

МОНГОЛЫН

АНАГААХ

УХААН

№ 2 1992 он

MOHGO LIAH MEDICAL SCIENCES

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

33rd year
of publication

№ 2 (80)

1992

C O N T E N T S

G. Jamba	Change and Renewal — A New Task	3
Original articles		
L. Shagdar, G. Tsetsegdary	Morphological results of the tympanoplasty and eustachian tubae function	7
B. Ganbaatar, Ch. Altaisaichan	Postinfections and postvaccinal Immunities against measles	9
B. Jav, Ts. Erdenebulag, G. Mendsaikhan	Ultrasound diagnosis of pregnancy in early and late terms	15
J. Gombojav, N. Damdinsuren, D. Khaltar	Some results of calculation of intensity of the solar ultra — violet radiation	22
E. Dagdanbasar	Results of comparative study on size of Anterior Fontanel of the Head.	23
I. Sanjaadorj, R. Dorjderem	Injures from strike by parts of moving car	27
G. Sanjdorj, D. Burmaa, B. Jaw.	Some biochemical characteristics of amniotic fluid	28
D. Boldtseren	Clinical observations on neurotic disturbances of male patients with sexual disorders	31
B. Shijirbaatar, Ya. Dagwadorj, N. Chorolsuren	Clinical features of viral hepatitis in pregnant Women	34
M. Ambaga, M. Chultemsuren, R. Sarantsetseg	A Search of new liver protective medicines on the basis of theory of mongolian medicine	39
OPINIONS		
B. Demberel	Some questions of public health theory and organisation in Mongolia	46
R. Nyma, B. Tserenpil, B. Tumurbaatar	Some organisational measures of early detection of glaucoma in Mongolia	54
G. Suchbat, D. Amartsengel	Importance of study on Human behaviour	55
Ts. Namsrai, G. Mijid	Possibility of production of milk products with curative and rehabilitative features	59

МОНГОЛЫН АНАГААХ УХААН

МОНГОЛ УЛСЫН ЭМЯ, ЭМЧ НАРЫН НИЙГЭМЛЭГИЙН
ЭРДЭМ ШИНЖИЛГЭЭНИЙ ПРАКТИКИЙН УЛИРАЛ
ТУТМЫН СЭТГҮҮЛ

33 дахь жилдээ

№ 2 (80)

1992 он

АГУУЛГА

Г. Жамба (АУИС-ийн ректор) — Шинэчлэлт өөрчлөлт-шинэ зорилт 3

СУДАЛГАА ШИНЖИЛГЭЭ

Л. Шагдар — Шинэ хэнгэрэгийн эдгэрэлтэнд сонсголын
Г. Цэцэгдарь гуурсын үйл ажиллагаа нөлөөлөх нь 7
Б. Ганбаатар — Улаанбурханы вакцины болон халдварын
Х. Алтайсайхан дараах дархлаа тогтоц 9
Б. Жав — Чанд авканы шинжилгээгээр жирэмсэнт
Ц. Эрдэнэбулаг эрт ба хожуу хугацаанд оношлох
Г. Мэндсайхан асуудалд 15
Ж. Гомбожав — Нарны хэт ягаан туяаны эрчмийн хэмжээг
Н. Дамдинсүрэн тодорхойлсон дүнгээс 22
Б. Дагданбазар — Хүүхдийн их зулайн хэмжээг толгойн хэм-
жээтэй харьцуулан судалсан дүн 23
И. Санжаадорж — Автомашинд мөргөгдөхөд үүсэх гэмтлийн
Р. Дорждэрэм онцлог 27
Г. Санждорж — Ургийн усны биохимийн үзүүдэлт 28
Д. Болдцэрэн — Бэлгийн үйл ажиллагааны эмгэгтэй
эрэгтэйчүүдийн неврозын эмнэлзүй 31
Б. Шижирбаатар — Жирэмсэн үеийн вируст гепатитын
Я. Дагвадорш эмнэлзүй, төрөлтийн явц 34
Н. Хоролсүрэн — Дорно дахины анагаах ухааны уламжлал
М. Амбага дээр тулгуурлан элэг хамгаалах үйлдэлтэй
Б. Саранцэцэг шинэ жор боловсруулах асуудалд 39

