



Анагаах Ухаан

2
1983

АНАГААХ УХААН

ЭРҮҮЛИЙГ ХАМГААЛАХ ЯАМ

13 дахь жилдээ

№ 2 (46)

1983 он

Эрдэм шинжилгээ практикийн улирал тутмын сэтгүүл

АГУУЛГА

ЭРҮҮЛИЙГ ХАМГААЛАХЫН ЗОХИОН БАЙГУУЛАЛТ

Мо. Шагдарсүрэн, Б. Баатархүү	—Хүүхдэд гэрээр үзүүлэх эмнэлгийн тусламжийг боловсронгуй болгох асуудалд	3
Д. Намжил	—Ажиллах хүчний нөхөн үйлдвэрлэлд эрүүлийг хамгаалах салбарын роль	5
В. И. Промтов, Л. Ролзодмаа	—Аймгийн нэгдсэн эмнэлэг нь хөдөөний хүн амд үзүүлэх эмнэлгийн тусламжийг боловсронгуй болгох зохион байгуулалт арга зүйн төв мөн	9
Г. Зуунай	—Эрүүлийг хамгаалах салбар дахь хөдөлмөрийн нөөцийн ашиглалт, эмч мэргэжилтний өгөөжийг сайжруулах арга зам	11
Т. Самбуудолгор	—Жирэмсэн эх, эмэгтэйчүүдийн диспансерийн хяналтыг боловсронгуй болгох арга зам	16

СУДАЛГАА ШИНЖИЛГЭЭ

Б. Дэмбэрэл	—БНМАУ-д эмнэлгийн боловсон хүчин бэлтгэсэн түүх, их эмч нарын бүрэлдхүүнд хийсэн зарим судалгааны дүнгээс	23
Н. Жамбалдорж, Д. Мангаа	—Зүрх судасны өвчнийг анагаах зарим эмийн хэрэглээний статистик судалгаа	31
Д. Батмөнх	—Хүн амын ерөнхий өвчлөлийг судлахад түүвэр судалгааны аргыг хэрэглэх нь	34
А. Ламжав, Б. Нямжав, А. Ойдовсамбуу	—Урал чихэр өвс тарималжуулсан судалгааны зарим дүнгээс	37
Б. Доржготов	—Гол байрлалын өмөн үүсэхэд нөлөөлөх үндсэн хүчин зүйлүүд	40
Б. Гоош, Ч. Пунцаг	—Ясны архаг үрэвслийг эмчлэх асуудалд	46
Г. Зориг	—Алтайн хойлгийн булчингийн эдэд агуулагдах макро ба микроэлементийн улирлын хөдлөл зүй	49

МЭРГЭЖЛИЙН ЗӨВЛӨЛГӨӨ ЛЕКЦ, ТОЙМ

Ц. Цэрэгмаа, Г. Сүхбат, Ш. Жигжидсүрэн	—Бөөрний дээд булчирхайн эмгэгийн гаралтай артерийн даралт ихсэлт	54
Л. Баяр	—Нярай ба хөхүүл хүүхдийн тархины төрөлхийн гэмтэл түүний оношилгоо, эмчилгээ	57
Д. Мөнхчулуун	—Цусны эргэлтийн цочмог дутмагшлийн үеийн сэхээн амьдруулах эрчимт эмчилгээ	61
Д. Дариймаа	—Үр аяндаа зулбасан эмэгтэйн хоногийн шээсний прегнандиолын хэмжээ	64
Д. Цэвээндорж	—Хайрст үлдийг Тосон нуурын ус шавраар эмчилж байгаа нь	67
Р. Даваасүрэн	—Бөөрний архаг дутагдалтай хүмүүсийн хоолны эмчилгээ	68
Г. В. Алфимова, С. Цэцэгмаа	—Эмийн сангийн жоронд тохиолдож буй зарим шингэн эмийн хэлбэрт химийн шинжилгээ хийх тухай	74
Ё. Очирсүх	—Гялтангийн гадуурх кесар зүслэг хийх аргачлал	76

ТУРШЛАГА СОЛИЛЦЪЁ

Л. Н. Гирля, Ш. Жигжидсүрэн, П. Банзрагч, Х. Рагчаасүрэн	—Бета рецептор саатуулах эмийг зүрх судлалын практикт хэрэглэх нь	79
--	---	----

МЕДИЦИНА

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Выходит с 1970 г

№ 2 (46)

1983 г

Научно-практический ежеквартальный журнал

СОДЕРЖАНИЕ

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

М. Шагдарсурен, Б. Баторху —Пути совершенствования оказания медицинской помощи детям на дому	3
Д. Намжил —Роль здравоохранения в воспроизводстве рабочей силы	6
В. И. Промтов, Л. Ролзодма —Аймачная объединенная больница-как организационно-методический центр по совершенствованию медицинской помощи сельскому населению	9
Г. Зунай —Пути улучшения эффективности использования врачебных кадров и трудовых ресурсов в области здравоохранения	11
Д. Самбудолгор —Пути усовершенствования диспансерного наблюдения беременных женщин и матерей	16

ИССЛЕДОВАНИЯ

В. Демберен — Некоторые результаты изучения истории медицинского образования и подготовка медицинских кадров в МНР	23
Н. Жанбалдорж, Д. Манга —Статистические данные употребления сердечно-сосудистых средств	31
Д. Батмуях —Применение выборочного метода для изучения общей заболеваемости населения	34
А. Намжав, Б. Нямжав, А. Ойдовсамбу —Некоторые результаты изучения культивирования солодки	37
Б. Доржготов —Главные факторы, способствующие возникновению рака основных пяти локализации в условиях МНР	40
В. Геш, Ч. Пунцаг, Г. Зориг —К вопросу лечения хронического гематогенного остеомиелита —Сезонная динамика содержания макро и микроэлементов в мышечной ткани алтайского улара	46
	49

ОБЗОРЫ, ЛЕКЦИИ, КОНСУЛЬТАЦИИ

Ц. Цэрегма, Г. Сухбат, Ш. Жигжидсүрэн Артериальная гипертония при заболеваниях недостаточности надпочечной железы	54
Л. Баяр Диагностика и лечение врожденной родовой травмы новорожденного и грудного ребенка	57
Д. Мөнхчулуу —Реанимация при внезапной недостаточности кровообращения	61
Д. Дарина —Содержание прегнандиола в суточной моче при спонтанном аборте	64
Д. Цевендорж —Лечение псориаза грязями из озера Тосон	67
Р. Давасурен —Диета при хронической почечной недостаточности	68
Р. В. Алфимова, С. Цэцэгма —Методика химического анализа некоторых жидких лекарственных форм, встречающихся в рецептуре аптек	74
В. Очирсүх —Методы кесарева сечения на наружной слизистой оболочке	76

ОБМЕН ОПЫТОМ

Л. Н. Гирия, Ш. Жигжидсүрэн, П. Банзрагч, Х. Рагчасурен —Применение блокаторов бета-рецепторов в кардиологической практике	79
---	----

ЭРҮҮЛИЙГ ХАМГААЛАХЫН ЗОХИОН БАЙГУУЛАЛТ

Мо. ШАГДАРСУРЭН, Б. БААТАРХҮҮ

ХҮҮХДЭД ГЭРЭЭР ҮЗҮҮЛЭХ ЭМНЭЛГИЙН ТУСЛАМЖИЙГ БОЛОВСРОНГУЙ БОЛГОХ АСУУДАЛД

ЭХ НЯЛХСЫГ ХАМГААЛАХ ЭРДЭМ ШИНЖИЛГЭЭНИЙ ХҮРЭЭЛЭН

Гэрээр үзүүлэх эмчлэн сэргийлэх тусламж бол эмнэлэг үйлчилгээний чухал хэлбэр юм. Хүүхдэд гэрээр үзүүлэх эмнэлгийн тусламжинд гэрийн тусламж, яаралтай тусламж, гэрийн эмчилгээ, гэрээр хийх ариун цэвэр, урьдчилан сэргийлэх, халдварт өвчинтэй тэмцэх арга хэмжээнүүд хамаарагдана.

Гэрийн тусламжийг дараахь хүүхдэд үзүүлнэ. Үүнд:

1. Нярай хүүхэд
2. Шинээр өвчилсөн хүүхэд
3. Хурц халдварт өвчтэй болон халдварт өвчний сэжиг бүхий хүүхэд.
4. Биений байдал хүнд байгаа хүүхэд
5. Эмнэлгээс гэртээ гарсан хүүхэд
6. Хурц халдварт өвчтэй хүнтэй шууд хавьтсан хүүхэд зэрэг болно.

БНМАУ-ын Сайд нарын Зөвлөлийн 1971 оны 418 дугаар тогтоолд „Ор хүрэлцээгүй байдлыг харгалзан зарим аймгийн төв, хотод хүүхдийн гэрийн стационар зохион байгуулж, улс ардын аж ахуй соёлыг хөгжүүлэх жил бүрийн төлөвлөгөөний дагуу ажиллуулахаар“ заажээ. Тогтоолын заалтыг хэрэгжүүлэх үндсэн дээр БНМАУ-ын Эрүүлийг хамгаалах Яам, Сангийн Яамны сайдын 1972 оны 319/23 тоот тушаалаар „Хүүхдийн гэрийн стационарын эмчилгээ явуулах журмын тухай“ заавар батлагдан гарч мөрдөгдөж байна.

1980 онд Улаанбаатар хотод гэрийн эмчилгээнд хамрагдсан 765 хүүхдийн материалд судалгаа хийв.

Гэрийн эмчилгээнд хамрагдсан хүүхдийн насны байдлыг үзэхэд 0—3 сартай 7,4 хувь, 4—6 сартай 11,7, 7—12 сартай 23,3, 1—3 насны 45,9, 4—7 насны 8,9, 8—16 насны 2,8 хувь байв.

Гэрийн эмчилгээ шийдвэрлэсэн эмчийн ажлын байдлыг үзэхэд хүүхдийн хэсгийн эмч 96,5 хувь, хүүхдийн яаралтай тусламжийн эмч 2,6 хувь, танил эмч 0,9 хувийг үзэж гэрийн эмчилгээнд хамруулжээ.

Хүүхдийн хүйсийг үзэхэд эрэгтэй 52,5 хувь, эмэгтэй нь 47,5 хувь байв. Өвчин эхэлснээс хойш эмчид үзүүлсэн хугацааг үзвэл эхний хоногт 14,3 хувь, 1—2 хоногт 35,4, 2—3 хоногт 26,6, 4—7 хоногт 14,1 ба түүнээс дээш хоногт 4,5, эмчид үзүүлээгүй нь 4,9 хувь байв.

Хүүхдийн өвчилсөн жилийг сараар авч үзвэл I сард 7,9 хувь, II сард 5,5, III сард 18,4, IV сард 9,6, V сард 11,4, VI сард 4,5, VII сард 2,1, VIII сард 2,2, IX сард 4,9, X сард 11,2, XI сард 13,7, XII сард 8,7 хувийг эзэлж байв.

Хүүхдийн гэрээр эмчлүүлсэн шалтгааны байдлыг эмчийн тавьсан өвчний оношоор үзвэл уушгины үрэвсэл 81,5 хувь, амьсгалын дээд замын халдвар 10,9, энтероколит 2,8, бронхит 1,4, биж, үжил халдвар, тэжээлийн доройтол, чихний үрэвсэл өвчин 3,4 хувийг эзэлж байв.

Хийсэн шинжилгээнээс үзэхэд нийт эмчилгээнд хамрагдсан хүүхдийн дөнгөж 24,9 хувь, цусны 25,3 хувь, шээсний 24,9 хувь, рентген-ий 24,9 хувьд нь бактериологийн шинжилгээ хийсэн байна.

Эмчийн үзлэгийн байдлыг үзэхэд 1—2 удаа 1,4 хувь, 3—4 удаа 15,4 хувь, 5—7 удаа 64,3 хувь, 8 ба түүнээс дээш удаа 18,9 хувьд нь үзлэг хийсэн байна.

Гэрээр эмчилсэн хүүхдийн эмчилгээний дүнгээс үзэхэд 60,5 хувь нь эдгэрч, 38,3 хувь нь сайжирч, 1,2 хувьд мэдэгдэхүйц өөрчлөлт гараагүй байв.

Гэрийн эмчилгээний ор хоногийг авч үзэхэд 5 хүртэлх хоног 1,1 хувь, 5—10 хоног нь 54,1 хувь, 11—20 хоног 43,2 хувь, 21—30 хоног нь 1,3 хувь, 30 ба түүнээс дээш хоног эмчилсэн 0,3 хувь нь байв.

Гэрийн эмчилгээний хугацаанд зарцуулсан эмийг үнээр үзэхэд 15 төгрөг хүртэлх 14,5 хувь, 15—25 төгрөг 30,6, 25—35 төгрөг 14,4, 35—45 төгрөг 13,8, 45—55 төгрөг 13,3, 55—65 төгрөг 6—5, 65—75 төгрөг 3,5, 75—85 төгрөг 1,7, 85—95 төгрөг 1,5, 95 ба түүнээс дээш төгрөг зарцуулсан 0,2 хувь байв.

Гэрээр эмчилсэн хүүхдийн нэг хоногт хэрэглэсэн эмийн үнэ 5 төгрөг хүртэл 84,9 хувьд, 5,6 төгрөг 9,4, 6—7 төгрөг 2,3, 7—8 төгрөг 1,8,8 ба түүнээс дээш төгрөг зарцуулсан нь 1,6 хувийг эзэлж байна.

Хүүхдийн гэрийн эмчилгээнд хүүхдийг зөв сонгон авах, шаардлагатай оношилгоо, эмчлэн сувилах тусламжийг цаг үед нь үзүүлэх, хүүхдийн биеийн тухайн байдалд зөв дүгнэлт өгөх, хүүхдийг арчлан сувилах, эмчлэхэд эмч, сувилагч, эцэг эх, гэр бүлийн хүмүүсийн хамтын идэвх санаачилга, анхаарал халамжийг нэгтгэн чиглүүлэх, гэрийн эмчилгээний баримт бичгүүдийг зааврын дагуу бүрэн хөтлөх, үр ашигт судалгаа дүгнэлт хийх явдал шаардагдаж байна.

Хүүхдийн эмнэлгийн яаралтай тусламжийн дотор эрчимтэй эмчилгээ, сэхээтэн амьдруулах асуудал орчин үеийн хүүхдийн эмнэлэг үйлчилгээний нэг зангилаа асуудал болж байна. МАХН-ын Төв Хороо, БНМАУ-ын Сайд нарын Зөвлөлөөс „Эх, хүүхдийн эрүүл мэндийг хамгаалах ажлыг цаашид сайжруулах арга хэмжээний тухай“ 1979 онд гарсан тогтоолоор хот, аймгийн хүүхдийн больниц, тасгуудад 2—6 ортой сэхээн амьдруулах палат байгуулах болж, түүнд байвал зохих эмнэлгийн багаж төхөөрөмжийн жагсаалтыг баталсан юм.

Хүүхдийн эмнэлгийн яаралтай тусламжийг эмнэлэгт хэвтүүлэхийн өмнөх ба дараахь үе шатны (эмнэлэгт хэвтсэн үеийн) гэж ерөнхийд нь хоёр шаттай зохион байгуулна. Хүүхдийн эмнэлгийн тусламжийн үр ашиг нь эмнэлгийн яаралтай тусламжийг дээрх хоёр үе шатанд хэрхэн зохион байгуулснаас ихээхэн шалтгаалах учир хүүхдийн эмнэлэг үйлчилгээний шатлал, цэг салбарт эмнэлгийн яаралтай тусламж үзүүлэх нөхцөл боломж бүх талын бэлтгэлийг хангасан байх шаардлагатай.

Улаанбаатар хотын хүүхдийн нэгдсэн 2-р эмнэлгийн яаралтай тусламжийн салбарын 1979 оны үйл ажиллагаанд хамрагдсан хүүхдийн материалд судалгаа хийв.

Судалгааны дүнгээс үзэхэд хүүхдийг насны бүлэглэлээр бүх дуудлаганд эзлэх хувийн жин 0—3 сартайд 15,3 хувь, 4—6 сартайд 9,7, 7—12 сартайд 12,2, 1—3 настайд 35,1, 4—7 настайд 13,3, 8—16 настайд 14,4 хувь байв.

Дуудлага дуудсан шалтгааныг бүх дуудлаганд эзлэх хувийн жингээр үзэхэд бөөлжсөн 4,9, халуурсан 82, татсан 2,0, ухаан алдсан 0,8, шалтгаан тодроогүй 1,6, эмнэлэгт хэвтүүлсэн 8,7 хувь байв.

Дуудсан шалтгааныг эмчийн тавьсан өвчний оношоор бүх дуудлаганд эзлэх хувийн жингээр үзэхэд уушгины үрэвсэл 21,1, амьсгалын дээд замын халдвар 44,1, энтероколит 6,3, биж 2,6, нярайн өвчин 1,5, халдварт өвчин 3,7 бусад өвчин 20,7 хувь нь байв.

Дуудлагын эмчээс үзүүлсэн эмнэлгийн тусламжийн байдлыг бүх дуудлаганд эзлэх хувийн жингээр үзэхэд зөвлөлгөөн өгсөн 2,7, эм бичиж өгсөн 74,5, эмнэлэгт хэвтүүлэх илгээлт өгсөн 22,8 байв.

Хүүхдэд эмнэлгийн тусламж үзүүлсэн хугацааны байдлыг бүх дуудлаганд эзлэх хувийн жингээр үзэхэд 30 минутын дотор 41,1, нэг цагийн дотор 19,4, 1—2 цагийн дотор 33,2, 3—4 цагийн дотор 5,0, 5—6 цагийн дотор 0,3, 7 ба түүнээс дээш цагийн дотор 0,4 хувь байв.

Хүүхдийн яаралтай тусламжийн зарим үзүүлэлтийг тодорхойлоход Улаанбаатар хотын Сүхбаатарын райсны үйлчлэх хүрээнд мянган хүүхэд тутамд ногдох яаралтай тусламжийн дуудлага нь 353,6 тохиолдол, нэг хоногт ногдох дундаж дуудлага 52,4, нэг цагт ногдох дундаж дуудлага 2, 2, нэг дуудлаганд ногдох дундаж хугацаа ойролцоогоор 32 минут байв.

Хүүхдийг эмнэлэгт хэвтүүлэхийн өмнө ба дараахь үе шатны эмнэлгийн яаралтай тусламжийг зөв зохион байгуулж улсын Хүүхдийн клиникийн төв эмнэлгийн эрчимт эмчилгээний болон сэхээн амьдруулах төвийг бэхжүүлж аймаг, хот, район, төвлөрсөн суурин газар, сум дундын эмнэлгүүдэд эрчимт эмчилгээний болон сэхээн амьдруулах тасаг, нэг байгуулж тэдгээрийг мэргэжлийн боловсон хүчин, тусгай төхөөрөмж, эм хэрэгслэлээр хангах шаардлагатай байна. Хүүхдийг эмнэлэгт хэвтүүлэхийн өмнөх үе шатны эмнэлгийн яаралтай тусламжийг дараахь байдлаар зохион байгуулна. Үүнд:

1. Хүүхдийн яаралтай тусламжийн салбарууд үйлчлэх хүрээний хүүхдэд эмнэлгийн яаралтай тусламж үзүүлнэ.

2. Түргэн тусламжийн (станцын) дуудлагын эмч нар тухайн тохиолдсон нөхцөлд эмнэлгийн яаралтай тусламж үзүүлнэ.

3. Эмнэлгийн түргэн тусламжийн төрөлжсөн мэргэжлийн бригад тухайн тохиолдсон нөхцөлд эмнэлгийн яаралтай тусламж үзүүлнэ.

4. Хүүхдийн эмнэлгийн сэхээн амьдруулах бригад тухайн тохиолдсон нөхцөлд эмнэлгийн яаралтай тусламж үзүүлнэ. Үүнтэй холбогдуулан Улаанбаатар хотын түргэн тусламжийн станцын төрөлжсөн мэргэжлийн бригадыг бэхжүүлэх, улсын хүүхдийн клиникийн төв эмнэлэгт хотын хэмжээнд үйлчлэх хүүхдийн сэхээн амьдруулах бригад зохион байгуулах, бусад хот, аймгийн төв, төвлөрсөн суурин газруудад эмнэлгийн түргэн тусламжийн дуудлагыг төрөлжүүлэн хүүхдийн дуудлагыг тусгаарлан салгаж, хүүхдийн эмнэлгийн яаралтай тусламжийн салбаруудыг зохион байгуулж хүүхдийн эмч нар, авто машинаар хангаж тухайн дэвсгэр нутагт хүүхдийн эмч, эмнэлгийн яаралтай тусламжийг дагнаж гүйцэтгүүлэх шаардлагатай байна. Аймгийн нэгдсэн ба сум дундын эмнэлэг, хүүхдийн эмнэлгийн байгууллага хүүхдэд яаралтай тусламжийг цаг үед нь үзүүлэхийн тулд дараахь нөхцөл боломжийг хангавал зохино. Үүнд:

1. Бүх шатны эмнэлгийн байгууллагуудыг хүүхдэд эмнэлгийн тусламж үзүүлэхэд шаардлагатай материал-техник, тоног, төхөөрөмж, эм хэрэгслэлээр хангасан байх.

2. Эмчлэн сэргийлэх болон хүүхдийн эмнэлгийн байгууллагын бүх эмч, ажилтан нар хүүхдэд эмнэлгийн яаралтай тусламж үзүүлэх талаар зохих мэдлэг, дадлага туршлагыг эзэмшсэн байх.

Хот, аймгийн төв, төвлөрсөн суурин газруудад эмнэлгийн түргэн тусламж, хүүхдийн яаралтай тусламж, хүүхдийн хэсгийн үйлчилгээг

зөв зохион байгуулах, уялдаа холбоог нарийн чанд тогтоох нь дуудлага давхардах явдлыг зохицуулахад шийдвэрлэх рольтой.

Эмнэлгийн түргэн тусламжийн дуудлага төрөлжсөн мэргэжлийн бригад, хүүхдийн эмнэлгийн сэхээн амьдруулах бригад, хүүхдийн эмнэлгийн яаралтай тусламж, хүүхдийн хэсгийн үйлчилгээ нь тухайн нөхцөлд хүүхдэд цаг үед нь эмнэлгийн яаралтай тусламжийг үзүүлэхэд давхардах, нэг нь нөгөөгийнхөө үйл ажиллагааг үргэлжлүүлэн хүч нэмэгдүүлж бэхжүүлэх явдал мэдээж юм.

Хүүхдийн эмнэлгийн яаралтай тусламжинд хүүхдийн эмч нар дагнан ажиллаж, хүүхдийн хэсэг ажиллаж байгаа (өдрийн цагт) үйлчлэх хүрээний дэвсгэрт хүүхдийн эмнэлгийн яаралтай тусламж үзүүлж, эмнэлэгт хэвтүүлэх шаардлагатай хүүхдийг хэсгийн эмчийн илгээлтийн бичгээр холбогдох эмнэлэгт хэвтүүлнэ. Хүүхдийн эмнэлгийн яаралтай тусламжийн салбар нь хүүхдийн хэсгийн үйлчилгээний дараахь үед (17 цагаас хойш өглөө 8,9 цаг хүртэл) үйлчлэх хүрээний дэвсгэрт хүүхдийн эмнэлгийн гэрийн тусламж, хүүхдийн эмнэлгийн яаралтай тусламж, шаардлагатай хүүхдийг эмнэлэгт хэвтүүлэх ажлыг хариуцаж гүйцэтгэнэ. Хүүхдийн эмнэлгийн яаралтай тусламжийн дуудлага хоногийн турш харилцан адилгүй учир ачаалал ихсэх (17, 24 цаг хүртэл) үед хот район, аймгийн төвүүдэд эмч, авто машины тоог тодорхой цагаар нэмэгдүүлэх шаардлагатай. Хүүхдийн хэсэг, хүүхдийн эмнэлгийн яаралтай тусламжийн салбарын хооронд хүүхдийн эмнэлэг үйлчилгээний уялдаа холбоог нарийн чанд тогтоож мөрдүүлбэл зохино.

Хүүхдийн эмнэлгийн стационарын үе шатны эмнэлгийн яаралтай тусламж нь эмнэлгийн нөхцөлд шинээр хэвтсэн хүнд өвчтэй хүүхэд, хэвтэж байгаа үедээ хүндэрсэн хүүхдэд эмнэлгийн яаралтай тусламжийг цаг үед нь бүрэн дүүрэн үзүүлэхэд чиглэнэ.

Үүнтэй холбогдуулан хүүхдийн эмнэлэг, хүүхэд хэвтэж эмчлүүлдэг бүх шатны эмчлэн сэргийлэх байгууллагад хүүхдийн эмнэлгийн яаралтай тусламжийг үзүүлэх дээрх нөхцөл боломжийг бүрэн хангах ёстой.

Хот, аймгийн төв, төвлөрсөн суурин газруудад, хүүхдийн эмнэлгийн яаралтай тусламжинд хүүхдийн нэгдсэн эмнэлэг хүүхдийн эмнэлэг, томоохон тасгуудад оношилгооны хурдавчилсан арга нэвтрүүлэхийн тулд ажлын бус цагаар клиник, биохимийн лаборант, рентген техникийг ээлжийн жижүүрийн журмаар ажиллуулах шаардлагатай. Хүүхдийн эмнэлгийн стационарын үе шатны яаралтай тусламж, эрчимт эмчилгээ, сэхээн амьдруулах ажиллагааг зөв зохион байгуулснаар эмнэлэгт хэвтээд хоног болоогүй эндэгдлийг бууруулах нэг бодитой арга хэмжээ болж чадна.

Д. НАМЖИЛ

АЖИЛЛАХ ХҮЧНИЙ НӨХӨН ҮЙЛДВЭРЛЭЛД ЭРҮҮЛИЙГ ХАМГААЛАХ САЛБАРЫН РОЛЬ

МОНГОЛ УЛСЫН ИХ СУРГУУЛЬ

Социалист үйлдвэрлэлийн харилцаа нь ажилчдын биеийн болон оюуны хүчийг бүх талаар хөгжүүлэх тэдний соёл техникийн түвшин, материаллаг аж байдлыг хэлбэрэлтгүй дээшлүүлэх нөхцөлийг хангаж

байдаг. Иймд социалист нийгэм дэх ажилчдын болон тэдний гэр бүлийн биеийн ба оюуны хүчийг бүх талаар нөхөн сэргээх материаллаг аж байдал, соёлын хэмжээг байнга дээшлүүлэх нь ажиллах хүчний нөхөн үйлдвэрлэлийн үндсэн асуудал болдог. Ажиллах хүчний нөхөн үйлдвэрлэл нь нийгмийн нөхөн үйлдвэрлэлийн бүрэлдэхүүн хэсэг учраас үйлдвэрлэл, хуваарилалт, ашиглалтын шатуудыг хамарч явагддаг. Иймд ажиллах хүчний нөхөн үйлдвэрлэлийн процесст эрүүлийг хамгаалах бусад салбарын нөлөөлөх нөлөөллийг нөхөн үйлдвэрлэлийн шат тус бүрд нарийвчилан авч үзэх нь онцгой ач холбогдолтой юм.

Ажиллах хүчний нөхөн үйлдвэрлэлд үйлдвэрлэлийн шат онцгой байр эзэлдэг. Энэ шатанд нийт ажиллах хүчийг байнга нөхөх, түүнийг биеийн болон оюуны бүх талаар хөгжүүлэхтэй холбогдсон чухал асуудлуудыг тусгаж байдаг. Ажиллах хүчний үйлдвэрлэлийн шатанд хүн амыг эх нялхсын байгууллага, цэцэрлэг, ерөнхий боловсролын сургууль, тусгай мэргэжлийн сургууль, техникум, дээд сургуулиар мэргэжилтэй ажилтан бэлтгэх хөдөлмөрийн насанд хүргэх үеийг хамарч явагддаг. Энэ утгаар ажиллах хүчний нөхөн үйлдвэрлэлийн үйлдвэрлэлийн шат нь дунджаар нэг ажилтанд 18—24 хүртэл жил хамрагдаж байна. ЗХУ болон социалист бусад оронд нэг ажилтны хөдөлмөрийн насанд шилжих боломжит дээд хугацааг багасгах талаар их анхаарч байна. Үүний тулд ерөнхий боловсролын сургуульд зургаан наснаас сургах, дунд сургуульд мэргэжлийн чиг баримжаа олгох, хөдөлмөр, техникийн боловсрол эзэмшүүлэх ажлуудыг явуулж байна.

Өнгөрөгч VI таван жилд улс ардын аж ахуйн салбарт ерөнхий боловсролын сургуулиас 35 мянган залуучуудыг шилжүүлж 12,2 мянган дээд, 20,6 мянган тусгай дунд боловсролтой мэргэжилтэн, 74,0 мянган мэргэжилтэй ажилчдыг техник мэргэжлийн сургуулиар бэлтгэн гаргасан байна.

Дээрх баримтаас үзэхэд нэг ажилтны хөдөлмөрийн насанд шилжих дундаж хугацаа 19,5 жилээр тооцогдож байна.

Шинэ таван жилд дээд тусгай дунд боловсролтой 44,0 мянган мэргэжилтэн, 55,0 мянган мэргэжилтэй ажилчин бэлтгэн гаргахаар төлөвлөж байна.

Ажиллах хүчний үйлдвэрлэлийн шатанд хөдөлмөрийн насны хүн амыг бүх талаар бэлтгэхтэй холбогдуулан улсын төсвөөс зориулах хөрөнгийг байнга нэмэгдүүлж байна. Энэ зориулалтаар мөнгөн хөрөнгийг хүн амыг бүх шатны сургуульд сургах тэдний эрүүл мэндийг хамгаалах, өвчлөлөөс урьдчилан сэргийлэх, биеийн тамир, спортын болон бусад томоохон арга хэмжээнд хуваарилж байна.

1979 онд манай оронд явуулсан тооллогын дүнгээс үзэхэд 16 нас хүртэлх хүүхэд залуучууд нийт хүн амын 47 хувийг эзэлж байв. Хүүхэд залуучуудын эзлэх хувь өндөр байгаа нь нэг талаар тэдгээрийн сурах, боловсрох, асрах, эмчлүүлэх зардалд ихээхэн хүч хөрөнгө зарцуулах, нөгөө талаар хөдөлмөрийн нөөцийг цаашид тогтвортой нэмэгдүүлэх үндсэн нөхцөлийг бүрдүүлж байна.

Ажиллах хүчний үйлдвэрлэлийн шатанд хөдөлмөрийн насанд шилжих хүүхэд залуучуудын эрүүл мэндийг сахин хамгаалах, өвчлөлөөс урьдчилан сэргийлэх ажлыг байнга явуулах эцэг эх, эмнэлгийн байгууллагын холбоог бэхжүүлэхэд онцгой анхаарах хэрэгтэй юм. Хүүхэд залуучуудыг өвчлөлөөс урьдчилан сэргийлэх диспансерчлалыг газар нутаг, район, сургууль, цэцэрлэгийн хэмжээнд авч явуулах, ялангуяа өрх гэрийн диспансерчлал, эмнэлэг гэгээрлийн чанартай сурталчилгааг тогтмолжуулах шаардлага зайлшгүй тавигдаж байна.

Хүүхэд залуучуудын дунд өвчлөлтийн судалгааг системтэй явуулж хүн амыг эрүүлжүүлэх ойрын болон хэтийн төлөвлөгөөний уялдааг сайжруулах, социалист орнуудын туршлагаар хүүхэд, залуучуудын тө-

рөлжсөн амбулатори, поликлиникийн тоог нэмэгдүүлж хот суурин газарт байгуулах явдал чухал юм.

Ажиллах хүчний нөхөн үйлдвэрлэлийн үйлдвэрлэлийн шатнаас хуваарилалтын шатанд шилжих процесс явагдаж, аймаг, хот, сум, районы хэмжээнд улс ардын аж ахуйн аль нэг салбарт хуваарилалтыг хийж байдаг.

Ажиллах хүчний хуваарилалтын шат нь улс ардын аж ахуйн салбарууд, газар нутаг, тухайлбал аймаг хот, районы хэмжээгээр хөдөлмөрийн чадвартай хүн амыг хуваарилах, дахин хуваарилахтай холбогдсон нийгэм эдийн засгийн харилцааг хамарч байдаг.

Ажиллах хүчний хуваарилалт бол нийгмийн хөдөлмөрт оролцох хөдөлмөрийн чадвартай ажиллах хүчний тухай ойлголт юм. Иймд ажиллах хүчний хуваарилалтын шатанд хөдөлмөрийн насанд хүрэх хүн амын эрүүл мэндийг сахин хамгаалах, өвчлөлөөс урьдчилан сэргийлэх, хөдөлмөрийн чадвар алдалтыг бууруулахад эрүүлийг хамгаалах салбар шийдвэрлэгч үүрэг гүйцэтгэнэ.

Ажиллах хүчний нөхөн үйлдвэрлэлийн процесст хуваарилалтын шат нь ажиллах хүчний үйлдвэрлэл, ашиглалтын шатыг холбогч завсрын шат бөгөөд хөдөлмөрийн насны хүн амын оновчтой хуваарилалт нь ажиллах хүчний эшиглалт, тогтвор суурьшилд шууд нөлөөлж байдаг.

Ажиллах хүчний нөхөн үйлдвэрлэлийн процесст ажиллах хүчний эшиглалтын шат нь эцсийн үр дүнг тодорхойлоход онцгой үүрэг гүйцэтгэнэ. Ажиллах хүчний ашиглалт нь улс ардын аж ахуйн салбарт ажиллагсдын хөдөлмөрийн үр дүнгээр өөрөөр хэлбэл улс ардын аж ахуйн салбарт ажиллагсдын хөдөлмөрийн бүтээмжтэй шууд холбоотой. Ажиллагсдын хөдөлмөрийн бүтээмжийг байнга дээшлүүлэх нь эцсийн дүнд ажиллах хүчний ашиглалтыг сайжруулах юм. Нийгмийн хөдөлмөрийн бүтээмжийн бүрэлдэхүүн хэсэг болсон ажиллагсдын хөдөлмөрийн бүтээмжийн дээшлэлт нь нэмэгдэл ажиллах хүч шаардахгүйгээр үндэсний орлогын үйлдвэрлэлийг шууд нэмэгдүүлж байна. Энэ VII таван жилд нийгмийн хөдөлмөрийн бүтээмжийн дээшлэлтээр үндэсний орлогын үйлдвэрлэлийн гуравны хоёрыг хангахаар төлөвлөж байна. Хөдөлмөрийн бүтээмжийг дээшлүүлэхэд гол хүчин зүйл болсон ажиллах хүчний ашиглалтыг сайжруулах нь үйлдвэрлэл дэх хөдөлмөр зохион байгуулалтыг боловсронгуй болгох, хөдөлмөрчдийн мэдлэг, мэргэжлийг системтэй дээшлүүлэх, материалын болон ёс суртахууны урамшууллыг зөв хослон хэрэглэх зэрэг олон хүчин зүйлстэй холбоотой. Нөгөө талаар ажиллах хүчний эшиглалтыг сайжруулж хөдөлмөрийн бүтээмж дээшлүүлэх нь ажиллагсдын хөдөлмөрийн чадвар алдалтыг багасгах явдал юм. Улс ардын аж ахуйн салбарт өвчлөлөөс болж хөдөлмөрийн чадвар алдаж байгаа байдлыг нарийн судалж хөдөлмөрийн чадвар алдалтаас гарах эдийн засгийн (өртгийн) бодит алдагдлыг улс ардын аж ахуй, салбар, үйлдвэр, нутаг районы хэмжээгээр тооцох шаардлага гарч байна. Ажиллах хүчний ашиглалтын шатанд эрүүлийг хамгаалах салбараас үйлдвэр аж ахуйн газар, салбарын хэмжээнд ажиллагсдын хөдөлмөрийн чадвар алдалтанд судалгаа явуулах, ажлын цаг алдалтыг бууруулах арга замыг тодорхойлох, урьдчилан сэргийлэх өргөн хүрээтэй арга хэмжээнүүдийг авч явуулах нь чухал юм. Ажиллах хүчний ашиглалтын гол үзүүлэлт болсон хөдөлмөрийн бүтээмжийн дээшлэлт нь ажилчдын мэдлэг боловсролын түвшингийн есөлт, бүх нийтийн биеийн тамирын хөдөлгөөний явц, үр дүнгээс хамгаардгийг ЗХУ-ын томоохон үйлдвэрийн газруудад явуулсан судалгааны дүн харуулж байна.

ЗХУ-ын туршлагаар ажиллагсдыг эмнэлгийн байгууллагаас бүх, нийтийн биеийн тамираар эрүүлжүүлэх ажлыг зохион байгуулж байгаа туршлагыг нэвтрүүлэх, түүний хөдөлмөрийн бүтээмжинд хэрхэн нөлөөлж байгааг судалж үзэх хэрэгтэй байна. Ажиллах хүчний ашиглалтын

шатанд амбулаторийн үйлчилгээтэй холбоотойгоор гарах ажлын цагийн алдагдлыг багасгах нь амбулатори, поликлиникийн хөдөлмөр зохион байгуулалтыг боловсронгуй болгохтой шууд холбоотой. Мөн амбулатори поликлиникийн тоног төхөөрөмжийн ашиглалтыг сайжруулах, түүнд мэргэжлийн болон санхүүгийн байгууллагаас тавих дотоодын хяналт шалгалтыг хүчтэй болгох нь чухал ач холбогдолтой.

Эрүүлийг хамгаалах байгууллагаас үйлдвэр аж ахуй, яам, тусгай газрын эрүүл мэндийг хамгаалах төлөвлөгөөний хэрэгжилт, биелэлтийн байдалд тогтмол хяналт тавьж, төлөвлөлтийн шинжлэх ухааны түвшинг дээшлүүлэх шаардлагатай байна. Эрүүл мэндийг хамгаалах төлөвлөгөөнд хөдөлмөрчдийн хөдөлмөр ахуйн нөхцөлийг сайжруулах, цайны газар байгуулах, тоос шорооноос хамгаалах агааржуулалт гэрэлтүүлгийн ажлыг зайлшгүй тусгаж байх хэрэгтэй.

Ажиллах хүчний нөхөн үйлдвэрлэлийн шат бүрд эрүүлийг хамгаалах салбарын нөлөөлөх нөлөөллийг тооцох замаар эрүүлийг хамгаалахын эдийн засгийн үр ашгийг тодорхойлох боломжтой юм. Эрүүлийг хамгаалах салбарын ажиллах хүчний нөхөн үйлдвэрлэлд гүйцэтгэх үүргийг эмнэлгийн ажилтнуудад тайлбардан таниулах, тэдний эдийн засгийн боловсролыг дээшлүүлэх замаар хөдөлмөрийн чадвар алдалтыг бууруулж, эмнэлгийн байгууллагын эдийн засгийн үр ашгийг дээшлүүлнэ.

В. И. ПРОМТОВ, Л. РОЛЗОДМАА

АЙМГИЙН НЭГДСЭН ЭМНЭЛЭГ НЬ ХӨДӨӨНИЙ ХҮН АМД ҮЗҮҮЛЭХ ЭМНЭЛГИЙН ТУСЛАМЖИЙГ БОЛОВСРОНГУЙ БОЛГОХ ЗОХИОН БАЙГУУЛАЛТ АРГА ЗҮЙН ТӨВ МӨН

УЛСЫН КЛИНИКИЙН ТӨВ ЭМНЭЛЭГ

Анагаах ухааны болон эрүүлийг хамгаалах ажлыг хөгжүүлэх талаар гарсан нам засгийн тогтоол шийдвэрүүдийн нэг чухал хэсэг нь хөдөөний хүн амд үзүүлэх эмнэлгийн тусламжийг боловсронгуй болгох, түүнийг хотын хүн амд үзүүлж буй тусламжийн түвшинд ойртуулах асуудал юм.

Нийгэм эдийн засаг, газар зүйн онцлог байдал, хөдөө аж ахуйн ажилчдын хөдөлмөрийн нөхцөл зэрэг бодит хүчин зүйлээс эмнэлгийн тусламжийн хүртээмж, чанар шалтгаалж, ялангуяа эмч хүрэлцээгүйгээс бэрхшээл учирч байна.

Ийнхүү хөдөөний хүн амын эмнэлгийн тусламжийг зохион байгуулж хэрэгжүүлэхдээ дээрх хүчин зүйлийг анхаарах хэрэгтэй юм.

