРАКТЫН МЭС ЗАСАЛД ХЭРЭГЛЭЖ БАЙНА

Р. НЯМАА (АУДС-ийн багш)

Настай хүмүүсийн нүдний өвчлөл, хараа муудах шалтгааны ихэнхи хувийг болрын бүдэгшил-катаракт эзэлнэ. Сүүлийн 10 жилийн дотор бүдэгшлийн мэс засалд шинэ арга, ялангуяа микротехникийн арга өргөн нэвтэрлээ. Мэс засал хийж бүдэгшсэн болрыг авахад ууты нь зүсэж гаргаж авах «Экстракапсул-ын арга, мөн ууттай нь хамт бүхэлд нь авах «Интракапсул»-ын аргыг хэрэглэж байна. Болрын уутыг зүсэж бүдэгшсэн болрыг авах арга нь эрт дээр үеэс хэрэглэж ирсэн сонгомол арга мөн. Энэ үед болрын уутны ар нь үлдэх учраас шилэнцэр биеийг тулж гоожихоос хамгаалах боловч, болрын хальс, бүдэгшсэн хэсэг ямар нэгэн хэмжээгээр үлдэх учир цаашдаа ургаж төлжин, хоёрдогч катаракт үүсэх шалтгаан болдог.

Иймээс эрдэмтэд катарактыг ямар ч үлдэцгүйгээр бүхэлд нь авах аргыг илүү ашигтай гэж үзэж «Интракапсулын» аргыг хэд хэдэн хэлбэрээр хэрэглэж байна.

Үүний дотроос 1961 онд Т. Крвавичийн анх хэрэглэсэн криоэкстракц (хасах температур хэрэглэх) арга өргөн нэвтэрлээ.

Хөргөгч бодист хуурай мөс, (CO_2), хлорэтил, шингэн азот зэргийг хэрэглэнэ. Гэвч эдгээр бодис тэр бүгд олдохгүй, үнэтэй, ховор, тээвэрлэх, хадгалахад тусгай нөхцлийг шаардах учраас нилээдгүй төвөгтэй юм.

Зөвлөлт Холбоот Улсад И. Х. Полтинников, Е. И. Коленко нар хагас дамжуулагчаар ажилладаг хөргөгч багаж-криоэкстракторыг бүтээснээр энэхүү бэрхшээлийг давж чадсан юм.

Бидний санаачлага, захиалгаар БНМАУ-ын ШУА-ийн физик-математикийн хүрээлэнгийн хатуу биеийн тасаг манай улсад анх удаа хагас дамжуулагчаар ажилладаг криоэкстракторыг 1973 онд бүтээсэн билээ.

Энэ аппаратыг цахилгаан шугамд залгасны дараа усан хөргөлтийн системийг ажиллуулахад аппаратын зэс хушуу нь хэдхэн мөчийн дараа хөрөн цантаж хэрэглэхэд бэлэн болно. Аппаратын хөрөх температур— 35° татах хүч 40 гр. Иймээс нүднээс катарактыг наалдуулан авахад боломжтой болно.

Энэ зуур өвчтөнийг хагалгаанд бэлтгэн мэдээ алдуулалт хийж хүүхэн харааг өргөсгөн, дараа нь эвэрлэгийн захаар сахалын хутгаар зүслэг хийж шархыг сайтар нээн бүтэн юм уу, хагас иридэктоми хийж аппаратынхаа зэс хошууг болорт наалдуулан, хөнгөхөн ганхуулахад катаракт нь нүднээс амархан татагдан гарч ирнэ.

Хагалгааны шархыг био-оёдол буюу нейлон оёдлоор оёж битүүлнэ. Улсын клиникийн төв эмнэлгийн нүдний тасагт жилд дунджаар 100 гаруй хүмүүст катарактын мэс засал хийж байна.

Тодорхой заалттай хүмүүст криоэкстракцийн мэс засал хийдэг. Криоэкстракц бол нүдний том мэс заслын нэг учраас түүний дараа хүндрэл тохиолдож болзошгүй.

Т. Ф. Субботин, А. Ф. Шураев (1970) нарын бичсэнээр 47,3 хувьд нь ямар нэгэн хүндрэл ажиглагджээ. И. Г. Ершкович, Т. И. Ерошевский нарын ажигласнаар мэс заслын үед шилэнцэр гоожих, солонголог наалдах, болрын уут хагарснаас катарактыг бүхлээр нь авах боломж-

гүй болж «Экстракапсулын» аргад шилжих явдал 3—31,5% тохиолдоно гэжээ.

Улсын клиникийн Төв эмнэлгийн нүдний тасагт хийгдсэн криоэкстракцийн байдлаас үзэхэд хүндрэлтийн 17 хувь орчимд нь шилэнцэр гоожсон бөгөөд харин солонголог бүрхэвч багажинд наалдах нь цөөн тохиолдов. Хэрэв болгоомжгүйгээс наалдсан байвал тэр үед усаар түргэн шүршвэл салах тул туслагч эмчийн анхаарал түүнд чиглэсэн байх ёстой.