АСУУДАЛ ДЭВШҮҮЛЖ БАЙНА

Б. Дэмбэрэл — Монгол улсын эрүүлийг хамгаалахын онол,
зохион байгуулалтын зарим асуудлууд 46
Р. Нямаа — Монголд глаукомыг илрүүлэх зохион
Б. Цэрэншил байгуулалтын арга 54
Б. Төмөрбаатар — Хүний зан араншин түүнийг судлах нь 55
Г. Сүхбат — Эмчилгээ сувилалын чанартай сүүн
О. Амаржаргал бүтээгдэхүүн бэлдэх боломж 59
Ц. Намсрай
Г. Мижид

СЭТГҮҮЛИЙН ЦЭЦ:

П. Нямдаваа ерөнхий эрхлэгч, Б. Дэмбэрэл I орлогч эрхлэгч, Г. Дашзэвэг орлогч эрхлэгч, Ш. Доржжадамба орлогч эрхлэгч, Г. Пүрэвдорж хариуцлагатай нарийн бичгийн дарга, Р. Арслан, Ж. Батсуурь, Б. Гоош, А. Ламжав, Э. Лувсандагва, А. Өлзийхутаг, Т. Тойвгоо, Ц. Хайдав, Ж. Шагж, Б. Шижирбаатар, Г. Цагаанхүү,

ЗӨВЛӨЛИЙН ГИШҮҮД:

С. Алтан (АНУ, Нью-Жерси), Д. Балдандорж, Б. Банзар, М. Грегг (АНУ, Мижессота), Б. Дагвацэрэн, Ж. Дашдаваа, Б. Доржготов, Б. Жав, Г. Жамба, Ш. Жигжидсүрэн, Г. Зориг, Т. Зориг, Г. Лувсан (оросын холбоо Москва), Д. Малчинхүү, Н. Мөнхтүвшин, Ц. Мухар, Б. Нацагдорж, Ц. Норовпил, Ч. Нээчин, П. Онхуудай, Э. Пүэвдаваа, Б. Рагчаа, Э. Санжаа, Г. Сүхбат, Х. Цолмон, Д. Цоодол, Л. Шагдар

Манай хаяг: Улаанбаатар 210648. Карл Марксын гудамж 4,
ЭМЯ «Эрүүл энх» хэвлэлийн газар. Утас 21307.
Техник редактор Д. Туяа
Хянагч

Өрөлтөнд 1992 оны 8-р сарын 20-нд орж
. ш хэвлэв.

АУИС-ИЙН 50 ЖИЛИЙН ОЙД

ШИНЭЧЛЭЛТ ӨӨРЧЛӨЛТ-ШИНЭ ЗОРИЛТ

АУИС-ийн ректор профессор
Г. ЖАМБА

1991 оны байдлаар 10 000 хүн амд их эмч 27, эмнэлгийн дунд мэргэжилтэн 87, эмнэлгийн ор 116 ногдож байна.

Эмнэлгийн дээд боловсролтой хүн хүчнээр улс орноо хангах, орчин үеийн анагаах ухааныг үүсгэн хөгжүүлэхэд Монгол улсын их сургуулийн хүн эмнэлгийн факультет (1942), Анагаах ухааны дээд сургууль (1961), Анагаах ухааны их сургууль (1990) чухал үүрэг гүйцэтгэж иржээ. Тус сургуульд 1992 оны байдлаар 6 мэргэжлээр (анагаах, хүүхдийн анагаах, эрүүл ахуй, монгол уламжлалт анагаах ухаан, эм зүйн) салбарт нь 3000-аад оюутан суралцаж (хүснэгт 1). Сайншанд хотод салбар дээд сургуультай болж, эмнэлгийн ажилтны мэргэшил дээшлүүлэх институтэд жил тутам дунджаар 300 эмч, эм зүйч мэргэжил дээшлүүлж байна.