Аймгийн нэгдсэн эмнэлэг нь хөдөөний хүн амын эмнэлгийн нарийн мэргэжлийн тусламж өөрийн нутаг дэвсгэр дэх эмнэлэг урьдчилан сэргийлэх байгууллагуудыг зохион байгуулалт арга зүйн удирдлагаар хангах төв, эмч, эмнэлгийн дунд мэргэжилтний мэргэжил эзэмших, дээшлүүлэх бааз байгууллага мөн.

Аймгуудын 1981 оны тайлангийн материалаар нэгдсэн эмнэлэгт эмчлүүлэгчдийн 25,3%, аймгийн нийт эмнэлгийн байгууллагад эмчлүүлэгчдийн 10,7% нь хөдөөний хүмүүс байгаагаас үзэхэд хөдөө аж ахуйн үйлдвэрлэл дээр ажиллагсдын эмнэлгийн үйлчилгээний хүртээмж анхан шатны мэдээ бүртгэлийн зөв эсэхийг нарийвчлан судлах нь чухал байна. Аймгийн нэгдсэн эмнэлэгт хөдөөнөөс эмчлүүлэгчид 1976 онд 27,4% байсан бол 1981 онд 25,3%, Архангай аймагт 42,5%—11,9%, Баян-Өлгий аймагт 29,8%—25,7 Дорнод аймагт 18,1—14%, Завхан аймагт 30,2—20,9% гэх мэтчилэн тус тус буурчээ. Аймгуудад амбулаториор үзүүлэгчдийн дотор хөдөөний хүмүүс 1976 онд 6,5% байснаа 1981 онд 3,7% болж буурчээ. Энэ үзүүлэлт Баян-Өлгий аймагт 26,6% Сүхбаатар аймагт 19,7%, Булган аймагт 14,8%-иар тус тус буурсан байна. Нүүдлийн амбулаторийн үзлэг Говь-Алтай, Завхан, Увс зэрэг нилээд аймагт буурлаа. Энэ нь эмнэлгийн үйлчилгээг дүгнэлт судалгааны үндсэн дээр зохицуулаагүйгээс гол нь шалтгаалсан бөгөөд үүнийг дараагийн үзүүлэлт нотолж байна.

Аймгийн нэгдсэн эмнэлгийн ор хэт их ачаалалтай ажиллаж байхад сум дундын эмнэлгийн нарийн мэргэжлийн тусламжийн орыг зохистой ашиглаж чадахгүй байна. 1981 онд сум дундын эмнэлгийн дотрын ор 304 хоног ажилласан байхад аймгийн нэгдсэн эмнэлэгт 366 хоног ажилласан байна. (Нормативаар 330—340)

Хүснэгт 1

1981 оны дотрын тасгийн орны ашиглалт

№	Аймгийн нэрс	Архангай	Баян-Өлгий	Увс	Ховд
1	Сум дундын эмнэлгийн дотрын тасаг	206	193	270	223
2	Аймгийн нэгдсэн эмнэлгийн дотрын тасаг	368	353	377	348

Мэс засал, эх барих эмэгтэйчүүдийн орны ашиглалт мөн л ийм байна. Аймгийн нэгдсэн эмнэлэг зохион байгуулалт арга зүйн төв байх үүргээ бүрэн гүйцэтгэж энэ байдалд дүгнэлт хийж ажиллахгүй байна. Аймгийн нэгдсэн эмнэлгийн ерөнхий мэргэжилтнүүд эмчилгээний болон зохион байгуулалт арга зүйн талаар төлөвлөгөөт зөвлөх тусламжийн ажлаар хөдөөний эмнэлгүүдэд явж ажиллах нь ховор байна.

Хөдөөний хүн амд үйлчлэхэд аймгийн нэгдсэн эмнэлгийн өмнө маш олон төрлийн зорилтууд байдгаас зохион байгуулалт арга зүйн ажил онцгой үүрэгтэй юм. Иймээс аймгийн нэгдсэн эмнэлгийн бүтцийн нэг чухал хэсэг нь зохион байгуулалт арга зүйн кабинет байх ёстой. Энэ кабинет нь хөдөөний хүн амд үзүүлэх эмнэлгийн тусламжийн зохион байгуулалт арга зүйн удирдлагын төв болдог. Зохион байгуулалт арга зүйн кабинетын гүйцэтгэх үүрэгт хүн амын өвчлөл нас баралт, хөдөлмөрийн чадвар алдалтын шалтгаан, аймгийн эрүүлийг хамгаалах байгууллагуудын үйл ажиллагааны үзүүлэлтийн судалгаа, боловсон хүчний мэргэжил дээшлүүлэх ажлын зохион байгуулалт, семинар зөвлөлгөөн, онол практикийн бага хурал бэлтгэж явуулах зэрэг ажил орно.

Зохион байгуулалт арга зүйн кабинетад хүн амын эрүүл мэндийн болон эрүүлийг хамгаалах статистикийн бүх үзүүлэлт хөдөө аж ахуйн үйлдвэрлэлд ажиллагсдын хөдөлмөрийн чадвар түр алдагдах өвчлөлийн тухай тооцоо судалгаанууд төвлөрнө.

Зохион байгуулалт арга зүйн кабинет сум, бригадад ажиллах эмч нарын нүүдлийн тусламжийг удирдан түүний биелэлтэнд хяналт тавьж эмнэлгийн байгууллагын ажлыг шалгаж зааварчилна.

Аймгийн хүн амыг эмнэлгийн төрөлжсөн нарийн мэргэжлийн тусламжаар хангах нь үндсэндээ аймгийн нэгдсэн эмнэлгийн тасгийн эрхлэгч нарын ажлын зохион байгуулалт арга зүйн удирдлагаас шалтгаална. Тэнд сумын болон сум дундын эмнэлгээс хүн амд үзүүлж буй тусламжийг мэргэжлийн чиглэлээр зохион байгуулан тэдний ажилд эмнэлэг үйлчилгээний дэвшилтэт арга хэлбэр, оношилгоо эмчилгээний шинэ аргыг нэвтрүүлэх ажлыг хариуцаж ажиллана.

Зохион байгуулалт арга зүйн кабинетын ажлын үр дүн нь аймгийн эрүүлийг хамгаалах газар, нэгдсэн эмнэлгийн удирдлагаас энэ кабинетын үүрэг ач холбогдлыг хир зэрэг ойлгосноос шууд шалтгаална.

Г. ЗУУНАЙ

ЭРҮҮЛИЙГ ХАМГААЛАХ САЛБАР ДАХЬ ХӨДӨЛМӨРИЙН НӨӨЦИЙН АШИГЛАЛТ, ЭМЧ МЭРГЭЖИЛТНИЙ ӨГӨӨЖИЙГ САЙНРУУЛАХ АРГА ЗАМ

АНАГААХ УХААНЫ ХҮРЭЭЛЭН

Нам засгийн байнгын анхаарал халамжийн үр дүнд социалист эрүүлийг хамгаалах систем тогтвортой хөгжиж ард түмний эрүүл мэндийг сахин хамгаалах үйл хэрэгт үлэмж хүч хөрөнгө зарж байна.

Ардын эрүүлийг хамгаалахын хөгжлийн явцад авч явуулсан арга хэмжээнүүд, тухайлбал эмнэлгийн нэгж байгууллагуудыг үүсгэн бий болгох, тэдгээрийг өргөтгөж бэхжүүлэх, эмч эмнэлгийн ажилтны тоог нэмэгдүүлэх, улсаас эрүүлийг хамгаалахад зарцуулах төсвийг өсгөх зэрэг арга хэмжээ бол эдийн засгийн хөгжлийн экстенсив маягийн арга зам байв. Тэгвэл эмнэлгийн ажиллах боловсон хүчин, материал техникийн бааз өсч тэдний тодорхой нөөц чадамжтай болсон орчин үед тухайн салбарыг эдийн засгийн интенсив аргаар голчлон хөгжүүлэх бүрэн боломжтой болж ирлээ.

Эдийн засгийн интенсив арга буюу эрчимжүүлэлт нь нийгмийн үйлдвэрлэлд шууд нөлөөлөх хүчин зүйлд чанарын өөрчлөлт гаргаж хамгийн үр ашигтай багаж техникийг хэрэглэх, хөдөлмөр зохион байгуулалтын боловсронгуй арга хэлбэрийг ашиглах дэвшилттэй арга юм.

Эрүүлийг хамгаалах салбар дахь хөдөлмөрийн нөөцийн ашиглалт, өгөөжийг дээшлүүлэхэд эрчимжүүлэх аргыг хэрэглэх шаардлага нэг талаас тус орны хүн амын зүйн онцлогоос хамаарч, тухайлбал ажиллах боловсон хүчин дутагдалтайгаас, нөгөө талаар орчин үеийн шинжлэх ухаан техникийн хөгжлийн эрүүлийг хамгаалах салбарт тусч буй үр нөлөө, анагаах ухааны хөгжлийн өнөөгийн онцлог, эмнэлгийн ажилчдын нарийн мэргэжлийн тоо, чанарын дэвшил, эрүүлийг хамгаалах салбарт оруулж буй хөрөнгө оруулалтын өсөлт зэргээс үүдэн гарч байгаа юм.

Эмнэлгийн ажилчдын хөдөлмөрийн онцлог бол хэдийгээр нийгмийн материал баялгийг шууд үйлдвэрлэдэггүй боловч түүнийг бүтээлч хөдөлмөрлөх хүч-хүний, улмаар нийгмийн хөдөлмөрийн чадварт шууд нөлөөлдөг бөгөөд тэдний хөдөлмөрийн ихээхэн хэсэг нь эмнэлгийн ажилтнуудын биеийн шууд оролцоо буюу „амьд хөдөлмөр“ байдагт оршино.

Тийнхүү эмнэлгийн ажилчдын хөдөлмөрийн бүтцэнд „амьд хөдөлмөр“ их ордгоос эрүүлийг хамгаалах систем дэх аливаа асуудлыг шийдвэрлэхэд тэнд ажиллаж байгаа боловсон хүчний хангамж шийдвэрлэх үүрэг гүйцэтгэдэг. Гэвч социалист нийгмийн хөгжлийн өнөөгийн үе шатанд аливаа асуудлыг амжилттай шийдвэрлэхэд ажиллаж байгаа хүний тооны олноор биш, харин тэнд байгаа боловсон хүчнийг зөв зохистой ашиглах явдал тэргүүн ач холбогдолтой болж ирлээ. Тухайлбал эмч нарын мэдлэг мэргэжлийг системтэйгээр дээшлүүлэх, нарийн мэргэжлийн дагуу ажиллуулах, багаж аппарат болон мэргэжилтний зориулалт хоорондоо тохирч байх, тэдний хөдөлмөрийг зөв зохион байгуулж ажлын зохистой нөхцөлийг хангах, удирдлагын дэвшилттэй хэлбэрийг ашиглах зэрэг нь хөдөлмөрийг эрчимжүүлэн хөгжүүлэх шилдэг арга хэлбэр болно.

Орчин үед аль ч салбарын боловсон хүчний нөөцийн ашиглалт өгөөжийг сайжруулах хүчин зүйлсийг үндсэн гурван чиглэлд хуваан үзэж байна. Үүнд:

1. Материал техникийн холбогдолтой хүчин зүйл
2. Нийгэм-эдийн засгийн хүчин зүйл
3. Удирдлагын хүчин зүйл

Тусгай зориулалт бүхий барилга байгууламж, эмнэлгийн тоног төхөөрөмж, онош-эмчилгээний өндөр өгөөжтэй машин техник, тэднийг эзэмших орчин үеийн арга хэрэгсэлгүйгээр өнөөгийн анагаах ухаан, эрүүлийг хамгаалахын хөгжлийг түргэтгэх, эмнэлгийн ажилчдын хөдөлмөрийн үр дүнг сайжруулах боломжгүй юм. Гэхдээ амьд хөдөлмөр их шаарддаг эрүүлийг хамгаалахын онцлогос болж техник нь материаллаг үйлдвэрлэлийн салбарынх шиг хөдөлмөрийн бүтээмжийн эцсийн үр дүнд шууд нөлөөлдөггүй билээ. Учир нь нэг талаас социалист нийгэм дэх эмчийн хөдөлмөрийн гол шинж чанар нь эмч өвчтөний хоорондын хүнлэг харьцаа хэвээр байх (техникээр тусгаарлагдан өвчтөнд хайнга хөндий хандахыг цээрлэх) бөгөөд нөгөө талаар, эрүүлийг хамгаалах дахь хөдөлмөрийн эцсийн үр дүнг гагцхүү эдийн засгийн өгөөжөөр тодорхойлж болдоггүй, түүний шууд бус бусад олон үзүүлэлт, тухайлбал хүн амын өвчлөл, нас баралтын байдал, хөдөлмөрийн чадвар түр алдалтын бууралт, идэвхтэй урт наслалт зэрэг олон хүчин зүйлсээр тодорхойлогддогт оршино. Иймээс эмнэлгийн ажилчдын ашиглалтыг дээшлүүлж тэдний хөдөлмөрийн өгөөжийг сайжруулах гол арга нь нийгэм эдийн засгийн хүчин зүйлүүдийг ашиглах явдал юм.

Эрүүлийг хамгаалах салбар дахь хөдөлмөрийн нөөцийн ашиглалтыг сайжруулахад эрчимжүүлэх аргыг хэрэглэх асуудал орчин үед хурцаар тавигдах болсон нэг шалтгаан нь эмчийн тоо урьд байгаагүй ихээр өсч ирэхийн хирээр эмчийн хэрэгцээ улам ихэсч эмчийн орон тоо, бие хүн-эмчийн тоо хоёрын хоорондын харьцааны зөрөө багасахгүй байгаад оршино. Нийгмийн хөгжлийн зүй тогтлоос үүдэн гарч ирэх энэхүү үзэгдлийг шийдвэрлэхэд янз бүрийн арга замыг хэрэглэх шаардлагатай байна.

ЗХУ болон ах дүү социалист бусад орны туршлага үүнийг батлан харуулж байна. Эмч, эмнэлгийн ажилчдын хүрэлцээгүй байдлыг арилгахад (хэрэгцээг хангах) чиглэсэн нэг гол арга хэмжээ бол эмнэлгийн ажилчдын орсон тосны есөлтийг төлөвлөх ажлыг боловсронгуй болгоход оршино. Үүний тулд ажиллуулах арга төлөвлөж байгаа эмчийн орсон тосны төлөвлөгөөг тухайн үед бэлэн байгаа эмчийн тоо, түүний

хорогдол, төлөвлөгөөт хугацаанд шинээр нэмэгдэх эмчийн өсөлттэй нягт уялдуулан хийх ёстой,

Мөн энэхүү төлөвлөлтөнд тэтгэврийн насанд хүрсэн эмч нарыг ажиллуулах боломж, эмч нарыг нэмэгдэл цалингаар ажиллуулах, шаардлагатай нөхцөлд орон тоог янз бүрийн хэлбэрээр хавсарч ажиллуулах явдлыг харгалзаж тооцох, тэдгээрийг ул үндэстэй боловсруулж хэтийн төлөвт тусгах нь чухал юм.

Бидний судалгаагаар манай улсад эмч нарын хавсран ажиллаж байгаа коэффициент 1,1 хүрч, тэтгэврийн насанд хүрснээс хойш эрэгтэй эмч нар 2,9 жил, эмэгтэй эмч нар 3,8 жил мэргэжлийн ажлаа үргэлжлүүлэн хийж байна. Гэвч эмч нар тэтгэвэрт гарах, тахир дутуугийн группт орх, нас барах зэрэг шалтгаанаас болж улсад ажиллах хугацаа нь дунджаар эрэгтэйчүүдэд 3,6 жил, эмэгтэйчүүдэд 2,5 жилээр хорогдож байна.

Хүн амын дундаж наслалт уртсаж эрүүл мэнд нь сайжирч байгаа орчин үед тэтгэврийн насны хүмүүсийг тэдний эрүүл мэнд, амрах эрхийг хохроолгүйгээр ажиллах боломжоор хангах явдал нийгмийн үйлдвэрлэлийн ажиллах хүчний нөөцийг нэмэгдүүлэх чухал хүчин зүйлийн нэг болно.

Эмч нарын хөдөлмөрийн ашиглалт өгөөжийг сайжруулахад тэдний мэргэжлийн түвшинг дээшлүүлэх явдал чухал үүрэг гүйцэтгэдэг билээ. Судалгаанаас үзэхэд 1980 оны байдлаар манай улсын их эмч нарын 78,4 хувь нь ямар нэг хэлбэрээр мэргэжлээ дээшлүүлсэн байна. Одоо манай эмч нар дөрвөн жил тутамд мэргэжлээ дээшлүүлж байх журамтай болсон боловч тэдний мэргэжил дээшлүүлэлтийн чанар болон өндөр мэргэжлийн эмч бэлтгэх сургалтын зарим хэлбэрийн хяналтын тус хангалтгүй байна. Эмч нарын дөнгөж 1,1 хувь нь докторантур ба аспирантурт, 4,1 хувь нь ординатурт суралцсан, 2,5 хувь нь эмчийн зэрэгтэй байгаа явдал бол төдийлөн хангалттай, үзүүлэлт биш юм.

Эмч нарын мэргэжлийн түвшинг сайжруулах хоёрдогч систем буюу мэргэжил олгох, дээшлүүлэх явдлыг орчин үеийн шаардлагын хэмжээнд хүргэх, шинэ эмч нараар нарийн мэргэжлийг зөв сонгуулах, нэгэнт нарийн мэргэжил олсон эмч нарыг тэр мэргэжлээр нь тогтвортой ажиллуулах явдал бол тэднийг зөв зохистой ашиглах үндсэн хэлбэр мөн. Судалгаанаас үзэхэд манай эмч нар янз бүрийн онцгой бус шалтгаанаар мэргэжил солих, тухайн мэргэжлээр ажиллахгүй мөртлөө курс сургуульд явах, удаан хугацааны нарийн мэргэжлийн курст явж ирээд өөр ажилд шилжих, эсвэл эрүүлийг хамгаалах системээс гарах, тэтгэвэрт гарах зэрэг зохисгүй үзэгдлүүд тийм ч цөөн бус гарч байна.

Монголын эмч нарын III их хурлаас эмч нарын мэргэжил дээшлүүлэх институт байгуулах асуудал дэвшүүлсэн боловч одоо хир шийдээгүй байгааг анхаарах нь зүйтэй байна.

Эмч, эмнэлгийн ажилтны мэргэжлийн түвшинг дээшлүүлэхэд боловсон хүчин бэлтгэх анхдагч ба хоёрдогч системийн аль аль нь чухал нөлөөтэй юм. Тиймээс боловсон хүчний мэргэжлийн түвшинг дээшлүүлэх асуудлыг авч үзэхдээ зөвхөн сургууль төгссөнөөс хойшхи хугацааны тухай бодох нь том алдаа болно.

Боловсон хүчинд мэргэжил олгох анхдагч систем буюу дээд, дунд сургуулийн босгоноос төгсгөн гаргах эмч нарын мэргэжлийн түвшингээс өнөөгийн эрүүлийг хамгаалах ажлын амжилт шууд хамаарах болсон байна. Шинэ төгсөх эмч нарын чанарт онцгой анхаарч өндөр шаардлага тавихыг орчин үе шаардаж байна. Энэ нь нэг талаар манай улс эмчийн хангамжийн асуудлыг тооны хувьд үндсэнд нь шийдвэрлэсэн гэж үзэж болох өнөөгийн нөхцөлд тэдний мэдлэг мэргэжил, хүн амд үзүүлж байгаа эмнэлгийн тусламжийн чанарт онцгой

анхаарах болсон нийгмийн хөгжлийн шаардлагаас урган гарч байна. Нөгөө талаар эмнэлгийн дээд мэргэжилтэнг орчин үеийн шинжлэх ухаан-техникийн хөгжлийн шаардлагын түвшинд бэлтгэн гаргахгүй бол цагийн аяс даахгүй „гологдол бүтээгдхүүн үйлдвэрлэхэд“ хүрч байна. Энэ шаардлагыг хангахын тулд анагаах ухааны дээд сургуулийн багшлах боловсон хүчний бүрэлдхүүнийг эрс сайжруулах, сургалтын хөтөлбөрийг боловсронгуй болгож шинжлэх ухааны хөгжлийн өнөөгийн шаардлагад тэнцүүлэх, сургах бааз, материал техникийн хангамжийг бэхжүүлж, оюутнуудыг эмчлэх ур зүйд сургах, эмчийн мэргэжилд суралцах үйл явцын дэс дарааллыг зөв зохистой зохион байгуулж мэргэжлийн дур сонирхлыг сайжруулах, сургалтыг эрүүлийг хамгаалахын практиктай шижмийн нарийн холбоотой явуулах хэрэгтэй байна. Мөн оюутны элсэлтийн чанарт онцгой анхаарал тавьж эмнэлгийн сургуульд элсэх хүмүүсийн мэргэжлийн баримжааг сайжруулах, тэдэнд мэргэжлээ зөв сонгоход нь туслах ажлыг зохиох шаардлагатай байна.

Судалгаанаас үзэхэд манай улсын их эмч нарын 55,3 хувь нь эмчийн мэргэжлийг хүслээрээ эзэмшиж, 23,9 хувь нь хуваарилалтын дагуу эмнэлгийн сургуульд орж, 8,7 хувь нь бусдын зөвлөлгөөнөөр буюу ойр дотны хүмүүсийн үгээр, 8,4 хувь нь тохиолдлоор, 3,7 хувь нь бусад шалтгаанаар эмчийн мэргэжлийг сонгожээ.

Эмч нарын ашиглалт, өгөөжийг сайжруулах чухал хүчин зүйлийн нэг бол тэднийг орон нутаг ба эмчлэн сэргийлэх байгууллагад зөв хуваарилж тогтвортой ажиллуулах явдал юм. Манай эмч нарын 5,6 хувь нь жил бүр ямар нэг хэлбэрээр шилжиж байгаагаас эмч нарын дөнгөж 32,7 хувь нь өөрийнхөө төрж өссөн орон нутагт тогтвортой ажиллаж байгаа юм. Ажиллах нөхцөл, хангамж жигд бишээс болж эмнэлгийн зарим байгууллагад эмч нар тогтвор суурьшилтай ажиллахгүй байгаагаас сум, сум дунд, хэсгийн эмнэлэг, түргэн тусламжийн станц зэрэг газар эмч нарын дамжин шилжих-өртөөний үүрэг гүйцэтгэдэг тохиолдол байгаа билээ. Эмч нарыг хот хөдөөд жигд ойролцоо хангамжтай байхаар хуваарилах, хуваарилалтын системийг улам боловсронгуй болгох асуудал Эрүүлийг хамгаалах Яамны үргэлжийн анхааралд байх ёстой.

Хөдөө орон нутагт ажилладаг эмч нарт нэмэгдэл цалин олгож тэднийг курс сургуульд суралцуулах асуудлыг нэн тэргүүнд шийдвэрлэж байх нь зүйтэй юм. Залуу эмч нар сургууль төгсөөд хөдөө орон нутагт гурваас доошгүй жил ажилладаг зарчим нэгэнт тогтсон боловч 2—3 жилийн дараа заавал шилждэг ёстой юм шиг үзэх нь том алдаа болно. Цаашид хөдөө орон нутагт тасралтгүй ажилласны нэмэгдэл цалин буюу амралт олгодог болох, тэдний үр хүүхдийг эмнэлгийн сургуульд тэргүүн ээлжинд авдаг болзолт журам тогтоох, саналаараа ирж ажилласан эмч нарт эхний ээлжинд орон сууц олгох, сууцны хөлсийг хөнгөлөх зэрэг арга хэмжээг боловсруулж хэрэгжүүлэх нь зүйтэй байна.

Эмч мэргэжилтнүүдийг зүй зохистой ажиллахад тэдний хөдөлмөрийг зөв зохион байгуулах, шинжлэх ухааны үндэслэлтэй хөдөлмөр зохион буйгуулалтын янз бүрийн хэлбэрийг нээтрүүлэх явдал чухал суурь эзэлнэ. Тусгай судалгаанаас үзэхэд манай эмч нарын 14 хувь нь өвчлөх, зориулалтын бус ажилд дайчлагдах зэрэг янз бүрийн шалтгаанаас болж эмчлэн сэргийлэх ажилд оролцохгүй, жилийн туршид үндсэн ажлаасаа хөндийрч байна.

Ажлын цагийн энэхүү хөндийрөлт, алдагдлыг багасгах нь хөдөлмөрлөх хүчний ихээхэн нөөц болно. Үүний тулд эмч нарын хөдөлмөрийг зөв зохион байгуулж курс сургуульд явуулах, амрах хуваарийг зөв хийх, жилийн туршид ажиллах эмч нарын төлөвлөгөөг нарийн гаргах, тэдний хөдөлмөрийн чадвар түр алдах өвчлөлийг бууруулах арга

хэмжээг тууштай авч хэрэгжүүлэх шаардлагатай байна. Нөгөө талаар эмч нарын энэхүү ажлын цагийн алдагдал, үндсэн ажлын хөндийрэлтийг төлөвлөлтөнд тусгаж байх хэрэгтэй юм. Мөн эмч мэргэжилтнүүдийг зөв зохистой ашиглахад тэдний орон тооны нормативыг хүн амын эмнэлгийн тусламж авах хэрэгцээнд уялдуулан хийх, их эмч, эмнэлгийн дунд ба бага мэргэжилтний тооны харьцааг зөвөөр тогтоох явдал маш чухал юм.

Өнөөгийн шинжлэх ухаан-техникийн хөгжлийн үр дагавраар анагаах ухааны зарим мэргэжил улам бүр салбарлан нарийсч, зарим нь олон шинжлэх ухааны зааг дээр өргөжин хөгжих болсноос орчин үеийн эрүүлийг хамгаалах системд инженер техникч, эдийн засагч, бодис зүй (физик), хувилахуйн ухаан, математик зэрэг янз бүрийн мэргэжлийн хүмүүс хамтран ажиллах шаардлагатай боллоо.

Эрүүлийг хамгаалахын боловсон хүчний ашиглалт, өгөөжийг сайжруулах маш чухал чиглэлийн нэг бол салбарын удирдлагыг эрс сайжруулах асуудал юм. Ер нь эрүүлийг хамгаалахын удирдлага бол тухайн салбарын хөдөлмөрийн нөөцийн ашиглалт, өгөөжийг бүх талаар дээшлүүлэх, засаг захиргаа-зохион байгуулалтын болон эдийн засаг, төр эрхийн цогц арга хэмжээний нэгдэл юм.

Удирдлагын арга хэлбэр, түүний эцсийн үр дүн нь салбарыг удирдаж байгаа боловсон хүчний бүрэлдэхүүн, мэргэжил мэдлэгийн түвшингээс хамаардаг нь мэдээж хэрэг.

В. И. Ленин удирдах боловсон хүчнийг сонгон дэвшүүлэхэд анхаарах гол зүйлсийн талаар олон удаа тодорхойлон заасан байдаг. Тийм ч учраас манай намын удаа дараагийн их, бүгд хурлуудаас боловсон хүчнийг зөв сонгон дэвшүүлэх, тэднийг удирдлагын ажилд сургах талаар онцгой анхаарч дэс дараатай чухал асуудлуудыг дэвшүүлэн хэрэгжүүлж байдаг билээ.

Манай улс эрүүлийг хамгаалахын удирдах ажилтнуудыг Дэлхий Эрүүлийг Хамгаалахын Байгууллагын шугамаар Москвагийн курст сургадаг уламжлалтай болж энэ курсийг нилээд сайн ашиглаж байгаа юм. Гэвч түүнд явуулж байгаа бүрэлдхүүнийг нарийн хянаж ирсэн хойноо удирдах ажил хийж чадах, эрүүлийг хамгаалах системд ажиллах хүмүүсийг явуулж сургах шаардлагатай байна.

Эмнэлгийн удирдагчдын удирдлагын ба эдийн засгийн мэдлэгийг сайжруулж шинэ шатанд гаргах шаардлагатай байна. Нөгөөтэйгүүр орчин үеийн аж ахуйг удирдахад шинжлэх ухаан техникийн мэдээллийг ашиглахгүйгээр сновчтой зөв шийдвэр гаргах боломжгүй юм. Цаг үеэ олсон, найдвартай, оновчтой мэдээллийн (өгсөх ба уруудах урсгалын аль аль нь чухал) үр дүнд өөрийн орны төдийгүй, гадаад орнууд дахь тухайн салбарын хөгжлийн орчин үеийн түвшин, тулгамдсан асуудал, эрэлт хэрэгцээ, онцлогийг олж харах, гарч болох алдагнагс сэргийлэх, бусдагс сурах, хэмгийн сүүлийн үеийн тэргүүн туршлага, шинэ санаачилгыг авч хэрэглэх боломжтой болно.

Тийм ээс орчин үеийн эрүүлийг хамгаалах системийг оновчтой, дайчин удирдахад анагаах ухааны мэдээллийг хөгжүүлэх, түүнийг ашиглах явдал чухал байна.

Эдгээрээс гадна эмч, мэргэжилтнүүдийн ашиглалт, өгөөжийг сайжруулахад тэдний дунд социалист уралдааныг зөв оновчтой өрнүүлэх, эдийн засгийн урамшуулах системийг туршин ашиглах, эрдэм шинжилгээний ажил хийлгэх, энэ эрхийг эмнэлгийн дарга нарт олгох, шинжлэх ухааны үндэслэлтэй хөдөлмөр зохион байгуулалтын төрөл бүрийн хэлбэрийг тууштай нэвтрүүлэх явдал чухал байна.

ЖИРЭМСЭН ЭХ, ЭМЭГТЭЙЧҮҮДИЙН ДИСПАНСЕРИЙН ХЯНАЛТЫГ БОЛОВСРОНГУЙ БОЛГОХ АРГА ЗАМ

УЛААНБААТАР ХОТЫН III АМАРЖИХ ГАЗАР

Эх барих эмэгтэйчүүдийн тусламжийн цөм болсон эмэгтэйчүүдэд зөвлөлгөө өгөх газрын үйл ажиллагааны үндсэн зарчим, ажлын арга барил нь жирэмсэн эх, эмэгтэйчүүдийн өвчтэй эмэгтэйчүүдийг диспансерчлах арга ажиллагаа байх ёстой.

Орчин үеийн анагаах ухааны ололт амжилтыг эмэгтэйчүүдэд зөвлөлгөө өгөх газрын үйл ажиллагаанд нэвтрүүлэх нь жирэмслэлт, жирэмсний хүндрэл, эмэгтэйчүүдийн өвчлөлийг эрт үед нь илрүүлэх, оношлох, эмчлэх, урьдчилан сэргийлэх, эрүүлжүүлэх ажлыг үр дүнтэй явуулах, эх нялхсын эрүүл мэндийг хамгаалан бэхжүүлэх нөхцөл боломжийг бүрдүүлж байна.

Эмэгтэйчүүдэд зөвлөлгөө өгөх газар нь амбулатори-поликлиникийн бүрэлдхүүнд хамрагддаг, нэгдсэн эмнэлэг, тусгай мэргэжлийн диспансерууд, стационартайгаа нэгдмэл үйл ажиллагаатай эмнэлэг үйлчилгээний систем юм.

Тус газар нь жирэмсэн эхчүүд болон өвчлөлийг эрт илрүүлэн эмчлэн эрүүлжүүлэх хяналт тогтоож, гарч болох хүндрэлүүдээс урьдчилан сэргийлэх, тэднийг системт сургалтанд бүрэн хамруулж ариун цэвэр, эрүүл ахуйн анхны мэдэглэхүүн эзэмшүүлэх, эмэгтэйчүүдийн эрүүл мэнд, эрх ашгийг хамгаалсан хууль тогтоомж, шийдвэрийн биелэлтэнд хяналт тавьж биелүүлэх, эмэгтэйчүүд, эхчүүдийн амьдрал ахуйн болон хөдөлмөрийн нөхцөлийг сайжруулахад ажлаа чиглүүлнэ.

Жирэмсэн эх, эмэгтэйчүүдийн өвчтэй эмэгтэйчүүдийг диспансерийн хяналтанд хамруулах гол арга бол үйлчлэх хүрээний дэвсгэр нутгийн 15—49 насны эмэгтэйчүүдийн бүртгэл судалгааг гаргаж хөдөлгөөнийг тогтмол хийж байх, эмнэлгийн байгууллагын зориудын урьдчилан сэргийлэх үзлэг, өдөр тутмын үйлчилгээнд хамрагсдын дотроос жирэмсэн эх, эмэгтэйчүүдийн өвчтэй эмэгтэйчүүдийг идэвхтэй аргаар илрүүлэх явдал мөн.

Харьяа дэвсгэр нутгийн эмэгтэйчүүдэд хагас жил тутам урьдчилан сэргийлэх үзлэгийг төлөвлөгөөт графикаар хийх, хот төвлөрсөн газар жирэмсэн эмэгтэйчүүдийг эхний хагас жилд сард нэг, жирэмсний сүүлийн хагасаас эхлэн хоёр долоо хоногт нэг, төрөхөөс өмнө 45 хоногийн хугацаанд 7 хоногт нэг удаа, онцгой хяналтын жирэмсний үзүүлэх хугацаа нь үүнээс улам ойрхон байх шаардлагатай.

Жирэмсний эхний 3 сарын дотор зөвлөлгөөнд хамруулах нь тухайн жирэмсний бодит байдлыг цаг үед нь үнэн зөв тогтоох, илүү өртөмтгий эхчүүдийг онцгой хяналтанд авч эхийн эрүүл мэндийн байдлаас шалтгаалан уг жирэмслэлтийг таслах, жирэмсний цаашдын аливаа хүндрэлээс урьдчилан сэргийлэх, хэвлий дэх ураг хамгаалалтыг бүрэн хийх, жирэмслэлтийг хэвийн төрөлтөөр төгсгөхөд шийдвэрлэх ач холбогдолтой юм.

Эх барихын ужиг дурдатгалтай, бусад эрхтэн системийн өвчин хавсарсан жирэмсэн эмэгтэйчүүдэд онцгой хяналт тогтоон, нарийн мэргэжлийн эмчийн хяналтанд байлгаж эмчлэн эрүүлжүүлэх ажлыг зохиож, амаржих газар, тасагт хэвтүүлж, бүх талын шинжилгээ

хийж оношийг бататган эмчилж, төрөлтийн төлөвлөгөөг боловсруулна.

Жирэмсэн эхчүүдэд шаардлагатай шинжилгээнүүдийг хийх ба жирэмсний тээлийн нэг, хоёрдугаар хагаст хүн бүрд сүрьеэ, тэмбүү, өвчин илрүүлэх шинжилгээ хийхээс гадна үжил халдвараас хамгаалах анатоксиныг 3 удаа тарина.

Зөвлөлгөө өгөх газраас жирэмсэн эхчүүдэд эмнэлэг, ариун цэвэр эрүүл ахуйн суртал нэвтрүүлгийн ажлыг нэг бүрчилэн зохиож ариун цэвэр, эрүүл ахуйн анхны мэдэгдхүүнтэй болгож, жирэмснээс хамгаалах арга барилыг шаардлагатай эмэгтэйчүүдэд зааж сургах, үргүй хүмүүсийг эмчлэх, зөвлөлгөөн өгөх, мөрдөж байгаа журмын дагуу умайн хаацай, ерөндөг тавих ажлыг эрхлэн гүйцэтгэх, жирэмсэн эмэгтэйчүүдэд амаржихын өмнө хэрхэн хувцаслах, ажиллах, амрах, хооллох, амаржсаны дараахь эрүүл ахуйн дэглэм, хүүхдээ хооллох, арчлах, сувилах, витаминжуулах, чийрэгжүүлэх, аливаа өвчнөөс урьдчилан сэргийлэх арга барил дадал заншил эзэмшүүлэх ажлыг эрэмбэ дараалалтай зохионо.

Эхчүүдэд зориулсан системт сургалтыг хот суурин газруудад байнга зохион байгуулж, хичээлийн хөтөлбөрт эмэгтэйчүүдийн бэлэг эрхтний анатом физиологийн онцлог, сарын тэмдгийн мөчлөг, түүний хямрал, эмчид үзүүлэхийн ач тус, эмэгтэйчүүдийн эрүүл ахуй, урьдчилан сэргийлэх тарилгын ач холбогдол, хөхөө хэрхэн арчлах, арьс өнгөний өвчин, түүний хор холбогдол, эмэгтэйчүүдэд элбэг тохиолдох үтрээний үрэвсэл, түүнээс урьдчилан сэргийлэх, үр хөндөлтийн хор холбогдол зэрэг сэдвээр явуулахын гадна жирэмсэн эмэгтэйчүүдийг өвчингүй амаржуулахад бэлтгэл хийж, амаржих нь физиологийн хэвийн үзэгдэл мөн болохыг ойлгуулж, амаржихаас айж болох шалтгаануудыг арилгаж, сэтгэл санааны урьдчилсан бэлтгэл хийнэ.

Эмэгтэйчүүдэд зөвлөлгөө өгөх газраас жирэмсэн эмэгтэйчүүдэд үйлчлэх гол хэлбэрийн нэг нь эргүүлийн идэвхтэй үйлчилгээ байх ёстой. Эх барих-эмэгтэйчүүдийн эмч, эргүүлийн бага эмч, сувилагч нь хариуцсан дэвсгэр нутагт жирэмсэн эмэгтэйчүүдийг эхний 3 сарын дотор илрүүлэн хяналтандаа авахыг гол зорилт болгоно.

Эргүүлийн бага эмч нь эмчийн заавар зөвлөлгөөнийг жирэмсэн ба төрсөн эхчүүд хэрхэн биелүүлж байгаад хяналт тавьж, хувийн болон гэр орны ариун цэвэр, эрүүл ахуйн нөхцөлийг сайжруулах зөвлөлгөөн өгч эхчүүд эмчийн заасан хугацаанд ирж зөвлөлгөө авч байгаа эсэхэд анхаарч, ирээгүй бол дуудаж үзүүлэх, халдварт өвчтөн, нян агуулагчийг илрүүлэх, урьдчилан сэргийлэх арга хэмжээг авна.

Эмэгтэйчүүдэд зөвлөлгөө өгөх газрын нэг чухал зорилт бол жирэмсэн эмэгтэйчүүдийн дундаас илүү өртөмтгий байдал бүхий жирэмсэн эхчүүдийг илрүүлэн, зөв оношилж, онцгой хяналтандаа авч жирэмсний ба төрөх үеийн онооны үнэлгээг тогтооно. Илүү өртөмтгий байдал бүхий жирэмсэн эмэгтэйчүүдийг 10 ба түүнээс дээш онооны зэрэглэлд хуваана. Энэ онооны үнэлгээнд үндэслэж, эх ургийн эрүүл мэндэд ноцтой нөлөөлөх, гарч болзошгүй хүндрэлээс сэргийлэн эмчлэн эрүүлжүүлэх иж бүрэн арга хэмжээг авна.

Жирэмсэн ба төрөх үед өртөмтгий байдалд хүргэж болох хүчин зүйлс:

А. Төрөхийн өмнөх үе

1. Нийгэм-биологийн байдлаар
2. Эх барих-эмэгтэйчүүдийн дурдатгалтай
3. Бэлгийн бус өвчтэй
4. Жирэмсний хүндрэл
5. Эхийн хэвлий дэх ургийн эрүүл мэндийн байдалд өгөх үнэл-

гээ

Б. Төрөх үе

6. Эхийн талаас
7. Эхсийн талаас
8. Ургийн талаас

Илүү өртөмтгий жирэмснийг ерөнхийд нь дараахь 3 бүлэг болгон хуваана.

I. Эх барих эмэгтэйчүүдийн ужиг дурдатгалтай

II. Бэлгийн бус өвчтэй

III. Тухайн жирэмсний үед хүндрэлтэй байгаа эмэгтэйчүүдийг тус тус хамруулна.

Онооны үнэлгээг 10 ба түүнээс дээш бол хүнд, 5—9 байвал дунд, 4 ба түүнээс доош бол хөнгөн гэж үзнэ.