Криоэкстракц хийлгэж буй өвчтөний 75 хувиас дээш хувь нь 60-аас дээш настай хүмүүс учраас зүрх судасны өвчин бусад эмгэг болон биеийн ерөнхий байдлыг бид анхаардаг. Криоэкстракцийн дараа нүдний ёроолд эмгэг өөрчлөлтгүй бол 70-аас илүү хувьд 0.5-аас дээш хараатай болж байна.

Иймд криоэкстракцийн мэс заслыг нүдний практикт нэвтрүүлэх нь эмчилгээний үр дүнт дээшлүүлэх нөхцөл мөн.

НОМ ЗҮЙ

Т. Кравич «Вестник офтальмологин» 1964. 6.
И. Х. Полтинников, Е. А. Коленко, А. М. Иванов «Офтальмологический журнал» 1964, 8.
«Криохирургия» М. Медицина 1974.

ПРИМЕНЕНИЕ ОТЕЧЕСТВЕННОГО ПОЛУПРОВОДНИКОВОГО АППАРАТА ПРИ КРИОЭКСТРАКЦИИ СТАРЧЕСКОЙ КАТАРАКТЫ

РЕЗЮМЕ

Р. Няма
Отечественный полупроводниковый криоэкстрактор работает за счет гермоэлектрического охлаждения. Применение полупроводникового криоаппарата является новым в наших условиях и удобным методом.

Нами использованы этот аппарат при криоэкстракции старческой катаракты. Процент операционных осложнений составляет примерно 17%. Большинство из них удаление стекловидного тела, реже разрыв капсулы хрусталика.

Острота зрения повысилась у 70% оперированных.

ХОДООДНЫ ШҮҮС ШИНЖИЛГЭЭНД АВАХ НЭГЭН АРГА

Их эмч Ж. ЯВУУ

Ходоодны шүүсийг нарийн зондоор авах арга дэлгэрээд 50 гаруй жил болж байгаа бөгөөд энэ арга улам нарийсаж боловсронгуй болсоор байна.

Ходоодны шүүсийг цэвэр шүүс гаргаж авах, ходоодны шүүс ялгаруулах булчирхайн үйл ажиллагааг судлах хоёр янзаар шинжлэнэ.

Шинжилгээ 1,5—2 цаг үргэлжилнэ. Хаймсуур нь механик цочроогч болдог. Шингэн хоол буюу ходоодны шүүс гаргалтыг идэвхжүүлэгч (гистамин) зэрэг нь хоёрдогч цочроогч юм.

Цочроогч чанартай шингэн хоолны 10 гаруй төрлийг хэрэглэж байгаа бөгөөд махны шөл, байцааны хандмал, архи пиво, кофе цай гэж 4 ангилна.

Шингэн хоолны цочроогч чанар нь хаймсуураас тийм их биш юм. Иймээс сүүлийн үед ходоодны шүүсний ялгаралтыг сайжруулахын тулд гистамин хэрэглэх боллоо.

Гистамин, гисталог, мөн гастрин төстэй бодисыг өргөн хэрэглэсэн нь ходоодны булчирхайн шүүс гаргах үйл ажиллагааг судлах боломжийг сайжруулав. Мөн түүнчилэн ходоодны шүүс шинжилгээнд авахдаа инсулины аргыг хэрэглэж байгаа ба мөн сүүлийн үед радио-телеметрийн-цахилгаан бичлэгийн шинжилгээний аргыг хэрэглэж байна. Улсын клиникийн төв эмнэлэгт гистамины аргыг хэрэглээд нилээд хэдэн жил болж байна. Шинжилгээ хийх арга адил. Ходоодны шүүс ялгаралтыг идэвхжүүлэгч гистамин зарим өвчтөнд урвал өгч мэдэгдвэл шинжилгээгээ түүр зогсоож, хэрэв хүндээр урвал өгвөл бүрмөсөн зогсооно. Хэрэв вакуум төхөөрөмжөөр шүүсийг авч байгаа бол вакуум төхөөрөмжийн эсрэг даралт нь мөнгөн усны баганын 50—70 см-тэй тэнцүү байна. Шинжилгээ хийхдээ урвалын үед яаралтай хэрэглэх глюкоз, адреналин, супрастин, димедрол, кофеин зэрэг тариа, мөн гистамин тарьсан газраас дээгүүр тавих жгут бэлтгэсэн байвал зохино.

Ходоодноос цус алдсан аортын аневризм, цусны эргэлтийн дутагтай, даралт ихтэй өвчтөнд ходоодны хаймсuur тавихыг хориглоно. Гистамин хэрэглэсэн үед эхний цагийн туршид базаль (суурь) шинжилгээ, дараагийн цагт субмаксималь шинжилгээ хийнэ. Шүүсний субмаксималь ба ялангуяа максималь ялгаралт нь булчирхайн бүтцийг үнэлэх боломжийг өгдөг юм.

Булчирхайн бүтэц, үйл ажиллагаа хоёр бодит байдлаар хэзээ ч тохирдоггүй. Энд бид ходоодны хүчил үүсгэх ажиллагааны үзүүлэлтийг хүснэгтээр харуулав.