Сургууль төгсөгчдөд мэргэжил эзэмшүүлэх, дээшлүүлэх ажлыг 1958 оноос эхлэж, Анагаах ухааны дээд сургуулийн эмч нарын мэргэжил дээшлүүлэх салбар (1963), Эмнэлгийн ажилтны мэргэжил дээшлүүлэх институтэд (1991) 3—5 сарын дамжаагаар эмч нарын зонхилох хэсгийг 30-аад мэргэжлээр тодорхой мэргэшилтэй болгожээ (Хүснэгт 2).

МУИС-ийн Хүн эмнэлгийн салбараас үүсэлтэй АУИС өнөөг хүртлэх хугацаанд хүний их эмч 5610, хүүхдийн эмч 1446, эрүүл ахуйч 642, шүд, ам судлалын эмч 526, эм зүйч 472, бүгд 9 мянган эмч, эмнэлгийн дээд боловсролтон бэлтгэж, нийт төгсөгчдийн 73 хувийг мэргэжил эзэмшүүлэх, дээшлүүлэх давтан сургалтад хамруулсан байна.

Монгол улс 1990 он хүртэл эрүүлийг хамгаалахын олон төрлийн асуудлаа төвлөрсөн төлөвлөгөөт эдийн засагтаа тулгуурлан шийдэж ирсэн арга замаа эргэн харж, зах зээлийн эдийн засагт туйлбар-

тай шилжих чухал алхам хийв. Улс орны нийгмийн шинэчлэлийг дагалдан эмнэлгийн үйлчилгээний төвлөрсөн төлөвлөгөөт захиргаадалтын тогтолцоог нийтэд нь өөрчлөн зохион байгуулах, эрүүлийг хамгаалахын эдийн засгийн механизмыг шинээр боловсруулах, эрүүл мэндийн хүн хүчнийг шинээр бэлтгэх, байгаа нөөцийг бүрэн ашиглаж тэдэнд шинэ мэдлэг, дадал эзэмшүүлэх, эмнэлгийн үйлчилгээний чанарын түвшинг хүн амын хэрэгцээг хангах хэмжээнд хүргэж сайжруулах явдал богино хугацаанд шийдвэрлэвэл зохих багц асуудлын хүрээнд хамаарч байна.

Эрүүл мэндийн хүн хүчнийг бэлтгэх ажилд тоон үзүүлэлтэнд тулгуурлаж ирсэн үндсэн дутагдлаас салж, тус улсын эмнэлгийн дээд боловсролтой боловсон хүчний хангамжийн ерөнхий түвшинд анхаарахын зэрэгцээ тэдний мэргэжлийн мэдлэг, чадварын чанарт илүү ач холбогдол өгөх, сургалтын ажилд мэдэгдэхүйц өөрчлөлт хийх нь Анагаах ухааны их сургуулийн (АУИС) үндсэн зорилт боллоо.

АУИС Монгол улсын үндсэн хууль (1992), Боловсролын хууль (1991), Их сургуулийн статус (1992) болон бусад хууль эрхийн актанд тулгуурлан анагаах ухааны дээд боловсролыг хүмүүнлэг болгох, оюутны ашиг сонирхлыг сургалтын явцад дээдлэж үзэх, үүнтэй уялдуулан сургуулийн бүх үйл ажиллагааг ардчилах, боловсрол олгох асуудлыг эдийн засгийн зах зээлийн болон иргэний эрэлт хэрэгцээнд зохицуулах, сургалт-судалгаа-эмнэлгийн үйлчилгээний нэгдлийг хангах, монгол уламжлалт анагаах ухаанаар түүнийг баяжуулах, анагаах ухааны боловсролыг өөрийн орны хүн амын эрүүл зүйн онцлогтой холбон авч үзэж, орон нутагт ойртуулан дэлхийн бусад

АУИС-ийн оюутны тоо
(1992. II. I-ны байдлаар)

Хүснэгт I

Анг	Дамжаа	I	II	III	IV	V	VI	Бүгд
Анагаах		447	352	291	257	236	260	1843
Хүүхдийн анагаах		—	124	126	106	101	109	566
Эрүүл ахуй		—	15	17	17	23	—	72
Шүдний анагаах		61	42	42	50	38	—	233
Эм зүй		23	24	23	13	27	—	110
Монгол уламжлалт анагаах		34	33	—	23	26	—	116
Судлаач оюутан		—	—	—	—	12	15	27
БҮГД		565	590	499	466	463	384	2967