ИЛҮҮ ӨРТӨМТГИЙ БАЙДЛЫГ ТОДОРХОЙЛОХ ҮНЭЛГЭЭНИЙ СХЕМ

А. Төрөхийн өмнөх үе

1. Нийгэм-биологийн байдлаар:
Эхийн нас; 20 хүртэл 2 балл
25—29 1 балл
30—34 2 балл
35—39 3 балл
40-өөс дээш 4 балл
2. Эцгийн нас 20 хүртэл 1 балл
Эцгийн нас 40 ба түүнээс дээш 2 балл
3. Мэргэжлийн хортой нөхцөл:
Эх 1—4 балл
Эцэг 1—4 балл
4. Хортой зуршлууд:
Эх гамхи татдаг бол 1 балл
Эх, эцэг нь архи уудаг бол 2 балл
5. Ганц бие бол 1 балл
6. Боловсрол бага, дунд 1 балл
7. Боловсрол дээд 1 балл
8. Эхийн биеийр өндөр 150 см-ээс намхан бол 1 балл
9. Эхийн биеийн жин хэмжээнээс 25%-иар их бол 2 балл
Эх барих эмэгтэйчүүдийн дурьдатгал,
1. Анхны төрөлтийн өмнөх үр хөндөлт 1—2 балл
2. Давтан төрөлтийн өмнөх үр хөндөлт 2—3 балл
3. 8 ба түүнээс дээших төрөлт 2 балл
4. Дутуу төрөлт:
1 удаа бол 2 балл
2 удаа 3 балл
3 удаа 4 балл
5. Давтан төрөлтийн хоорондын зай 1—2 жил бол 1—2 балл
6. Амьгүй төрөлт 1 удаа бол 3 балл
2 удаа 8 балл
7. Нярайн үеийн үхэл
1 удаа бол 2 балл
2 удаа бол 7 балл
8. Хүүхдийн тахир дутуу хөгжил 3 балл
9. Хүүхдийн мэдрэлийн хямрал 2 балл
10. Хүүхдийн биеийн жин 2500-аас бага бол 2 балл
11. Хүүхдийн биеийн жин 4000-аас дээш бол 1 балл
12. 5 жилээс дээш жирэмслээгүй бол 2—4 балл
13. Хагалгааны дараахь умайн сорвижилт—4 балл
14. Умайн болон өндгөвчийн хавдар 2—4 балл

15. Умайн хүзүүний үйл ажиллагааны дутагдал 2 балл
16. Умайн хөгжлийн гажигтай бол 3 балл

II. Жирэмсний хүндрэлүүд

1. Эрт үеийн илэрхий хордлого 2 балл
2. Жирэмсний эхний ба сүүлийн хагасын үеийн цус багадалт 3—5 балл
3. Хожуу үеийн хордлого усан хаван 2 балл
4. Нефропати I, II, III ээрэгтэй 3—5—12 балл
5. Хавсарсан хордлого 9 балл
6. Эх, ургийн цусны тохиролцоогүй байдал 5—10 балл
7. Ургийн цусны ихдэлт 3 балл
8. Ургийн усны багадалт 4 балл
9. Ургийн өгзөг түрүүлэлт 3 балл
10. Илүү тээлттэй жирэмслэлт 3 балл
11. Ихэр төрөлт 3 балл
12. Өмнөх төрөлтүүдэд төрөлт түргэсгэх эмчилгээ авч байсан 1 балл
13. Уйтан аарцаг 4 балл
14. Ургийн буруу байрлал 4 балл

III. Бэлгийн бус өвчнүүд:

1. Зүрх судасны өвчнүүд:
 - а) зүрхний гажиг (цусны эргэлтэнд өөрчлөлт ороогүй үеийн) 3 балл
 - б) зүрхний гажиг (цусны эргэлтэнд өөрчлөлт орсон үеийн) 10 балл
2. Цусны даралт ихсэх өвчний I, II, III зэрэгтэй 2—8—10 балл
3. Цусны даралт багасах өвчин 2 балл
4. Жирэмслэлтийн өмнөх бөөрний өвчтэй бол 3 балл
5. Жирэмслэлтийн явцад бөөрний өвчин хурцадвал 4 балл
6. Дотоод шүүрлийн булчирхайн эмгэг;
 - а) чихрийн шижингийн өмнөх байдал 5 балл
 - б) чихрийн шижин 10 балл
 - в) бамбай булчирхайн өвчтэй 5—10 балл
 - г) бөөрний дээд булчирхайн өвчин 5—10 балл
7. Цус багадалт 90—100 г/л 19—10 гр% 4—2 балл
8. Цусны бүлэгнэх ажиллагааны эмгэг 2 балл
9. Илэрсэн харааны хүнд эмгэг, нүдний бусад өвчин 1—3 балл
10. Архаг өвөрмөц халдварууд (сүрьеэ, бруцеллёз, тэмбүү, токсоплазмоз) 2—6 балл
11. Жирэмсний явц дахь хурц халдварууд 2—7 балл
12. Сэтгэл мэдрэлийн өвчтэй бол 4 балл

IV. Ургийн байдлын үнэлгээ:

1. Ургийн хатингаршил (тураал) 10—20 балл
2. Бүтэлт 3—8 балл
3. Хоногийн шээсэн дэх эстриолын хэмжээ (30—34) долоо хоногтойд 34 балл
4. 9 мг-аас бага ба (40 долоо хоногтойд 12 мг-аас бага байх) 15 балл
5. Ургийн усанд мекони байвал 3 балл

Эхчүүдэд төрөхөөс гарахад нь солилцох хуудсанд төрөлтийн ба төрсний дараахь үеийн байдлыг бичсэн байх ба зөвлөлгөө өгөх хэс-

гийн эмчдээ ирэхдээ төрсний дараахь амралтыг олгоно. Эмэгтэйчүүдийн зөвлөлгөө өгөх газар жирэмсний картанд тухайн жирэмсний явц төгсгөл, оношилгос, эмчлэн эрүүлжүүлэх арга хэмжээ, түүний үр дүн, нярайн эрүүл мэндийн байдлыг нэгтгэн дүгнэсний үндсэн дээр хүн бүрт төгсгөлийн дүгнэлт бичнэ.

Эмэгтэйчүүдийн зөвлөлгөө өгөх газрын нөгөө нэг чухал зорилт бол эмэгтэйчүүдийн бэлэг эрхтний өвчлөлийг эрт илрүүлэн зөв оношилж төгс эмчлэн эрүүлжүүлэх ажлыг чанартай хийх явдал юм.

Эмэгтэйчүүдийн өвчлөлийг бууруулах арга нь урьдчилан сэргийлэх үзлэг юм. Урьдчилан сэргийлэх үзлэгийн гол зорилго нь эмчилгээ сувилгаа шаардагдах эмэгтэйчүүдийг өвчний эрт үед нь идэвхтэй илрүүлэх явдал мөн. Эмэгтэйчүүдийн өвчнөөс бэлэг эрхтний хурц ба архаг үрэвсэлт өвчнүүд, хавдрын урьдал өвчнүүд, сарын тэмдгийн хямрал, жирэмслэлт ба төрөлтэй хлсбөгдөл бүхий эмэгтэйчүүдийн өвчин хоргүй хардар, хорт хавдар зэрэг өвчин бүхий эмэгтэйчүүдийг цаг алдалгүй илрүүлэн диспансерийн хяналтанд авч төгс эмчлэн эрүүлжүүлнэ.

Эмэгтэйчүүдийг эрүүлжүүлэхэд эмийн эмчилгээ, ус, шавар, биеийн тамир, физик эмчилгээ болон чийрэгжүүлэлт, витаминжуулах, нөхөн сэргээх арга хэмжээг өргөн хийнэ.

Эх барих эмэгтэйчүүдийн байгууллагын үйл ажиллагаа нь эмнэлгийн тусламжийн чанарын үзүүлэлтээр илэрхийлэгдэнэ. Эмэгтэйчүүдийн зөвлөлгөө өгөх газрын (Эх барих, эмэгтэйчүүдийн хэсгийн) үйл ажиллагаа нь дараах үндсэн үзүүлэлтээр илэрхийлэгдэнэ.
Үүнл:

1. Үзлэгийн төлөвлөгөөний биелэлт:

$$\frac{\text{Үзсэн бүх эмэгтэйчүүдийн тоо} \times 100}{\text{өгөгдсөн төлөвлөгөө}}$$

2. Урьдчилан сэргийлэх үзлэгийн хувийн жин:

$$\frac{\text{Урьдчилан сэргийлэх үзлэгээр үзсэн хүний тоо} \times 100}{\text{үзсэн бүх эмэгтэйчүүдийн тоо}}$$

3. Эмэгтэйчүүдийн урьдчилан сэргийлэх үзлэгийн хамралт:

$$\frac{\text{Үзлэгт хамрагдвал зохих 15-аас дээш насны эмэгтэйчүүдийн тоо} \times 100}{\text{Үзлэгт хамрагдсан эмэгтэйчүүдийн тоо}}$$

4. Диспансерийн хяналтын хамралт:

$$\frac{\text{Диспансерийн хяналтад хамрагдсан жирэмсэн эмэгтэйчүүдийн тоо} \times 100}{\text{тухайн дэвсгэр нутагт хяналтын хугацаанд болсон жирэмсэн эмэгтэйчүүдийн нийт тоо}}$$

5. Жирэмсний эхний 3 сард илрүүлэх хяналтанд хамарсан байдал:

$$\frac{\text{Эхний 3 сард хяналтанд авсан бүх хүний тоо} \times 100}{\text{Хяналтанд авсан бүх жирэмсний тоо}}$$

6. 7 сартайгаас дээш хугацаанд хяналтанд хамарсан хувь:

$$\frac{\text{7 сартайгаас дээш хяналтанд авсан бүх жирэмсний тоо} \times 100}{\text{Хяналтанд авсан бүх жирэмсний тоо}}$$

7. Эмэгтэйчүүдэд зөвлөлгөө өгөх газарт амаржих хүртэл үзүүлсэн жирэмсэн эмэгтэйн зөвлөлгөө авсан дундаж тоо:

Эмэгтэйчүүдийн зөвлөлгөө өгөх газарт амаржих хүртэл зөвлөлгөө авсан бүх жирэмсэн эмэгтэй-

чүүдийн нийт үзлэгийн тоо х 100

Эмэгтэйчүүдийн зөвлөлгөө өгөх газарт амаржих хүртэл үзүүлж зөвлөлгөө авсан бүх жирэмсний эмэгтэйн тоо

8. Нефропацийн эзлэх хувь:

Нефропати болж хүндэрсэн жирэмсний тоо х 100

Хяналтанд байгаа бүх жирэмсний тоо

9. Экл ампсийн эзлэх хувь:

Эклампси болж хүндэрсэн жирэмсний тоо х 100

хяналтад байгаа бүх жирэмсний тоо

10. Төрөхийн өмнө олгогдсон амралтын алдаа:

Төрөхийн өмнөх амралт аваад тогтоогдсон хугацаанаас 15 ба түүнээс дээш хоногоор хэтэрч төрсөн эхчүүдийн тоо х100

Төрөхийн өмнө амралт авсан бүх жирэмсний тоо

11. Төрөхийн өмнөх амралт аваад тогтоосон хугацаанаас 15 ба түүнээс дээш хоногоор урьтаж төрсөн эхчүүдийн тоо х100

Төрөхийн өмнөх амралт авсан бүх жирэмсний тоо

12. Жирэмсэн эмэгтэйн цусанд тэмбүү илрүүлэх вассерманы урвал тавьсан хувь:

Цусанд вассерманы урвал тавьсан жирэмсний тоо х100

Хяналтанд байгаа бүх жирэмсний тоо

13. Өвчингүй амаржуулах хичээлд суугчдын хувь:

Өвчингүй амаржуулах хичээлд суусан жирэмсний тоо х100

Хяналтанд байсан бүх жирэмсний тоо

14. Стафилококкийн эсрэг анатоксин хийлтийн хувь:

Стафилококкийн анатоксин хийлгэсэн эмэгтэйн тоо х100

Хяналтанд байсан бүх жирэмсний тоо

15. Цусанд эсрэг резус хүчин зүйл илэрсэн хувь:

Цусанд эсрэг резус хүчин зүйл илэрсэн эмэгтэйн тоо х 100

Цусанд резус хүчин зүйл тодорхойлох шинжилгээ хийлгэсэн хүний тоо

16. Эмчлэн эрүүлжүүлэх арга хэмжээний байдал:

Эмчлэн эрүүлжүүлэх арга хэмжээ авагдсан бүх жирэмсэн х 100

Эмчлэн эрүүлжвэл зохих бүх жирэмсэн

17. Төрөлтөөр төгссөн жирэмсний хувь:

Төрөлтөөр төгссөн жирэмсний тоо

(гүйцэд+дутуу)х100

төрөлтөөр төгссөн үр хөндөлтөөр

жирэмсний тоо төгссөн жирэмс-

(гүйцэд+дутуу) ний тоо (үр зул-

балт+эмнэлгийн

магадлагаагаар

хийгдсэн үр

хөндөлт)

18. Дутуу төрсөн жирэмсний хувь:

Дутуу төрсөн жирэмсний тоо х 100

Төрөлтөөр төгссөн жирэмсний тоо

(гүйцэд+дутуу)

19. Үр хөндөлтөөр төгссөн жирэмсний хувийн жин:

$\frac{\text{Үр хөндөлтөөр төгссөн жирэмсний тоо} \times 100}{\text{Төрөлтөөр төгссөн Үр хөндөлтөөр төгссөн}}$

жирэмсний тоо
жирэмсний тоо
(үр зулбалт + эмнэл-
гийн магадлагаа-
гаар хийгдсэн үр
хөндөлт)

20. Гэрийн төрөлтийн хувь:

$\frac{\text{Гэртээ төрсөн эхчүүдийн тоо} \times 100}{\text{Эмнэлэгт төрсөн бүх эх} + \text{гэртээ төрсөн бүх эх}}$

21. Эрүүл жирэмсэн эмэгтэйчүүд. Диспансерчлах, явц түүний эмчлэн эрүүлжүүлэх арга хэмжээний үр дүнд «зөвхөн жирэмснээс» өөр өөрчлөлтгүй эмэгтэйчүүдийн эзлэх хувийн жин юм. Диспансерчлалын энэ ойлголтонд «жирэмсэн эмэгтэйчүүдийн эрүүл мэндийн индекс» гэсэн чухал үзүүлэлт хамаарагдана. Хяналтанд хамрагдсан нийт эмэгтэйчүүдийн дунд эрүүл жирэмсний эзлэх хувийн жинг жирэмсэн эмэгтэйчүүдийн эрүүл мэндийн индекс гэнэ.

Ж Э М И: $= \frac{\text{Эрүүл хэвийн явц төгсгөлтэй жирэмсний тоо} \times 100}{\text{Хяналтанд хамрагдсан бүх жирэмсэн}}$

22. Төрөхийн өмнөх ургийн эндэгдэл;

$\frac{\text{Төрөхийн үйл ажиллагаа эхлэхээс өмнө эхийн хэвлийд эндэж төрсөн хүүхэд} \times 100}{\text{Амьд төрсөн бүх хүүхэд} + \text{амьгүй төрсөн ураг}}$

23. Стационарт хэвтсэн эмэгтэйчүүдэд зөвлөлгөө өгөх газар стационарын тавьсан оношийн тохирооны хувь;

$\frac{\text{Эмэгтэйчүүдийн зөвлөлгөө өгөх газар, стационарын онош тохирсон жирэмсний тоо} \times 100}{\text{Стационарт хэвтүүлсэн жирэмсний тоо}}$

24. Жирэмсэн эмэгтэйчүүдээс амаржсаны дараа эмэгтэйчүүдэд зөвлөлгөө өгөх газарт үзүүлсэн дундаж тоо:

$\frac{\text{Жирэмсэн эмэгтэйчүүдээс амаржсаны дараа эмэгтэйчүүдэд зөвлөлгөө өгөх газарт үзүүлсэн эмэгтэйн тоо} \times 100}{\text{Амаржсан эмэгтэйн тоо}}$

24. Урьдчилан сэргийлэх үзлэгт хамрагдагсдын хувь:

$\frac{\text{Эмэгтэйчүүдийн урьдчилан сэргийлэх үзлэгт хамрагдагсдын тоо} \times 100}{\text{Үзлэгт хамрагдвал зохих бүх эмэгтэйн тоо}}$

26. Эмэгтэйчүүдийн зөвлөлгөө өгөх газар үзүүлсэн эмэгтэйчүүдийн дотроос өвчин илэрсэн тохиолдлын хувь:

$\frac{\text{Эмэгтэйчүүдийн өвчин илэрч бүртгэгдсэн эмэгтэйн тоо} \times 100}{\text{Үйлчлэх хүрээний эмэгтэйчүүдийн дундаж тоо}}$

27. Урьдчилан сэргийлэх үзлэгээр өвчин илэрсэн эмэгтэйчүүдийн хувь:

$\frac{\text{Үзлэгээр өвчин илэрсэн тохиолдлын тоо} \times 100}{\text{Үзлэгт хамрагдсан эмэгтэйчүүдийн тоо}}$

28. Эмэгтэйчүүдийн өвчтөнийг стационарт хэвтүүлсэн хувь:

$\frac{\text{Эмэгтэйчүүдийн өвчтэй эмэгтэйчүүдээс стационарт хэвтүүлсэн өвчтөний тоо} \times 100}{\text{Эмэгтэйчүүдийн өвчтэй бүх эмэгтэйн тоо}}$

Б, ДЭМБЭРЭЛ

БНМАУ-Д ЭМНЭЛГИЙН БОЛОВСОН ХҮЧИН БЭЛТГЭСЭН ТҮҮХ, ИХ ЭМЧ НАРЫН БҮРЭЛДЭХҮҮНД ХИЙСЭН ЗАРИМ СУДАЛГААНЫ ДҮНГЭЭС

АНАГААХ УХААНЫ ДЭЭД СУРГУУЛЬ

Орчин үеийн шинжлэх ухаан техникийн хувьслын үед эмнэлгийн боловсон хүчнийг бэлтгэх, тэднийг зөв хуваарилж ашиглах, мэргэжил мэдлэгийг нь байнга дээшлүүлэх явдал социалист системийн орнууд, түүний дотор манай орны эрүүлийг хамгаалахын анхаарлын төвд байгаа гол гогцоо асуудлын нэг юм.

Хэвлэлийн мэдээнээс үзэхэд дэлхий дээр 78000 дээд сургууль салбар байгаагийн дотор анагаах ухааны дээд сургууль салбар 800 байгаа нь бүх дээд сургуулийн 1% орчмыг эзэлж байна.

Дэлхийн Эрүүлийг Хамгаалах Байгууллагын (ДЭХБ) экспертүүдийн тодорхойлсноор 2—3 сая хүн амд анагаах ухааны нэг дээд сургууль ногдох ёстой гэж үзвэл социалист бүх орон энэхүү заагийг хэдийнээ давж эмнэлгийн дээд сургуулиудаар сайн хангагдсан байна.

Энэ ч учраас социалист орнуудад эмч нарын жилийн дундаж өсөлт хөрөнгөтөн орныхоос үлэмж давуу байна. БНАГУ-д 8%, БНПАУ-д 7%, БНМАУ-д 6,6% байхад хөгжингүй капиталист орнуудад энэ үзүүлэлт 2—4% байна.

ДЭХБ-ын тооцоолсноор 1950 онд дэлхийн 1 095 500 эмч (10 000 хүн амд 5,74 их эмч байсан бол 1970 онд 2 192 700 (10 000 хүн амд 7,91) болсон нь 1950—1960 онд 44,5% 1960—1970 онд 38,5%-иар өсчээ. 1970 оны байдлыг үндэслэн гаргасан урьдчилсан тооцоогоор 2000 онд дэлхий дээр хүний их эмч нарын тоо 4 206 500 хүрэх бөгөөд 1970—1980 онд 28,3% 1980—1990 онд 23,6%, 1990—2000 онд 21% иар тус тус өсөх төлөвтэй байна. [6] ДЭХБ-ын сүүлчийн мэдээгээр (1977) дэлхийн 3,3 сая эмч (хүн ам 4 млрд) ажиллаж байгаа бөгөөд 100 00 хүнд 80 их эмч буюу 1 их эмчид 1237 хүн ногдож байна.

Хүснэгт 1

Хэрэв үүнийг дэлхийн тивүүдийн байршлаар хуваарилбал

Тив	100000 хүнд ноогдох их эмчийн тоо	1 их эмчид ноогдох хүний тоо
Африк	18	5434
Ази	35	2877
Хойд Америк	169	592
Европ	181	552

Эмчээр хамгийн бага хангагдсан Зүүн Африкт 100000 хүнд 6 эмч буюу нэг их эмчид 17480 хүн ногдож байхад эмчээр үлэмж сайн хангагдсан Баруун Европт 100000 хүнд 190 их эмч буюу нэг их эмчид 528 хүн, дэлхийн социализмын тэргүүний орон ЗХУ-д (шүдний эмчийн хамт (100000 хүнд 344,9 их эмч буюу нэг их эмчид 290 хүн ногдож байхад дэлхийн өндөр хөгжилтэй капиталист орон АНУ-д нэг их эмчид 595, Японд 845 ногдож байна. [5]

ДЭХБ-ын албан ёсны материалаас үзэхэд дэлхий дээр их эмчээр үлэмж сайн хангагдсанд тооцогдох (1 их эмчид 1000-аас илүүгүй хүн ногдох) 30-аадхан орон байгаагийн эхний байрыг ЗХУ, социалист нөхөрлөлийн бусад орон эзэлж байна.

Анагаах ухааны боловсролыг хөгжүүлж эмнэлгийн боловсон хүчин бэлтгэх талаар дэлхийн социалист системийн орнуудад дараахь үндсэн зарчмууд тогтон мөрдөгдөж байна. Үүнд:

Эмнэлгийн боловсролыг төр улсаас эрхлэн олгох, төлөвлөгөөтэй хөгжүүлэх, хөрөнгө чинээ яс угсаа үндэсний хязгаарлалтгүйгээр бүх хүн амд хүрэлцээтэй (нээлттэй) байх, үнэ төлбөргүй сургах, эмч нарыг хүнийг хайрлах энэрэнгүй үзэл, анагаах ухааны деонтологид сургах, эмнэлгийн сургууль төгссөний дараа ажилгүйдэлд хүрэхгүй нөхцөлийг хангах зэрэг зарчим нь аль ч хөрөнгөтөн оронд үгүй юм.

Дэлхийн социалист системийн нэгдмэл гэр бүлийн нэгэн гишүүн БНМАУ ардын хувьсгалын түүхт 62 жилдээ ардын эрүүлийг хамгаалахын социалист системийг хөгжүүлэх, эмнэлгийн боловсон хүчин бэлтгэх талаар томоохон амжилт олж, эмнэлгийн боловсон хүчний хангамжийн хувьд ах дүү социалист орны дотор доогуур бус суурь эзлэх болж, дэлхийн өндөр хөгжилтэй капиталист зарим орныг гүйцэж түрүүлсэн байна.

Хүснэгт 2

ЭЗХТЗ-ийн гишүүн социалист зарим орны их эмчийн хангамж

Улсын нэр	1965 он		10 000 хүн амд ногдох их эмчийн тоо
	10 000 хүнд ногдох их эмчийн тоо	Нэг их эмчид ногдох хүн ам	
1. ЗХУ	23,9	435	37,0
2. БНБАУ	1 0	605	28,2
3. БНУАУ	18,6	537	26,8
4. БНАГУ	11,5	372	24,9
5. БНСРУ	14,6	682	17,9
6. БНПАУ	12,6	796	23,9
7. БНСЧУ	20,5	487	29,5
8. БНМАУ	13,5	756	22,0
9. БНКУ	—	—	18,6

Манай оронд анагаах ухааны боловсон хүчний хангамж ийнхүү сайжирсан нь тус улсын ардын эрүүлийг хамгаалах болон ардын боловсролын системийн түүхэн хөгжилтэй салшгүй холбоотой юм. Үүнээс үндэслэн бид тус улсын эрүүлийг хамгаалахын хөгжлийн түүхийн үндсэн үе шатуудын дагуу эмнэлгийн боловсон хүчний асуудал хэрхэн шийдвэрлэгдэж байсныг түүхчилэн судлах, анагаах ухааны боловсрол, боловсон хүчний одоогийн бүрэлдэхүүн, хангамжийн байдалд зарим судалгаа хийв. [6]

Ганц удаагийн өгүүллээр судалгааны бүх материалыг хамрах боломжгүй тул гол агуулгын талаар тоймчлон өгүүлье.

БНМАУ-ын анагаах ухааны боловсрол, эрүүлийг хамгаалахын боловсон хүчний хөгжиж ирсэн түүхийн үндсэн үе шатууд

Эрүүлийг хамгаалахын хөгжлийн үндсэн үе	Анагаах ухааны боловсрол эмнэлгийн боловсон хүчний талаар шийдвэрлэсэн үндсэн асуудал	Боловсон хүчин, бэлтгэж байсан үндсэн хэлбэр
<p>I</p> <p>Ардын хувьсгалын ардчилсан шатан дахь эрүүлийг хамгаалах явдал</p> <p>(1921—1940)</p>	<p>ЗХУ-ын тусламжтайгаар шинжлэх ухааны (Европ) эмнэлгийн мэдлэг бүхий дунд, дээд боловсролтой үндэсний боловсон хүчнийг бэлтгэн эхэлж, анагаах ухааны боловсролыг сургуулийн системээр эзэмшүүлэх эхлэлт тавьсан үе.</p>	<p>а) ядуу ардын дотроос итгэл бүхий хүмүүсийг эмнэлгийн удирдах ажилд дэвшүүлэх.</p> <p>б) ЗХУ-д явуулан сургах буюу урьж ирсэн мэргэжилтнийг дагалдуулан сургах.</p> <p>в) Ардын армийн цэрэг офицер дундаас сургууль курст явуулах, буюу удирдах ажилд дэвшүүлэх.</p> <p>г) гадаад дотоодын сургууль курс төгссөн нам, эвлэлийн зарим гишүүдийг ЭХБ-д зориуд шилжүүлэн томилох.</p> <p>д) дотооддоо сувилагчийн курс, эмнэлгийн дунд сургууль байгуулах.</p>
<p>II</p> <p>БНМАУ-д социализмын үндсийг байгуулах үеийн эрүүлийг хамгаалах явдал.</p> <p>(1940—1960).</p>	<p>Анагаах ухааны боловсрол эзэмшүүлэх, эмнэлгийн боловсон хүчин бэлтгэх улсын нэгдсэн систем бүрэлдэн тогтож, дээд боловсролтой боловсон хүчнийг эх орондоо бэлтгэн гаргаж, эмнэлгийн боловсон хүчний мэргэжил дээшлүүлэх ажил эхлэн тавигдсан үе.</p>	<p>а) улсын их сургуулийн анагаах ухааны факультетээр их эмч нар бэлтгэх ба мэргэжил эзэмшүүлэх.</p> <p>б) Анагаах ухааны дунд сургууль, бусад курсээр бэлтгэх.</p> <p>в) ЗХУ болон бусад оронд явуулан сургах буюу уригдаж ирсэн мэргэжилтнийг дагалдуулан сургах.</p>
<p>III</p> <p>БНМАУ-д социализмын материал техникийн баазыг өрнүүн байгуулах үеийн эрүүлийг хамгаалах</p> <p>(1960 оноос хойш)</p>	<p>Анагаах ухааны боловсрол эзэмшүүлэх эмнэлгийн боловсон хүчин бэлтгэх улсын нэгдсэн систем улам бүр бэхжин хөгжиж, төрөлжсөн нарийн мэргэжлийн боловсон хүчнийг олноор бэлтгэн гаргаж, эмнэлгийн боловсон хүчний мэргэжил дээшлүүлэх нэгдмэл систем бүрэлдэн тогтож, анагаах ухааны эрдэм шинжилгээний боловсон хүчнийг бэлтгэх эхлэлт суурь тавигдаж хөгжсөн үе.</p>	<p>а) анагаах ухааны биеэ даасан дээд сургуулийг нарийн мэргэжлийн салбартайгаар байгуулах.</p> <p>б) анагаах ухааны эрдэм шинжилгээний хүрээлэн болон эрдэм шинжилгээний бусад байгууллага байгуулагдаж улсын чанартай эмнэлгүүдэд эрдэм шинжилгээний ажил хийж эхлэв.</p> <p>в) анагаах ухааны дунд сургуулиудыг өргөтгөн байгуулж, сувилагчийн бие даасан 2 жилийн сургуулиуд байгуулж элсэгчдийн ерөнхий боловсролыг шат ахиулав.</p> <p>г) ЗХУ болон бусад гадаад оронд явуулан сургах буюу уригдаж ирсэн мэргэжилтнийг дагалдуулан сургах.</p> <p>д) дотооддоо дээд, дунд мэргэжилтний мэргэжил олгох, дээшлүүлэх хэлбэрийг өргөтгөх.</p> <p>е) Дэлхийн эрүүлийг хамгаалах байгууллагын тусламжийг ашиглах.</p>

Архив-түүхийн материалаас бидний судалж тогтоосноос үзэхэд тус улсын болон эрүүлийг хамгаалахын хөгжлийн түүхийн үндсэн үе шатуудад анагаах ухааны боловсрол, эрүүлийг хамгаалахын боловсон хүчний хөгжиж ирсэн түүхийг дараахь үндсэн 3 үе шатанд хувааж болох байна.

Тус улсын эмнэлгийн боловсон хүчин ийнхүү ардын хувьсгалын жилүүдэд манай орны ардын сэхээтний бүрдэл хэсгийн нэг болон хөгжихэд манай анд нөхөр аугаа их ЗХУ-ын үзүүлсэн тусламж шийдвэрлэх үүрэг гүйцэтгэсэн байна. Иймээс манай оронд эмнэлгийн боловсрол, боловсон хүчин хөгжсөн түүхийг ЗХУ-ын үзүүлсэн ах дүүгийн өгөөмөр тусламжаас салангид ойлгож үл болно.

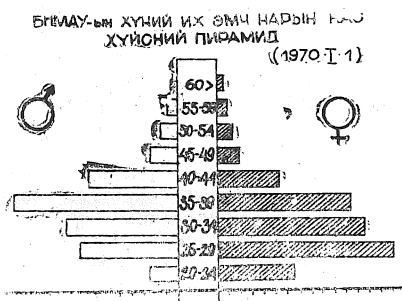
Бидний судалж тогтоосон урьдчилсан материалаар 1921—1970 онд тус улсын эрүүлийг хамгаалах байгууллагад ЗХУ-аас 1000 гаруй эмч, мэргэжилтэн уригдаж ажилласны 4,2% нь анагаах ухааны дунд, дээд сургуульд багшаар уригдсан бөгөөд 50-иад оны дунд үеийг хүртэл сургалт-хүмүүжил, эрдэм шинжилгээний ажлыг үндсэнд нь гардан хариуцаж шийдвэрлэх үүрэг гүйцэтгэж байжээ.

Тус оронд уригдан ажилласан зөвлөлтийн эмч, эрдэмтэн, мэргэжилтнүүд нь зөвхөн мэргэжлийн боловсон хүчин бэлтгэн өгсөн төдийгүй, манай оронд социалист шинэ соёлыг түргэх, эмч эмнэлгийн ажилчдыг эзэмшсэн мэргэжил, нам ард түмний үйл хэрэгт үнэнч шударга хандах социалист ухамсарт чанар болон социализмын үеийн эмч хүний хамгийн нинжин энэрэнгүй сэтгэлтэй байх ёс суртахууны бүхэл бүтэн өв уламжлал үлдээснийг онцлон тэмдэглэх нь чухал юм.

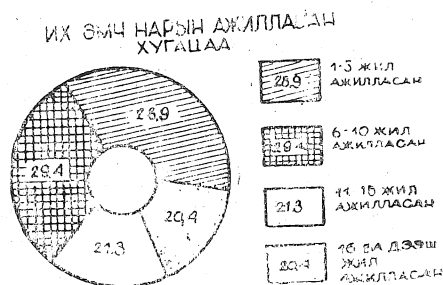
Одоо тус улсын их эмч нарын бүрэлдэхүүн, байршил, тогтвор суурьшилд хийсэн судалгааны зарим материалаас өгүүлье.

а) их эмч нарын насны ба ажилласан хугацааны байдалд хийсэн бидний судалгаанаас (1969—1970) үзэхэд манай эмч нар насны хувьд ч (87,1% нь 25—50 насны хүмүүс) ажилласан хугацааны хувьд ч (58,3% ажиллаад 10 жил болоогүй) харьцангуй залуу байгаа нь үндэсний их эмч нарыг 1940 бөд оны сүүлээс бэлтгэж эхэлсэн манай анагаах ухааны боловсролын түүхэн хөгжилтэй холбоотой бөгөөд нийт эмч нарын 96%-иас илүү нь ардын засгийн жилүүдэд төрж, хүмүүжсэн байна.

Зураг 1



Зураг 2



Бидний судалгааны материалыг зарим судлаачдын судалгаатай харьцуулж үзвэл 25—50 насны эмч нар 86,7%-ийг эзэлж эмч нарын дундаж нас 37,1 болж 49,7% нь ажиллаад арван жил болоогүй залуу эмч нар байгаагийн дийлэнх нь хөдөөний эмнэлгийн байгууллагуудад ажиллаж байгаа ажээ. [4] Энэ нь манай орны эрүүлийг хамгаалах болон нам, улс, олон нийтийн аль ч байгууллага залуу эмч мэргэжилтнийг хөдөлмөрийн талбар, хамт олны дунд ажил дээр нь байнга сургаж, хүмүүжүүлэхийн онц чухлыг зааж байна. Сүүлийн 10—15

жилд манай эмч нарын дотор хөдөлмөрийн хамт олны ахмад үе бүрэлдэж улсын баатар I, хөдөлмөрийн баатар 1, БНМАУ-ын гавьяат эмч 31, анагаах ухааны доктор 7, доцент профессор 20 гаруй, анагаах ухааны дэд эрдэмтэн 170 гаруй болсон нь залуу эмч нарын ёс суртахууны хүмүүжил, мэргэжлийн сургалтанд ашиглавал зохих халамжлан хүмүүжүүлэгчдийн чухал нөөц юм.

б) БНМАУ их эмчийн ерөнхий хангамжаар (1980 оны байдлаар 10 000 хүн амд 22 их эмч, 1 их эмчид 457 хүн ногдож) социалист орны дотор доогуур бус байр суурь эзэлж байгааг дээр өгүүлсэн билээ. Гэтэл энэ байдлыг аймаг хотоор авч үзвэл анхаарал татахуйц байдал харагдаж байна

Хүснэгт 4

Аймаг, хотын их эмчийн хангамж

Аймаг хотын нэр	1970 он		1980 он	
	10 000 хүнд ногдох их эмч	1 их эмчид ногдох хүний тоо	10 000 хүнд ногдох хүн ам	1 их эмчид ногдох хүн ам.
Аймгуудын дундаж	10,0	1005	12,8	779
Улаанбаатар хот	41,0	244	41,8	240
Дархан хот	32,7	440	21,1	474
Улсын хэмжээгээр	17,9	560	21,9	457

Хүснэгтээс үзэхэд Улаанбаатар, Дархан хотод I их эмчид ногдох хүний тоо аймгуудаас 2—3 дахин цөөн байна. Хэдийгээр Улаанбаатар, Дархан хотод хүн ам, үйлдвэрүүд, нарийн мэргэжлийн эмнэлгийн байгууллагууд төвлөрч, хотын хангамж зарим талаар хөдөөгийнхөөс илүү байх шаардлагатай боловч хүн амын маань 49% хөдөө орон нутагт оршин суудаг манай орны нөхцөлд хот, хөдөөний их эмчийн хангамжийн дээрх ялгааг хэвийн байдал гэж үзэж болохгүй юм. Сүүлийн жилд (1981) хийсэн зарим судалгаа (Г.Зуунай)-гаар энэ тоо Эрүүлийг хамгаалах Яамны тайлангаас нилээд бага (Улаанбаатарт 10,000 хүнд 22,7 бусад байгууллага (Хөдөөд 13,4 эмч үйлчилж) байгаа нь эмнэлгийн үйлчилгээнд шууд ажиллаж байгаа эмч нараар тооцсоноор тайлбарлагдана.

Үүнээс үндэслэн БНМАУ-ын эрүүлийг хамгаалах Яам сүүлийн жилүүдэд анагаах ухааны дээд сургууль төгсөгчдийн 80—85%, дунд сургууль төгсөгчдийн 90—95%-ийг хөдөө орон нутагт хуваарилагдсаныг тоогоор авч үзвэл хөдөөний эмнэлгийн байгууллагуудын батлагдсан орон тооноос давж байгаа юм. Гэвч энэ зөрүүг төдийлөн багасаж чадахгүй байгаагийн шалтгааныг судлан үзвэл анагаах ухааны сургуулиуд, ялангуяа дээд сургуулийн элсэлтийн хуваарь төлөвлөгөө аймгуудын боловсон хүчний бодит хэрэгцээнд тохирохгүй аймгуудыг өөрийн нутгийн боловсон хүчнээр хангах хэтийн төлөвлөгөөгүй, эмч нарын шилжилт хөдөлгөөн жил бүр харьцангуй их байгаагаас болж байна. Бидний судалгаагаар жилд дунджаар (Эрүүлийг хамгаалах яамны систем) их эмч нарын 10—14%-д шилжилт хөдөлгөөн байгаа нь харьцангуй өндөр юм. Сүүлийн жилд хийсэн зарим судалгаагаар ЭХЯ-ны системд ажиллаж байгаа эмч нарын 7,1% нь жилд ажлаас гарч (хөндийрч) байгаагийн 15,2% нь нас барах, тахир дутуу болох, насны тэтгэвэрт гарах зэрэг шалтгаанаар, 79,3% нь шилжих хөдөлгөөнөөр, 5,4 удаан хугацааны томилслт буюу бусад шалтгаанаар хөндийрч байна. [2]

1966—1969 онд шилжсэн 225 эмчид хийсэн бидний (зориудын) судалгааны материалаас үзэхэд:

Хүснэгт 5

Их эмч нарын шилжилт хөдөлгөөн
(хувиар)

Бүх шилжсэн эмч	Аймгаас УБ хот	УБ хотоос аймагт	Аймгаас аймагт
100,0	65,7	25,9	8,4

Шилжилт хөдөлгөөн хийсэн эмч нарын бараг 2/3 нь аймгаас Улаанбаатар хотод шилжсэн байна. Шилжилтийн шалтгаанаар үзэхэд 5,3% нь өвчний учир, 84,9% нь гэр бүл төрөл төрөгсдийн гачигдал, зайлшгүй ажлын шаардлагын улмаас, 9,8% нь бусад шалтгааны учир шилжсэн байна. (Яамны томилолт, курс, сургууль зэрэг).

Бид эмч нарын шилжилтийн шалтгааныг тогтсохын тулд орон нутгийн эмч нарын бүрэлдэхүүнтэй харьцуулан 6 аймагт зориуд судалсан юм.

Хүснэгт 6

Зарим аймгийн их эмч нарын дунд орон нутгийн харьяат нарын эзэлж байгаа хувийн жин, эмч нарын шилжилтийн жилийн дундаж
(хувиар)

Аймгийн нэр	Өөрийнхөө аймагт ажиллаж байгаа орон нутгийн их эмч нарын хувийн жин	Их эмч нарын шилжилтийн жилийн дундаж хувь
1. Баян-Өлгий	91,4	9,2
2. Увс	98,8	9,8
3. Сүхбаатар	78,9	6,9
4. Булган	67,4	18,1
5. Говь-Алтай	64,4	18,1
6. Дорноговь	19,5	15,2

Хүснэгтээс үзэхэд ажиллаж байгаа их эмч нарын 78,9—98,8%-ийг өөрийн нь нутгийн харьяат эмч нар эзэлж байгаа Сүхбаатар, Увс, Баян-Өлгий аймгуудад эмч нарын шилжилт харьцангуй бага (6,9—9,8%) ажиллаж байгаа их эмч нарын 35,6—80,5%-ийг өөр аймаг нутгийн хүмүүс эзэлж байгаа Дорноговь, Говь-Алтай зэрэг аймгуудад эмч нарын шилжилт их (15,2—18,1%) тогтвор суурьшил муу байна.

Судалгааны материалаас үзэхэд орон нутгийг эмнэлгийн боловсон хүчнээр хангахад анагаах ухааны дээд, дунд сургуульд элсэгчдийн хүйсний харьцааг зөв тогтоох явдал чухал ач холбогдолтой хүчин зүйл юм.