Ходоодны шүүсийг эрүүл байх үеийн үндсэн үзүүлэлтийн хэмжээ

(Ю. И. Фшизон-рыссыхаар)

1-р хүснэгт

Ходоодны шүүсний үндсэн үзүүлэлт	Ходоодны шүүс ялгаралт		
	суурь хэмжээ	субмаксималь хэмжээ	максималь хэмжээ
Шүүсний хэмжээ м/л цаг	50—100	100—140	180—220
Ерөнхий хүчил чанар (титрэлсэн нэгж)	40—60	80—100	100—120
Давсны чөлөөт хүчил (титрэлсэн нэгж)	20—40	65—95	90—110
Хүчлийн бүтээгдэхүүн (мэкв/л)	1,5—5,5	9—14	18—26
Пепсин Туголуковыхоор концентрац мг%	20—40	60—65	50—75
Дебит мг цаг	10—40	50—00	90—160

Атрофийн үед хүчлийн субмаксималь хэмжээ багасч базалийн үзүүлэлттэй ойролцоо болж ирдэг. Нормдео базаль ба субмаксималь хүчлийн хэмжээний харьцаа 1:3 байдаг, харин базаль ба максималь хэмжээний харьцаа атрофийн үед 1:1,5 ба 1:2 болж ирдэг. Ходоодны сальслаг бүрхэвчийн атрофийн үед пепсины дебит багасч, дээрх харьцаа өндөржинө.

Атрофийн биш гастритын үед ходоодны шүүс гаргалт депрессэд ордог ба харин базаль ба субмаксималь үзүүлэлтийн ойртолт болохгүй. Ходоодны шүүс авах, шинжлэхэд техникийн алдаа нилээд байдгийг анхаарвал зохино.

ӨГҮҮЛЭЛ БИЧИГЧДИЙН АНХААРАЛД

1980 онд «Анагаах ухаан» сэтгүүлийн дөрвөн дугаарыг хэвлэн гаргалаа. 1981 онд «Анагаах ухаан» сэтгүүлд хэвлүүлэхээр анагаах ухааны онол; практикийн чухал асуудлаар бичсэн эрдэм шинжилгээний тойм өгүүлэл, судалгааны өгүүлэл, эмнэл-зүйн тохиолдлын тухай тэмдэглэлийг хүлээж авч байна. Гэхдээ одоо ирж буй материалын нилээд нь шаардлага бүрэн хангахгүй байна.

Зарим хүн машиндсан 2,3 дугаар хувь, мөр хоорондын зай нь ойрхон, өгүүллийн найруулга бүрэн боловсроогүй, орос болон гадаад үг их хэрэглэсэн санаа давтагдсан, анагаах ухааны нэр томъёог зөв хэрэглээгүй өгүүлэл ирүүлж байна.

«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 хэл найруулга сайтай, нэр томъёо нь зөв 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 5—8 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 тушээр зурсан, ард нь зохиогчийн нэр, өгүүллийн товч нэр, зургийн дугаар, хаана байрлуулахыг 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 хагас хуудаснаас илүүгүй товчлол (резюме)-ыг орос монгол хэл дээр бичиж хавсаргана.

8. Дээрх шаардлагыг хангаагүй материалыг хүлээж авахгүй.

9. Хэвлэгдээгүй материалыг буцаахгүй.

Эмнэлгийн хэвлэлийн нэгдсэн редакцийн зөвлөл

ОХ	Ж. Раднаабазар (Эрхлэгч, доцент)
	Л. Буджав (Анагаах ухааны дэд эрдэмтэн)
	Ж. Дашдаваа (Анагаах ухааны дэд эрдэмтэн)
СЭ	Б. Дэмбэрэл (Анагаах ухааны дэд эрдэмтэн)
ЗӨ	Г. Дашзэвэг (Анагаах ухааны дэд эрдэмтэн)
	Ч. Долгор (Анагаах ухааны дэд эрдэмтэн, профессор)
СҮ	Ж. Купул (Анагаах ухааны дэд эрдэмтэн)
АР	Э. Лувсандагва (Анагаах ухааны дэд эрдэмтэн)
	А. Ламжав (Анагаах ухааны дэд эрдэмтэн)
	Б. Мягмаржав (Хариуцлагатай нарийн бичгийн дарга)
СЭ	П. Нямдаваа (Анагаах ухааны дэд эрдэмтэн)
ГА	Б. Рагчаа (Анагаах ухааны доктор, профессор)
У	Г. Цагаанхүү (Анагаах ухааны дэд эрдэмтэн)
Бу	Б. Шижирбаатар (Анагаах ухааны дэд эрдэмтэн)
	Н. Шура

Техник редактор Д. Бямба Хянагч Д. Наранчимэг

1980 оны 11-р сарын 28-нд хэвлэлд шилжүүлж 6566 ш хэвлээ.
Цаасны хэмжээ 7 ОХ108 1/16. н. х. н. 5,6 А—77663. За—С—101