орны ижил төрлийн тогтолцоотой лага 2—4 долоо хоног хийж, II, нягт холбох, боловсролыг тасралт-IV дамжааны төгсгөлд шалгаруу-гүй олгох зарчмыг үндэслэн үйл лалт явуулж, дээд тусгай дунд бо-ажиллагаагаа явуулж байна. ловсрол олгох сургалтанд 1992—

Хүн эмнэлгийн мэргэжилтний мэргэжлийн тодорхойлолт, сурал-цах хугацаа, сургалтын төлөвлө-гөө, хичээлийн хөтөлбөрийг бүх шатанд хянан үзэж боловсронгуй болгох, арга барил, зохион бай-гуулалтын шинэчлэлтийн ажил АУИС-ийн тулгамдсан зорилтын нэг болж хэрэгжиж эхэллээ. Сур-галтыг гурван шаттай зохион бай-гуулж байна.

а) Суурь сургалтаар төгсөх оюут наас хүний их эмч, эм зүйчийг (5—6 жил) бэлтгэдэг;

б) Мэргэжил олгох сургалтаар төгсгөсөн оюутнаас шилэн авч эрд мийн зэрэгтэй болон зэрэггүй мэргэжилтэн (2—5 жил) бэлтгэнэ. Энэ ажил 1992—1993 оны хичээ-лийн жилээс хэрэгжинэ;

в) Мэргэжил дээшлүүлэх сургал таар (нэг сар хагасаас нэг жил хүртэл хугацаанд) эмч мэргэжилт-нийг байнга давтан сургаж, мэд-лэг, чадварынх нь түвшинг тог-тоож, цаашид хү нэмчлэх эрхийг нь баталгаажуулж байх болно.

Төгсөх оюутны суурь сургалтын (а) шинэ төлөвлөгөө, хичээлийн хөтөлбөрөөр анагаах ухаан, монгол уламжлалт анагаах ухааны ангид 6 жил сургахал 6000 орчим цаг хичээл зааж, 200 гаруй шүүлэг, бусад (шүдний анагаах, эрүүдийг хамгаалахын менежмент, эм зүйн) ангид 5 жил 5000 орчим цаг хичээллүүлж, 180, орчим шүүлэг авах, анги дэвших бүрд III дам-жаанаас эхлэн үйлдвэрлэлийн дад-

лага 2—4 долоо хоног хийж, II, нягт холбох, боловсролыг тасралт-IV дамжааны төгсгөлд шалгаруу-гүй олгох зарчмыг үндэслэн үйл лалт явуулж, дээд тусгай дунд бо-ажиллагаагаа явуулж байна. ловсрол олгох сургалтанд 1992—

1993 оны хичээлийн жилээс орж байна. Эдгээ роюутан үндсэн хичээлүүдээр улсын шалгалт өгч эмч, эм зүйчийн диплом авна. Эрүүл мэндийн албыг зохион байгуулахад орчин үеийн удирд-лага, эдийн засгийн арга барилыг эзэмшсэн, хүн амын, ялангуяа хө-дөө нутгийнхны эрүүл мэндийг га-зар зүй, цаг уурын орчин, нийгэм, экологийн онцлогтой нь холбон судалж, үйл ажиллагааны үр ашиг тай шийдлийн хувилбарыг сонгон

авч чадах мэргэжилтэнг эрүүлийг хамгаалахын менежментийн ан-гийн сургалтаар бэлдэх, аль ч мэрг-жил, сургалтын шатанд асуудал шийдэх, нийгэмд чиглүүлсэн арга барил эзэмшүүлэх, гадаад хэлний мэдлэг, компьютерийн дадлага, эм чийн эрдэм шинжилгээний ажлын арга зүйн мэдэгдэхүүнтэй болгох, сурлага, авьяасын үнэлгээгээр нь оюутныг тохирсон боловсрол, мэргэжилтэй болгох, сургалтын чанарыг баталгаажуулах шаард-лагыг хангах явдал ойрын хуга-цаанд шийдэх ёстой зорилт.