Үүнээс үзэхэд амьдралын болон бусад шалтгаанаар эмэгтэй эмч нарын ихэнх нь Улаанбаатар хот, аймгийн төвүүдэд суурилан сууж, сум дундын эмнэлэг, их эмчийн салбаруудад цөөн ажиллаж байгаа нь орон нутгийг их эмчээр жигд хангах асуудлыг хүндрүүлж байж болзошгүй юм.

Энэ асуудлыг хөндөхдөө бид манай эрүүлийг хамгаалахын хөгжлийн түүх, эмнэлэг үйлчилгээнд эмэгтэй боловсон хүчин онцгой чу-

Хот, хөдөөний эмнэлгийн салбаруудад ажиллаж байгаа
эмэгтэй эмч нарын хувийн жин
(1969—1970 он)

Ажлын байр	Улаанбаатар хот	Аймгийн төв	Сум дундын эмнэлэг, их эмчийн салбарт
Эмэгтэй эмч нарын эзлэх хувийн жин	55,0	43,0	32,3

лал үүрэг гүйцэтгэсээр ирсэн, одоо ч гүйцэтгэж байгаа, цаашид ч гүйцэтгэнэ гэдгийг онцгойлон цохон тэмдэглэлийг хүсч байна.

Манай эрүүлийг хамгаалахын хөгжлийн түүхээс үзвэл тус улсын анхны сувилагч (Бумаа, Жанчив зэрэг 12 эмэгтэй) Эрүүлийг хамгаалах яамны анхны сайд Д. Пунцаг, анагаах ухааны анхны доктор В. Ичинхорлоо, анхны их эмч Д. Сэржмядаг нар цөм эмэгтэйчүүдийн дундаас төрөн гарсан билээ. Билний судалгаагаар (1970) их эмч нарын 53,7%, 1982—1983 оны хичээлийн жилд Анагаах ухааны дээд сургуульд суралцаж байгаа оюутны 81,4% нь эмэгтэйчүүд байгаа нь цаашидаа ч манай эрүүлийг хамгаалахын ажиллах хүчний бүрэлдэхүүнд эмэгтэйчүүд зонхилж чухал үүрэг гүйцэтгэх нь тодорхой байна.

Энэ бүгд бол зөвхөн социалист нийгмийн үед эмэгтэйчүүд улс төрийн бүрэн эрхээ эдэлж, нийгмийн тэгш эрхт гишүүн байдгийг нотлон харуулж байгаа чухал тоо баримт юм.

Үүнээс үндэслэн цаашид улс ардын аж ахуй соёлын нийт салбарын боловсон хүчний хүйсний бүрэлдэхүүний хэрэгцээ шаардлагатай уялдуулан эмч нарын дунд эмэгтэйчүүдийн хувийн жинг бууруулах уу эсвэл эмэгтэй ажилчдын хөдөлмөрийн нөхцөл, хөдөлмөр хамгаалал, материалаг сонирхлыг сайжруулах, дээшлүүлэх замаар хөдөөний эмнэлгийн боловсон хүчний хангамжийг сайжруулах уу гэдэг асуудлыг судлан тогтоох хэрэгтэй санагдана.

в) Орчин үеийн анагаах ухааны хөгжил болон эмнэлгийн нарийн мэргэжлийн тусламжийн талгаар хөдөлмөрчдийн байнга өсч байгаа эрэлт шаардлагын дагуу эмч нарт нарийн мэргэжил эзэмшүүлэх тэдний мэргэжил мэдлэгийг байнга дээшлүүлэх явдал аль ч орны эрүүлийг хамгаалахын нэн чухал асуудал юм.

Нарийн мэргэжлийн эмч нарыг олноор бэлтгэх шаардлагатай холбогдуулан төрөлжсөн нарийн мэргэжлийн эмч, ерөнхий үйлчилгээний эмч (врач-специалист, врач общего профиля) хоёрын хоорондын харьцааг зөв судлан тогтоох явдал чухал асуудал болон тавигдаж байна. Энэ нь хүн амын байршилтын онцлогоос шалтгаалан их эмчийн салбарыг олноор байгуулсан манай орны нөхцөлд улам ч онцгой ач холбогдолтой байна.

Судалгаанаас үзэхэд (Б. Дэмбэрэл, 1970. Г. Зуунай 1981) нарийн мэргэжлийн эмч нарын эзлэх хувийн жингийн хувьд манай улс социалист орны дотор дундаж байрыг (61,3%, 78,4%) эзэлж байгаа боловч цаашид уг асуудлыг шинжлэх ухааны үндэстэйгээр нарийвчлан судалж тогтоох шаардлагатай байна.

Учир нь эмнэлгийн үйлчилгээг 5—15 км-ийн радиуст явуулдаг оронд нарийн мэргэжлийн боловсон хүчин бэлтгэх нэг өөр байхад манай орон шиг 48 ± 20 км-ийн радиуст үйлчилгээ явуулдаг оронд уг мэргэжилтнийг бэлтгэх нь бас өөр асуудал юм. Нөгөө талаар хамар хоолой, нүд, зүрх судасны зэрэг мэргэжилтний загвар, мэргэж-

лийн шинж байдлыг тодорхойлох нь нэг өөр, сумын эмнэлэг буюу сум дундын эмнэлгийн түвшинд ажиллах мэргэжилтний загвар боловсруулж түүнд сургалтын төлөвлөгөө программыг уялдуулан арга хэмжээ авч хэрэгжүүлэх нь эрс өөр асуудал болно.

Мөн судалгаанаас үзэхэд нарийн мэргэжил эзэмшсэн эмч нарыг мэргэжлийн бус ажил хийлгэх, зарим мэргэжлийн эмч нарын дунд элдэв шалтгаанаар мэргэжлээ солих явдал багагүй байгаа нь дадлага туршлагатай мэргэжлийн боловсон хүчин бэлтгэхэд муугаар нөлөөлж байна. Бидний материалаар нарийн мэргэжил эзэмшсэн боловч уг мэргэжлээрээ ажиллаагүй өөр ажил хийж байгаа эмч нарын 90,9% хөдөөний эмнэлгийн салбаруудад байгаа нь орон нутгийн эмнэлгийг ерөнхий мэргэжлийн (врач общего профиля) эмч нараар хангаж чадаагүйтэй холбоотой байна. Мөн рентген гэрлийн ба задлан шинжилгээ, мэс заслын эмч нарын мэргэжил дээрээ ажиллаж байгаа байдлыг судлан үзэхэд 22,4—39,5% нь 4—5 жилд мэргэжлээ сольсон байлаа.

ДҮГНЭЛТ. 1. Эмнэлгийн боловсон хүчнийг бэлтгэх, хуваарилах, ашиглах тэднийг мэргэжүүлэх, мэргэжлийг нь дээшлүүлэх асуудал аль ч орны эрүүлийг хамгаалахын түгээмэл шинж чанартай гол гогцоо асуудал боловч улс орны нийгэм, эдийн засаг соёлын шинж чанар, ангийн бүрэлдэхүүн улс төрийн бодлогоос шалтгаалан социалист, капиталист орнуудад зарчмын ялгаатай шийдвэрлэгдэж байна.

2. БНМАУ-д анагаах ухааны боловсрол, эмнэлгийн боловсон хүчин бэлтгэх асуудлыг тус улсын түүхэн хөгжлийн үе шатуудад өвөрмөц онцлогтойгоор шийдвэрлэж иржээ.

3. Манай орны эрүүлийг хамгаалахын хөгжлийн одоогийн үе шатанд их эмч нар насны бүрэлдэхүүний хувьд ч, мэргэжлийн хувьд ч залуу байгаа онцлогийг цаашдын төлөвлөлт, боловсон хүчинтэй ажиллах ажиллагаанд тусгаж, ахмад болон залуу боловсон хүчнийг зөв хослуулан ажиллуулах зарчмыг чанд баримтлах.

4. Тус улсын эрүүлийг хамгаалахын түүхэнд эмэгтэй эмч, ажилчид чухал үүрэг гүйцэтгэж ирсэн бөгөөд цаашид ч зонхилох суурийг эзлэх төлөвтэй байна.

5. Улсын хэмжээгээр эмчийн ерөнхий хангамж өндөр байгаа боловч хот хөдөөний эмнэлгийн байгууллагуудын хангамж үлэмж зөрүүтэй байна. Үүнийг багасгаж хот хөдөөний эмнэлгийн байгууллагуудыг эмчээр жигд хангах, боловсон хүчнийг тогтвор суурьшилтай ажиллуулахад анагаах ухааны дээд, дунд сургуулийн элсэлтийн төлөвлөгөөг, аймгуудын боловсон хүчний хэрэгцээний хэтийн төлөвтэй нягт уялдуулан зохиож уг аймгийн үндсэн харьяат нараас эмч нарыг бэлтгэн хангах явдал шийдвэрлэх ач холбогдолтой байна.

6. Хүн ам сийрэг суурьшин, эмнэлгийн байгууллагууд тархай байгаа манай орны өвөрмөц нөхцөлд ерөнхий үйлчилгээний болон төрөлжсөн нарийн мэргэжлийн эмч нарын хоорондын харьцаа уялдааг зөв тогтоон бэлтгэх, боловсон хүчний хэрэгцээний үндэслэлтэй норматив тогтоох асуудал эрдэм шинжилгээний тусгайлсан судалгаа шаардаж байгаа гол гогцоо асуудлын нэг мөн.

7. Тус орны эмнэлгийн байгууллагуудын зохисон байгуулалтын онцлог, үйлчилгээний радиусын байдлыг харгалзан сумын болон сум дундын эмнэлгийн түвшинд ажиллах их эмч нарын загвар, мэргэжлийн шинж байдлыг боловсруулж сургалтын төлөвлөгөө, программд тусгах нь сургалтыг боловсрсонгоо болгох практик шаардлагын нэг мөн.

НЕКОТОРЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИЗУЧЕНИЯ ИСТОРИИ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ, ПОДГОТОВКИ И СОСТАВА МЕДИЦИНСКИХ КАДРОВ В МНР.

Б. Дэмбэрэл

Изучены история развития медицинского образования и подготовки медицинских кадров в МНР и некоторые вопросы состава, размещения, текучести и специализации врачебных кадров. В работе применены архивно-исторические, социально-гигиенические и статистические методы исследования. На основе изучения выше указанных вопросов автор выдвигает определенные стадии развития подготовки медицинских кадров и образования соответственно с периодизацией истории развития здравоохранения МНР и предлагает некоторые практические рекомендации по улучшению эффективного использования врачей и усовершенствования учебных процессов в медицинском институте.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. В. И. Ленин. зохиолууд. боть 33.285.
2. Ю. Цэдэнбал. МАХН-ын XVII их хуралд тавьсан МАХН-ын Төв Хорооны тайлан илтгэл УБ. 1976. 68.
3. Б. Дэмбэрэл. Медицинское образование и кадры МНР. 1921—1970 канд. диссерт. Баку, 1972.
4. Г. Зуунай. Социально-гигиеническая и профессиональнодемографическая характеристика врачебных кадров МНР и пути повышения эффективности их использования. Автореф. канд. диссерт. М. 1981.
5. Жур. Здоровье Мира. № 5. 1981. 30.
6. World Health Statistics report, vol 27, № 2
Geneve 2974 WHO pp. 98—99.

Н. ЖАМБАЛДОРЖ, Д. МАНГАА

ЗҮРХ СУДАСНЫ ӨВЧНИЙГ АНАГААХ ЗАРИМ ЭМИЙН ХЭРЭГЛЭЭНИЙ СТАТИСТИК СУДАЛГАА

УЛСЫН ЭМ ХАНГАМЖ ҮЙЛДВЭРЛЭЛИЙН ГАЗАР

Бид өөрийн орны эмнэлгийн практикт хэрэглэж буй зүрх судасны өвчнийг анагаах бүлгийн эмийн хэрэглээний хандлага хүртээмжийг тодорхойлох зорилго тавив. Үүний тул улсын хэмжээнд хэрэглэгдэж байгаа дээрх өвчний эмүүдийн сүүлийн 11 жилийн бодит зарцуулалтыг статистик-математикийн аргаар судалж, 1980 оноос хойшхи 4 жилийн хэрэглээний прогнозыг илрүүлэх судалгаа явууллаа. Энэ судалгаанд улсын хэмжээний эмийн зарцуулалтын нэгдсэн бүртгэлүүд, эмнэлгийн байгууллагуудын эрэлт хэрэгцээнд үндэслэж хийдэг эмийн гадаад захиалга, улирал жилийн дотоодын захиалга, системийн байгууллагын

жил бүрийн эмийн үлдэгдлийн нэгдсэн бүртгэл зэргийг боловсруулах замаар зарцуулалтын динамик эгнээ зохиож, түүний дүнг математик аргаар тэгшитгэх хэлбэрээр явууллаа.

Манай орны эмнэлгийн практикт сүүлийн жилүүдэд зүрх судасны өвчин анагаах зориулалтын 61 нэр төрлийн бэлдмэлүүд хэрэглэж байгаагаас 57 нь голчлон зарцуулагдаж 12 нь сүүлийн таван жилд шинээр нэвтэрч 14 нэр төрлийн бэлдмэлүүд зарцуулагдахаа больсноос одоо 20 нэр төрлийн бэлдмэлүүд тогтвортой хэрэглэгдэх болжээ. Бид судлагдсан эмүүдийг зүрхний гликозид, хэм алдагдлын эсрэг эм ба бусад агшилт сулруулах, судас өргөсгөх, даралт багасгах гэж гурван бүлэгт хувааж нийт дүн бүлэг тус бүрийн интервалт динамик эгнээ зохиож интерполяцийн аргаар судаллаа. Зүрх судасны өвчнийг анагаах эмийн нийт дүн, түүний дотроос кардиовалены бэлдмэлд шулуун шугамын ба парабол тэгшитгэл зохиож, ерөнхий хандлагыг тодорхойлоод экстраполяцийн аргыг хэрэглэн цаашид өсөх прогнозыг гаргав.

График 1

Зүрх судасны эмийн үзүүлэлт

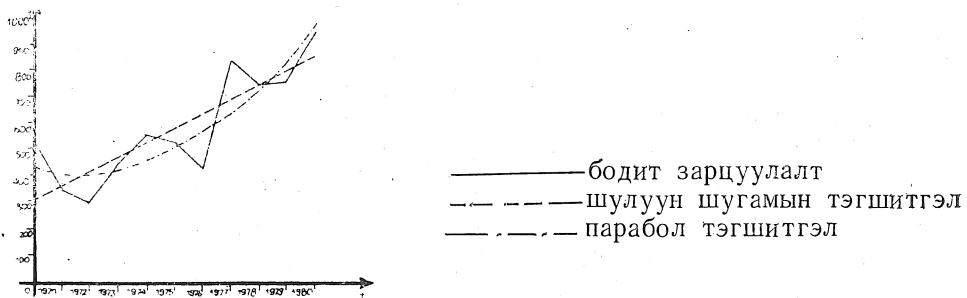


График 1-д зүрх судасны өвчнийг анагаах зориулалтын эмүүдийн хэрэглээ 1980 онд 1970 оныхоос 84,5%-иар өсчээ. Судлагдсан хугацааны хэрэглээний байдлаас шалтгаалан эхний 5 жилийн хэрэглээний дундаж өсөлт 5,1% байсан бол сүүлийн 5 жилд 16,0% болсон байна.

Бид эмийн хэрэгцээний прогноз үйлдэх экстраполяцийн судалгаанд шулуун шугамын тэгшитгэлийн аргыг ашиглаж 1984 он хүртэлх хугацааны жилийн дундаж өсөлтийн хурдыг 5,8% байхаар тодорхойлов.

Зүрх судасны өвчнийг анагаах зонхилох эмүүдийн бодит зарцуулалтыг бүлэгчилэн судлав.

График 2

Бүлэг тус бүрийн бодит зарцуулалт

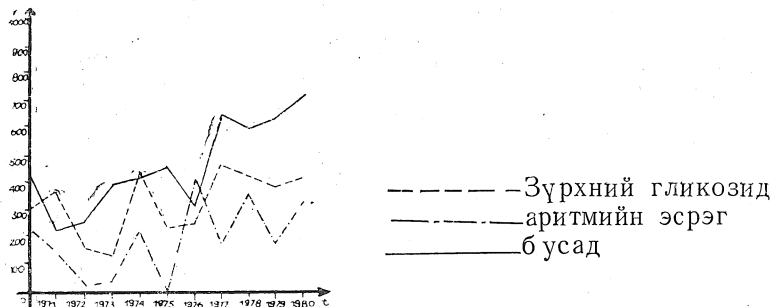
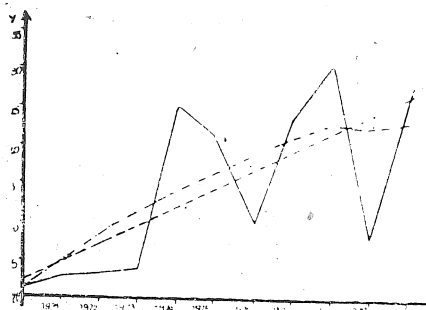


График 2-оос үзвэл зүрхний гликозид 1980 онд 1970 оныхоос 29,9%, зүрхний хэм алдагдлын эсрэг эм 81,7% бусад (агшилт сулруулах, судас өргөсгөх, даралт багасгах, эмүүдийн хэрэглээ 98,1%-иар тус тус өссөн байна.

Бид кардиовалены хэрэглээний хэмжээнд дээрх аргаар судалгаа хийж үзэхэд түүний хэрэглээний өсөлтийн төлөвийг тодорхойлов.

График 3
Кардиовален 15,0 фл.
—— бодит зарцуулалт
- - - - шулуун шугамын тэгшитгэл
- - - - паравол тэгшитгэл



Хэрэглээний судалгааг хамгийн үнэн зөв гаргахын тулд бодит зарцуулалтанд математикийн олон хүчин зүйлт регрессийн аргыг хэрэглэх шаардлагатай байна.

Одоогоор тогтвортой хэрэглэж байгаа эмүүдийг кардиовалены адилаар нэг бүрчлэн судалгаа хийж ойрын 3—4 жилийн хэрэгцээний төлөвийг тодорхойлж болох үндэс байна.

Судалгаанаас үзэхэд зүрх судасны өвчнийг анагаах эмийн жилийн дундаж өсөлтийн хурд 6,3% байгаа бөгөөд үүний дотор зүрхний гликозид 2,7%, бусад бэлдмэлүүдийн хэрэглээ 7,1%-ын дундаж хурдаар тус тус өсч байгааг илрүүлэв. Зүрхний хэм алдагдлын эсрэг үйлчилгээтэй бэлдмэлүүд тооны хувьд цөөн байгаа ба судлагдсан хугацаанд тогтвортой хэрэглэгдэж байсангүй.

ДҮГНЭЛТ. 1. Зүрх судасны өвчнийг анагаах эмийн бэлдмэлүүдийн хэрэглээ нийтдээ нэмэгдэх хандлагатай байна. Ялангуяа агшилт сулруулах, даралт багасгах эмийн зүйлсийн хэрэгцээ их байна. Харин зүрхний хэм алдагдлын эсрэг эмүүдийн зарцуулалт тогтвортой бус байна.

2. Судалгаанд хамрагдсан 60 гаруй эмүүдээс 20 нэр төрлийн эмийг эмнэлгийн практикт тогтвортой хэрэглэх болжээ. Эдгээрийн хэрэглээг бэлдмэл тус бүрээр нь судалж хэрэгцээний төлөвийг тогтоож хангамжийг сайжруулах боломж байна.

3. Эмийн хэрэглээнд статистик-математикийн судалгаа хийж цаашдын хэрэгцээний төлөвийг тогтоож практикт ашиглах боломжтой бөгөөд өвчлөлийн байдал, бусад хүчин зүйлүүдтэй холбон иж бүрэн судлах явдал чухал байна.

СТАТИСТИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ ПОТРЕБЛЕНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ СРЕДСТВ

Н. Жамбалдорж, Д. Манга

Изучено потребление сердечно-сосудистых средств за последние 11 лет. Проведенные исследования показали, что средний годовой темп роста потребления сердечно-сосудистых средств составлял 6,3%, в том числе, сердечные гликозиды-2,7%, антиаритмические препараты-6,1%, и остальные препараты-7,1%

ХҮН АМЫН ЕРӨНХИЙ ӨВЧЛӨЛИЙГ СУДЛАХАД ТҮҮВЭР СУДАЛГААНЫ АРГЫГ ХЭРЭГЛЭХ НЬ

АНАГААХ УХААНЫ ХҮРЭЭЛЭН

БНМАУ-д хүн амын ерөнхий өвчлөлийн судалгааг 1970 оны бүх холбоотын хүн амын тооллоготой холбогдуулан ЗХУ-д хүн амын эрүүл мэндийн байдлыг иж бүрнээр судлах үед боловсруулж баталсан аргачиллын үндсэн дээр Н. А. Семашкогийн нэрэмжит Нийгмийн эрүүл ахуй эрүүлийг хамгаалахын зохион байгуулалтын институт (НЭАЭХЗБ), БНМАУ-ын Анагаах ухааны хүрээлэн хамтран явуулж байна.

Тус орны эдийн засаг газар зүйн онцлогийг тусгах зорилгоор говь, хээр, хангай, хотын гэж бүсчилэн хувааж бүрдмэл аргаар судалгааг хийлээ.

ЗХУ болон бусад орны туршлагаас үзэхэд хүн амын эрүүл мэндийн статистик судалгаанд түүвэр аргыг өргөн хэрэглэж байгаа бөгөөд ЗХУ-д хотын хүн амын өвчлөлийн судалгааг энэ аргаар явуулсан нь хүч хөрөнгө хэмнэсэн хялбар арга болсон байна. [1]

Түүвэр аргаар судалгаа явуулахад судлах нийт үзэгдлээс бүх шинж чанараараа өөрийг нь төлөөлж чадах "хэсгийг" зөв сонгон авахад хамгийн гол нь байдаг. [1] Судалгааг хэд хэдэн үе шатаар явуулав. Нэгдүгээрт-судалгааны бааз газраа сонгон авч хамрах хүний тоог тогтоох, хоёрдугаарт-судалгааны бэлтгэлийг хангах хүн амаа сонгон авах, гуравдугаарт-сонгон авсан бааз газартаа тодорхой тооны хүн амын өвчлөлийн материалаас хуулбарлалт, шифрлэлт хийх, дөрөвдүгээрт-материалаа нэгтгэн боловсруулалтанд оруулах, тавдугаарт-хуулбарлалт хийсэн газартаа бүрдмэл үзлэг явуулах.

Хотын бүсийг төлөөлүүлэн Улаанбаатар, Дархан хотыг авч тус хоёр хотын 452000 гаруй хүнээс

$$n = \frac{Nt^2Pq}{N\Delta^2 + t^2pq} \text{-г [2] үндэслэн насанд хүрэгчдээс 40000 хүү-}$$

хэд (0-15) 15000 нийт 55000 хүн судалгаанд хамруулахаар тогтоов. Судалж байгаа үзэгдлийн шинж чанараас хамаарч ямар аргаар сонголт хийх вэ гэдэг нь их нөлөөтэй юм. Бид энэ 55000 хүнийг механик сонголт буюу тухайн хоёр хотын оршин суугчдаас тодорхой хэдэн үсгээр эхэлсэн нэр бүхий хүн амыг сонгон авсан юм.

Сонголт хийх үсгээ тогтоохын тулд ЗХУ-ын Семашкогийн нэрэмжит институтийн мэргэжилтнүүд улсын клиникийн төв эмнэлэгт нэг жилийн хугацаанд хэвтэж эмчлүүлэгсдийн нэрийн бүрэлдхүүнд судалгаа хийж насанд хүрэгчдэд „А.Г.М.Н. -20%, хүүхдэд „М“ -7,5% эзэлж байна гэж тогтосныг үндэслэн бид ажилчны районы 1979 оны тооллогын материалаас хүн амын нэрийн бүрэлдэхүүнд туршилт судалгаа хийлээ.

Үүнээс үзэхэд дээрх үсгүүдэд хүн амаа сонгон авч судалгаа хийхэд бүрэн боломжтой гэж үзээд хотын бүсийн өвчлөл судалгааны ажлыг эхлэв. Хүн амын цөөнх хэсгийн дотор (тодорхой хэдэн үсгээр) өвчлөлийг судлахад тухайн хотын бүх төрлийн эмнэлэг, урьдчилан сэргийлэх байгууллагуудын бүртгэлийн тасагт байгаа заагдсан үсгийн картуудыг таних тэмдэгтэй болгох, карт эзэмшигчийн хаягийг тодруулан шинэчлэх, урьдчилан сэргийлэх үзлэг, гэрийн дуудлагын дэвтэр.

АЖИЛЧНЫ РАЙОНЫ А. Г. М. Н-ҮСГЭЭР
ЭХЭЛСЭН НЭРСИЙН ЭЗЛЭХ ХУВЬ

(1979 оны хүн амын тоол-
логын материалаар)

Нэрийн эхний үсэг	Эзлэх хувь	
	насанд хүрэгчид	0-15 насны хүүхэд
А	7,3	7,0
Г	4,7	
М.	4,2	
Н.	6,4	
Нийт	21,4	7,0

диспансерийн хяналтын карт, тусгай мэргэжлийн диспансеруудын кар-
туудаас үзлэгийн мэдээг нөхөн хуулж, 33, 89, 95-р маягтуудыг хав-
саргах зэрэг бэлтгэл ажил хийж нэрийн давхардалтыг арилгасны да-
раа тухайн хүний өвчлөлийг судалгааны тусгай картанд хуулбарлаж
шифрлэлтийг хийлээ.

Энд бид Дархан хотын хүн амын өвчлөлийг, тайлангийн материал-
тай харьцуулан харуулав.

ДАРХАН ХОТЫН ӨВЧЛӨЛ
(эмнэлэгт үзүүлснээр 1000 хүнд)

Өвчний ангилал	Эмнэлэгт үзүү- лэлтээр			Тайлангийн үзүүлэлтээр
	эр	эм	бүгд	
1. Халдварт паразитын өвчин	68,8	48,8	58,2	15,4
2. Хавдар	1,7	1,1	1,4	0,3
3. Дотоод шүүрлийн систем, хоол тэжээлийн хямрал, бодисын солилцооны өөрчлөлт	2,6	3,6	3,3	5,4
4. Цус ба цус бүтээх эрхтэний өвчин	2,1	2,6	2,4	1,4
5. Сэтгэц зүйн хямрал	19,4	23,0	21,3	1,8
6. Мэдрэлийн систем ба мэдрэхүйн эрхтний өвчин	29,6	39,2	34,7	22,8
7. Цусны эргэлтийн с/өвчин	35,4	41,8	38,4	8,9
8. Амьсгалын эрхтний өвчин	246,1	238,9	242,3	226,7
9. Хоол боловсруулах Э/Ө	74,1	64,1	68,8	71,7
10. Шээс бэлгийн эрхтэн С/Ө	24,9	42,8	34,4	14,3
11. Төрөх үеийн ба дараахь/х	=	25,4	13,5	1,5
12. Арьс ба арьсны х/өвчин	25,5	25,4	26,6	11,7
13. Яс булчингийн с/ба холбоос эдийн өвчин	13,2	14,7	14,0	3,5
14. Төрөлхийн гажууд	0,4	0,2	0,3	0,1
15. Төрөх үеийн өвчлөл ба үхлийн зарим шалтгаан	2,8	5,3	4,1	1,4
16. Шинж тэмдгүүд ба тодорхой бус тэмдэг- лэгдсэн байдал	1,3		0,6	
17. Золгүй тохиолдол, хордлого гэмтэл	31,1	15,3	22,7	4,4
ДҮН	578,9	592,4	585,9	400,9

Үүнээс үзэхэд:	судалгаагаар	тайлангаар
1. Амьсгалын эрхтэний өвчин	242,3	226,7
2. Хоол боловсруулах эрхтэний өвчлөл	08,8	71,7
3. Халдварт паразитын өвчин	58,2	15,4
4. Мэдрэлийн эрхтэн системийн өвчин	34,7	22,8
5. Шээс бэлгийн эрхтэний өвчин	34,4	14,3

Эзэлж байгаа өвчлөлийн бүтцийн хувьд онцын ялгаа байхгүй нь харагдаж байна. Бид өөрийн судалгааг 1970 оны ЗХУ-д энэ аргачиллаар хийсэн судалгаатай харьцуулан үзэхэд өвчлөлийн бүтцийн хувьд онцлогтой, түвшингийн хувьд нилээд доогуур байгаа нь харагдлаа. [3]

ДҮГНЭЛТ. 1. Судалгаагаар өвчлөлийн түвшин доогуур байгаа нь манай эмнэлэг урьдчилан сэргийлэх байгууллагууд эмнэлгийн анхан шатны бичиг, баримтын хөтлөлт муу, өвчлөлийг дутуу бүртгэж байгаатай холбоотой байна.

2. Зарим ангиллын өвчлөлийн түвшин, тухайлбал хорт хавдар, дооод шүүрлийн систем, хоол, тэжээл бодисын солилцооны өвчнүүд нилээд гарч байгаа нь тухайн нарийн мэргэжлийн эмч нар орон нутагт хүрэлцээ муутай, улсын хэмжээний нарийн мэргэжлийн диспансерт ирж оношлуулж эмчлүүлэн, орон нутагтаа бүртгэгддэггүйтэй холбоотой байж болох юм.

3. Өвчлөлийн түвшин эмнэлэгт үзүүлэлтээр доогуур гарсан тул эмч нарын бүрдмэл үзлэгийг чанар сайтай зохион байгуулж явуулах шаардлагатай байна.

ПРИМЕНЕНИЕ ВЫБОРОЧНОГО МЕТОДА ДЛЯ ИЗУЧЕНИЯ ОБЩЕЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ

Д. Батмунх

В статье изложены методы и некоторые предварительные итоги исследования заболеваемости населения городской зоны полученные материалы являются одной из составных частей исследований общей заболеваемости населения МНР.

По предварительным данным наших исследований общая заболеваемость по сбръшаемости на 1000 населения г. Дархана составляет 578,9.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. А. А. Роменский, Г. С. Жуковский, С. А. Леонов. Применение территориально-гнездового метода выборочного наблюдения для изучения общей заболеваемости Ж. Сов. Здравоохр. 1973. № 2. 39.

2. А. А. Роменский, Г. С. Жуковский и др. Методика организация комплексного изучения здоровья населения МНР в связи с государственной переписью населения 1979 г. М. 1977.

3. А. А. Роменский. Общая заболеваемость городского населения Ж. Сов. Здравоохр. 1978. № 6. 13.

УРАЛ ЧИХЭР ӨВС ТАРИМАЛЖУУЛСАН СУДАЛГААНЫ ЗАРИМ ДҮНГЭЭС

АНАГААХ УХААНЫ ХҮРЭЭЛЭН

ЭМИЙН УРГАМАЛ БЭЛТГЭХ КӨНТӨР

Дэлхийд 10 гаруй зүйлийн чихэр өвс ургадгаас манай оронд урал чихэр өвс нилээд тархсан юм. Энэ өвс нь эмийн болон хүнд хөнгөн үйлдвэрийн 20 гаруй салбарт ашиглагддаг олон талын ач холбогдолтой үнэт ургамал юм.

Манай улс жилд нойтноор 60 шихам тонн чихэр өвсний үндэс бэлтгэж, гадаад дотоодын хэрэгцээг хангаж байгаа нь үндсээр бэлтгэдэг ургамлын хувьд нөөц нь амархан багадаа хандлагатай байгаа учир одоогийн байгаа нөөцийг хэвийн хэмжээнд байлгах нөхөн сэргээх улмаар тарималжуулах ажлыг хийх шаардлага гарч байна.

БНМАУ-ын Сайд нарын Зөвлөлийн 1974 оны 8 дугаар сарын 30-ны өдрийн 335 дугаар тогтоолд ховор би ховордож байгаа болон улс ардын аж ахуйд олон талын ач холбогдолтой зарим эмийн ургамлыг хамгаалах, тарималжуулах шаардлагатай болохыг заасан билээ. Энэ тогтоолыг хэрэгжүүлэх зорилгоор Эрүүлийг хамгаалах Яамны сайдын 1975 оны 405 дугаар тушаал гарч чихэр өвс тарималжуулах ажлыг эхэлсэн юм.

Манай орны чихэр өвсний тархалт, түүний нөөц хими биологийн талаар олон эрдэмтэд судалж байсан боловч чихэр өвс тарих талаар судалгаа хийсэнгүй.

Бид чихэр өвсийг үндэсний хэсгээр тарих хугацаа гүний асуудлыг шийдвэрлэх ажлыг гол болгов. Ингэснээр чихэр өвс тарих агротехникийн зарим асуудал шийдвэрлэгдэж, цаашид хийх агротехникийн асуудлыг нарийвчлан судлах үндэс суурь тавигдаж нэг га-аас авах ургацын хэмжээг урьдчилан тогтоох, чихэр өвсний нөөцийг хамгаалах боломж бүрдэх юм.

СУДАЛГААНЫ АРГА. Чихэр өвсийг үндэсний хэсгээр тарихдаа хажуугийн үндэсний хамгийн олон нахиатай хэсгийг 15-20 см урттайгаар тайрч тарих материал болгон ашиглан нэг га талбайд 40 000 ширхэг буюу 600 кг үндэсний хэсэг орохоор тооцоолон суулгав.

Үндэсний хэсгээр тарих ашигтай гүнийг тогтоох туршлагыг 10-13 см, 13-17 см, 17-20 см гэсэн гурван янзын гүнд тарих ашигтай хугацааг тогтоох туршлагыг хавар, намар, зун гэсэн 3 янзын хугацааг тус тус сонгон авав.

Хөрс боловсруулалтын зарим аргыг илрүүлэх нэг га талбайд орох үндэсний нормыг тогтоох зэрэг асуудлыг юуны өмнө шийдвэрлэх зорилт тавьж ажиллав.

1976—1980 он хүртэлх хугацаанд 20 га талбайд чихэр өвсийг үндэсний хэсгээр тарималжуулав.

СУДАЛГААНЫ ХЭСЭГ. а) Туршлагын талбай нь газрын гадаргын хувьд голын гульдрал олонтой учир хотгор гүдгэр ихтэй. Эвэл хүйтэн зун халуун эрс тэс уур амьсгалтай. Жилд дунджаар 100 мм тундас унадаг (сүүлийн 3 жилийн судалгаагаар). Хавар шуурга ихтэй, намар бага зэрэг шуурна.

б) Туршлагын талбайн хөрс. Туршлагын талбайн хөрс нь татмын нугын бага зэргийн мараалаг элсэнцэр цайвар хөрснөөс тогтсон байдаг. Хөрсний ялзмагт үе нь 0-30 см зузаан давхрагад байна. Хөрсний ялзмагийн хэмжээг тодорхойлоход 0-15 см гүнд 0,26-0,33%, 15-30 см

гүнд 0,25% байв. 30 см-ээс доош ялмаг байхгүй. Хөрсний рН-г тодорхойлоход 0-15 см гүнд, 7,5%, 15-30 см гүнд 8%.

Үүнээс үндэслэн хөрс боловсруулалтыг 22-24 см гүнд хийх нь ашигтай байгаа нь тогтоогдов. Чихэр өвс тарих атар хөрсийг урд жилийн хавар ДТ—75 тракторт ДН—35 анжис зүүж борной бултай агрегатлан 22-24 см гүнд хагалж элдэншүүлэн уриншлав.

в) Тарих үндсийг бэлтгэсэн арга. Бид тарих үндсийг бэлтгэхдээ чихэр өвсний гол үндэс буюу хажуугийн үндэсний салааны хамгийн олон нахиатай хэсгийг 15-20 см урттайгаар тайрч бэлтгэв. Бэлтгэсэн үндсийг тарих хугацаа хүртэл чийгтэй элсэнд дарж хадгалав. Тарихын өмнө үндсийг элснээс гаргаж дахин тоолж, гэмтсэн хэсгийг ялган жигнэж зуу зуун ширхгээр нь боож тарихад бэлэн болгов.

г) Чихэр өвсийг үндэсний хэсгээр тарьсан арга. Бид чихэр өвсийг үндэсний хэсгээр тарималжуулахдаа батлагдсан арга зүйн дагуу нэг га-д 40 000 ширхэг үндэсний хэсэг буюу 600 кг орохоор тооцоолон 50х50 см тэжээлийн талбайтайгаар зохих хувилбаруудад анжисны шангийн ховилыг ашиглан гар ажиллагаагаар үндсийг суулгаж тарьсны дараа чийг хаах хөрс нягтруулах булдалт хийв.

УРГАМЛЫН ҮЗЭГДЭЛ ЗҮЙН АЖИГЛАЛТ. Хувилбар бүрээс сонгож авсан 100 ширхэг ургамал дээр жил бүр вегетацийн хугацаанд ажиглалт, хэмжилт, судалгаа хийв. Үндэсний хэсгээр тарьсан чихэр өвс нь анхны жил тарьснаас хойш 30 гаруй хоногийн дараа буюу 6 дугаар сарын сүүлийн долоон хоногоос эхлэн цухуйж, 7 дугаар сарын 2 дугаар долоо хоногт жигдэрч, ургах хугацаа нь 10 дугаар сарын эхний 10 хоног хүртэл үргэлжилж байна Хоёр дахь жилээсээ эхлэн зэрлэгээр ургаж байгаа чихэр өвстэй адилхан хугацаанд хөгжлийн үе шатыг дамжиж байна. Тарьсан хугацаанаас хамаарч эхний хоёр жил иш навчны хөгжилт нь ялгаатай байв. Үндэсний хэсгээр тарималжуулсан чихэр өвс нь хоёр дахь жилээсээ эхлэн цэцэглэн үрийн ургац өгч байна. Тарималжуулсан чихэр өвсний газрын дээрх хэсгийн сарын дундаж өсөлт нь 5 дугаар сард 8 см, 6 дугаар сард 35 см, 7 дугаар сард 44 см, 8 дугаар сард 45 см өндөр болж, 9 дүгээр сард хагдарна. 6 дугаар сард буйдуйлж, 7 дугаар сард цэцэглэж, 8 дугаар сард үрлэж байна. Чихэр өвсний газрын дээрх хэсгийн хоногийн дундаж өсөлтийг гаргавал 5 дугаар сард 3 см, 6 дугаар сард 11 см, 7 дугаар сард 8 см, 8 дугаар сард 2 см тус тус өсөж байна.

ЧИХЭР ӨВСИЙГ ҮНДЭСНИЙ ХЭСГЭЭР ТАРИХ АШИГТАЙ ХУГАЦААГ ТОГТООХ ТУРШЛАГА. Бид чихэр өвсийг үндэсний хэсгээр тарималжуулах ашигтай хугацааг тогтоох туршлага хийхдээ хавар 5 дугаар сарын 10-25, зун 7 дугаар сарын 10-25, намар 9 дүгээр сарын 10-25 гэсэн гурван янзын хугацаанд суулгав.

Хүснэгт 1

(Ургац га/ц.)

тарьсан он тарьсан хугацаа	1977	1978	1979	Нийлбэр	Дундаж
Хавар	21,8	18,1	14	53,9	18
Намар	20,2	17,4	13,2	50,8	16,9
Зун	10	8	6	24	8

Нэг га-д байгаа үндэсний ургацыг тооцохдоо монолит авах ар-гаар нэг га-аас 12 дээж авч авсан дээжнүүдийн дундаж жинг гарган "Га-н ургацыг ц-т шилжүүлэн илэрхийлэв. Судалгаанаас үзэхэд хавар тарьсан га-н ургац нь намрынхаас 1,1 ц-р, зун тарьснаас 10 ц-р илүү байна. Намар тарьсан талбайн ургац нь зун тарьсан талбайн ургацаас 8,9 ц-р илүү, хавар тарьсан талбайнхаас 1,1 ц-р бага. Зун тарьсан талбайн ургац нь хавар тарьсан талбайнхаас 10 ц-р намар тарьснаас 8,9 ц-р бага байгаагаас үзэхэд чихэр өвсийг үндэсний хэсгээр тарихад хавар намрын улиралд тарих нь ашигтай болох нь илэрч байна.

ЧИХЭР ӨВСИЙГ ТАРИХ АШИГТАЙ ГҮНИЙГ ТОГТООХ ТУРШЛАГА

Бид чихэр өвсийг үндэсний хэсгээр тарих ашигтай гүнийг тогтоох туршлагыг 10-13 см, 13-17 см, 17-20 см гэсэн 3 янзын гүнд хийж судалгааг явуулав.

Хүснэгт 2

(Ургац га/ц)

Тарьсан он тарьсан гүн см,	1977	1978	1979	Нийлбэр	Дундаж
10-13	21,8	8	13,2	43	14,3
13-17	10	17,4	14	41,5	13,8
17-20	20,8	18,1	6	44,9	14,3

Хүснэгтээс үзэхэд чихэр өвсийг үндэсний хэсгээр 10-13 см, 13-17 см, 17-20 см гүнд тарьсан чихэр өвсний үндэсний өсөлт ургацанд ялгаа гараагүй учир эдгээрийн аль ч гүнд тарих боломжтой нь илрэв.

Хүснэгт 3

Үндэсний хэсгээр тарьсан чихэр өвсний буурцагны ургац (га/ц.)

Тарьсан он тарьсан хугацаа	1977	1978	1979	Нийлбэр	Дундаж
Хавар	1,3	1,0	0,8	3,1	1,0
Намар	1,1	0,3	0,6	2,5	0,8
Зун	0,3	0,2	0,5	0,5	0,2

Судалгаанаас үзэхэд тарималжуулсан чихэр өвсний буурцагны ургац нь тарьсан хугацаатай шууд хамааралтай байна.

Хавар тарьсан урал чихэр өвсний буурцагны ургац нь намар тарьснаас 0,2 ц, зун тарьснаас 0,8 ц-ээр тус бүр их байгаа нь харагдаж байна.

ДҮГНЭЛТ. 1. Судалгааны ажлын үр дүнд, чихэр өвсийг үндэсний хэсгээр тарихдаа 1м² талбайд 4 ширхэг үндэсний хэсгийг буюу 50х50 см тэжээлийн талбайтайгаар суулгах ашигтайг нотлов.

2. Урал чихэр өвсний үндэсний хэсгийг хавар 4 дүгээр сарын 15-30-ны хооронд, намар 10 дугаар сарын 1-ээс 15-ны хооронд 10-13 см, 13-17, см, 17-20 см гүнүүдэд суулгах нь тохиромжтой байна.

НЕКОТОРЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИЗУЧЕНИЯ КУЛЬТИВИРОВАНИЯ СОЛОДКИ

Б. Нямжав, А. Ламжав, А. Ойдовсамбу

В результате исследований сделан вывод, что самым эффективным условием культивирования солодки является посадка черенков в горизонтальном положении в количестве четырех черенков на 50x50 см² площади, во второй половине апреля или в первой половине октября на глубину 10-13 см, 13-17 см, или 17-20 см.

Б. ДОРЖГОТОВ

ГОЛ БАЙРЛАЛЫН ӨМӨН ҮҮСЭХЭД НӨЛӨӨЛӨХ ҮНДСЭН ХҮЧИН ЗҮЙЛҮҮД

АНАГААХ УХААНЫ ХҮРЭЭЛЭН

Манай оронд зонхилдог гол 5 байрлалын өмөнгийн „ходоодны өмөн —26,91%, элэгний анхдагч өмөн 21,51%, улаан хоолойн өмөн —13,56%, уушгины өмөн—12,34%, умайн хүзүүний өмөн —10,32%“ үүсэхэд нөлөөлдөг үндсэн хүчин зүйлүүдийг илрүүлэх судалгааны анхны оролдлого хийлээ.

СУДАЛГААНЫ АРГА, МАТЕРИАЛ. Улаан хоолой, ходоод, элэг, уушги, умайн хүзүүний өмөн үүсэхэд нөлөөлж болох хүчин зүйлүүдийг илрүүлэх зорилгоор хавдар судлал-эпидемиологийн судалгааны тусгай карт боловсруулав. Карт тус бүрд 100—300 хүртэл асуулт багтаан клинкээс гадна, эд эс судлал, дуран рентген гэрлийн шинжилгээний аргуудаар онош нь батлагдсан өвчтөнд хөтөлсөн болно. Мөн ийм картыг нас, хүйс, яс, үндэс, оршин суух газраар нь өвчтөнд тохируулан зориуд сонгож авсан эрүүл жиших группийн хүмүүст хөтлөв. Жиших группийн ажиглалтын тоо үндсэн группийн тооноос 2 дахин илүү байв.

Энэ судалгааны ажлыг гүйцэтгэхдээ улаан хоолой, ходоод, элэг, уушги, умайн хүзүүний өмөн бүхий 1263 өвчтөн, жиших группийн 2545 эрүүл хүмүүст хөтөлсөн хавдар судлал-эпидемиологийн картанд статистикийн боловсруулалт хийв. Жиших группийн картыг манай орны газар зүйн янз бүрийн районд явуулсан хавдар судлалын урьдчилан сэргийлэх үзлэгийн үеэр хөтөлсөн юм.

Судалгааны дүн. Эх газрын эрс тэс цаг уур, хуурай уур амьсгалтай манай оронд амьдран суудаг бүх ястнууд халуун цайг дангаар нь, эсвэл давс, хийцтэйгээр их хэмжээгээр уудаг эртний уламжлалт заншил одоо хүртэл үргэлжилсээр байна.

Гол 5 байрлалын өмөн бүхий өвчтөн ба жиших группийн эрүүл хүмүүсийн тоо

Өмөнгийн байрлал	Өвчтэй	Жиших эрүүл хүмүүс
Улаан хоолой	373	746
Ходоод	350	700
Элэг	165	349
Уушги	175	350
Умайн хүзүү	200	400

Манай судалгаагаар давс хийцтэй цайг ихээр уудаг хүмүүсийн тоо өвчтөнд эрүүлээсээ их байна.

Давс, хийцтэй халуун цай уудаг байдал (%)

Цайны хэмжээ байдал	Улаан хоолойн өмөн бүхий өвчтөн			Жиших групп		
	эр	эм	бүгд	эр	эм	бүгд
Өдөрт 11 аяга буюу 2 литрээс дээш халуун цай уудаг	50,22 ±3,33	57,43 ±4,06	53,08 ±2,58	28,0 ±2,11	30,74 ±2,68	29,08 ±1,66
Давстай, хийцтэй цай уудаг	76,0 ±2,84	81,08 ±3,22	78,01 ±2,14	65,10 ±2,24	55,06 ±2,89	61,12 ±1,78

Хүснэгт 2-оос үзэхэд өдөрт 2 литрээс дээш халуун цай уудаг хүмүүс улаан хоолойн өмөн бүхий өвчтөнд жиших группээс 24,0 %-иар (эрэгтэйчүүдэд 22,22%, эмэгтэйчүүдэд 26,69%) их байгаа бөгөөд эрэгтэй, эмэгтэйн ялгаа бага байна.

Давс, хийцтэй халуун цай уудаг хүмүүс өвчтөнд жиших группээс 16,88%-иар (эрэгтэйчүүдэд 10,9%, эмэгтэйчүүдэд 26,02%) их ба эрэгтэй эмэгтэйн ялгаа 15,12% байна.

Манай материалд статистикийн анализ хийхэд улаан хоолойн өмөн ба халуун, давстай, хийцтэй цайны утга холбогдлын түвшин $R_{xy}=0,61$ байгаа нь халуун ба давс, хийцтэй цай улаан хоолойн өмөн үүсэхэд нөлөөлөх нь тохиолдлын чанартай бишийг харуулж байна.

Хэвлэлийн тоймоос үзэхэд хэт халуун цай их хэмжээгээр уух заншил улаан хоолойн өмөнгийн өвчлөл нэмэгдэхэд нөлөөлдөг тухай олон мэдээ баримтууд байдаг боловч давс, хийцтэй цайны тухай бичигдсэн зүйл байхгүй байна. Цайны давс, хийц нь цайг өтгөрүүлж халуунаа барих хугацааг уртасгаснаар улаан хоолойн салст бүрхэвчид үзүүлэх илчийн нөлөөг нэмэгдүүлж, архаг түлэгдэл үрэвслийн процессыг гүнзгийрүүлж болох юм. Иймээс давс, хийцтэй цай уудаг заншил, улаан хоолойн өмөн үүсэхэд нэмэгдэл хүчин зүйл болон нөлөөлдөг байж болохыг үгүйсгэж болохгүй байна.

Хатуу бүхэл коолыг муу зажилж залгих заншил улаан хоолойн өмөн үүсэхэд нөлөөлж болох тухай хэвлэлд ховор бичигдэж байгаа боловч бидний судалгаагаар энэ заншил улаан хоолойн өмөн бүхий өвчтөнд жиших группээс нилээд илүү байна. Үүний утга холбогдлын түвшин $P < 0,001$, $t > 3$ байна.

Хатуу бүхэл зүйлийг муу зажилж залгих заншил (%)

	Улаан хоолойн өмөн			Жиших групп		
	эрэгтэй	эмэгтэй	бүгд	эрэгтэй	эмэгтэй	бүгд
Хатуу бүхэл зүйлийг муу зажилж залгидаг	57,77 ±3,29	54,05 ±4,09	56,30 ±2,57	29,11 ±2,14	29,05 ±2,64	29,08 ±1,66

Хүснэгт 3-аас үзэхэд хатуу бүхэл хоолыг муу зажилж залгих заншил өвчтөнд жиших группээс 27,22% илүү байгаа нь цаашдын судалгаанд анхаарал татах зүйл мөн.

Улаан хоолойн өмөнгийн үүсэхэд нөлөөлдөг хүчин зүйлүүдийн судалгаанд хооллолтын байдал, дэглэмийн онцлогийг илрүүлэх нь сонирхолтой юм.

Мөн газарт сууж (сандал дээр суулгүй) хооллоход хэвлийн хөндийн даралтыг нэмэгдүүлснээр ходоодны шүүсээр баялаг хоолоор дүүрсэн, ходоодны доторхи даралтыг нэмэгдүүлж ходоодны хүчил бүхий исгэлэн хоол улаан хоолойд эргэж орох боломжийг улам ихэсгэнэ.

Манай оронд гол төлөв махан хоолыг оройн цагаар газарт сууж иддэг заншил өргөн тархсан бөгөөд улаан хоолойн өмөн бүхий өвчтөнүүдэд унтахаасаа өмнө хооллох заншил жиших группээс 3 дахин илүү ($P < 0,001$, $t > 3$) байна. Газарт сууж хооллох заншил улаан хоолойн өмөн бүхий өвчтөнд жиших группээс 2 хүйсэнд адил 10,0% илүү ($P < 0,01$, $t > 3$) байв.

Манай нөхцөлд ходоодны өмөн үүсэхэд голчлон нөлөөлж байгаа хүчин зүйлүүдийг хүснэгт 4-т харууллаа.

Хүснэгт 4

Ходоодны өмөн үүсэхэд голчлон нөлөөлж байгаа хүчин зүйлүүд (%)

Ходоодны өмөн үүсэхэд нөлөөлөх хүчин зүйлүүд	Ходоодны өмөн бүхий өвчтөн	Жиших групп
Орой хэт цадталаа иддэг	92,57 ± 1,40	77,28 ± 1,58
Голчлон мах иддэг	88,77 ± 1,68	77,42 ± 1,58
Өдөрт литрээс илүү халуун цай уудаг	70,28 ± 2,44	31,14 ± 1,75
Хэт халуун хоол иддэг	18,57 ± 2,08	8,71 ± 1,13
Яаруу иддэг	33,42 ± 2,52	17,71 ± 1,44
Бэлэн хоол хэрэглэдэг	14,85 ± 1,90	10,85 ± 1,17
Өтгөн цай уудаг	58,57 ± 2,63	51,28 ± 1,89
Тамхи татдаг	61,71 ± 2,60	48,14 ± 1,89
20 нас хүртлээ тамхи татсан	31,42 ± 2,48	17,14 ± 1,42
Архи тогтмол уудаг	26,23 ± 2,35	9,28 ± 1,09
Архи хааяа уудаг	35,14 ± 2,55	26,57 ± 1,67

Хүснэгт 4-өөс үзэхэд ходоодны өмөн үүсэхэд нөлөөлж болох хүчин зүйлүүдээс махан хоолыг орой унтахын өмнө хэт цадталаа идэх, халуун цайг их хэмжээгээр уух заншил өвчтөн ба жиших группэд бусдаасаа илүү байна. Орой унтахын өмнө хэт цадталаа идэх заншил өвчтөнд эрүүлээсээ 15,29% их, гсл төлөв махан хоол хэрэглэх заншил өвчтөнд 11,15% илүү ба их хэмжээний халуун цай уудаг хүмүүс өвчтөнд эрүүлээсээ 39,14% илүү байлаа. Эдгээр хүчин зүйлүүдэд статистикийн ана-

лиз хийхэд ходоодны өмөн ба дурдсан хүчин зүйлүүдийн хоорондын холбооны утга холбогдлын түвшин $P < 0,001$ $t > 3$ байгаа нь уг хүчин зүйлүүд ходоодны өмөн үүсгэх олон хүчин зүйлүүдийн дотор нилээд чухал үүрэгтэйг харуулж байна.

Оройн цагаар махан хоолыг хэт цадталаа идэх нь ходоодны булчирхайд хэт ачаалал өгч аажмаар ходоодны хатангирт үрэвсэл үүсэх боломж бүрдүүлнэ. Хэт цадталаа хооллох нь халуун цайг их хэмжээгээр уух заншилтай хавсран ходоодыг байнгын суналтын байдалд оруулж бас түүнд халуун илчийн нөлөө үзүүлнэ. Дурдсан хүчин зүйлүүд, ходоодонд механик, илчийн нөлөө үзүүлэхээс гадна үйл ажиллагааны хэт ачаалал бий болгож ходоодны хэвийн ажиллагаа алдагдан архаг үрэвсэл зэрэг өмөнгийн урьдал байдалд хүргэнэ.

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

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

Тогтмол архи уугчид өвчтөнд 26,28%, жиших группэд 9,28%, хааяа архи уугчид өвчтөнд 35,14%, жиших группэд 26,57% ажиглагдаж байна.

Мөн бүх өвчтөний 40,57%-д ходоодны архаг үрэвсэл, 1,43%-д шархлаа өвчин байв.

Бүх өвчтөний 42,28%-д ходоодны амсрын өмөн, 27,43%-д ходоодны гарах хэсгийнх, 8,57%-д бага махианых, 1,14%-д их махианых, 0,8%-д урд ба ар ханынх, 0,57%-д ходоодны ёроолынх байсан ба 10,29%-д ходоодыг бүхэлд нь хамарсан өмөн, 8,86%-д байрлал заагдаагүй байна.

Бидний эпидемиологийн судалгааны карт хөтөлсөн, элэгний анхдагч өмөн бүхий 165 өвчтөний 85 (51,51% ± 3,89) нь халдварт гепатитаар өвчилсөн хүмүүс байсан бол эрүүл 349 хүний 47 (13,47% ± 1,83) нь уг өвчнөөр өвчилсөн байв.

Элэгний анхдагч өмөн үүсэхэд, халдварт гепатитын нөлөөлөх нөлөөний хэмжээ нь уг өвчнөөр зөвхөн өвчилсөн төдийгүй өвчилсөн тоо, хугацаанаас ихээхэн шалтгаалдаг байна.

Хүснэгт 5

Элэгний анхдагч өмөн бүхий өвчтөн ба эрүүл хүмүүсийн халдварт гепатитаар өвчилсөн тоо

Өвчилсөн тоо	Өвчтөн	Жиших групп
1 удаа өвчилсөн	69/81,18% ± 4,24	46 (97,87% ± 2,10)
2 " " " "	9/10,59% ± 3,34	—
3 " " " "	2/2,35% ± 1,64	—
4 " " " "	2/2,35% ± 1,64	1 (2,13% ± 2,10)
5 " " " "	1/1,18% ± 1,17	—
6 " " " "	2/2,35% ± 1,64	—
Бүгд	85 (100,0%)	47 (100,0%)

Хүснэгт 5-аас үзэхэд халдварт гепатитаар өвчилсөн элэгний анхдагч өмөн бүхий өвчтөний 18,82% нь уг өвчнөөр 2 ба түүнээс дээш удаа өвчилсөн байхад жиших группийн дөнгөж 2,13% нь 2 ба түүнээс дээш удаа өвчилжээ.

Элэгний анхдагч өмөн бүхий өвчтөн ба жиших эрүүл хүмүүсийн халдварт гепатитаар өвчилснөөс хойшхи хугацаа

Халдварт гепатитаар өвчилснөөс хойшхи хугацаа	Элэгний анхдагч өмөн бүхий өвчтөн	Жиших эрүүл хүмүүс
3—5 жил	3 (3,58±2,0)	7 (14,89%±5,19)
6—10 жил	8 (9,41%±3,17)	9 (9,15%±5,74)
11—15 жил	16 (18,82%±4,24)	8 (17,02%±5,4)
16 ба дээш жил	47 (55,30%±5,39)	18 (38,30%±7,09)
Хугацаа заагаагүй	11 (12,94%±3,64)	5 (10,64%±4,50)
Бүгд	85 (100,0%)	47 (100,0%)

Хүснэгт 6-аас үзэхэд элэгний анхдагч өмөн бүхий өвчтөний 12,94% нь халдварт гепатитаар өвчилснөөс хойш 10 хүртэл жил өнгөрсөн бол жиших группэд 34,0% байна. Халдварт гепатитаар өвчлөөд 10-аас дээш жил бологсод өвчтөнд 74,12%, жиших группэд 55,32% байна.

Бидний судалгаагаар халдварт гепатитаар өвчилсөн тоо, хугацаа (ялангуяа 10-аас дээш жил болсон) ба элэгний анхдагч өмөнгийн хооронд корреляцын өндөр хамаарал ($R_{xy}=0,96$) илэрч байгаа нь манай нөхцөлд элэгний анхдагч өмөн үүсэхэд нөлөөлдөг олон тооны хүчин зүйлүүдийн дотор халдварт гепатитын урхаг үлдэгдэл элэгний архаг өвчнүүд ихээхэн үүрэгтэйг харуулж байна.

Манай материалаар элэгний анхдагч өмөн бүхий өвчтөний 56,36% нь архи тогтмол уудаг хүмүүс байсан ба жиших эрүүл хүмүүст энэ үзүүлэлт 41,83% байлаа. Үүний зэрэгцээгээр урьд нь халдварт гепатит өвчнөөр өвчилсөн элэгний анхдагч өмөн бүхий өвчтөний 62,35% нь архи уудаг хүмүүс байсан бол жиших группэд энэ үзүүлэлт 3,72% байгаа нь халдварт гепатит ба архи хавсарвал тэдгээрийн элэгний анхдагч өмөн үүсгэх нөлөө улам идэвхждэг болохыг харуулж байна.

Хоол боловсруулах эрхтэний архаг өвчнүүд, зарим халдварт ба шимэгч хорхойн өвчнүүд элэгэнд эмгэг процессыг үүсгэж өмөн үүсэхэд аятай нөхцөлийг бүрдүүлдэг тухай хэвлэлийн мэдээ баримтууд олон байдаг.

Элэгний анхдагч өмөн бүхий 147 өвчтөнд задлан шинжилгээ хийсэн манай материалд судалгаа хийхэд элэгний өмөн сорвижлын хамт 55,11%—4,10 (81)-д байсан ба үүнээс 34,57—5,28 (28) нь урьд халдварт гепатитаар өвчилсөн байлаа.

Элэгний анхдагч өмөн бүхий өвчтөний 55,76%—3,86 нь халдварт гепатитаас бусад архаг ба халдварт өвчнөөр өвчилсөн хүмүүс байв. Энэ үзүүлэлт жиших группэд дөнгөж 11,19%—0,57 байлаа.

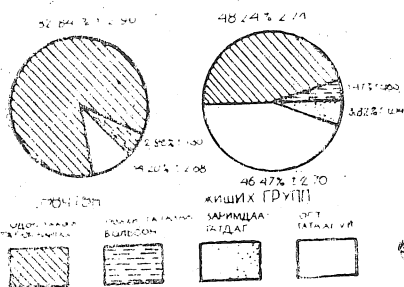
Урьд нь халдварт гепатитаар өвчилсөн хүмүүс дурдсан өвчнөөр өвчлөгчдийн дотор нилээд их байгаа нь эдгээр өвчнүүд халдварт гепатитын хамт элэгний эд, эсэд хортойгоор нөлөөлж элэгний өмөн үүсэх урьдчилсан аятай нөхцөлийг бүрдүүлдэг болохыг харуулж байна.

Манай судалгаанд хамрагдсан элэгний анхдагч өмөн бүхий өвчтөний 61,71%±7,7 нь, жиших эрүүл хүмүүсийн 40,5%±3,7 нь хоолонд хүнсний ногоо хэрэглэдэггүй буюу бага хэрэглэдэг хүмүүс байв. Урьд нь халдварт гепатитаар өвчилсөн ба өвчлөөгүй элэгний анхдагч өмөн бүхий өвчтөнийг харьцуулахад идэшний ногоо хэрэглэдэггүй хүмүүс урьд нь халдварт гепатитаар (13,7%) илүү өвчилсөн байна. Энэ нь нүүрс ус, витаминээр баялаг идэшний ногоо хэрэглэхгүй, гол төлөв өөх, тос ихтэй махан хоол хэрэглэх нь халдварт гепатит өвчний эдгэрэлтийн алсын

ҮР дүнд муугаар нөлөөлж, улмаар уг өвчин архагшиж, үүнд суурьлан өмөн үүсэх аятай нөхцөл бүрддэг болохыг харуулж байна.

Уушгины өмөнгөөр тамхичин хүмүүс илүү өвчилдөг болох нь статистикийн баялаг материалд тулгуурлан хийсэн олон тооны судалгаагаар батлагдсан асуудал юм.

Зураг 2



Уушгины өмөн бүхий өвчтөн ба жиших группийн тамхи татагддаг байдал (%)

Бидний материалаар одоо тамхи үргэлжлэн татаж байгаа хүмүүс уушгины өмөн бүхий өвчтөний дунд жиших группээс 31,6% илүү байна.

Уушгины өмөн бүхий өвчтөнд тамхичин хүмүүсийн эзлэх хувийн жин жиших группээс ихээхэн илүү байгаагийн зэрэгцээгээр уг өвчин үүсэхэд татах тамхины хэмжээ, тамхи татсан хугацаа ихээхэн үүрэгтэй байна.

Бидний судалгаагаар 20-иос доош насандаа тамхи татагсад уушгины өмөнтэй өвчтөнд жиших группээс 11,07% илүү ба 25-аас дээш насандаа тамхи татагсад жиших группэд өвчтөнөөс 13,80% илүү байв. Мөн уушгины өмөнтэй тамхичин хүмүүсийн $33,59 \pm 4,13$ нь, жиших группийн $19,13 \pm 3,09$ нь өдөрт 10-иос дээш удаа тамхи татдаг хүмүүс байсан бөгөөд статистикийн үнэн магадлал $Rxy=0,97$, $P<0,001$, $t>3$ байгаа нь уушгины өмөн үүсэхэд нөлөөлдөг гол хүчин зүйлүүдийн нэг нь тамхи болохыг харуулж байна.

Манай судалгаанд хамрагдсан уушгины өмөн бүхий өвчтөний 9 нь (5,14%) сүрьеэ, 13 нь (13,14%) тоосжилт, 51 нь (29,14%) хатгалаа өвчнөөр өвчилсөн хүмүүс байсан ба жиших группийн дөнгөж 1,43% нь дээрх өвчнүүдээр өвчилсөн байв. Энэ нь манай нөхцөлд уушгины өмөн, архаг хатгалаа өвчинд суурилан үүсэх явдал цөөнгүй байгааг харуулж байна.

Бидний судалгаагаар умайн хүзүүний өмөнгийн өндөр өвчлөлтэй Булган, Сэлэнгэ, Хэнтий, Дорнод, Сүхбаатар, Дорноговь, Өмнөговь аймгуудад умайн хүзүүний шархлаа өвчний илрэлт, умайн хүзүүний өмөнгийн бага өвчлөлттэй Баян-Өлгий, Ховд, Завхан, Баянхонгор, Архангай аймгуудаас 6,46% илүү байгаагийн зэрэгцээгээр умайн хүзүүний шархлаа бүхий өвчтөний насны бүрэлдэхүүн умайн хүзүүний өмөнгийн өндөр өвчлөлттэй аймгуудад бага өвчлөлттэй аймгуудаас 29 хүртэлх насанд 5,04% илүү байна.

Дурдсан тоо баримтууд нь манай нөхцөлд умайн хүзүүний шархлаа өмөн болон хувирах нь цөөнгүй байгааг харуулж байна. Иймээс умайн хүзүүний өмөнгөөс урьдчилан сэргийлэхийн тулд эмгэгтэйчүүдийн урьдчилан сэргийлэх үзлэгийг тогтмол зохион явуулж, илэрсэн өвчтөнийг эрүүлжүүлэх арга хэмжээ авч байх нь чухал юм.

ДҮГНЭЛТ. 1. Манай улсад улаан хоолойн өмөнгийн өвчлөл харьцангуй өндөр байгаад нөлөөлж болох олон тооны хүчин зүйлүүдээс хамгийн гол нь хэт халуун, давстай, хийцтэй цайг их хэмжээгээр уух, хатуу бүхэл зүйлийг муу зажилж залгих, орой унтахын өмнө махан хоолыг хэт цадталаа идэх заншлууд юм. Мөн хоолыг яаруу идэх, архи уух нь ходоодны өмөн үүсэхэд нөлөөлөх нэмэгдэл хүчин зүйл болж байна. Ходоодны өмөнгийн 40,57% нь ходоодны архаг үрэвсэл, 1,43% нь шархлаа өвчинд суурилан үүсчээ.

2. Элэгний анхдагч өмөн үүсэхэд халдварт гепатит, хооллох дэглэм сахихгүй байх, нэг төрлийн хоол дагнан хэрэглэх, архи уух зэрэг хүчин зүйлүүд голчлон нөлөөлж байна.

Элэгний анхдагч өмөн, хоол боловсруулах эрхтэний янз бүрийн архаг, халдвар өвчинд суурилан үүсэх нь цөөнгүй байна.

Дээр дурдсан хүчин зүйлүүд, урьд нь халдварт гепатитаар өвчилсөн, элэгний анхдагч өмөн бүхий өвчтөнд улам тод илэрч байна. Иймээс халдварт гепатиттай өвчтөнийг бүрэн эмчилж, уг өвчнөөс урьдчилан сэргийлэх, түүгээр өвчилсний дараа хооллох дэглэмийг чанд сахих нь элэгний анхдагч өмөнгөөс урьдчилан сэргийлэх бодит аргуудын нэг мөн.

3. Уушгины өмөн ба тамхины хооронд корреляцын өндөр холбоо байгаа бөгөөд манай нөхцөлд уушгины өмөн архаг хатгалаа өвчинд суурилан үүсэх нь цөөнгүй байна.

Уушгины өмөнгийн өвчлөл, нас баралтыг бууруулахын тулд төрөл бүрийн тосжилт бүхий үйлдвэрийн газруудад хөдөлмөр хамгааллын ажлыг сайжруулах, Улаанбаатар зэрэг томсохон хотод агаарын бохирдлыг багасгах ажлыг зохион байгуулж хэрэгжүүлэх явдал чухлаар шаардагдаж байна.

ГЛАВНЫЕ ФАКТОРЫ СПОСОБСТВУЮЩИЕ ВОЗНИКНОВЕНИЮ РАКА ОСНОВНЫХ 5 ЛОКАЛИЗАЦИЙ В УСЛОВИЯХ МНР.

Б. Доржготов.

Из многочисленных факторов относительно высокой заболеваемости раком пищевода в МНР, самыми главными являются привычки употреблять чрезмерно горячий чай, чай с солью, чай с жареной мукой, крупами, глотать грубую твердую плохо-разжеванную пищу, принимать мясную пищу преимущественно в вечернее время.

Для рака желудка в условиях Монголии преобладающее место занимают в сравнении с другими, привычки переедания преимущественно мясной пищи перед сном и употребление горячего чая в большом количестве. Обращает на себя внимание и то, что в качестве возможных дополнительных факторов, способствующих возникновению рака желудка выступают торопливость в еде, злоупотребление алкоголем.

Возникновению первичного рака печени способствуют, главным образом, такие факторы как перенесенный в прошлом вирусный гепатит, нерегулярное питание, односторонний пищевой рацион и употребление алкоголя.

Среди больных раком легкого преобладают курильщики и рак легкого нередко возникает на фоне хронической пневмонии.

Возникновению рака шейки матки способствуют такие факторы, как раннее наступление менопаузы, многократное замужество, беременность в раннем возрасте, многократные роды и роды в домашних условиях. Раку шейки матки часто предшествует эрозия шейки матки.

Б. ГССШ, Ч. ПУНЦАГ

ЯСНЫ АРХАГ ҮРЭВСЛИЙГ ЭМЧЛЭХ АСУУДАЛД

АНАГААХ УХААНЫ ДЭЭД СУРГУУЛЬ

Ясны архаг үрэвсэл (остеомиелит)-ийг эмчлэх асуудал нь мэс заслын түвэгтэй, маргаантай асуудлын нэг юм. Энэ архаг үрэвсэл нь удаан хугацаагаар үргэлжилж олон дахин мэс засал хийх явдал ч цөөнгүй тохиолддог.

Хэвлэлийн мэдээнээс үзэхэд ясны архаг үрэвслийн хурц хэлбэр архагт шилжих нь их ч, хүнд хэлбэрүүд тааралдах нь олонтоо байна. [1—6] Үүний зэрэгцээ архаг үрэвслийн хүнд хэлбэр үүсч олон ясыг зэрэг гэмтээх тохиолдол 20—45%-ийг эзэлж байна. [6—7]

Зарим эрдэмтэд архаг үрэвсэл үүсэхэд 3 хүчин зүйл нөлөөлж байна гэж үздэг. [1]

Нэгдүгээрт насны онцлогоос хамаарна.

Бага насны хүүхэд тухайлбал 3 хүртэлх насны хүүхдэд энэ өвчин архагших нь насанд хүрсэн хүүхдийнхээс цөөн, 10-аас дээш насны хүүхдэд элбэг тохиолддог байна. Учир нь 5—6 хүртэлх насны хүүхдийн чөмөг ясны гаверсов суваг болон судаснууд нь өргөн уужим байдагтай холбоотой юм. [8]

Хоёрдугаарт ямар эс үрэвссэнээс болно. Доод мөчний ясны үрэвслийн архагшил бусад ясныхаас 2 дахин их нь доод мөчний ясны цусны урсгал удаан, байнга зогсонги байдалд байдаг, үрэвслийн процесс гүйцэд шимэгддэггүйтэй холбоотой юм.

Гуравдугаарт өвчин эхэлснээс хойш ямар хугацаанд эмчилгээ хийгдсэнээс хамаарна.

1960 онд хурц үрэвсэлтэй 24 өвчтөнд зохих эмчилгээг эхний 3 хоногт нь хийсний үр дүнд зөвхөн 1 өвчтөнд уг өвчин архагшсан байна. Гэтэл өөр 21 өвчтөнд эмчилгээг өвчин эхэлснээс хойш 3 хоногос дээш хугацаа өнгөрсний дараа хийсэн учир 12 хүнд өвчин нь архагшжээ. [8] Бидний ажиглалтаар дээрх 3 төрлийн хүчин шалтгаанаас гадна дөрөв дэх шалтгаан байж болох төлөв байна.

Манай орны нөхцөлд ч гэсэн ясны үрэвсэл архаг хэлбэрт шилжих хувь өндөр, түүний хүнд хэлбэрүүд цөөнгүй байгаа нь бидний практик үйл ажиллагаанд тохиолдож байна. Энэ нь ясны үрэвсэл өвчний хурц архаг хэлбэрүүдийг эмчлэх иж бүрэн аргуудыг эмч бүр харилцан адилгүй хэрэглэж байгаатай холбоотой байж болно.

Бид улсын клиникийн төв эмнэлгийн мэс заслын тасагт 1970—1980 онд эмчилгээ хийлгэсэн ясны үрэвсэлтэй 464 өвчтөний эмчилгээнд судалгаа хийв. Эдгээр өвчтөний 301 (64,6%) нь эрэгтэй, 163 (35,4%) нь эмэгтэй бөгөөд бүх насны хүмүүс (хүүхэд, залуучууд болон настайчууд) энэ өвчнөөр өвчилж байна.

Тэгэхдээ ихэнх тохиолдолд (51,9%) 15—30 насны идэр залуучууд өвчилсөн байна. 83 өвчтөн буюу 18,9%-д нь уг өвчин 6—20 жил, түүнээс дээш хугацаагаар үргэлжлэн олон удаа давтан эмчлүүлсэн байна.

Бидний судалгаагаар 1,7 хувьд нь өвчин үүсэхдээ 2—3 ясыг гэмтээж үрэвсүүлсэн байлаа. Удаан хугацаагаар өвчин үргэлжилж, олон дахин дахилт өгснөөс бүх тохиолдлын 0,2 хувь нь архаг үрэвслээс ясны хорт хавдарт шилжсэн байна. Өвчний эхний үед онош сройтож тавигдан, хийсэн эмчилгээ иж бүрэн биш, эмчилгээнд оройтон ирж байсан зэрэг нь өвчний архагшиж, чөмөгт ясыг улам их хэмжээгээр гэмтээх үндсийг бүрдүүлсэн байв. Архаг үрэвслийн эмчилгээ нь иж бүрэн байх ёстой бөгөөд үндсэн арга нь мэс заслын эмчилгээ юм.

Эмчилгээ хийлгэсэн 464 өвчтөнөөс 237 (51,07%)-д мэс заслын эмчилгээ хийсний 84-д нь зөвхөн үндсэн яс авах хагалгаа хийж түүний 18-д нь буюу 21,4 хувьд нь өвчин дахисан байв. Харин үндсэн ясыг авч, ясны хөндийг булчингаар нөхөх мэс засал хийлгэсэн 54 өвчтөнөөс 1 хүнд буюу 1,8 хувьд нь өвчин дахисан байна.

Доод мөчний үрэвсэлтэй 23 өвчтөнд хэвлийн доод артерийг сэтгэж, дээд мөчний үрэвсэлтэй 3 өвчтөнд цээжний гадна хажуугийн артерийг сэтгэн удаан хугацаагаар антибиотик эмийг тарьж хэрэглэв. Түүнээс гадна ясны үрэвсэлтэй бараг бүх өвчтөнд стафилококкийн эсрэг дархлал үүсгэх эмчилгээг стафилококкийн анатоксин, дархалсан сийвэн хэрэглэж хийв. Өвчин нь их хүндэрч чөмөг ясыг ний-

Тэд нь гэмтээснээс гадна удаан хугацаагаар өвчлүүлж, архагсепсис, амилоидоз үүсгэсэн 6 өгчтөнд үе мөчийг тайрах мэс засал хийсэн нь бүх тохиолдлын 1,2 хувийг эзэлж байна.

Бидний эдгээр судалгааны дүнгээс үзэхэд ясны архаг үрэвсэлтэй өвчтөнд мэс заслын хавсарсан эмчилгээ хийх нь сайн үр дүн өгч байна. Тухайлбал хагалгаагаар үйрсэн ясыг авахын зэрэгцээ түүний хөндийг сайтар цэвэрлэх, уул хөндийг булчингаар таглах, хагалгаанаас хойш уул мөчний артерт гуурс тавин удаан хугацаагаар антибиотик хийх аргуудыг нэгтгэн хийж байна.

Хагалгааны үед үйрсэн ясыг авсны дараа эмгэг өөрчлөлт бүхий ясны бүх хэсгийг бүрэн цэвэрлэхийн тулд хагалгааны өмнө фистулографийн шинжилгээ хийх, ясны зургийг өсгөж авах, идээт цоорхойгоор метиленин хөхийг шахах зэргийг бид их чухалчилдаг.

К ВОПРОСУ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕМАТОГЕННОГО ОСТЕОМИЕЛИТА

Б. Гош, Ч. Пунцаг

Из всех обследованных больных по поводу хронического гематогенного остеомиелита женщин было 163 (35,4%) и мужчин — 301 (64,6%) человек. Хроническим гематогенным остеомиелитом в основном страдают люди довольно молодого возраста, от 15 до 30 лет (51,9%). У 83 больных данное заболевание продолжалось в течение 6—20 лет и более, с частыми рецидивами. По нашим данным в 1,7% случаев заболевание началось с одновременным поражением 2—3 костей организма. В результате длительного заболевания и частого рецидива у одного больного на фоне хронического воспалительного процесса развилась малигнизация костной ткани в злокачественную. Самым эффективным методом лечения данного заболевания является оперативный метод с последующей мышечной пластикой костной полости и комбинацией антибактериальной терапии, сделанной внутриа-риальной длительным введением антибиотиков через специальные катетры в артерии. После такого метода лечения рецидивы занимают 1,8%. Рецидив данного заболевания после операции секвестр-эктомии без ликвидации костной полости занимает 21,4%.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. Гринев М. В. "Некоторые вопросы хирургического лечения хронического остеомиелита" ж. Вестник хирургии, 1966 г. № 12, стр. 67.
2. Шиш В. Ф. "О диагностике и лечении хронического гематогенного остеомиелита у детей". ж. Вестник хирургии, 1973 г. № 1, стр. 135.
3. Шылов В. Н. "Классификация и лечение хронического гематогенного остеомиелита у детей". ж. Вестник хирургии, № 9, 1973 г. стр. 122.
4. Капорский И. Д., Недвецкая Л. М. и другие. "Использование иммунологических методов при лечении хронического остеомиелита". ж. Хирургия, 1978 г. № 5, стр. 48.
5. Мазурик М. Ф. "Лечение хронического остеомиелита" ж. Хирургия, 1978 г. № 5, стр. 53.
6. Султанбаев Т. Ж. "Острый гематогенный остеомиелит у детей", Алма-Ата, 1979 г.
7. Коновов В. С. "Гематогенный остеомиелит у детей" М. 1974 г.
8. Штефко В. Г. "Возрастная остеология". М. 1947 г.
9. Султанбаев Т. Ж., Ормантаев К. С. "Внутрикостные промывания при остеомиелите у детей". "Медицина", 1979 г.
10. Гринев М. В., Петров В. И. "Малигнизация язв и остеомиелитических свищей". ж. Вестник хирургии, 1968 г. № 1, стр. 142.
11. Гринев М. В. "Общий амилоидоз у больных остеомиелитом" ж. Вестник хирургии, 1968 г. № 8, стр. 77.

АЛТАЙН ХОЙЛГИЙН БУЛЧИНГИЙН ЭДЭД АГУУЛАГДАХ МАКРО БА МИКРОЭЛЕМЕНТИЙН УЛИРЛЫН ХӨДЛӨЛ ЗҮЙ

АНАГААХ УХААНЫ ХҮРЭЭЛЭН

Гэрийн тэжээвэр аливаа амьтны бие махбодод агуулагдах эрдэс бодисын хэмжээ уул амьтны төрөл зүйл, насны онцлог, идэш тэжээлийн байдал, нядлагдсан цаг улирлаас хамааран шалтгаалдгийг хэвлэлд тэмдэглэжээ [1, 2]. Гэвч зэрлэг шувуунд энэ чиглэлээр шинжилгээ судалгаа хийсэн тухай мэдээлсэн гадаад дотоодын хэвлэлийн мэдээ баримт бидэнд тааралдсангүй.

Ялангуяа алтайн хойлгийн булчингийн эдэд агуулагдах макро ба микро элементийн улирлын хөдлөл зүй огтхон ч судлагдаагүй байгаа нь энэ зүйл шувууны махны биологийн шимт чанарыг бүрэн гүйцэд үнэлэх явдлыг хангалтгүй болгож байна. Иймээс бид алтайн хойлгийн булчингийн эдэд агуулагдах натри, кали, фосфор, төмөр, зэс, цайр, манган, кобальтын агуулга хэмжээ уг шувууг агнасан цаг улирлаас хэрхэн хамаардгийг тогтоох зорилгоор энэхүү шинжилгээг хийлээ.

ШИНЖИЛГЭЭНИЙ МАТЕРИАЛ БА АРГА ЗҮЙ. БНМАУ-ын Сайд нарын Зөвлөлийн тусгай зөвшөөрлийн дагуу Монгол Алтайн нурууны салбар уулсаас нийт 33 хойлог (намар ба өвлийн улиралд тус бүр 10, хавар-зуны цагаар 18) шувууг 1975—1979 онд агнаж, тэдгээрийн булчин-махнаас 182 дээжийг сонгон авав.