Төгсгөсөн оюутнаас мэргэжилтэн бэлтгэх сургалтын (б) хөтөлбө-рөөр анагаах ухааны 6 салбарын (суурь анагаах ухаан, эрүүл мэн-дийн ухаан, эмнэл зүйн анагаах ухаан, нүүр амны анагаах ухаан, монгол уламжлалт анагаах ухаан, эм зүйн ухаан) 40-өөд мэргэжлээр эмнэлгийн үйлчилгээний практи-кийн байгууллага, судалгааны газ

мэргэжил	нийт тоо	Хувь
1. Догрын эмч	942	16,48
2. Хүүхдийн эмч	1212	21,2
3. Эх барих, эмэгтэйчүүдийн эмч	391	6,84
4. Мэс засалч	226	3,95
5. Гэмтлийн эмч	53	0,92
6. Урологич	23	0,4
7. Хавдарын эмч	47	0,82
8. Чих хамар хоолойн эмч	108	1,88
9. Нүдний эмч	91	1,59
10. Мээлээгүйтгэгч	84	1,46
11. Мэдрэлийн эмч	122	2,13
12. Сэтгэц гэм судлаач, наркологч	106	1,85
13. Сүрьеэгийн эмч	149	2,6
14. Халдвартын эмч	25	0,43
15. Арьс өнгөний эмч	125	2,18
16. Лабораторийн эмч	212	3,7
17. Гэрлийн эмч	91	1,59
18. Эмгэг судлагч	73	1,27
19. Физик эмчилгээч	102	1,78
20. Биеийн тамирын эмч	25	0,43
21. Хоолны эмч	19	0,33
22. Эрүүл ахуйч	298	5,21
23. Халдвар судлаач	177	3,09
24. ЭХ зохион байгуулагч	232	4,05
25. ЭХ дүн бүртгэгч эмч	99	1,73
26. Шүдний эмч	266	4,65
27. Бусад мэргэжилтэн	248	4,33
28. Мэргэжил тодроогүй	168	2,93
БҮГД	5715	

руудад мэргэжилтэн бэлтгэх 2—5 жил сургах бөгөөд төгсгөсөн оюутан сургалтын явцад эрдэм шинжилгээний ажлын арга, технологийг чадмаг эзэмшин тодорхой сэдвээр судалгааны материал хуримтлуулж, түүнийгээ эмхэтгэн тезис бичиж хамгаалбал анагаах ухааны дэд эрдэмтэн буюу мастерын зэрэг (2 жил), үргэлжлүүлэн нэг сэдэвт диссертац бичиж зохих журмаар хамгаалбал гүн ухааны докторын зэрэг (3 жил) хамгаалах болно. Эрдмийн зэрэгтэй ба зэрэггүй мэргэжилтэн бэлтгэхэд ойрын жилүүдэд жил бүр төгсгөсөн оюутнуудаас 100 орчим хүнийг АУИС шилж авч сургана.

Энэ хэлбэрийн сургалтанд АУИС-ийн өнөөгийн бодит байдлаас үзэхэд сургалтын төхөөрөмжийн хангамж, багшлах бүрэлдэхүүн хөтөлбөр, ном зүйн хэрэглэгдэхүүн бүрдүүлэх түвэгтэй асуудал олон байгаа нь ойлгомжтой.

Мэргэжил дээшлүүлэх байнгын сургалтаар (в) эмнэлгийн ажилт-

ны мэргэжлийн түвшинг улс орны нийгэм, эдийн засгийн болон эрүүл мэндийн албаны шинэчлэлийн бодлого, стратеги, тактик технологийн шаардлагад тохируулан шинэтгэж, давтан сургалтыг жил тутам тодорхой хугацаагаар (1,5 сар орчим) олон хэлбэрээр орон нутагт ойртуулан явуулна.

АУИС-д одоо ажиллаж байгаа орон тооны 300 багш, орон тооны бус 150 багшийн (38,2% нь эрдмийн цол, зэрэгтэй) мэргэшлийн түвшинг дээшлүүлэх, залгамж үеийг өөртөө болон хөгжсөн оронд урт, богино хугацаагаар томилон явуулж судалгааны ажлын арга барил эзэмшүүлэх холбогдох багаж төхөөрөмжөөр хангахад чиглэсэн арга хэмжээг хэрэгжүүлэхэд ихээхэн хүч хөрөнгө зарцуулах шаардлага бий. Эдгээр асуудлыг шийдэхэд дотоод нөөц бололцоог бүрэн ашиглахын хамт сургууль дундын, улс хоорондын болон олон улсын хамтын ажиллагааг хөгжүү-

лэх нь чухал болж байна.

АУИС тус улсын анагаах ухааны нэгэн төв байгууллага.

Монголын эрүүл мэндийн салбараас төрөн гарсан эрдэмтдийн олонхи нь тус сургуулийг төгсөгчид байна. АУИС-ийн багш нараас 15 доктор, 100 гаруй дэд эрдэмтэн төрөөд байна. Тэднээс 8 доктор, 70 гаруй дэд эрдэмтэн өнөөдөр гөрөлх сургуульдаа ажиллаж, бүтээлээ туурвисаар байна. Төрийн соёрхолт академич Т. Шагдарсүрэн, академич Б. Рагчаа, Б. Дэмбэрэл, Ц. Хайдав, П. Нямдаваа, ШУА-ийн сурвалжлагч гишүүн В.Ичинхорлоо, Г. Лодон, төрийн соёрхолт доктор, профессор П. Долгор, Б. Гоош, доктор, профессор Ч. Нээчин, Д. Балдандорж, доктор Ц. Гүрдорж, Ж. Шагж нарын зэрэг эх орондоо төдийгүй, хилийн чанадад нэрээ дуурсгасан олон арван эрдэмтэд АУИС-тай ажил, амьдралын хүйн холбоотой.

АУИС-ийн эрдэмтэн багш нар 1986—1990 онд 68 ном, товхимол, гарын авлага бичиж, багш нарын эрдэм шинжилгээний бага хуралд 675 илтгэл хэлэлцүүлж, сүүлийн 10 жилд бүгд 130-аад бүтээлийг хэвлэн нийтлүүлжээ.

Нийт оюутны 25—30 хувь нь Оюутны эрдэм шинжилгээний нийгэмлэгийн дугуйлан, семинарт хамрагдан хичээллэж, эрдэм шинжилгээний бага хуралд жил бүр дундаар 110—130 илтгэл хэлэлцүүлж байна. Их дээд сургуулийн шилдэг бүтээлд (улсын хэмжээгээр) 10 гаруй илтгэл жил бүр шалгарч, улсад I—III байр эзлэх боллоо.

1991—1993 онд төсөвт ба үр дүнгийн захиалга-даалгавраар хийх эрдэм шинжилгээний ажлын үндсэн сэдвүүд нь мэдрэл ба сэтгэцийн эмгэг, монгол хүний нүд, сав эрхтний бичил эргэлт, элэг нөс, хоол боловсруулах эрхтний эмгэг, монгол хүний лархлалын тогтолцоо, харшил судлал, нүүр амны зонхилох өвчний тархалт, сэргийлэлт, сонсгол судрах шалтгааныг судлах, оношлох, эмчлэх, монгол эмэгтэйчүүдийн антропометрийн үзүүлэлт, хэв хэмжээ, монгол эхийн

сүүний найрлага, хүүхдийн хоол тэжээл бэлтгэх, хүүхдийн амьсгалын замын өвчний эмчилгээ, сэргийлэлт, зарим халдварт өвчнийг судлахад чиглэж байна.

Анагаах ухааны хүрээлэнтэй «Инсульт», ЭАХНСИ-тэй «Халдварт өвчин», «Харшил», «Гепатит», Байгалийн голомтот халдвартын төвтэй «тарваган тахал», УБИС-тай «Сурган, сэтгэл зүй», Ардын эмнэлгийн хүрээлэнтэй «Эм», ЭНЭШ төвтэй «Эхийн сүү», «Эмэгтэйчүүдийн антропометри», «Хүүхдийн эмгэг» зэрэг сэдвүүдээр хамтран ажиллаж байна.