Шинжилгээний дээжийг биологийн зүйлст микроэлемент тодорхойлох (3) аргачлалын дагуу (105°C) хатааж, (450°C) шатааж үнсжүүлэн бэлтгэлээ. Харин натри ба калийг дөлөн фотометрийн аргаар „Карл—Цейс—Иена“ аппаратад хэмжиж, фосфор, төмөр, манган, кобальтыг фотометрийн аргаар (3) задлан шинжилж „Спекол“ аппаратаар экстинкцийг шинжилсэн ба зэс, цайрыг колориметрийн аргаар (4) тус тус тодорхойлсон юм.

ШИНЖИЛГЭЭНИЙ ДҮН. Хавар, зуны цагаар ба намар, өвлийн улиралд агнасан алтайн хойлгийн булчингийн эдэд тодорхойлогдсон макро ба микро элементийн агуулга хэмжээг статистикийн аргаар боловсруулан хатаасан дээжний нэг килограммд агуулагдах миллиграммаар илэрхийлж гарган хүснэгт 1-д үзүүлэв.

Хүснэгтээс харахад алтайн хойлгийн булчингийн эдэд агуулагдах макро, микро элемент хавар, зун, намар, өвлийн улиралд хоорондоо харилцан адилгүй хэмжээтэй байдаг нь илэрлээ. Үүнд: кали, натри, фосфор ба төмөр зэрэг макроэлементийн агуулагдах хэмжээ эдгээр улиралд (14,3—971,5 мг/кг хүртэл), их хэлбэлзэлтэй, манган, кобальт, зэс, цайр мэтийн микроэлементийн агуулга нь харьцангуй бага (0,4—7,4 мг/кг) хэлбэлзэлтэй тус тус тодорхойлогдож байна. Харин хойлгийн булчингийн эдэд орших эрдэс бодисын их ба бага агуулга нь хавар зун, хавар ба өвлийн улирлын аль аль дээжид илэрч харагдав.

Янз бүрийн цаг улиралд нядлагдсан хойлгийн булчингийн эдэд агуулагдах химийн элементийн хэмжээ ийнхүү харьцангуй ижил бус

Алтайн хойлгийн булчингийн эдэд агуулагдах
макро ба микроэлементийн улирлын хөдлөл зүй
(мг/кг)

Химийн элемент	Хавар-зун	Намар	Өвөл
Кали	4974,6±950,1	4003,1±147,4	3988,8±548,4
Натри	1890,5±285,5	2354,9±200,2	2819,4±115,0
Фосфор	3212,7±213,8	3509,5±233,2	3745,4±826,3
Төмөр	286,0±24,1	196,1±19,8	80,3±11,1
Зэс	28,5±4,6	36,9±4,8	32,7±4,7
Цайр	26,1±0,2	23,6±0,9	25,0±1,1
Манган	7,1±2,9	11,0±0,2	5,7±0,9
Кобальт	1,7±0,1	2,1±0,4	1,7±0,2

агуулгатай байгаа нь түүний амьдралд нөлөөлөх байгаль-цаг уурын нөхцөл онцлог, амьдрах орчныг нь тухайн үеийн байдал, ялангуяа идэш тэжээлийнх нь хэмжээ, найрлага, бүрэлдэхүүн, шим чанартай холбоотой нь ойлгомжтой.

Амьд бие махбод бол өөрийн үйл ажиллагаанд зайлшгүй шаардлагатай химийн элементийг хүрээлэн буй орчноосоо авдаг (7) тул нэг талаас амьд бие махбод, нөгөө талаас орчны хөрс, ус, агаарын хооронд эрдэс бодисын харилцан солилцоо явагддаг (5—7). Юуны өмнө уг шувууны тэжээлийн ургамал ургах биогехимийн ландшафт эрдэс бодисын солилцоонд гол үйлчлэл нөлөө үзүүлдэг. Бидний урьд (8) тогтоосноор алтайн хойлгийн бие махбодод орох химийн элементийн дамжлага нь хөрс-ус-агаар-хойлгийн тэжээлийн ургамал-бие махбод гэсэн биогехимийн гинжин холбоосоор явагддаг. Иймээс ургамлаар дагнан хооллодог хойлгийн булчин-махнаа янз бүрийн цаг улиралд агуулагдах эрдэс бодисын хэмжээнд түүний тэжээлийн элдэв зүйл ургамлын тухайн үеийн тодорхой найрлага чанар гол үүрэг гүйцэтгэнэ.

Хойлог нь цаг улирлын онцлогийн дагуу ургамлын төрөл бүрийн бие хэсгийг идэш тэжээлдээ ашигладаг бөгөөд хавар, зуны цагаар ургамлын ногоон хэсэг тэжээлд нь зонхилон шүүсэрхэг нялх найлзуур, нахиа, навч, цэцэг, шинэ үр, ишээр хооллодог бол намар, өвөлдөө мөнхүү зундаа иддэг олонхи зүйл ургамлын хатсан үр, буурцаг, навч, үндэслэг иш, булцуу, үндсээр голчлон хооллож амьдарна. (9, 10). Ингэж хойлог нь жилийн янз бүрийн цаг улиралд ургамлын төрөл бүрийн хэсгийг, ургамлын хөгжлийнх нь тодорхой ба хоорондоо ялгаатай үе шатанд нь, өөр өөр найрлагатай үед нь идэхдээ химийн эрдэс элементийг харилцан адилгүй хэмжээтэй шимж авахад хүрэх бөгөөд улмаар өөрийн амьдрах үйл ажиллагаа, биохимийн болон физиологийн процессын цаг улирлын онцлотойгоо тохируулж бие махбод, эд эрхтэндээ тэдгээр элементийг хуваарилан тараах нь лавтай.

Хойлгийн булчингийн эдэд агуулагдах макро ба микроэлементийн улирлын хөдлөл зүйг ерөнхийд нь авч үзвэл, кали ба төмрийн агуулга хавар, зуны (4974,6±950,1 мг/кг ба 286,0±24,1 мг/кг) үеийнхээсээ өвлийн улиралд (3988,8±548,4 мг/кг ба 80,3±11,1 мг/кг хүртэл) багасах. фосфор ба натри харин эсрэг буюу дулааны цаг (3212,7±213,8

мг/кг, $1890,5 \pm 285,5$ мг/кг) үеийнхээсээ хүйтний эрч чангарах улиралд ($3745,4 \pm 826,3$ мг/кг ба $2819,4 \pm 115,0$ мг/кг болтлоо) ихсэх хандлагатай байна.

Эдгээр өөрчлөлт хувиралт нь нэг талаар янз бүрийн цаг улиралд нядлагдсан хойлог шувуу ба түүний булчин-махны өсөлт хөгжилт, физик-химийн шинж байдал, бие махбодод нь явагдах биохимийн урвал, бодисын солилцооны өөр өөр үе шатанд байсантай, нөгөө талаар хойлгийн тэжээлийн ургамлын найрлагад орох химийн элемент тус бүрийн нөөц хэмжээ, үүрэг, ач холбогдолтой уялдаатай юм. Тухайлбал, хавар, зуны цагаар, эл шувууны үүрлэж өндөглөх ба үр төл нь үржиж хөгжих ид үеэр фосфор нь өндөгний хальсны найрлагад орох ба залуу шувууны ясанд хуримтлагдах тул булчингийн эдэд багаар илрэх боломжтой юм.

Гэтэл намар өвлийн улиралд хойлог фосфороор эрс баялаг үр буурцаг (11) тэжээлдээ давамгай хэрэглэдэгтэй шууд зохилдон булчин маханд нь энэ элемент ихээр тодорхойлогдож байна.

Үүний нэг адил, хойлгийн булчингийн эдэд агуулагдах төмрийн хэмжээ уул шувууны тэжээлийн ургамлын өсөлт хөгжилтийн физиологийн үе шаттай уялдаатай байж болох талтай. Ургамлын газар дээрх ногоон хэсэг-навч, найлзуур, нахиа ба буурцагт ургамал, үрийн хальсанд төмөр маш элбэг (11) байх тул хавар, зуны ба намрын улиралд ургамлын тэдгээр бие хэсгийг идэш тэжээлдээ өргөн хэрэглэх боломжтой хойлгийн булчингийн эдэд өвлийнхөөс илүү их хэмжээний төмөр илрэв.

Кали ба натри нь бие биеийн эсрэг үйлчлэл олонтоо үзүүлдэг элементүүд учир кали булчингийн эдэд ихээр илэрч байгаа үед натри бага, аль эсвэл эсрэг байна. Кали нь ногоон мөхлөгөөр баялаг, ургамлын сийвэнлэг залуу эс эдэд 50 хувь хүртэл маш өндөр хэмжээтэй агуулагддаг (5, 11) төдийгүй бусад эрдэс элементүүдээс илүү их хэмжээтэйгээр амьтанд хэрэглэгддэг байхад натри нь ургамлын гаралтай тэжээлд харьцангуй бага нөөцлөгдөнө (11) Иймээс гагцхүү ургамлаар дагнан хооллодог хойлгийн булчинд кали бусад элементээс давамгай их илэрсэн ба энэ нь уг элементийн голлон нөөцлөгдөх эд эрхтэн нь булчин байдагтай ч бас холбоотой юм. Калийн хэмжээ хойлгийн тэжээлийн хувийн жинд ургамлын газар дээрх хатаж гандсан бие хэсгийн эзлэх жин харьцангуй багасч үндэслэг иш, үндэс, булцуу давамгайлах өвлийн улиралд буурч байна.

Харин микро элемент зэс, манган, кобальт нь үет ургамал, үр тариа, буурцагт баялаг агуулагдах (5, 7, 11) тул хойлог эдгээр төрлийн тэжээлийг ид хэрэглэж тарга хүч авах намрын улиралд түүний булчинд их хэмжээтэй (Си— $36,9 \pm 4,8$ мг/кг, М— $11,0 \pm 0,2$ мг/кг, Со— $2,1 \pm 0,4$ мг/кг) болж байна. Ялангуяа хатсан үр нь зэсээр баялаг. Гэвч өвлийн улиралд хойлгийн тэжээл харьцангуй өөрчлөгдөн хатсан үр буурцаг хомсдож сонгинын ба бусад төрлийн ургамлын булцуу, үндэслэг иш, үндэс тэжээлд нь ахиж ирэхэд эдгээр элементийн хэмжээ буурах тал харагдлаа. Тэжээлийн ургамалд цайр ямагт хангалттай (ургамлын үр хөврөлд бүр их) хэмжээгээр байдаг (11) боловч түүний агуулга бас улирлын хэлбэлзэлтэй байна.

Шинжилгээний дүн баримттай уялдуулан тэмдэглэхэд, аливаа зэрлэг амьтан шувуу нь гадаад орчиндоо төрдгийн зэрэгцээ, гадаад орчин нь амьтны цагшид амьдрах, өсөх, хөгжих амин гол нөхцөлийг хангадаг билээ. Амьд бие махбод ийнхүү гадаад орчинтойгоо салшгүй нэгдэл нягтралтай, түүнээсээ салангид амьдрах аргагүй учир гадаад орчных нь нөхцөлөөс бие махбодыг тусгаарлан авч үзэх аргагүй юм. Амьд бие махбодын өсөх, хөгжих, амьдрах анхны нөхцөл нь идэш тэжээл, ус, таарч тохирсон температур, хүчилтөрөгч гэх мэт байх ёстой. [6, 12]

Гэтэл аливаа нэг амьтны амьдрах гадаад орчин, амьтны амьдралд зайлшгүй чухал шаардлагатай нөхцөл, хүчин зүйлс нь хувирамтгай бөгөөд үргэлж өөрчлөгдөж байдаг. [13] Иймээс амьд биеийг төрүүлж өсгөсөн, түүний амьдрах нөхцөлийг хангадаг гадаад орчны өөрчлөлт болсход амьд бие махбод өөрөө бас дагаж өөрчлөгдөнө [6,13] Тэгээд бие махбод амьдралынхаа харьцангуй шинэ нөхцөлд дасан зохицох шаардлагатай болж, өөрчлөгдсөн энэ шинэ нөхцөлдөө тохирсон бодисын солилцоо явуулна. Бодисын шинэ солилцоо нь бие махбод „өөрийгөө шинэтгэх“ процесст хүргэнэ.

Араг ясны булчингийн идэвхтэй үйл ажиллагаа нь өвөрмөц бодисын солилцооны үр дүнд явагдах ба тэр нь „өөрийгөө шинэтгэх“ процессын үндсийг тавих бодисын нийт солилцоотой зэрэг явагдана. [6] Булчингийн эдийн химийн бүрэлдхүүн хэсгийн найрлагын „шинэчлэлт“ булчин махбод тайван байх үед ч, үйл ажиллагаагаа гүйцэтгэн явуулж байгаа үед ч явагддаг.

Үүнээс үзвэл онгон байгальд хатуу ширүүн нөхцөлийн дунд амьдрах хойлгийн бие махбод гадаад орчныхоо буюу тухайн тохиолдолд цаг улирлын хувирал өөрчлөлттэй нөхцөлд дасан зохицохын сацуу „өөрөө шинэчлэгдэн хувирч“ байх үндэслэлтэй. Харьцангуй утгаар арбал, хавар, зуны тааламжтай цаг өнгөрч намар, өвлийн улирал эхлэхэд хойлгийн амьдрах нөхцөл (хоол тэжээл хомсдон найрлагас, чанар нь өөрчлөгдөх, хүйтэн сэрүүн хахир цаг болох гэх мэт), мөн өөрнийх нь өсөлт хөгжилт (энэ шувуу маш хурдан өсөлттэй гэдгийг тооцвол амьдын жин нь эрс нэмэгдэх, тарга хүч авах, нас бие гүйцэх зэрэг) өөрчлөгдөнө.

Бидний хийсэн шинжилгээний дүн нь хойлог шувуу өөрийн амьдралын үйл ажиллагааг жилийн янз бүрийн улиралд тохирсон төвшинд (эрдэс бодисын солилцоог) явуулдгийг харуулсан нэгэн баримт боллоо. Түүнчилэн хойлгийн булчин-маханд янз бүрийн цаг улиралд харилцан адилгүй хэмжээтэй макро-ба микроэлемент тодорхойлогдож байгаа нь энэ шувуу жилийн цаг улирлын хэмд сайтар тохирсон дасан зохицох чанартай болохыг давхар гэрчилж байна. Мөн уг шинжилгээ агнуурын шувууны бие махбодын химийн найрлага харьцангуй хувьсалтай, түүнд „өөрийгөө шинэтгэх“ процесс явагддаг ба бодисын солилцооны улирлын харьцангуй хөдлөл зүйтэй байдгийг харуулснаараа эмнэлэг-биологийн судалгааны ач холбогдолтой юм.

Цаашид хойлог болон агнуурын бусад шувууны махыг хүнс тэжээлийн ба сувилгааны зорилгоор ашиглахдаа тэдгээрийн эрдэс бодисын найрлага төдийгүй аминхүчил, витамин зэрэг бусад биологийн идэвхт бодисын улирлын хөдлөл зүйг уул шувууг агнах цаг улирлаар харгалзан үзэж байх нь зүйтэй юм.

ДҮГНЭЛТ. Алтайн хойлгийн булчингийн эдэд (маханд) агуулагдах макро ба микроэлементийн агуулга улирлын хөдлөл зүйтэй байдаг нь нотлогдлоо. Энэ нь уул шувууны идэш тэжээлийн ургамлын бие хэсэг, эрдэс бодисын нөөцтэй холбоотой болно. Хойлгийн махыг сувилгаанд ашиглах болбол түүний эрдэс бодисын найрлага, эл шувууг агнах цаг улирлаас хамаарах талтайг харгалзан үзвэл зохино.

СЕЗОННАЯ ДИНАМИКА СОДЕРЖАНИЯ МАКРО—И МИКРОЭЛЕМЕНТОВ В МЫШЕЧНОЙ ТКАНИ АЛТАЙСКОГО УЛАРА

Г. Зориг

Изучена сезонная динамика содержания макро-и микроэлементов в мышечной ткани алтайского улара-широко известной птицы и одного из ведущих представителей лекарственных животных монголь-

ской народной медицины, апробация и использование которого перспективно в целях коррекции обмена веществ человека.

Определены натрий, калий, фосфор, железо, медь, цинк, марганец и кобальт в сухой массе 182 пробы из мышечной ткани 38 алтайских уларов отстреленных (в том числе, по 10 птиц в осенний и зимний сезон, 18 птиц в весенне-летний период) в 1975—1979 гг. в магистральных хребтах и отрогах монгольского Алтая и представлены результаты их количественного содержания.

Установлено, что количественное содержание вышперечисленных минеральных элементов в мышечной ткани улара имеет свою особенность. Сезонной динамики в связи с поддержанием жизнедеятельности и метаболизма на свойственном виду уровне в разные сезоны года. Минимальная и максимальная концентрация минеральных веществ выявлена как в весенне—летний, так и в осенне-зимний период. Таким образом, необходимо учитывать особенности минерального состава, мяса улара при использовании в диетических целях для коррекции обмена веществ.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. Афонский С. И. Биохимия животных. М. 1930. 511. 514, 517—519, 553.
2. Меньшиков Ф. К. Диетотерапия. М. 1972. 55. 61.
3. Тауцинь Э. Я. Определение микроэлементов в организме животных. в кн: «Определение микроэлементов в биологическом объекте». Рига. 1968.
4. Ринькис Г. Я. Методы ускоренного колориметрического определения микроэлементов в биологическом объекте. Рига. 1963.
5. Власюк П. А., Шкварук Н. М., Сапатый С. Е., Шамотиенко Г. Д. Химические элементы и аминокислоты в жизни растений, животных и человека. Киев 1974 23.
6. Гулуй М. Ф., Ремесло В. Н. О биологическом значении процессов постоянного обновления составных компонентов живых организмов. Киев. 1979. 9, 11.
7. Коломийцева М. Г., Габович Р. Д. Микроэлементы в медицине. М. 1970. 83. 146. 151, 163, 181, 215, 231, 236.
8. Зориг Г., Уртнасан Д., Цэндээ Б. Содержание макро—и микроэлементов в мышечной ткани алтайского улара. Химийн хүрээлэнгийн бүтээл, УБ. 1981. 19.
9. Болд А. Алтайн хойлог. «БНМАУ-ын агнуурын амьтад ба ан хамгаалал» номонд. УБ. 1972. 114.
10. Зориг Г. Алтайн хойлог шувуу, «Хүүхдийн хүмүүжил» сэтгүүл, 1978. 3. 121.
11. Мак—Дональд П., Эдвардс Р., Гринхолдж Дж. Питание животных М. 1970. 102—105. 110—115, 118—121.
12. Селянский В. М. Анатомия и физиология сельскохозяйственной птицы. М. 1972. 231—232, 235, 238—240.
13. Плященко С. И., Сидоров В. Т. Естественная резистентность организма животных. Л. 1979. 66—67.

Ц. ЦЭРЭГМАА, Г. СУХБАТ, Ш. ЖИГЖИДСҮРЭН

БӨӨРНИЙ ДЭЭД БУЛЧИРХАЙН ЭМГЭГИЙН ГАРАЛТАЙ АРТЕРИЙН ДАРАЛТ ИХСЭЛТ

АНАГААХ УХААНЫ ДЭЭД СУРГУУЛЬ

Орчин үед 50 гаруй төрлийн өвчний үед цусны даралт ихсэх шинж тэмдэг дагалдан илэрдэг гэж үзэж байна. (1—4) Тэдгээрийг эмгэг жамынх нь хувьд: 1. Төв мэдрэлийн системийн, 2. Бөөрний, 3. Том судасны 4. Цусны эргэлтийн алдагдлын, 5. Дотоод шүүрлийн булчирхайн эмгэгүүдийн гаралтай цусны даралт ихсэлт гэж 5 том бүлэгт хуваадаг.

Дотоод шүүрлийн булчирхайн эмгэгүүдийн гаралтай шинж тэмдгийн цусны даралт ихсэлтийн дотср бөөрний дээд булчирхайн өвчнүүдийн аденота, гиперплази, хортой хоргүй хавдрууд г. м. (үүсэлтэй шинж тэмдгийн цусны даралт ихсэлт зонхилох хувийг эзэлдэг. ДЭХБ-ын мэдээгээр уг булчирхайн эмгэгийн үүсэлтэй цусны даралт ихсэлт нь нийт шинж тэмдгийн цусны даралт ихсэлтийн 5—6 хувьд тохиолдоно. (1, 2, 6)

Одоогоос хэдхэн жилийн өмнө уг эрхтэний эмгэгийн гаралтай цусны даралт ихсэлтийг ховорхон тохиолдол гэж үзэж байжээ. Энэ нь бөөрний дээд булчирхайн эмгэгүүдийн олонхи нь булчирхайн дааврын өөрчлөлтийн эмнэл зүй илрэхгүйгээр явагддагийн гадна, цусны даралт ихсэлт нь ихэнх тохиолдолд бусад шалтгаанаар үүссэн цусны даралт ихсэлтийн нэгэн адил нийтлэг шинж тэмдгүүдтэй байдаг. Энэ нь эрхтэний анатомийн байрлал бүтэцтэй холбоотой юм.

Бөөрний дээд булчирхайн хавдрын анхны шинж тэмдэг нь цусны даралт ихсэлтээр илэрдэг бөгөөд үүний хүндрэлийн улмаас өвчтөн нас барах нь олонтоо тохиолддог. Харин цөөн тохиолдолд хавдрын хордлогоор нас бардаг. Иймээс бөөрний дээд булчирхайн эмгэгийн гаралтай артерийн даралт ихсэлтийг оношлох нь уг эрхтний эмгэгийг эрт илрүүлэн эмчлэх ач холбогдолтой юм.

Бөөрний дээд булчирхайн эмгэгийн гаралтай даралт ихсэлтийн $\frac{2}{3}$ хувь нь хорт явцтай байдаг.

Иценко-Кушингийн хам шинж, эстрогена, андрогеномын үеийн цусны даралт ихсэлт нь булчирхайн эмгэгийн тодорхой эмнэл зүй дагалдан илэрдэг учраас оношлоход хялбар. Харин олонтоо тохиолддог Коннын хэм шинж, феохромоцитомын үеийн даралт ихсэлт нь оноглоход түвэгтэй.

Бөөрний дээд булчирхайн артерийн даралтын зохицуулалтанд оролцох үйл ажиллагаа нь түүний тархилаг давхаргын хромаффин эдээс ялгаран гардаг (катехоламин, адреналин, норадреналин, дофамин) холтослог давхрын 40 гаруй төрлийн стероид даавруудтай холбоотой юм.

Катехоламин нь хэвийн үед моноаминоксидаза (МАО) ферментийн нөлөөгөөр байнга задарч байдаг учир бие махбодод тогтмол хэмжээ-

тэй байж артерийн даралтыг ихэсгэдэггүй байна. Бөөрний дээд булчирхайн феохромоцитом, феохромобластома, гиперплази зэрэг эмгэгийн үед катехоламин хэт ихээр ялгарч MAO ферментийн үйлчлэл дутагдаж артерийн даралт ихэсдэг байна. Орчин үед катехоламины артерийн даралтыг ихэсгэдэг механизмыг дараахь байдлаар тайлбарлаж байна.

Катехоламин судас нарийсгах замаар артерийн даралтыг ихэсгэдгийг нэрт эрдэмтэн Клорд Бернар анх нээсэн билээ. Сүүлийн 10 жилд катехоламины төрлийн үндсэн бодис тус бүрийн судасны зохицуулалтад оролцох үйлчлэлийг нээлээ. Тухайлбал норадреналин нь адренорецепторт сонгомол үйлчилдэг учир судас нарийсган артерийн даралтыг ихэсгэдэг байхад, харин адреналин β -адренорецепторт үйлчилж судас өргөсгөх их хэмжээгээр ялгарвал α -адренорецепторыг цочроож артерийн даралтыг ихэсгэдэг. (1,2)

Катехоламин нь гипоталамусын судас хөдөлгөх төвийг цочроож сэтгэл хөдлөл үүсэн бүрэлдэх бүтцүүдийг (торлог бэйгууламж, лимбийн систем) хэт сэрэлд оруулж, бөөрний дээд булчирхайн холтослог давхаргын стероид даавруудын ялгаралтыг нэмэгдүүлэх замаар артерийн даралтыг ихэсгэдэг. Нөгөө талаар бөөрний дээд булчирхайн холтослог давхаргын эмгэгүүдийн (анхдагч альдостеронизм-Коннын хам шинж, глюкостерома, альдостерома г. м) үед стероид дааврууд тухайлбал альдостерон их хэмжээгээр ялгарч артерийн даралтыг ихэсгэх бас нэгэн хүчин зүйл болдог. Альдостероны хэт ялгаралт нь бөөрний тахир сувгандраар натри, ус эргэн шимэгдэх процессыг улам идэвхжүүлэх, гипоталамусын осморецепторыг цочроон антидиуретик дааврын ялгаралтыг нэмэгдүүлэх, судасны хананд ус, натри хуралдан, судасны сүвийг нарийсгах зэрэг механизмуудаар артерийн даралтыг ихэсгэдэг. Судасны нарийсалт нь гипоталамусыг цочроож, катехоламины шүүрлийг улам идэвхжүүлэн бие махбодод артерийн даралтыг өндөр түвшинд тогтвортой хадгалагдах эмгэг процесс тасралтгүй үргэлжлэхэд хүргэнэ. Ийнхүү ээдрээт харилцан нөлөөллийн замаар бөөрний дээд булчирхайн эмгэг голомт нь зүрх судас болон бусад эрхтэн системүүдийг гүнзгий хямралд оруулдаг байна.

Бөөрний дээд булчирхайн эмгэгүүдээс олонтоо тохиолддог Коннын хам шинж болж феохромоцитомын үеийн артерийн даралт ихсэлтийн эмнэл зүй, оношлолын асуудлыг авч үзье. Коннын хам шинж, анхдагч альдостеронизм нь 84,5 хувь нь бөөрний дээд булчирхайн аденома, 11,3% гиперплази, 2,1% хавдрын үед тохиолдоно. Уг хам шинжийн үеийн цусны даралт ихсэлт нь толгой өвдөх, зүрх дэлсэх, өвдөх, ядрах, зүрх томрох, нүдний ёроолд гүнзгий өөрчлөлт үүсэх зэрэг түгээмэл шинж тэмдгүүдээс гадна бөөрийг хоёрдогч шалтгаанаар гэмтээж, шээсэнд уураг, дүрст элементүүд гарах, их шээх (ялангуяа шөнийн цагаар) шинжүүд ажиглагдан хожуу үедээ бөөрний үйл ажиллагааны архаг дутагдалд орж ялган оношлоход түвэгтэй болдог. Эдгээрийг ялган оношлох шалгууруудад өвчтөн амархан ядрах, хөдлөхөөс дургүй хүрэх гэх мэт зовиур шаналгаа орно. Зарим тохиолдолд гараа хөдөлгөх, толгойгоо өндийлгөх, ярьж чадахгүй болтлоо тамирдах зэрэг зовиур шаналгаа нь үе үе давтагдах байдлаар илэрдэг онцлогтой.

Өвчний эхний үе шатанд тодорхой бүлэг булчин (гар хөл, хүзүүний) сулран хатингаршиж өвчин даамжрахын хирээр биеийн бүх булчин өвдөх, шөрмөсний рефлекс ихсэх, уруул цорвойх, труссын рефлекс ажиглагдах бөгөөд эцэст бүлэг булчингийн саажилт үүсэх нь олонтоо тохиолдоно. Энэ үед даралт тогтвортой өндөр түвшинд байх ба даралт бууруулах эмчилгээнд үл буурна

Тиазидын бүлгийн эмүүдийг хоногт 100 мг тунгаар хэрэглэхэд даралтын бууралтанд ямар ч нөлөө үзүүлэхгүй, харин булчингийн

сулрал ихсэн өвдөлт нь нэмэгддэгээрээ хоргүй явцтай цусны даралт ихсэх өвчнөөс ялгаатай.

Верошпироныг хоногт 300—400 мг тунгаар 3—4 долоо хоног хэрэглэхэд артерийн даралт амархан буурч хэвдээ орж биеийн ерөнхий байдал дээрдэн эрдсийн хямрал (цусанд кали багадалт) засарч ренин цусанд тодорхойлогдож эхэлнэ. Цус ба шээсэнд альдостерон хэвийн хэмжээнээс эрс ихэснэ.

Венин ялгаралт багассан ихэнх тохиолдолд цусанд ренин тодорхойлогдохгүй. Учир нь альдостерон нь ренинийг ялгаруулан гаргадаг бөөрний юкстагломеруляр аппаратын үйл ажиллагааг дарангуйлдаг. Үүнийг ренин багатай буюу рениний идэвхжилгүй артерийн даралт ихсэлт гэж зарим судлагчид нэрлэдэг. Үүгээрээ бөөрний эмгэгийн гаралтай артерийн даралт ихсэлтээс ялгагдана.

Хоногийн шээсэн дэх натри калийн коэффициентг 1-ээс буурна. Хүчил шүлтийн тэнцвэр шүлтлэг тал руугаа давамгайлж шээсний орчин шүлтлэгжинэ.

Диурезийн эсрэг даавар хэрэглэхэд их шээх нь татрахгүй. Энэ шинж чанараараа бусад дааврын эмгэгээс ялгаатай.

Феохромоцитома нь ихэвчлэн 1 талын бөөрөнд тохиолдоно. Оношийн шалгуурууд нь артерийн даралт ихсэлт нь криз хэлбэрээр явагддаг бөгөөд ($-\frac{2}{3}$) криз нь өөрт мэдэгдэм тодорхой шалтгаангүйгээр цусны даралт хэвийн хэмжээнд буюу яльгүй ихсэхэд илэрдгээрээ онцлог юм. Криз гэнэт эхэлнэ. Эхлээд бие бадайрна, чичирнэ, айдас хүрнэ, толгой өвдөнө (55%), толгой эргэнэ (15%), зүрх дэлсэнэ (38%) даралт 200—250 м. у. б хүртэл ихсэж болно.

Кризийн үед зүрхний хэм алдагдах зүрх, тархинд цус харвах зэрэг ноцтой хүндрэл ховор гардаг.

Криз хэдэн цаг ч үргэлжилж болно. Даралт буурч хэвийн хэмжээнд орсны дараа их хөлөрч, их шээж бие сулардаг.

Хоёр бөөрний орчимд дарахад даралт ихсэж, цус ба шээсэнд катехоламин ихэснэ. Хааяа криз илэрдэг. Мөн 2 гарыг мөстэй хүйтэн усанд дүрсний дараа артерийн даралт ихэсдэг.

Катехоламины задралын эцсийн бүтээгдэхүүнүүд тухайлбал ванилминдалины хүчлийг хоногийн буюу 3 цагийн шээсэнд тодорхойлоход (ялангуяа кризийн дараа) хэвийн хэмжээнээс нэмэгдсэн байдаг.

Гистамины сорил: 0,1—0,5 мл гистаминыг судсанд хийхэд криз өгнө. (Энэ сорилыг артерийн даралт 160—100 м. у. б-с дээш тохиолдолд хийж болохгүй) Тропафенийн сорил: тропafenийг 10—20 мг-г судсанд хийхэд артерийн даралт хэт буурна. Бусад шалтгаанаар үүссэн артерийн даралт ихсэлтэд тропafenин ямар ч нөлөө үзүүлэхгүй.

Сүүлчийн хоёр сорил нь феохромоцитомыг таних онцгой өвөрмөц сорил юм.

Эцсийн оношийг тодруулах бодисын тусламжтайгаар бөөрний зураг авах, тэмдэгт атомын тусламжтайгаар бөөр болон бөөрний дээд булчирхайд бичлэг хийх, ретропневмоперитониум, аотографи, бөөрний дээд булчирхайн томографи зэрэг шинжилгээний тусламжтайгаар тогтооно.

Эмчилгээний үндсэн арга нь мэс заслын эмчилгээ юм. Эрт илрүүлэн оношилж чадвал мэс заслын эмчилгээ 100 хувь үр дүнтэй байдаг. Харин эрхтэн системд гүнзгий өөрчлөлт орсон өвчний хожуу үед мэс заслын эмчилгээ хийх боломжгүй юм.

1. Гогин, Е. Е. Сененко А. Н. Тюрин Е. И., — Артериальные гипертензи А 1978.
2. Кононяченко В. А. Гипертоническая болезнь и симптоматические гипертонии М. 1971
3. Ратнер, Н. А. Болезни почек и гипертонии М. 1965
4. Ратнер, Н. А. Артериальные гипертонии М 1974
5. Герасименко П. П. Кардиология, 1981, №5 109—114
6. Виноградов А. В. Дифференциальный диагноз юнугренних болезней том—1 М., 1980. №5. 63—95

Л. БАЯР

НЯРАЙ БА ХӨХҮҮЛ ХҮҮХДИЙН ТАРХИНЫ ТӨРӨЛХИЙН ГЭМТЭЛ, ТҮҮНИЙ ОНОШИЛГОО, ЭМЧИЛГЭЭ

ЭРДЭНЭТ ХОТЫН НЭГДСЭН БОЛЬНИЦ

Тархины төрөлхийн гэмтлийн улмаас тохиолдох нас баралт их байхаас гадна амьд үлдсэн зарим хүүхэд элий балай ухаантай, унаж татдаг өвчтэй, тахир дутуу хүн болдог учир орчин үед эмч эрдэмтдийн анхаарлыг татаж байгаа чухал асуудлын нэг болж байна. Эрдэмтдийн судалгаагаар тархины төрөлхийн гэмтлийн улмаас нас барах нь бүх нас баралтын 24—54%-ийг эзэлж, мэдрэл болон сэтгэл мэдрэлийн өвчтэй хүүхдүүдийн 55%-ийг тархины төрөлхийн гэмтэлтэй хүүхдүүд эзэлж байна. [1] Улаанбаатар хотын амаржих газруудад бидний хийсэн судалгаагаар (1974—1978) бүх төрсөн 63235 хүүхдээс нярайн элдэв өвчнөөр 1354 хүүхэд амьдралын эхний хоногуудад нас баржээ.

Энэ хугацаанд тархины төрөлхийн гэмтэлтэй 1216 хүүхэд байснаас 414 нь буюу 34% нь нас баржээ. Гэтэл энэ 5 жилд тархины төрөлхийн гэмтэл бүхий хүүхэд, төрсөн бүх хүүхдийн 1,9%-ийг, нярайн өвчлөлөөр амаржих газар нас барсан хүүхдийн 30,6%-ийг эзэлж байна. Үүнээс үзэхэд тархины төрөлхийн гэмтэл манай орны нөхцөлд ч нилээд элбэг тохиолддог ажээ.

Тэрчлэн энэ хугацаанд П. Н. Шастины нэрэмжит клиникийн нэгдсэн 3 дугаар эмнэлгийн мэдрэлийн мэс заслын тасагт тархины төрөлхийн гэмтлийн үлдэц урхаг бүхий 53 хүүхдэд мэс заслын эмчилгээ хийсэн байна.

Тархины төрөлхийн гэмтэл бүхий хүүхдүүдэд эмнэлгийн тусламжийг төрсний дараахь эхний хоногуудад яаралтай үзүүлэх нь цаашид гарах хүндрэлээс урьдчилан сэргийлэх ба энэ эмчилгээ нь тухайн гэмтлийг төгс эмчлэх арга болох юм.

Энэ эмчилгээг аль болохоор эрт хийснээр хүүхдийн цаашдын хувь заяа шийдэгдэнэ. Тархины төрөлхийн гэмтлийн үлдэц урхаг бүхий хүүхдэд хожим үед хийх мэс заслын эмчилгээ нь эхэн үед хийх мэс заслын эмчилгээг бодвол үр дүн нь тийм ч сайн биш байдаг болох нь ажиглагдлаа. Хүүхдийн төрөлхийн гэмтлийг эрт оношлох ба эмчлэх, тархины төрөлхийн гэмтлээс урьдчилан сэргийлэх зэрэг арга хэмжээг боловсруулах, эрүүлийг хамгаалах практикт үйл ажиллагаанд

ЗХУ ба тэргүүний хөгжилтэй бусад орны туршлагыг өргөн хүрээтэй нэвтрүүлэх шаардлагатай болж байна. Тархины төрөлхийн гэмтэл бүхий нярай хүүхдүүдийг төрсний дараахь эхний хоногуудад мэдрэлийн болон хүүхдийн эмчийн хяналтанд ажиглах хэрэгтэй. Хүүхдийг төрсний дараа гавлын дотоод даралт ихсэх шинж тэмдэг болон менингиаль шинж илэрч байгаа эсэх, биеийн ерөнхий байдал бүтэлтийн шинж тэмдэг илэрсэн эсэхийг шалгаж үзэх хэрэгтэй.

Хүүхдийн толгойн хэмжээг тогтмол шалгаж үзнэ. Нярай хүүхдийн толгойн өндрийн хэмжээ биеийн уртын 1/4-тэй тэнцдэг. Төрөх үед толгойн эргэн тойрны хэмжээ 35,3 см, хамгийн бага нь 33,0, хамгийн их нь 37,5 см байна. Төрөх үед толгойн эргэн тойрны хэмжээ нь цээжний хэнхэрцгийн хэмжээнээс 1—2 см илүү байдаг. Хүүхэд 1 нас хүрэхэд хэмжээ нь тэнцэж, хожим нь цээжний эргэн тойрны хэмжээ толгойныхоос илүү том болдог. Эрүүл зөв өсөлттэй ч гэсэн хүүхдийн толгойн хэмжээ дундаж хэмжээнээс мэдэгдэхүйц өөрчлөгдсөн байвал цаашид эмчийн хяналтанд байх шаардлагатай. Учир нь зарим өөрчлөлтийг хэвийн гэж үздэг боловч зарим нь эмгэг шинж төрхтэй болж хувирдаг байна. Зөвхөн толгойн хэмжээг (хэвийн, багассан-микроцефали, томорсон-макро эсвэл гидроцефали) анхаараад зогсохгүй бас хэлбэрийг нь анхаарах нь чухал. Гавал яс ч хоёр талдаа адил бус байх нь төрөлхийн гэмтэл согог юм уу эсвэл ямар нэгэн гэмтлээс, гаж буруу хөгжил, тархины хавдар зэргээс эсвэл хүүхдийг үргэлж нэг талаар нь хэвтүүлж байснаас болдог юм. Нярай хүүхдийн зулайг заавал үзэх хэрэгтэй. Хүүхдийн толгойг тэмтэрч үзэхдээ хоёр гарын эрхий хурууг зулайн хонхорт тавьж их зулайг, долоовор ба дунд хурууг тэтэм болон гол заадас дээр мөн зулай яс дагз ясны завсрын заадсууд дээр тавьж тус тус тэмтэрч үзнэ. Хүүхдийн их зулай 1,2—1,8 настайд, бага зулай 2—3 сартайд битүүрнэ. Тогшилтоос үүссэн дуугаар гидроцефали (тархи усжин томрох) юм уу заадсууд салсан эсэхийг тодорхойлж болно.

Чагнаж үзсэнээр гавлын доторхи судсуудын гажиг (аневризма, артери венийн шууд холбоо зэрэг) эмгэгийг илрүүлж болоо. Хүүхдийн гавлын доторхи хөндийн зайг багасгахад хүргэдэг өвчнүүдийн үед тайван бус байдал, орчиндоо сонирхолгүй болох, огих, гулигуулах, бөөлжих (хоол идсэнтэй холбоогүй) биеийн ерөнхий өсөлт хоцрох гэх мэт шинж тэмдгүүдийг анхаарах хэрэгтэй. Нялх хүүхдэд гавлын доторхи даралт ихэдсний гол шинж тэмдэг нь толгойн хэмжээ хэвийн байдлаас илүүгээр томрох (гидроцефали тархины хатуу хальс доогуур цус хурах, тархины хавдар бий болох зэргээс болж) юм.