АУИС-д нэгэнт бий болсон оюуны чадамж, оюутнаас эмч мэргэжилтэн, мэргэжилтнээс судлаач багш бэлтгэн түүнийгээ олшруулан арвижуулах тогтолцооны эргэх холбоог бүрэн бүрдүүлэхэд өөрийн гэсэн хувь нэмрээ оруулах нь шинжлэх ухаан, боловсрол, эрүүл мэндийн ажилтан бид бүхний хүмүүнлэг нинжин сэтгэлийн илрэл болох юм.

АУИС-ийн багш, эрдэмтэд сургуулийнхаа 50 жилийн ойг угтаж эрүүл мэндийн байгууллагын эмч, мэргэжилтэн нартаа номын хандив барихаар хичээнгүйлэн 1991—1992 оны хичээлийн жилийн туршил тэлний оролцоотойгоор эрдэм шинжилгээний олон удаагийн хурлыг мэргэжил тус бүрээр зохион байгуулж, 200-гаад илтгэл хэлэлцүүлсний дотроос судалгааны зориулалт, арга барилын шинэлэг тал, нийгэм, эдийн засаг, сэтгэлгээ, эрүүл мэндийн ач холбогдлоороо дээгүүр үнэлгээ авч, шалгарсан илтгэлүүдийг «Анагаах ухаан» сэтгүүлийн энэ дугаарт бүрэн эхээр нь нэгэн цуврал болгон нийтлэж, хүндэт уншигч танд толилуулав. Санаа боллоо хуваалцах боломж олгосон сэтгүүлийн цэцэд гүн талархал илэрхийлж байна.

Судалгаа шинжилгээ

ШИНЭ ХЭНГЭРЭГИЙН ЭДГЭРЭЛТЭНД СОНГОЛЫН ГУУРСНЫ ҮЙЛ АЖИЛЛАГАА НӨЛӨӨЛӨХ НЬ

Нүд чих хамар хоолойн өвчин судлалын тэнхим (эрхлэгч, доктор, профессор
Л. ШАГДАР)

Хэнгэрэг нөхөх мэс заслын үр дүн нь хагалгааны техник, хэнгэрэг хийхээр сонгож авсан нэхдэс, сонсголын гуурсны хагалгааны өмнөх үеийн үйл ажиллагааны байдал, хагалгааны дараах дэглэм, эмчилгээ зэрэг олон зүйлээс шалтгаалдаг. Эдгээрээс сонсголын гуурсны хагалгааны өмнөх болон дараах үеийн үйл ажиллагааны байдлаас үр дүн нь илүү хамаардаг гэж үзэж байна (5). Хэнгэрэг нөхөх мэс заслын үр дүн сонсголын гуурсны үйл ажиллагаанд хэрхэн нөлөөлөх талаар судлаачид санал зөрүүтэй байдаг. Тухайлбал нэг хэсэг судлаачид (1, 3, 4) сонсголын гуурсны үйл ажиллагаа тимпанопластикын үр дүнд шууд нөлөөлдөг гэж үзэж байхад нөгөө хэсэг нь (2, 5, 6, 7) нөлөөлөхгүй байж болно гэж үздэг.

Бид дунд чихний архаг булаг нь намжсан 86 өвчтөнд тимпанопластик хийлээ. Хагалгааны өмнө сонсголын гуурсны хэнгэргэн хөндийн даралт зохицуулах болон

урсгуур ажиллагааг шалгаж хоёр бүлэгт хувааж үйл ажиллагааны дундаж үзүүлэлтийг тодорхойлов (Хүснэгт 1).

Иймд бид сонсголын гуурсны үйл ажиллагаа харьцангуй муу I бүлгийн хүмүүст хагалгааны үр дүн муу байж болзошуй гэж үзээд үр дүнг сайжруулахын тулд хагалгаа хийхээс өмнө болон хагалгааны дараа сонсголын гуурсны үйл ажиллагааг сайжруулах бүрдмэл дасгалыг 14—21 хоног хийлгэлээ. Шинэ хэнгэрэгийн эдгэрэлтийг сайн, хангалттай, хангалтгүй гэж үнэлэн сонсголын гуурсны үйл ажиллагааны байдалтай харьцуулан үзэхэд: нэгдүгээр бүлгийн өвчтөнд сонсголын гуурсны хэнгэргэн хөндийн даралт зохицуулах үйл ажиллагааны II, III зэрэгтэй тохиолдолд 100%, IV зэрэгтэй 87,5%, V зэрэгтэй 66,7% нь шинэ хэнгэрэгийн эдгэрэлт сайн, IV зэрэгтэй тохиолдлын 12,5%, V зэрэгтэй тохиолдлын 33,3% нь хангалттай байсан бөгөөд хангалтгүй тохиолдол ажиглагдсангүй. (Хүснэгт 2).