Гавлын хэмжээг шалгаж үзэх нь чухал бөгөөд толгойн эргэн тойрны хэмжээгээр түүний хэмжээг тогтоодог. Толгойн эргэн тойрны хэмжээ өөрчлөгдөх нь гавлын доторхи хэвийн буюу эмгэг өөрчлөлтийг оношлох үндэслэл болж өгдөг. Хэрэв толгойн эргэн тойрны хэмжээний өөрчлөлтийг графикаар дүрсэлж үзүүлбэл нярай болон хөхүүл хүүхдийн зөвхөн гавлын доторхи даралт төдийгүй, оношилгоо ба цаашдын хувь тавиланг тодорхойлж болохуйц чухал зураглал гарна. Үүнийг 1 дүгээр хүснэгтээс үзэж болно. Ердийн үед толгойн эргэн тойрны хэмжээний (хамгийн их ба хамгийн бага) хоорондох зөрөө нь 10% байх ба дундаж хэмжээнээс их, бага тал руугаа 5% хэлбэлзэж болно. Хүүхдийн биеийн ерөнхий байдлыг тодорхойлох нэг гол зүйл нь биеийн жингийн нэмэгдэлт юм. (2 дугаар хүснэгт) Бид нэг жишээ авья. Тархины хавдартай 5 сартай хүүхдийн толгойн эргэн тойрны хэмжээ нь нэг сард 5 см нэмэгдэж (43 см байснаас 48 см) мөн хугацаанд биеийн жин нь 200 гр нэмэгдэнэ. Гэтэл энэ хүүхэд тархины хавдаргүй байсан бол түүний биеийн жингийн нэмэгдэл нь наад захын хэмжээгээр 350 гр (5 х 70) байх ёстой. 5 сартай эрүүл хүүхдийн толгойн хэмжээ нь сард биеийн жингийн 70—100 гр тутамд 1—1,5 см

нэмэгдэх ёстой. Ийм харьцаагаар толгойн хэмжээ нэмэгдэх тутам биеийн жин ихсэж сард 350 граммаар нэмэгдэнэ.

Тархины төрөлхийн гэмтэлтэй нярай хүүхдэд нугасны хатгалтыг оношилгоо ба эмчилгээний зорилгоор заавал хийнэ. Нугасны хатгалт нь тархи нугасны шингэнийг авах ердийн арга юм.

Нугасны хатгалтыг бүсэлхийн 4—5 дугаар нурууны сэртэнгийн завсраар хийнэ. Хэрэв нугасны хатгалт хийхэд хүүхэд уйлбал тайвширтал хүлээнэ. Нугасны хатгалтыг хэвтээ байдлаар хийнэ.

Нярай хүүхдийн нугасны шингэний даралт 100—180 мм усны түвшинтэй тэнцүү байна. 1 шоо см шингэн авахад тархины даралт 10—15 мм усны түвшингээр буурна.

Нярай хүүхдийн нугасны хатуу хальсны гаднах зайд венийн судас их байдаг учир нугасны хатгалт хийхэд цус гарч оношилгооны алдаанд хүрэх тохиолдол байдаг.

Нярай хүүхдийн гавлын арын хонхрын эмгэгтэй буюу эсвэл нүдний ёроолд хавагналт үүссэн үед нугасны хатгалт хийж болохгүй. Энэ тохиолдолд тархины хажуугийн ховдлын өмнөд эвэрт их зулайн хэсгээр шууд хатгалт хийнэ. Үүний өмнө толгойн үсийг хусаж, спирт иодоор ариутгаж их зулайн баруун, зүүн талд хатгана. Гол шугамаас 2 см гадагш, титэм заадсаас 2 см урагш Кохерийн цэгт эгц хатгаж 2—3 см гүн явуулахад ховдлын шингэн гарна.

Ховдолд хатгалт хийснээр гавлын доторхи шингэний даралт ямар байгаа, түүний өнгө, ховдлын шингэн, нугасны хатгалт хийж авсан шингэн хоёрын найрлагыг харьцуулан судлах боломжтой.

Хэрэв ховдлоос цусархаг шингэн гарвал ховдлын цус алдалт гэж үзэж ховдолд гуурс үлдээж Арентын системтэй залгана.

Хэрэв нярай хүүхдэд тархины хатуу хальсны гадна болон доогуурхи цус хуралт үүссэн гэж үзвэл сэжигтэй тэр хэсэгт ясны гаднаас шууд хатгаж хурсан цусыг сөрүүлэн авч болно.

Төрөх үед төрөлтөөс шалтгаалж толгойн яс цагш цөмөрсөн, ясан доогуур цус хурсав, эсвэл тархины хатуу хальс дор буюу тархинд цус хуралдсан гэж оношлогдсон үед яаралтай мэс заслын эмчилгээ хийнэ. Нярай ба хөхүүл хүүхдэд тархины хатуу хальсны доогуурхи цус хуралт нь тархины хоёр тал бөмбөлөгт хамтад нь тохиолддог.

Тархинд цус алдалт болж буй үед бүтэлтийн үед илрэх шинж тэмдэг өгдгөөр нь оношилгооны алдаанд хүрэх тохиолдол бий. Энэ шинж тэмдэг илэрсэн үед заавал ховдол болон хатуу хальсны доогуур хатгалт хийж байх шаардлагатайг санах хэрэгтэй.

Мөн тархины хальс доогуур болон тархинд цус хуралдсан байж болох сэжигтэй үед трансиллюминацийн аргаар тархийг гэрэлтүүлэн үзэж болно. Энэ арга нь нярай хүүхдийн төрөл бүрийн эмгэгчйг оношлохд чухал ач холбогдолтой. Энэ аргыг хөдөө орон нутгийн нөхцөлд хэрэглэж болох ердийн арга юм. Мөн ЭХО-энцефалографийн аргаар тархинд байгаа эмгэгийн байрлал, хэмжээг мэдэж болно.

Энэ шинжилгээнүүдийг төрөх тасаг болон хүүхдийн тасгуудад хийж болох бөгөөд оношилгоо эмчилгээний их ач холбогдолтой. Онц тогтсогдсоны дараа мэдрэлийн мэс заслын тасагт шилжүүлэн эмчилнэ. Энд нугасаар тархинд хий шахаж ховдлын замыг шинжлэх, гүрээний болон нурууны артерийн судсаар тодотгогч бодис хийж тархины судасны замыг шинжлэх, ховдолд хий болон тодотгогч бодис хийж шинжлэх, тодотгогч бодисоор нугасны эмгэгийг тодорхойлох, тархины цахилгаан бичлэг гэх мэт аргаар тархины гэмтлийг оношлон, байрлал хэмжээг тодорхойлдог. Тархины гэмтэл бүхий нярай (төрснөөс хойш 3—4 долоо хоногтой) болон хөхүүл (3—4 долоо хоногссойндоо хүртэл) хүүхдүүдэд гэмтлийн дараахь үед илрэх гол шинж нь толгой усжин томрох юм.

Үүнийг мэдэхийн тулд толгойн хэмжээг 7 хоног бүр тогтмол хэмжиж графикаар тэмдэглэж байх хэрэгтэй. Толгойн хэмжээ ердийн өсөлттэй хүүхдийн толгойн хэмжээнээс 2—3 см ихэссэн үед мэдрэлийн мэс заслын эмчид үзүүлж, яаралтай мэс заслын эмчилгээ хийвэл зохино. Энэ үед тархины хажуугийн ховдлын доод эвэрт гуурс оруулж улмаар гуурсыг тархинаас гаргаж хуйхан доогуур явуулж хүүхдүүний хэсэгт *V. facialis* аар дамжуулан *V. jugularis* т оруулж улмаар цааш зүрхэнд гуурсны үзүүрийг оруулдаг мэс засал хийнэ. Энэ хагалгаанд хэрэглэдэг гуурс нь 0,2 см диаметртэй зөвхөн ховдлоос гарсан шингэн нэг зүгт даралтаар урсан зүрхэнд орж байх хавхлагтай гуурс юм. Энэ мэс заслын арга нь орчин үед тархины төрөлхийн гэмтэл болон олдмол гэмтэл бүхий хүүхдийг эмчлэх эмчилгээний цорын ганц арга болж байна. Энэ аргаас өмнө гидроцефалийн үед хийх хагалгааны олон арга байсан боловч үр дүн муутай байв. Одоо үед гидроцефалийн янз бүрийн хэлбэрт ховдлыг хэвлийн хөндийтэй холбох хагалгааг хийж байна. Хагалгааны зорилго нь тархины даралтыг багасгаж, ховдлын илүүдэл шингэнийг цусны судсанд буюу хэвлийн хөндийд оруулах зорилготой бөгөөд физиологийн сайн талтай юм. 1949 оноос энэ хагалгааг хийхдээ хавхлагтай гуурс хэрэглэснээр тархины шингэнийг нэг чигт урсгаж буцаж цус гуурс болон ховдолд орохгүйгээр болгожээ.

1956 оноос эхлэн гуурсыг цааш зүрхний баруун тосгуурт оруулж тавьснаар энэ хатгалгаа амжилтанд хүрч анагаах ухааны практикт нэвтэрч, олонтоо тохиолддог энэ төрлийн өвчтэй хүүхдийг аврах эмчилгээний үнэт арга болжээ.

Хүснэгт 2

Нэг нас хүртэлх хүүхдийн биеийн хөгжилтийн дундаж үзүүлэлт

№	Нас сараар	Жин (кг-аар)	Өндөр (см-ээр)	Толгойн эргэн тойрны хэмжээ		
				хамгийн бага хэмжээ	дундаж хэмжээ	хамгийн их хэмжээ
1	Төрөх үед	3,2—3,4	49—50	33,0	35,3	37,5
2	1 сартай	3,4—3,6	52—53	35,3	37,2	39,7
3	2 сартай	4,2—4,4	56—57	37,0	39,2	41,5
4	3 сартай	4,8—5,1	59—60	38,7	40,4	43,2
5	4 сартай	5,6—6,0	62—63	40,0	41,5	44,2
6	5 сартай	6,3—6,7	63—66	41,0	42,5	45,1
7	6 сартай	6,8—7,3	67—68	42,1	43,4	45,9
8	7 сартай	7,2—7,8	69—70	42,8	44,0	46,6
9	8 сартай	7,6—8,2	70—71	43,3	44,7	47,2
10	9 сартай	8,0—8,6	71—72	43,8	45,3	47,8
11	10 сартай	8,4—9,0	72—73	44,2	45,8	48,2
12	11 сартай	8,8—9,4	73—74	44,7	46,2	48,5
13	12 сартай	9,2—9,8	74—75	44,9	46,6	48,9

ЦУСНЫ ЭРГЭЛТИЙН ЦОЧМОГ ДУТМАГШЛЫН ҮЕИЙН СЭХЭЭН АМЬДРУУЛАХ ЭРЧИМТ ЭМЧИЛГЭЭ

ӨМНӨГОВЬ АЙМГИЙН НЭГДСЭН ЭМНЭЛЭГ

Мэс заслын эмчилгээ хний шаардлагатай олон төрлийн өвчний үед цусны эргэлтийн цочмог дутмагшил тохиолддог. Энэ үед сэхээн амьдруулагч, мэдээ алдуулагч эмчээс маш их анхаарал шаарддаг бөгөөд илрэх үндсэн шинж нь артерийн даралт буурах юм. Гэвч зөвхөн артерийн даралт буурсан шинжээр уг эмгэг бийдлыг ялган оношлох, эрчимтэй эмчилгээ хийхэд учир дутагдалтай.

Артерийн даралт нь 5 хүчин зүйлээр тодорхойлогдоно. Үүнд:

1. Зүрхний ба зүрхний минутын эзэлхүүний хэмжээ
2. Зах хязгаарын эсэргүүцлийн хэмжээ
3. Эргэлдэх цусны эзэлхүүн
4. Том артериудын уян хатан чанар
5. Цусны зуурамтгай чанар эдгээр хүчин зүйлсийн харилцан үйлчлэлээс артерийн даралтын төвшин хамаарна.

Зүрхний ба зүрхний минутын эзэлхүүний багасалтаас зүрхний гаралтай, зах хязгаарын эсэргүүцэл буурснаас судасны гаралтай, эргэх цусны эзэлхүүн буурснаас цус шингэн дутагдсан артерийн даралтын багасалт тус тус үүснэ. Артерийн даралт багасалтын шалтгааныг зөв тодорхойлж, шокоос ялгах нь цаашдын эмчилгээний тактикт чухал ач холбогдолтой юм.

ЗҮРХНИЙ ГАРАЛТАЙ АРТЕРИЙН ДАРАЛТЫН БАГАСАЛТ.

Зүрхний гаралтай артерийн даралт багасалтын (зүрхний дутмагшил, зүрхний багтраа, оношийг доорхи шинжийн үндсэн дээр тогтоож болно. Үүнд:

1. Зүрхний эзэлхүүний багасалт
2. Судасны лугшилтын тоо олшрох
3. Амьсгалын тоо олшрох
4. Гол төлөв агшилтын даралт багассанаас судасны лугшилтын даралт буурах
5. Зах хязгаарын эсэргүүцэл ихсэх
6. Венийн даралт ихсэх
7. Арьс салстын өнгө хөхрөх
8. Шээс ховордох
9. Мөчнүүд хөрөх зэрэг юм.

Зүрхний гаралтай артерийн даралт багасалтын анхдагч, нилээд дэлгэрэнгүй шинж нь зүрхний хаялт багасах явдал юм. Энэ нь зүрхний булчингийн сулралтаар тайлбарлагдана. Судасны лугшилтын тоо нэгэн зэрэг олширсон байх учир зүрхний минутын эзэлхүүн хэвээр байна. Зүрхний хаялт багассанаас зах хязгаарын цусны эргэлтийн хямрал үүснэ. Ингэснээр хүчилтөрөгчийн дутагдал болж зах хязгаарын эсэргүүцэл ихэснэ. Мөн венийн даралт ихсэж цусны бага эргэлтэнд тогтонги нэмэгдэж уушгины агааржилт муудсанаас хүчилтөрөгчийн дутагдал улам нэмэгдэн амьсгал зогсоход хүргэнэ. Энэ үед дорхи эрчимт үйлчилгээг хийнэ.

1. Өвчтөнийг фовлерын байрлалаар байрлуулах
2. Хүчилтөрөгчөөр эмчлэх
3. Венийн судсанд 40%-ийн глюкозыг 0,25—0,5 мл строфантинтай хамт тарих.

4. Венийн судсанд эуфиллин, харин артерийн даралт төдий л буураагүй үед артерийн бага даралтыг бууртал гексони, пентаминыг тарих.

5. Тогтонги, хавангийн үед антибиотикоор эмчлэх.

6. Осмодиуретик эмийг дуслаар тарих зэрэг болно.

СУДАСНЫ ГАРАЛТАЙ АРТЕРИЙН ДАРАЛТ БАГАСАЛТ.

Эфир, фторотан, хлороформын гүнзгий мэдээ алдуулалт, симпатик зангилааны хориг дээгүүр нугасанд хийсэн мэдээ алдуулалт, бөөрний дээд булчирхайн дутагдлын үед судасны гаралтай артерийн даралт багасна.

Жижиг артерууд өргөссөнөөр судасны урсгалын багтаамж ихэснэ. Ингэснээр цусны хэвийн эзэлхүүн, судасны ихэссэн багтаамж хоёрын хооронд зөрүү үүснэ.

Эмнэл зүйн шинж тэмдэг нь доорхи байдлаар илэрнэ. Үүнд:

1. Судасны лугшилт олшрох

2. Агшилтын хаялт ихсэх юм уу багасах

3. Зүрхний минутын эзэлхүүн хэвийн, эсвэл багасах

4. Амьсгал олшрох

5. Судасны лугшилтын даралт нэмэгдэх (диастолын даралт буурах учир)

6. Артерийн даралт буурах

7. Венийн даралт хэвийн, эсвэл буурах

8. Диурез хэвийн, эсвэл бага зэрэг буурах

9. Арьс салстын өнгө цайвар

10. Мөчнүүдийн температур хэвийн зэрэг болно.

Судасны гаралтай артерийн даралт багасах үед хийх эрчимт эмчилгээг доорхи зарчмаар хийнэ.

Даралт бага зэрэг буурсан тохиолдолд наркозыг өнгөц болгох, нугасны сувагт мэдээ алдуулах бодис шахахыг зогсоох, глюкокортикоидын дутагдал илэрвэл түүнийг өгөх зэргээр шалтгааныг арилгах шаардлагатай.

Харин даралт харьцангуй ихээр буурсан үед доорхи эмчилгээнүүдийн аль нэгийг хэрэглэнэ. Үүнд:

1. Венийн судсанд цус, плазм, цус орлох шингэнийг хийснээр цусны эзэлхүүн нэмэгдэж тэр нь судасны нэмэгдсэн багтаамжтай тохирох болно.

2. Глюкоз, рингерийн 200—400 мл уусмалд 1 мл 01%-ийн норадреналин хийж судсанд дуслаар тариад норадреналины үйлчилгээгээр судасны багтаамж багасч цусны хэвийн багтаамжтай тохирно.

3. Артерийн судсанд цус, цус орлох шингэн шахна. Энэ үед цусны эзэлхүүн ихэсч артер ба артериол нь зөвхөн тэр шахсан хэсэгт л нарийсна.

Эмнэлгийн нөхцөлд дээрх аргуудаас нэгдүгээр аргыг хэрэглэх нь илүү тохиромжтой. Артерийн даралтыг тогтмол хянаж байх шаардлага гардаг учир хоёрдугаар арга нь тохиромж муутайгаас гадна венийн судсанд норадреналиныг дуслаар удаан хийхэд тромбофлебит, некроз үүсгэх аюултай байдаг.

ШИНГЭН ДУТАГДЛЫН ГАРАЛТАЙ АРТЕРИЙН ДАРАЛТ БАГАСАЛТ. Энэ хэлбэр нь гол төлөв судасны урсгалаар эргэлдэх шингэний хэмжээ багассанаас мэс заслын болон гэмтлийн үед алдсан цусыг гүйцэд нөхөөгүйгээс үүснэ.

Эмнэл зүйн шинж тэмдэг нь доорхи байдлаар илэрнэ.

1. Судасны лугшилт олшрох

2. Амьсгалын тоо олшрох

3. Зүрхний хаялт багасах

4. Судасны лугшилтын даралт багасах (систолийн даралт буурсны үр дүнд)

5. Төвийн венийн даралт буурах

6. Арьс салст цайрах

7. Шээс багасах эсвэл бүр үгүй болох зэрэг юм.

Шингэн дутагдлын гаралтай артерийн даралт багасалтын үед доорхи эмчилгээг хийнэ.

1. Венийн судсанд ижил группийн цусыг төвийн венийн даралтыг хэвийн болтол юүлэх.

2. Венийн судсанд (цус юүлэхээс өмнө) 10%-ийн 10 мл глюконат кальцын уусмал тарих,

Ампул цус бүрийн дараа дээрх уусмалаас 5 мл-ийг тарина.

Энэ нь цусан дахь кальцын дутагдлыг арилгаж кали, кальцын тэнцвэрийг тохируулна.

3. Хүчил шүлтийн тэнцвэрийг хэвийн болгох зорилгоор бодисын солилцооны ацидозын үед 4%-ийн содын уусмалыг венийн судсанд тарина.

4. Цусан дахь эритроцит, гемоглобин ба гематокритийн хэмжээг ойрын 7 хоногийн турш сайтар хянаж шаардлагатай үед венийн судсаар цус хийх,

5. Венийн судсанд бага молекулын декстран поливинолийг зах хязгаарын цусны эргэлтийг хэвийн болтол тарина.

ЗҮРХ ЗОГСОХ. Цусны эргэлтийн хямралын хамгийн аюултай нь зүрх зогсох юм. Энэ хүндрэлийн гол шалтгаан нь хүчилтөрөгчийн дутагдал, нүүрсхүчлийн хийн хуримтлал, цус алдалтыг нөхөөгүй үе, хордлого, зүрхний булчингийн шигдээс, уушгины артерийн эмболи, шок зэрэг болно.

Зүрхний ажиллагаа зогсох нь зүрх агшилтгүй болох, ховдлын жирвэлзлийн хэлбэрээр илэрнэ. Өөрөөр хэлбэл нь зүрхний булчингийн ажиллагаа хэвээр байгаа боловч ховдлын агшилт гэнэт зогсохыг хэлнэ.

Энэ үед арьс салст цайвар цагаан, амьсгал тасалдангуй чичиргээтэй, хүүхэн хараа өргөссөн байна. Зүрх агшилтгүй болохын өмнө гол төлөв судасны лугшилт олшрох, цөөрөх, хэм алдагдах, артерийн даралт буурах, амьсгалын хэм алдагдаж тоо нь өөрчлөгдөх шинж илрэх бөгөөд хүчилтөрөгч дутагдах, судасны лугшилтын хэм урт хугацаагаар алдагдсаны дараа тохиолдоно.

Зүрхний булчингийн ширхгүүдийн эмх замбараагүй агшилтыг ховдлын жирбэлзэл гэнэ. Энэ нь урт хугацаагаар хүчилтөрөгчөөр дутагдах, цахилгаан гэмтэл зэрэг бусад хямралын үед тохиолдоно. Эдгээр хямралаас урьдчилан сэргийлэхийн тулд доорхи арга хэмжээг авна.

1. Хагалгааны өмнөх шинжилгээг сайтар хийж тохирох бэлтгэлээр хангана.

2. Наркозын үед өвчтөнийг нарийн нягт ажиглана. Артерийн даралт, судасны лугшилт, амьсгал, арьс ба хумсны угны өнгө, хөлс ялгаруулалт, цус алдалт

3. Уушгины агааржилтыг идэвхтэй хийнэ.

4. Эргэлдэх цусны эзэлхүүнийг хэвийн байдалд барина.

Зүрх зогсохыг тухайн үед нь оношлон сэхээн амьдруулах ажиллагааг эрт хийх нь амжилтанд хүрэх гол нөхцөл юм. Тархины цусны эргэлт 4—5 минутаас илүү хугацаагаар тасарвал эд эсэд эргэлтгүй өөрчлөлт явагддаг. Хэрэв энэ хүндрэл наркоз, мэс заслын үед тохиолдвол яаралтай ажилбарыг зогсооно.

Хамгийн анхны хойшлуулшгүй арга хэмжээ бол зүрхэнд шууд биш массаж хийх арга юм.

Мөн уушгины хийн солилцоог сайтар сэргээхийн тулд мөгөөрсөн хоолойд гуурс тавьж уушгинд хиймэл агааржилт хийх хэрэгтэй.

Дээрх арга хэмжээний зэрэгцээ зүрхэнд илрэх цусны дутагдлыг арилгахын тул венийн судсанд цус, цус орлох шингэнийг хийнэ. Хэрэв шууд биш массаж үр дүн өгөхгүй бол 5-р хавирганы завсраар хатгалт хийж зүүн ховдлын хөндийд 10%—3 мл глюконат, лактат, хлорт кальцийн уусмалыг физиологийн уусмалаар 2—3 дахин шингэлж тарьж, дараа нь тэр зүүгээрээ 0,5—1,0 мл адреналин хийнэ.

Д. ДАРИЙМАА

ҮР АЯНДАА ЗУЛБАСАН ЭМЭГТЭЙН ХОНОГИЙН ШЭЭСНИЙ ПРЕГНАНДИОЛЫН ХЭМЖЭЭ

ЭХ НЯЛХСЫГ ХАМГААЛАХ ЭРДЭМ ШИНЖИЛГЭЭНИЙ ХҮРЭЭЛЭН

Үр аяндаа зулбах эмгэг нь эх барихын практикт цөөнгүй тохиолддог бөгөөд эмэгтэйчүүдийн эрүүл мэндэд муугаар нөлөөлөөд зогсохгүй хүн амын нөхөн есөлтийг бууруулдаг юм.

Зарим эрдэмтний судалгаагаар үр аяндаа зулбах нь нийт жирэмсний 10—15% ДЭХБ-ын 1981 оны мэдээгээр 15—25% хүртэл хувийг эзэлж байна.

Энэ эмгэг нь эмэгтэйчүүдийн халдварт ба халдварт бус өвчин, жирэмсний хүндрэл, эх ургийн дархлалын системийн зөрчил, дотоод шүүрлийн булчирхайн өөрчлөлт, удамшлын эмгэг зэрэг олон шалтгаанаас үүсдэг. Эдгээр шалтгаанаас мэдрэл дотоод шүүрлийн тогтолцооны өөрчлөлт зонхилох суурь эзлэх бөгөөд ялангуяа өндгөвчний үйл ажиллагааны дутагдлаас 60—70%, бөөрний дээд булчирхайн гаралтай андроген гормоны ихсэлтээс 30—40% нь үр аяндаа зулбаж байна.

Өндгөвчний үйл ажиллагааг шинжлэхийн тулд прогестроны завсрын бүтээгдэхүүн, прегнандиолыг шээсэнд тодорхойлох аргыг өргөн ашиглаж байна. Ихэнх судлаачид прегнандиолын хэмжээгээр жирэмсний явцыг дүгнэдэг. Прогестроны ялгаралт хэвийн жирэмсний эхний хугацаанд бага зэрэг ихсэж, 18—30 долоо хоногтойгоос эхлэн эрчимтэй нэмэгддэг.

Бид прегнандиолын хэмжээг хоногийн шээсэнд тодорхойлж үр аяндаа зулбах эмгэгийг оношлох, жирэмсий тавиланг урьдчилан тогтоох боломжийг судлах зорилго тавилаа.

СУДАЛГААНЫ АРГА. Хоногийн шээсэнд прегнандиолын хэмжээг Клоперын аргын Савченкогийн хувилбарыг ашиглан нимгэн үет хроматографаар тодорхойлов,

1. Нимгэн үет ялтас бэлтгэх.

20×20 см шил зүсч сайтар угааж хатаагаад тэгшлүүр дээр байрлуулна. 10,5 гр силикагель (Sigma) авч 15 мл нэрсэн усанд хийж хутгаад 0,3 мм зузаантайгаар тэгш шил дээр тарааж, тасалгааны агаарт загсаан, хатаах шүүгээнд 110°-д 1 цаг болгоно.

2. Гидролиз.

Өвчтөний хоногийн 24 цагийн шээсийг цуглуулж, сайтар холиод 50 мл-ийг авч 5 мл өтгөрүүлсэн давсны хүчил, 0,5 мл 10% формалин, 50 мл бензол хийж эргэх хөргөгчтэй усан халаагуурт 10 мин. буцалгасны дараа хөргөнө. Дараа нь салгах юүлүүрт хийж бензолын давх

рагыг ялган авч, үлдсэн усан үе дээр 25 мл бензол хийж хэдэн минут болгоомжтой холиод, усан үеийг асгаж, бензолын үеийг авч, түрүүчийн бензолын үетэй холиод 30 мл идэмхий натрийн уусмалаар 2 удаа, 30 мл нэрсэн усаар хоёр удаа зайлж, усан үеийг асгаж бензолыг үе дээр 5—7 грамм усгүйжүүлсэн сульфат натри хийнэ. Усгүйжүүлсэн бензолоо бөөрөнхий ёроолтой колбонд хийж, усан халагуурт 50°C болгоомжтой халааж, бензол ширгэхэд колбын ёроолд цагаан тундас үлдээнэ.

3. ХРОМАТОГРАФИ.

Гаргаж авсан тундсаа 0,1 мл цэвэрлэсэн хлорформд уусгаж аваад бэлтгэсэн силикагелийн үений нэг ирмэгээс 2 см зайд дусаах ба зэргэлдээ нь 2 см зайтай 30 мкг стандарт дусаана. Энэ ялтсаа дотроо хлорформ, ацетон хоёрыг 8:2 харьцаатайгаар авсан 100 мл уусгагчтай хроматографийн тэвшинд хийж 40 минут буюу уусгагчаас дээш 15—16 см хүртэл хөөмөгц эхлээд тасалгааны агаарт ууршуулж дараа нь 50—60°C-ийн хатаах шүүгээнд уусгагчийн үнэрийг гартал байлгана. Дээрх хроматографийн тэвшинд дахин хийж хатаагаад дараа нь 100 мл % этанолын уусмалтай хроматографийн тэвшинд 40 минут давтан хөөж тасалгааны агаарт уусгагчийг дэгдтэл байлгана.

4. Ялтсаа илрүүлэх.

Хатаасан ялтсаа нэрсэн усаар шүршихэд прегнандиол байгаа хэсэгт хороогүй хуурай цагаан толбо үлдэнэ.

5. Өнгөт урвал

Үүссэн цагаан толбыг хусаж аваад хуруу шилэнд хийж дээрээс нь 3 мл өтгөрүүлсэн хүхрийн хүчил хийхэд 25—30 минутын дараа шаравтар өнгө үүснэ. Үүнийг спектофотометрийн 430 нм долгионы урт дээр цэвэр силикагелийн эсрэг хэмжинэ. Гарсан хариуг доорхи томъёогоор бодно.

$$X = \frac{E_{\text{сорил}}}{E_{\text{стандарт}}} \cdot d \text{ стандарт}$$

E—спектрофотометрийн үзүүлэлт.

d—гель дээр дусаасан стандартын хэмжээ.

СУДАЛГААНЫ ҮР ДҮН. Судалгаанд үр аяндаа зулбасан 100, хэвийн жирэмсэн 50 эмэгтэйчүүдэд шинжилгээ хийж харьцуулан судлав. Судалгаанд хамрагдагсад нь 26—35 насны 4—28 долоо хоногийн хугацаатай жирэмсэн байсан ба шалтгаан нь тодорхой үр аяндаа зулбасан тохиолдлыг оруулсангүй. Үр аяндаа зулбалт ба ажил мэргэжлийн хооронд онц холбогдол ажиглагдсангүй. Судалгаанд хамрагдсан хүмүүсийн өгүүлэмжээс үзэхэд 23%-д нь сарын тэмдгийн мөчлөг, хугацаа, хэмжээнд ямар нэг өөрчлөлт байв.

Мөн эдгээр эмэгтэйчүүдийн 50%-д үүнээс өмнө хэвийн жирэмсэлж төрсний дараа, 38%-д үр аяндаа зулбасны дараа, 9%-д үр хөндүүлсний дараа үр зулбасан байна.

Хүснэгт 1

Хэвийн жирэмсэн эмэгтэйчүүдийн хоногийн шээсний прегнандиолын хэмжээ

Жирэмсний хугацаа	Судлаачид	Прегнандиолын хэмжээ мг. 24 цаг			
		И.С. Ровский	Spengler	Klopper	Бидний судалгаагаар
42 долоо хоног хүртэл		5,8—8,3	8,2—10,7	6,08—10,5	6,21—10,25
12—28 долоо хоног хүртэл		11—26,8	11,4—31,7	11,9—30,6	10,4—29,60

Хүснэгт 1-ээс үзэхэд хэвийн жирэмсэн үед хоногийн шээсээр ялгарах прегнандиолын хэмжээ 12 долоо хоног хүртэл 6,21—10,25 мг 24 цаг, 12—28 долоо хоног хүртэл 10,4—29,60 мг 24 цаг байлаа. Энэ үзүүлэлтийг ЗХУ болон гадаадын судлаачдын судалгаатай харьцуулахад онцын зөрөөгүй байлаа.

Хүснэгт 2

Үр аяндаа зулбасан ба хэвийн жирэмсэн эмэгтэйчүүдийн хоногийн шээсний прегнандиолын хэмжээ

Судалгааны бүлэг	Судалсан хүний тоо	Прегнандиолын хэмжээ (мг. 24 цаг)	P
I бүлэг. Хэвийн жирэмсэн 12 долоо хоног хүртэл 13—18 долоо хоног 18 долоо хоногоос дээш	28 16 6	6,27±1,52 14,02±4,66 23,35±6,25	
II бүлэг. Үр аяндаа зулбасан 12 д/х хүртэл 13—18 долоо хоног 18 д/х дээш	51(24) 32(12) 17(8)	3,14±1,13 6,58±1,25 12,40±3,8	0,05 0,01 0,01

Хүснэгт 2-оос үзэхэд жирэмсний 12 долоо хоног хүртэл хугацаанд үр аяндаа зулбасан 24 эмэгтэйд шээсээр ялгарах прегнандиолын хэмжээ нь $3,14 \pm 1,13$ мг. 24 цаг байв. Энэ нь мөн хугацааны 28 хэвийн жирэмсэн эмэгтэйн шээсэнд тодорхойлсон прегнандиолын дундаж хэмжээтэй харьцуулахад статистикийн үнэн магадтай ($P < 0,05$) бага байв.

Хэвийн жирэмсэн цааш үргэлжлэхэд шээсээр ялгарах прегнандиолын хэмжээ ихсэж 13—18 долоо хоног болоход $14,02 \pm 4,66$ мг 24 цаг, 18 долоо хоногоос дээш болоход $23,35 \pm 6,25$ мг. 24 цаг хүртэл ихсэж байлаа.

Жирэмсний хожуу хугацаанд үр аяндаа зулбасан эмэгтэйчүүдэд прегнандиолын ихсэлт ажиглагдсангүй. 13—18 долоо хоногтой жирэмсний хугацаанд үр аяндаа зулбасан 32 тохиолдлоос 12-т нь шээсээр ялгарах прегнандиолын хэмжээ $6,55 \pm 1,25$ мг 24 цаг, 18 долоо хоногоос дээш хугацаанд үр аяндаа зулбасан 17 хүнээс 8-д прегнандиолын хэмжээ $12,40 \pm 3,8$ мг. 24 цаг тус тодорхойлогдсон нь мөн хугацааны хэвийн жирэмсэн эмэгтэйчүүдтэй харьцуулахад $P < 0,01$ -ээр үнэн магадтай бага байв.

Судалгааны эцэст гормон шинжилгээ хийсний үр дүнд шалтгаан нь тодорхойгүй үр аяндаа зулбасан эмэгтэйчүүдийн 44 хүртэл хувьд прегнандиолын дутагдах эмгэг илэрч байгаа нь харагдлаа.

ДҮГНЭЛТ. Хэвийн жирэмсний үед хоногийн шээсний прегнандиолын хэмжээ байнга ихсэж байхад үр аяндаа зулбасан, зулбаж эхэлж байгаа үед хоногийн шээсний прегнандиолын хэмжээ буурч байна.

ХАЙРСТ ҮЛДИЙГ ТОСОН НУУРЫН УС ШАВРААР ЭМЧИЛЖ БАЙГАА НЬ

АРЬС ӨНГӨНИЙ ЭМГЭГ СУДЛАЛЫН ТӨВ

Хайрст үлд (псориаз) нь арьсны өвчнүүдийн дотор 5,2%-ийг эзэлдэг архаг явцтай, олон удаа дахидаг, гол төлөв залуу насанд тохиолдох арьсны өвчин бөгөөд жам шалтгаан нь одоо болтол бүрэн нотлогдоогүй байна.

Хайрст үлд нь хурцаар эхлэх бөгөөд эхлээд хөл гарт ялангуяа тохой, өвдөгний арьсанд жижиг, улаан өнгийн, бичгийн зүүний толгойн хиртэйгээс тарианы үр шиг хэмжээтэй гүвдрүү гарах ба түргэн хугацаанд мөнгөлөг цайвар хайрсаар хучигдана.

Гүвдрүү нь аажмаар томорч, зарим газраар хоорондоо нийлэхээс гадна тухайн үед зөвхөн өвдөг, тохойн арьсанд байрлаад удаан хугацаанд өөрчлөлтгүй байдаг байна. Цөөнгүй тохиолдолд тууралт нь толгойн үс, хэвлий, ууц нурууны арьсаар тархан байрлаж, дугуй хэлбэртэй болж удах тутмаа нэвчдэс нь ихэсч барьж үзэхэд арьс зузаарсан байна.

Хайрст үлдийн тууралтыг 3 үе шат болгон хуваадаг.

1-рт ХУРЦ-ДАВШИХ ҮЕ. Энэ үед шинээр жижиг, тод улаан өнгийн гүвдрүүнүүд гаран богино хугацаанд бүх арьсаар туурч, захаараа гуужилтгүй байх ба ялимгүй загатнаад маажсан арьсанд буюу тарна хийсэн хэсэгт жижиг гүвдрүү гардаг байна.

2-рт. ЗОГСОНГИ ҮЕ. Энэ үед шинээр жижиг гүвдрүү гардаггүй. Хуучин гарсан гүвдрүү нь цайвар өнгөтэй болж, харин гүвдрүүн дээр 1-р үеийг бодоход нилээд хайрсаар хучигдаж өнгө нь бүдгэрч ирнэ.

3-рт. ЭДГЭРЭХ ҮЕ. Энэ үед туурсан гүвдрүүнүүд нь хайрсгүй болж, аажмаар уусгагдан арилах бөгөөд гэхдээ өвдөг, тохойн арьсанд цайвар өнгийн гүвдрүү үлдэж болно.

Хайрст үлдийн гүвдрүү нь толгойн хуйхны арьсанд байрласан үедээ үсийг гэмтээж унагадаггүй байна.

Өвчлөл нь гол төлөв намар, өвөл буюу хавар зуны улиралд хурцаж дахидаг учир ерлийн ба зуны гэж хоёр хэлбэрээр хувааж үздэг.

Хайрст үлдийн гүвдрүүг хусаж үзэхэд эхлээд хайрс нь тодорч дараа нь үргэлжлүүлэн хусахад хайрсын сүүлийн хэсэг унаж, сүүлдээ жижиг цэг шиг хэлбэрийн цус харвалт илэрдэг бөгөөд энэ нь бусад өвчнөөс ялгагдах гол шинж тэмдэг болдог төдийгүй оношилгоонд чухал ач холбогдолтой юм.

Энэ өвчнийг сайн эмчлэхгүй бол үе мөчийг өвчлүүлж улмаар бүх арьсыг улайлгах хүндрэлтэй болгодог.

ЭМЧИЛГЭЭ. Эмийн бус эмчилгээг амбулаториор голлон, больницын нөхцөлд бол эмийн эмчилгээтэй хавсран хэрэглэж байгаа нь нилээд үр дүнтэй болж байна. Ер нь арьсны архаг өвчтэй хүмүүсийг Тосон нуурын ус, шавраар эмчлэх явдлыг 1960-аад оноос проф. Ч. Долгор, Т. Ядамсүрэн нар анх санаачилж шаврыг зөөвөрлөн больницдоо эмчилгээ хийж, 1977 оноос Эрүүлийг хамгаалах Яамны шийдвэрээр улирлын чанартай арьсны сувиллыг Аварга тосонд байгуулсан билээ.

Эмийн бус эмчилгээнд бид Тосон нуурын ус, шаврыг сүүлийн 4—5 жилд төгс бүрийн арьсны өвчин, ялангуяа хайрст үлдийг эмч-

лэхэд хэрэглэсээр ирэв. Үүнд өдөр бүр нуурт 3—20 минутаар 2—4 удаа орох ба шавраа +37—42°C халааж 15—20 минут уг өвчлөлтэй арьсанд 2—4 удаа тавихад гүвдүүний хайрс нь дундаасаа арилж, өнгө нь улам цайвар болж зарим жижиг гүвдүү арилах, нэвчдэс нимгэрэх зэргээр эдгэрч эхэлдэг бөгөөд цаашид нууртаа 8—12 удаа орж мөн шавраа 6—10 удаа тавихад бүх гарсан гүвдүү ба хөрзөнги нь шимэгдэн сорогдож, хайрс арилан эдгэрдэг байна. Харин хөрзөнги ихтэй бол нилээд удаж 2—3 дахь жилдээ сайжирдаг.

Гэвч гүвдүү нь шимэгдэж, хайрс нь арилан эдгэрэх нь хүн бүрт харилцан адилгүй байдаг байна. Зарим тохиолдолд зөвхөн нуурын содтой усанд 2—3 удаа ороход тууралт арилдаг.

Бид 1977—1981 онд бүгд 600 гаруй өвчтөн эмчилснээс хайрст үлд өвчтэй 300-аад өвчтөнг Тосон нуурын ус шавраар дээр заасан аргаар эмчлэхэд клиникийн эдгэрэлт 76,2—32% болж байгаа нь бусад орныхтой (ЗХУ-ын Алтайн хязгаарын „Большое Яровое“ нуур, ЗСБН Автономит Буриадын „Рашаан“ Болгарын „Сак“ нуур зэрэг) харьцуулахад илүү үр дүнтэй байгаа болно.

Иймд мэргэжлийн эмчийн зөвлөлгөөнөөр арьсны архаг өвчтэй ба ялангуяа хайрст үлд өвчтэй хүмүүсийг энэ нуурын ус, шавраар эмчлэх нь өвчний дахилтыг эрс цөөрүүлж улмаар хөдөлмөрийн чадвар түр алдалтыг багасгах сайн нөлөөтэй байна.

Р. ДАВААСҮРЭН

БӨӨРНИЙ АРХАГ ДУТАГДАЛТАЙ ХҮМҮҮСИЙН ХООЛНЫ ЭМЧИЛГЭЭ

УЛСЫН КЛИНИКИЙН ТӨВ ЭМНЭЛЭГ

Бөөрний дутагдалтай хүний хоолыг цусан дахь шээгийн хэмжээнд тохируулан уураг багатай байхаар бодож тохируулна. Уураг багатай хоол нь цусны үлдэгдэл азот, шээгийн хэмжээг багасгадаг.

Бөөрний архаг дутагдлын үе дэх хоол унд нь дорхи шаардлагыг хангасан байх хэрэгтэй. Үүнд:

1. Уураг багатай, шүвтэн (амин) хүчил ихтэй байх.
2. Нүүрс ус, тослогийн зүйл хангалттай орсон илчлэг нь 2000—2500 кал байх.
3. Ногоо, жимс, жимсний шүүс их орсон байх.
4. Хүний хоол идэх дур сонирхлыг татсан өнгө үзэмжтэй байх.

Бөөрний архаг дутагдлыг үе болгонд тохирсон онцлог чанартай хоолыг хэрэглэх нь зүйтэй. 1 үед хоолны уураг 90—100 гр байх ба 7 хоногт 1—2 өдөрт (нэг өдөрт нэг төрлийн хоолыг дагнах) уураг багатай, илчлэг ихтэй хоол унд идэж уух, артерийн даралт өндөр бол хлорт натрийг 3—4 гр-аар багасгана. Хэрэв ийм хоол унданд сайжрал олохгүй бол уургийг 1 кг биеийн жинд хоногт 1 гр-аар багасгана.

II—А үед уургийг 1 кг биеийн жинд 1 гр-аас хэтрүүлж болохгүй. Ачаалал багатай, илчлэг ихтэй, уураг багатай хоолыг 7 хоногт 2—3 өдөр хэрэглэнэ.

II—Б үед илчлэг ихтэй, уураг багатай хоолыг тогтмол хэрэглэнэ. Ногоо, жимсний зүйл их хэрэглэх нь бие махбодод витамин хуралда-

хад тусалж, эрдсийн солилцоснд өөрчлөлт бага өгнө. Биеийн шингэний тэнцлийг сайн барих нь чухал. Хүн хоногт уусан шингэнийхээ 80—85 доошгүй хувийг шээсээр гаргаж байвал шингэний тэнцлийг барьж байна гэж үзэж болно. Хоногт 1,5—2 литрээс илүү шингэн ууж болохгүй.

Бөөрний архаг дутагдалтай, хавангүй, даралт хэвийн, зүрх судасны ажиллагааны дутагдалгүй, мөн шингэний тэнцлийг барьж байгаа хүн хоногт бөөрний архаг дутагдлын I үед давсыг 4—6 гр, II үед 6—8 гр, III үед 8—10 гр тус тус хэрэглэнэ. Давс нь хоолны амтыг засч, бөөрөөр азотын үлдэгдэл гарахыг ихэсгэдэг тул давсыг хэт хориx нь муу.

Хоолны жорыг 7 хоногоор өдөрт 40 граммаас илүүгүй уурагтай гаргасан байдал

Даваа гариг.

7.00 цаг.

Цай (кофе)	200 гр.
цөцгий	50 гр.
сахар	15 гр.
талх	50 гр.
цөцгийн тос	15 гр.
зөгийн бал	30 гр.

10.00 цаг.

Алим	150 гр.
талх	50 гр.
цөцгийн тос	15 гр.

12.00 цаг

I хоол: Хүүхдийн будаатай шөл.

хүүхдийн будаа	10 гр.
ногоо	20 гр.
цөцгийн тос	5 гр.

II хоол:

чанасан төмс	200 гр.
цөцгийн тос	10 гр.
гахайн мах	50 гр.
төмс	20 гр.
өндөг	10 гр.
сонгино	10 гр.
улаан лооль	80 гр.
ургамлын тос	10 гр.

III хоол:

байцааны салат	50 гр
байцаа	2 гр (бага зэрэг цуу эсвэл
сахар	нимбэг нэмж амтална)

15.00 цаг.

цай	200 гр
сүү	50 гр
сахар	25 гр
талх	50 гр
цөцгийн тос	10 гр

17.00 цаг.

Хайрсан бин	
гурил	60 гр
сүү	70 гр
ус	3 халбага.

өндөг	22 гр
сахар	10 гр
жимс	50 гр
ургамлын тос	15 гр
цай	250 гр
Нэг өдрийн бүх дүн:	
Уураг	40—84 гр.
өөх тос	90,8 гр
чихэр	320,7
илчлэг	2234 кал
натри	918 мг
кали	4134 мг
Мягмар гариг:	
7.00 цаг.	
цай (какао)	200 гр
цөцгий	50 гр
сахар	15 гр
тэлх	50 гр
цөцгийн тос	15 гр
жимсний чанамал	30 гр
10.00 цаг	
жимс	100 гр
талх (исгэсэн гурилан боов)	30 гр
цөцгийн тос	10 гр
12.00 цаг	
I. Хоол:	
Ясны шөл	200 гр
ногоо	20 гр
өндөг	10 гр
сонгино	10 гр
II хоол:	
үхрийн мах	50 гр
цөцгийн тос	10 гр
гурил	2 гр
лууван	100 гр (хачир нь төмс 200 гр, масло 10 гр)
III хоол: Царцаамал.	
Ус	100 гр
цөцгийн тос	10 гр
сахар	15 гр
царцаах бодис	10 гр
жимсний шүүс	10 гр
15.00 цаг	
цай	250 гр
сахар	15 гр
тэлх	50 гр
цөцгийн тос	15 гр
жимсний чанамал	30 гр
17.00 цаг	
Хайрсан төмс:	
төмс	200 гр
цөцгийн тос	10 гр
цөцгий	10 гр
өндөг	40 гр
ургамлын тос	10 гр

дагавар: алим	100 гр
компот	50 гр
сахар	10 гр
Лхагва гариг.	
7.00 цаг.	
цай	200 гр
сахар	15 гр
сүү	50 гр
талх	50 гр
цөцгийн тос	15 гр
жимсний чанамал	30 гр
10.00 цаг.	
жимс	150 гр (эсвэл компот 50 гр)
талх	50 гр
цөцгийн тос	10 гр
сахар	10 гр
12.00 цаг	
I хоол: Ногоотой шөл.	
мах	50 гр
төмс	100 гр
байцаа	50 гр
лууван	25 гр
сонгино	10 гр
цөцгийн тос	15 гр
ус	300 гр
II. хоол: Гоймонтой хуурга.	
гоймон	100 гр
цөцгийн тос	15 гр
сонгино	10 гр
III хоол:	
компот	50 гр
15. 00 цаг.	
цай	200 гр
сахар	10 гр
талх	50 гр
цөцгийн тос	10 гр
17. 00 цаг. Шарсан өндөг	
төмс	100 гр
цөцгийн тос	10 гр
өндөг	50 гр (дагавар нь цай эсвэл компот)
Пүрэв гариг.	
7. 00 цаг.	
цай	200 гр
сүү	50 гр
талх	50 гр
цөцгийн тос	15 гр
жимсний чанамал	30 гр
10. 00 цаг.	
талх	50 гр
цөцгийн тос	15 гр
улаан лооль	50 гр
цай	200 гр
12. 00 цаг. I хоол: Шөл	
Ясны шөл	300 гр
байцаа	50 гр
манжин	25 гр
лууван	25 гр

төмс	100 гр
нимбэгний хүчил	1 гр
цөцгийн тос	15 гр
сахар	5 гр
II хоол: Хуушуур.	
мах	50 гр
гурил	100 гр
сонгино	5 гр
ургамлын тос	
III хоол:	
компот эсвэл бялуу (торт)	200 гр
15. 00 цагт.	
17. 00 цаг.	
Шарсан төмс:	
төмс	200 гр
масло	30 гр
сонгино	5 гр
Баасан гариг.	
7. 00 цаг.	
сүү	200 гр
талх	50 гр
цөцгийн тос	15 гр
сахар	20 гр
10. 00 цаг.	
талх	50 гр
масло	10 гр
жимсний чанамал	30 гр
цай	200 гр
сахар	20 гр
12. 00 цаг.	
I хоол: Гурилтай шөл	
мах	50 гр
гурил	100 гр
төмс	50 гр
сонгино	5 гр
ус	300 гр
II хоол: Пүнтүүзтэй хуурга.	
пүнтүүз	100 гр
байцаа	50 гр
сонгино	5 гр
цөцгийн тос	30 гр
цай	200 гр
печень	50 гр
III хоол:	
компот	
17. 00 цаг.	
Сүүтэй будаа	
сүү	100 гр
цагаан будаа	100 гр
цөцгийн тос	15 гр
Бямба гариг	
7. 00 цаг.	
цай	200 гр
талх	50 гр
цөцгийн тос	15 гр. варень 30 гр.
10. 00 цаг.	
ногоо	200 гр (эсвэл жимсний шүүс)

12. 00 цаг. I хоол:	
Банштай шөл.	
гурил	100 гр
мах	50 гр
байцаа	25 гр
лууван	25 гр
ясны шөл	200 гр
сонгино	10 гр
15. 00 цаг.	
цай	200 гр
бялуу (торг)	50 гр
17. 00 цаг.	
шарсан төмс	
төмс	200 гр
ургамлын тос	30 гр
компот	200 гр (эсвэл цай)
Ням гариг.	
7. 00 цаг.	
сүүтэй цай	
сүү	50 гр
цай	200 гр
талх	50 гр
цөцгийн тос	15 гр
жимсний чанамал	30 гр
10. 00 цаг.	
байцаа буюу өргөст хэм-	
хийн салат.	
12. 00 цаг. Буузтай шөл.	
ясны шөл	200 гр
бууз: мах	50 гр
гурил	100 гр
байцаа	25 гр
лууван	25 гр
сонгино	10 гр
15. 00 цаг.	
Алим	100 гр (эсвэл компот)
17. 00 цаг.	
пүнтүүз	200 гр
цөцгийн тос	30 гр
сонгино	10 гр
байцаа	25 гр
лууван	25 гр
тараг	100 гр

Ашигласан хэвлэл

- | | |
|---|------|
| 1. А. П. Пелешука. Практическая нефрология | 1974 |
| 2. Е. М. Траев. Основы нефрологии I, II том | 1972 |
| 3. Г. Мамодранова Н. Попова. Болезнь почек | 1973 |

ЭМИЙН САНГИЙН ЖОРОНД ТОХИОЛДОЖ БУЙ ЗАРИМ ШИНГЭН ЭМИЙН ХЭЛБЭРТ ХИМИЙН ШИНЖИЛГЭЭ ХИЙХ ТУХАЙ

Анагаах ухааны дээд сургууль

Жилээс жилд эмийн сангийн жоронд фармакологийн өндөр идэвхт хам үйлдэл бүхий шинэ бэлдмэлүүд өргөн нэвтэрч байгаа билээ.

Түүнчлэн сүүлийн жилүүдэд олон найрлага бүхий эмийн хэлбэрийн эмийн сангийн жоронд эзлэх хувийн жин байнга өссөөр байгаа юм. Тэдгээрийн дотор дараахь найрлага бүхий эмийн хэлбэр ихээхэн тохиолдож байна. Үүнд:

Эмийн хэлбэр № 1: Калийн хлорид 0,6
Кальцийн хлорид 0,2
Глюкоза 25,0

Тарилгын ус 500,0 хүртэл
Эмийн хэлбэр № 2: Дикаины уусмал 0,15%—100,0
Новокаин 4,0

Эдгээр эмийн хэлбэрүүдийн чанарын ба тооны тодорхойлолтыг дараахь байдлаар хийж болох юм.

ЭМИЙН ХЭЛБЭР № 1

1. Таних урвал:

а) 4—5 дусал шинжилж буй уусмал дээр 2—3 дусал сулруулсан цууны хүчил, 1—2 дусал 5%-ийн натрийн кобальтинитритийн уусмал хийхэд шар өнгийн талст тундас үүснэ. (калий) [1]

б) 3—4 дусал шинжилж буй уусмал дээр 0,5 мл сулруулсан цууны хүчил, 3—4 дусал 4%-ийн аммонийн оксалатын уусмал хийхэд цагаан тундас үүснэ. (кальций) [1, 2]

в) шинжилж буй уусмалын 2—3 дусал дээр 1—2 дусал азотын хүчил, 2—3 дусал 2%-ийн мөнгөний нитратын уусмал хийхэд аммиакийн уусмалд уусдаг цагаан тундас үүснэ. (хлорид ион) [1, 2]

г) 0,5 мл шинжилж буй уусмал дээр 1—2 мл фелингийн урвалж хийж халаахад улаан өнгийн тундас үүснэ. (глюкоза) [1]

II. Тооны тодорхойлолт:

1. **Кальцийн хлорид:** 10 мл шинжилж буй эмийн хэлбэрээс авч 3 мл аммиакийн буфер хийж 0,01 мол трилон Б-ийн уусмалаар хөх ягаан өнгө үүстэл титрлэнэ (индикатор харавтар-хөх).

1 мл 0,01 мол трилон Б-ийн уусмал 0,00219 г кальцийн хлоридтай тэнцэнэ.

2. **Калийн хлорид:** Шинжилж буй уусмалын 5 мл дээр 2 мл сулруулсан цууны хүчил, 5 мл 0,1 н. мөнгөний нитратын уусмал, 6—8 дусал төмөр аммонийн цэр хийж 0,1 н. аммонийн роданидын уусмалаар сулавтар ягаан өнгө үүстэл титрлэнэ.

1 мл 0,1 н. мөнгөний нитратын уусмал 0,00745 г калийн хлоридтай тэнцүү.

Калийн хлоридын хэмжээг дараахь томъёогоор бодож олно.

$$X = \frac{Y_1 K_1 - Y_2 K_2 - \frac{Y_3 \cdot K_2}{10} \cdot T \cdot P}{a}$$

Үүнд:

X—калийн хлоридын хэмжээ, г

Y_1 —0,1 н. мөнгөний нитратын уусмалын хэмжээ, мл

K_1 —0,1 н. Мөнгөний нитратын уусмалын засварын коэффициент

Y_2 —0,1 н. аммонийн роданидын уусмалын хэмжээ, мл

K_2 —0,1 н. аммонийн роданидын уусмалын засварын коэффициент

Y_3 —0,01 мол трилон Б-ийн уусмалын хэмжээ, мл

K_3 —0,01 мол трилон Б-ийн уусмалын засварын коэффициент

P—шинжилж буй уусмалын ерөнхий хэмжээ, мл

a—шинжлэхээр авсан уусмалын ерөнхий хэмжээ, мл

3. Глюкозын тодорхойлолт:

1 мл шинжилж буй уусмал дээр 8 мл 0,1 н. иодын уусмал, 1 мл 10%-ийн идэмхий натрийн уусмал хийж харанхуй газарт тавсны дараа 2—3 мл сулруулсан давсны хүчил нэмж, ялгаран гарч буй иодыг 0,1 н. натрийн тиосульфатын уусмалаар цардуул индикатор хийж титрлэнэ. Хяналтын туршилт зэрэгцүүлэн хийнэ.

1 мл 0,1 н. иодын уусмал 0,0099 г глюкозтай тэнцэнэ.

ЭМИЙН ХЭЛБЭР № 2

I. Таних урвал:

а) 0,5 мл шинжилж буй эмийн хэлбэр дээр тус бүр 3 дусал сулруулсан цууны хүчил ба 0,1 мол натрийн нитритийн уусмал хийж сэгсэрнэ. Холимгийг 3 мл шинэ бэлтгэсэн В-нафтолын уусмал руу хийхэд цагаан тундас үүснэ. (новокаин) [1, 2]

б) Шинжилж буй эмийн хэлбэрийн 0,5 мл дээр 2—3 дусал 25%-ийн аммонийн роданидын уусмал хийхэд цагаан өнгийн тундас үүснэ. (дикаин) [1, 2]

II. Тооны тодорхойлолт:

Новокаин ба дикаин гидрохлоридуудын нийлбэрээр тодорхойлох:

Шинжилж буй уусмалаас 3 мл авч дээр нь 8—10 дусал калийн хроматын уусмал хийгээд 0,1 н. мөнгөний нитратын уусмалаар улаан шаргал өнгө үүстэл титрлэнэ.

1 мл 0,1 н. мөнгөний нитратын уусмал 0,02738 г новокаин ба дикаин гидрохлоридуудын нийлбэртэй тэнцүү.

Тооцоог дараахь томъёогоор бодож олно:

$$X = \frac{Y \cdot K \cdot T \cdot P}{a}$$

X—новокаин ба дикаин гидрохлоридуудын нийлбэрийн хэмжээ, г

Y—0,1 н. мөнгөний нитратын уусмалын хэмжээ, мл

K—0,1 н. мөнгөний нитратын уусмалын засварын коэффициент

P—шинжилж буй уусмалын ерөнхий хэмжээ, мл

a—шинжлэхээр авсан уусмалын хэмжээ, мл

Эмийн сангийн нөхцөлд энэ аргуудаар дээрх эмийн хэлбэрт чанарын ба тооны шинжилгээ хийх бүрэн бололцоотой юм.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. Государственная фармакопея СССР X издания. М. 1968, 334, 382, 478.
2. М. Н. Бушкова, Г. А. Вайсман и др. Анализ лекарств в условиях аптеки, Киев, 1975, с. с. 145, 167, 245.

ГЯЛТАНГИЙН ГАДУУРХИ КЕСАР ЗҮСЛЭГ ХИЙХ АРГАЧЛАЛ

УЛСЫН НЭГДСЭН ТУСГАЙ ЭМНЭЛЭГ

Хэвлийгээр хийдэг кесар зүслэг нь эх барихын практикт чухал байр эзэлнэ. Гадаадын хэвлэлд бичсэнээр хэвлийн гялтанг нээж хийх кесар зүслэг нь дунджаар 16—17% тохиолдож сүүлийн жилүүдэд нэмэгдэх хандлагатай байна. Кесар зүслэгийн улмаас эхийн эндэгдэл 0,21—3,9%, мөс заслын дараахь хүндрэл 5—42%, нярайн эндэгдэл 1,9—11,8% байна. Эдгээр хүндрэл нь мөс засал оройтох, ураг гэмтэх, төрлөгийн зам халдварлах зэрэг шалтгаанаас үүснэ. Хэвлийн гялтанг нээж хийсэн кесар зүслэгийн дараа антибиотик хэрэглэсээр байхад ч халдвар авч дамжрах тохиолдол цөөнгүй гардаг учир халдвараас хамгаалах арга хэмжээг эртнээс эрэлхийлсэн боловч төдийлөн үр дүнд хүрээгүй байна.

Эрдэмтэд хэвлийн гялтанг нээхгүйгээр гялтангийн гадуурхи кесар зүслэг хийж байсан боловч цус алдах, ураг давсаг гэмтэх зэргээс болж уул мөс заслыг хийхээ больсон байна. Энэ нь тэр үед мөс заслын арга барил техник дутагдалтай байсантай холбоотой байж болох юм гэж бичиж байна.

1972 оноос БНБАУ-д Е. Н. Морозов 1976 оноос ЗХУ-д Е. А. Чернуха нар хэвлийн гялтангийн гадуурхи кесар зүслэгийг умайн доод хэсгээр амжилттай хийж байна.

Манай улсад 1980 оны сүүлчээс эхлэн энэхүү мөс заслыг Улаанбаатар хотын 3-р амаржих газар амжилттай хийж байгаа нь эх барихын практикт чухал ач холбогдолтой юм.

Гялтангийн гадуурхи кесар зүслэг гэдэг нь хэвлийн гялтан хальсыг цоолохгүйгээр ураг авах мөс заслыг хэлнэ. Уул мөс заслыг ургийг төрөх замаар гаргах боломжгүй үед төрсний дараа аливаа халдвар цагш дамжихааргүй нөхцөлд хийнэ.

Хэвлийн гялтангийн гадуурхи кесар зүслэгийг хэвлийн гялтанг нээж хийх кесар зүслэгийн нэгэн адил ерөнхий заалт нөхцөлийг харгалзан хийнэ. Харин умайн урагдсан, ихэс түрүүлсэн, ихэс ховчорч кувелерийн умай болсон, умай дайврын хавдартай, үрийн хоолойг боох шаардлагатай умайн доод хэсгийн судас хэт өргөссөн, ургийн толгой аарцгийн доод хэсэгт баттай суусан зэрэг тохиолдолд уг мөс засал хийхийг хориглоно. Уг мөс заслыг төлөвлөгөөт байдлаар хийхийн өмнө урд орой нь хөнгөн чанарын хоол шөл, цагаан будаа, чихэртэй цай нойрсуулах тайвшруулах эм тус тус өгнө. Мөс заслыг яаралтай хийх шаардлага гарвал ходоодыг угааж, цэвэрлэн бургуй тавихын хамт шээсийг заавал бургуйгаар авна. Мөс заслыг ерөнхий мэдээ алдуулалтаар хийнэ. Е. Н. Морозов мөс ажилбарын явцыг 4 үе болгон хуваасан байна.

1-р үе. Хэвлийн ханыг гялтан хальс хүртэл нээх

Төрөх эхийг мөс заслын байдалд Трендленбургийн байрлалд байлган мөс засалч эхийн зүүн талд зогсоно. Умдаг хэвлийн нугалаасны дагуу Пфанненштилийн аргаар 15—16 см орчим хөндлөн зүслэгийг шулуун булчин хүртэл хийнэ. Булчинг гол шугамаар хурц мохоо аргаар салган баруун талын шулуун булчинг гялтангийн дээрх өөхлөгөөс хуулан баруун тийш толины тусламжаар туслагч татаж өгнө.

2-р үе. Гялтан хальсыг зайлуулан, умйин доод хэсгийг ил гаргах

Энэ нь хэвлийн гадуурхи кесар зүслэгийн хамгийн харивцлагатай, мэс заслын арга барилын хувьд нилээд түвэгтэй үе юм. Давсагны баруун дээд талаар гялтангийн өөхлөгийн хамт зүүн тийш нь хуулах үед гялтан хальсны битүү нугалаас, мөн бор хүрэн өнгөтэй умйин доод хэсэг гэрэлтэн харагдана. Энэхүү битүү нугалаасыг гаргахын тулд мохоо аргаар баруун зах хүртэл гялтанг хуулах шаардлагатай. Үүний үр дүнд дээд талаараа гялтан хальсны битүү нугалаас, дотор талаараа давсагны ёроолын баруун дээд хэсэг, гадна талдаа умйин баруун хажуугаар хүрээлэгдсэн гурвалжин үүснэ. Мэс засалч долоовор ба дунд хуруугаа давсаг умйин холбооны чигт давсагны ёроолын доогуур оруулан гялтангийн битүү нугалаасыг гогцоодож умйин зүүн хажуу хүртэл хуулна. Ингэж хуулах үед гялтангийн битүү нугалаас нь гогцоорч гүүр мэт болдог. Гогцоо буюу гялтангийн битүү нугалаасыг толгор зүүн тийш нь болгоход умйин доод хэсэг ил харагдана.

3-р үе. Умайин доод хэсэгт зүслэг хийж, ураг авах

Хүүхэд хүлээн авах бэлтгэлийг хангасны дараа, гялтангийн бүтэн эсэхийг шалган цоорсон бол оёод умйин доод хэсэгт 2—3 см хөндлөн зүслэгийг усны хальс хүртэл болгоомжтой хийж, хсёр гарын долоовор хуруугаар хсёр тийш нь ургийн толгой багтахаар тэлж нээгээд усны хальсыг цоолно. Ураг гарахын өмнө мэс заслын шархыг чөлөөтэй болгохоос гадна давсаг гэмтэх, цус алдахаас нь урьдчилан сэргийлэх ач холбогдолтой. Ургийг авах үед Трендленбургийн байдлыг өөрчлөн орыг тэгшилсэн байвал зохино. Ураг толгойгоороо бол толгойноос нь, өгзгөөрөө бол лавинас нь, хөл өгзгөөрөө бол хөл өгзгөөс нь татаж гаргана. Умайин доод хэсэгт зүссэн хөндлөн зүслэг нь ургийн толгойн их хэсгийн орчим таарсан бол ураг тун амархан гарна. Хэрэв ургийн толгойноос доогуур чигтэй зүсэгдсэн бол мэс засалч долоовор дунд хурууны тусламжтайгаар ургийн толгойг доошлуулах буюу эх б.рихын хавчуурын дэмжлэгээр ургийн толгойг гаргаж авна. Хүүхдийг авсны дараа умйин булчинд юмуу судсанд умай агшаах тариа хийж, улмаар умйин зүслэгийн 2 үзүүрийн төгсгөл хэсэгт өлөн утсаар бариул хийж дээш татахад цус гаралт багасна. Дараа нь мэс засалч ихсийг шууд гараар авах, эсвэл хүйнээс нь аажим татаж гаргасны дараа умйин хөндийг гараар буюу тсм хусуураар шалгана.

4-р үе. Умайин шархыг оёж, хэвлийн хөндийг хаах

Умайин шархыг 2 шатлан оёно.

1-р шат умйин булчинг дотор талаас нь гадагш, гаднаас нь дотогш нэвт хатгаж өлөн утасны зангилаа умйин хөндийд блайхаар зангидаж шархыг битүүлнэ.

2-р шат умйин булчинг оёсон эхний 1-р шатны оёдол далдлагдахаар „П“ маягийн сёдлыг өлөн утсаар 2—3 удаа оёно. Дараа нь мэс заслын талбайн цус гаралтыг шалгаж цэвэрлээд гялтан хальс цоорсон эсэхийг дахин үзэж, гялтангийн битүү нугалаасыг байранд нь эргүүлэн тавиад хэвлийн ханыг үечлэн хаана. Боолт хааж шээсийг бургуйгаар авч үзнэ.

Мэс заслын үед цус алдвал цус сэлбэх ба умйин булчингийн агшилтыг сайжруулах зорилгоор агшаах чанарын эмийг хэрэглэнэ. Судалгаанаас үзэхэд ураг авах хүртэл мэс заслын үргэлжлэх хугацаа 10 минут, нийт 50 минут үргэлжилнэ.

Хэвлийн гялтангийн гадуурхи кесар зүслэгийн үед давсаг гэмтэх нь 1%, гялтан хальс цоорох нь 16,1% тохиолдоно. Мэс заслын үед гялтан хальсны битүү нугалаас буюу зах нь гүнд, давсаг нь хэт нимгэн байх зэрэг анатомын өөрчлөлт гарч болдог. Үүний зэрэгцээ булчин сулруулах эмийн тунг багадуулах, мэс заслын арга барил техник дутагдах зэргээс шалтгаалж давсаг гэмтэх, цус алдах, ургийн толгой багтаж гарахгүй бүтэх зэрэг хүндрэл тохиолдож болно. Ийм үед хэвлийн гялтанг нээж хийх кесар зүслэгээр мэс заслыг үргэлжлүүлж болно. Мэс заслын даргахь эхний өдөр хэвлийн шархан дээр хүйтэн жин тавьж, өвдөлтийг намдаах эм хэрэглэхийн зэрэгцээ халдвар орсон буюу сэжигтэй гэж үзвэл антибиотик хэрэглэнэ. Шаардлагатай үед биеийн ерөнхий байдлыг засах эм шингэн хэрэглэж болно. Уушгины цочмог үрэвслээс урьдчилан сэргийлж бумба гич тавих, амьсгалын дасгал хийх хэрэгтэй. Мэс засал хийлгэсэн эх гол төлөв өөрөө бие засах боловч энэ талаар байнга анхаарах нь зүйтэй. Заримдаа 5—6 цаг болоод шээсийг бургуйгаар авах шаардлага гарч болно.

Мэс заслын дараахь 2 дахь өдөр гэдэсний саажилтаас урьдчилан сэргийлж саажилтын эсрэг эмчилгээ хийж, 3 дахь өдрөөс цэвэрлэгээ бургуйг өдөрт 2 удаа тавина.

Төрсөн эхийг эмэгтэйчүүдийн бус амин чухал эрхтэний хүнд өвчингүй үед мэс заслын дараа 6 цаг болгоод босгохыг зөвшөөрөх ба 6—8 цаг болгоод шингэн юм уулгаж, шингэн хоол өгч болно.

Мэс заслын дараахь 8—9 дэх хоног дээр эмэгтэйчүүдэд зөвлөлтөгөө өгөх газрын хяналтанд гэрт нь гаргаж болно.

Төрөх газраас гэрт нь гаргах үед эх барихын дотуур үзлэг хийх бөгөөд хэрэв хэвийн байвал умай нь хатуу хөндүүргүй хөдөлгөөнтэй 12—13 долоо хоногийн жирэмсэнтэй адил хэмжээтэй байна. Энэ үед гол төлөв баруун цавь орчим өөхлөг нь хатуурсан мэдрэмтгий байна.

Хэвлийн гялтангийн гадуурхи кесар зүслэгийг хийх арга барил, нь харьцангуй түвэгтэй юм. Гэвч гадаадын хэвлэлийн мэдээ болон бидний клиникийн ажиглалтаас үзэхэд уг мэс заслын үед ургийн зунгаг ус, гаднын биет халдвар хэвлийн хөндийд орохгүй, гялтан хальсны цочмог үрэвсэл гарахгүй, умай нь сайн агшдаг, мэс заслын үргэлжлэх хугацаа, цус алдалт, гялтан хальсны цочролтоос болж үүсэх өвдөлт бага, шархны эдгэрэлт сайн, хэрэв шарх орчим идээлж буглаа үүсвэл идээр нь гадагш гардаг зэрэг сайн талтай болох нь харагдлаа. Уул мэс заслыг төрөх салбар амаржих газрын алинд ч нэвтрүүлэх боломжтой юм. Хэвлийн гялтангийн гадуурхи кесар зүслэг хийсэн эмэгтэйчүүдэд мэс заслаас шалтгаалсан өөрчлөлт одоогоор илрээгүй байна.

Л. Н. ГИРЛЯ, Ш. ЖИГЖИДСҮРЭН, П. БАНЗРАГЧ, Х. РАГЧААСҮРЭН
**БЕТА РЕЦЕПТОР СААТУУЛАХ ЭМИЙГ
ЗҮРХ СУДЛАЛЫН ПРАКТИКТ
ХЭРЭГЛЭХ НЬ**

УЛСЫН КЛИНИКИЙН ТӨВ ЭМНЭЛЭГ

Орчин үед эмнэл зүйн практикт бета саатуулах үйлчилгээтэй индерал, обзидан, тразикор, анаприлин, вискен гэх мэт эмийг өргөнөөр хэрэглэх боллоо. 1964 онд даралт бууруулах эм гэж нээгдсэн индералаас уламжлан дээрх эмүүдийг практикт нэвтрүүлжээ.

Эдгээр эмийн бэлдмэлийг хэрэглэхээс арай өмнөхөн зүрхний булчинд адрен идэвхт системийн бета-рецептор байдгийг олж тогтоосон байна.

Бета-рецептор нь симпатик мэдрэлийн систем, катехоламины (адреналин, норадренали) нөлөөнд хариу урвал өгснөөр зүрхний нэг минутад агших тоо нэмэгдэж, давтамж нь олширч, булчингийн хүчилтөрөгчийн хангамжийг ихэсгэн, автомат ажиллагааг идэвхжүүлж, булчингийн сэрэх чадварыг дээшлүүлэн, зүрхний ажиллагааг хурдасгана. Бета саатуулах үйлчилгээтэй эмийн бэлдмэл нь зүрхний булчин дахь адрен идэвхт системийн бета-рецепторын мэдрэг чанарыг багасгаснаар зүрхний агшилтын хүч, булчингийн хүчилтөрөгчийн хангамж буурч, нэг минутад агших тоог цөөрүүлж, автомат ажиллагаа болоод сэрэх чадварыг бууруулж, рениний идэвхжилийг сааруулан улмаар зах хязгаарын цусны эргэлтийн эсэргүүцлийг багасгана. Мөн зүрхний хэм алдагдлын эсрэг онцгой үйлчилгээг үзүүлдэг.

Зүрхний цусны тасалдал бах, хэм алдагдал даралт ихсэлт зэрэг эмгэг процессын үед судас тэлэх, даралт бууруулах эмийг хэрэглээд үр дүн өгөхгүй байгаа тохиолдолд бета-адрен саатуулах үйлчилгээтэй эмүүдийг эмчилгээнд хавсарган хэрэглэж болно.

Бета рецептор саатуулах бүлгийн эмийг хэрэглэснээс зарим нэг гаж нөлөө, тухайлбал зүрхний агших чадвар буурч, зүрхний доторхи ба тосгуур ховдлын сэрэл дамжуулалт удаашран, зүрхний цохилт цөөрч уушгины гуурсан хоолойн агчилт болж цусны даралт багасч болно. Иймээс энэ бүлгийн эмийг хэрэглэхдээ бүхнийг харгалзан үзэх шаардлагатай.

Улсын клиникийн төв эмнэлгийн зүрх-судасны тасагт 1981 онд зүрхний цусны тасалдал, бахтай 29 хүнд, цусны даралт ихсэх өвчний 1-р үе шатны 21 хүнд, мөн өвчний 2-р үе шатны 10 хүнд буюу нийт 60 өвчтөнд энэ бүлгийн эмийг хэрэглэв. Судалгаанд ихэвчлэн 30—40 насны 26 залуу хүн, 41—55-тай дунд эргэм насны 24 хүмүүсийг хамрав.

Өвчний үе шат, цусны эргэлтийн дутагдал, эсрэг заалтыг харгалзан бета саатуулагч бүлгийн эмээс тразикторыг эмчилгээнд голчлон хэрэглэв. Цусны эргэлтийн дутагдлын (ЦЭД) II-ын Б, III үе шатанд тразикорыг хэрэглээгүй бөгөөд цусны эргэлтийн дутагдлын I ба II-ын А үед зүрхний гликозид, шээс хөөх эм, калийн давс, С. В бүлгийн витаминуудтай хавсарган хэрэглэв.

Эмийн тунг 40 мг-аар эхэлж, хоногт 60—120 мг хүртэл ихэсгэн эмчилгээг явуулав. Зүрхний цусны тасалдал, бах өвчнийг эмчлэхэд тразикорыг интенсаин интенкордин, коронтин, мөн никотины хүчил, сайодин, мисклерон, атероид, липамид зэрэг судас хатууралтын эсрэг эмийн бэлдмэлтэй хамт хэрэглэв.

Цусны даралт ихсэх өвчний үед тразикорыг дангаар нь хэрэглэхэд даралт бага зэрэг буурдаг боловч адельфен, допегит, раунатин зэрэг даралт бууруулах эмийг хамт хэрэглэхэд даралт хурдан бууж, өвчтөнд сайн тохирч байна.

Тразикорыг удаан хугацаагаар хэрэглэхэд 18 өвчтөнд гаж нөлөө гарснаас 10-т нь зүрхний цохилт цөөрч 7-д нь тосгуур ховдлын сэрэл дамжуулалт удааширсан ба нэг өвчтөнд тосгуур ховдлын сэрэл дамжуулалтын саатлын 1-р үеийн хориг ажиглагдсан болно. Мөн 45 өвчтөнд хэрэглэхэд даралт бууруулахаасаа, судас тэлэх үйлчилгээг илүү үзүүлж байлаа.

Бета-рецептор сагтуулах үйлчилгээтэй эмийн бэлдмэл нь цусны даралт ихсэх өвчний эхний үе шат, зүрхний бахыг эмчлэхэд илүү үр дүнтэй болох нь бидний судалгаанаас харагдлаа.

Энэ бүлгийн эмээр эмчлэхэд ихэнх өвчтөнд зүрхний өвдөлт зүрхний бахын хурц хөдлөлийн үе дэх өвдөлт нэн их удалгүй дарагдаж, зүрхний цохилт олширч, агшилтын ээлж алдагдал арилсан бөгөөд даралт бууруулах бусад эмтэй хамт хэрэглэхэд даралт хурдан буурч байв.

Эмнэл зүйн эдгээр шинж тэмдгийн зэрэгцээ олонх өвчтөнд зүрхний цахилгаан бичлэгээр титмийн судасны цусны эргэлт сайжирч, Т шүдний вольтаж өгсөн, хоёр үелсэн ба уруугаа харсан Т шүд арилж байсан зэрэг сайжралын динамик өөрчлөлт ажиглагдав.

ЭМНЭЛГИЙН ХЭВЛЭЛИЙН НЭГДСЭН РЕДАКЦИЙН ЗӨВЛӨЛ

- Ж. Раднаабазар* (Эрхлэгч, доцент)
Л. Буджэв (Анагаах ухааны дэд эрдэмтэн)
Б. Гоош (Анагаах ухааны дэд эрдэмтэн)
Ж. Дашдаваа (Анагаах ухааны дэд эрдэмтэн)
Б. Дэмбэрэл (Анагаах ухааны дэд эрдэмтэн)
Г. Дашгэвэг (Анагаах ухааны дэд эрдэмтэн)
Ч. Долгор (Анагаах ухааны дэд эрдэмтэн, профессор)
Ж. Кунул (Анагаах ухааны дэд эрдэмтэн)
Э. Лувсандагва (Анагаах ухааны дэд эрдэмтэн)
А. Ламжав (Эм зүйн ухааны дэд эрдэмтэн)
Л. Хүрэлбаатар (Хариуцлагатай нарийн бичгийн дарга)
П. Нямдаваа (Анагаах ухааны дэд эрдэмтэн)
Б. Рагчаа (Анагаах ухааны доктор, профессор)
Г. Цагаанхүү (Анагаах ухааны дэд эрдэмтэн)
Б. Шижирбаатр (Анагаах ухааны дэд эрдэмтэн)
Н. Шурз

Техник редактор *А. Бямбажав* Хянагч *Д. Болд*

Өрөлтөнд 1983 оны 4-р сарын 1-нд орж, 2996 ш хэвлэв. Цаасны хэмжээ 70x108 1/16. Хэвлэлийн хуудас 4,0 х.н.х 5.6. А—89662 Зах № С—109
Д. Сүхбаатарын нэрэмжит Улсын Хэвлэлийн Комбинатад хэвлэв. Д. Сүхбаатарын талбай—6

Эх орны үйлдвэрийн шинэ эм

АЛОТАГАТ ТОСОН ТҮРХЭЦ

Химийн найрлага нь зуун настын био идэвхт хуурай экстракт, тарвага, гахайн тос зэрэг бодис агуулсан байдаг.

Алотагат нь цайвардуу шаргал өнгөтэй, өвөрмөц үнэртэй өтгөн тос юм.

Энэхүү тосыг цацраг туяаны эмчилгээний үед үүсэх гэмтлээс сэргийлэх зорилгоор хэрэглэнэ. Хэрэглэхдээ өвчтөний биеийг туяагаар шарсан хэсэгт нимгэн түрхэнэ. Шарлага эмчилгээ дууссанаас хойш 7—10 хоног үргэлжлүүлэн түрхэх шаардлагатай. Мөн цацраг туяанаас гэмтсэн арьсыг эмчлэх зорилгоор хэрэглэнэ. Хэрэглэхдээ биеийн арьсны гэмтсэн хэсгийг уг тос шингээсэн марлиар ороож, боолтыг 2—3 өдөрт нэг удаа солино. Эмчилгээг 14—20 хоног үргэлжлүүлнэ.

Харин хорт хавдрын ил шарханд түрхэж болохгүй.

Тосыг бараан өнгийн шилэнд хийж сайн таглаад нарны гэрлээс хамгаалж сэрүүн газар хадгална.

ЧИГАТУССИН

Чигатуссин нь хар хүрэн өнгийн өтгөвтөр шингэн. Өвөрмөц тансаг үнэртэй, чихэрлэг амттай. Химийн найрлага нь чихэр өвс, ганганы ханд, аммоны бромид, сахарын шүүс зэрэг бодис агуулна. Хүүхдийн хөхүүлэг ханиад, архаг бронхит, шөнийн ханиад намдаах үйлчилгээтэй.

Хүүхдэд цайны халбагаар өдөрт 3—4 удаа 7—12 өдөр, архагшсан ханиадын үед 14—21 өдөр үргэлжлүүлэн ууна. Насанд хүрэгсэд хоолны халбагаар өдөрт 4 удаа ууна.

Нарны гэрлийн шууд тусгалаас хамгаалсан ердийн нөхцөлд хадгална.