Хоёрдугаар бүлгийн өвчтөнд сонсголын гуурсны хэнгэрэг нь хөндийн даралт зохицуулах ажиллагааны I зэрэгтэй тохиолдлын 88,9%-д шинэ хэнгэрэгийн эдгэрэлт сайн, 11,1%-д хангалттай байсан

Хүснэгт 1

Тимпанопластик хагалгааны өмнөх сонсголын гуурсны үйл ажиллагааны дундаж үзүүлэлт

Өвчтөний бүлэг	урсгуур ажиллагаа (минут)			хэнгэрэгийн хөндийн даралт зохицуулах-ажиллагаа (мм усны багана)		
	М	+	т	М	+	т
I (n=39)	14		0,9	323,4		14,6
II (n=53)	12		0,8	114		8,2
P	≥0,05			<0,01		

бөгөөд хангалтгүй үр дүн ажиглагдсангүй, харин II, III зэрэгтэй тохиолдлын 63,2%, 75%-д сайн, 26,3%, 12,5%-д хангалттай, 10,5% ба 12,5% д шинэ хэнгэрэгийн эдгэрэлт хангалтгүй байв (Хүснэгт 2б)

Шинэ хэнгэрэгийн эдгэрэлтийг сонсголын гуурсны урсгуур ажил-

лагааны байдалтай харьцуулан үзэхэд I бүлгийн өвчтөнд I зэрэгтэй тохиолдлын 75%, II зэрэгтэй 87,5%, III зэрэгтэй тохиолдлын 72,7%, IV V зэрэгтэй тохиолдлын 75%-д тус тус сайн, бусад тохиолдолд хангалттай байв (Хүснэгт 3а)

Хүснэгт 2а

Шинэ хэнгэрэгийн эдгэрэлт, сонсголын гуурсны хэнгэрэн хөндийн даралт зохицуулах ажиллагааны байдал (I бүлгийн өвчтөн)

Үйл ажиллагааны зэрэг	I		II		III		IV		V		Нийт	
	n=0		n=3		n=4		n=8		n=24		n=39	
Хагалгааны үр дүн	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Сайн	=	=	3	100	4	100	7	87,5	16	66,7	30	76,9
Хангалттай	=	=	=	=	=	=	1	12,5	8	33,3	9	23,1
Хангалтгүй	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=

Хүснэгт 2б

Шинэ хэнгэрэгийн эдгэрэлт, сонсголын гуурсны хэнгэрэн хөндийн даралт зохицуулах ажиллагааны байдал (II бүлгийн өвчтөн)

Үйл ажиллагааны зэрэг	I		II		III		IV		V		Нийт	
	n=18		n=19		n=16		n=0		n=0		n=53	
Хагалгааны үр дүн	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Сайн	16	88,9	12	63,2	12	75	=	=	=	=	40	75,6
Хангалттай	2	11,1	5	26,3	2	12,5	=	=	=	=	9	16,9
Хангалтгүй	=	=	2	10,5	2	12,5	=	=	=	=	4	7,5

Хоёрдугаар бүлгийн өвчтөнд сонсголын гуурсны урсгуур ажиллагааны I зэрэгтэй тохиолдлын 90,9%-д шинэ хэнгэрэгийн эдгэрэлт сайн байсан бол III зэрэгтэй тохиолдолд 85,7%, V зэрэгтэй тохиолдлын 50%-д нь сайн, I, II зэрэгтэй тохиолдолд шинэ хэнгэрэгийн эдгэрэлт хангалтгүй тохиолдол огт ажиглагдаагүй байхад III зэрэгтэй тохиолдлын 7,1%, IV зэрэгтэй тохиолдлын 14,3%, V зэрэгтэй тохиолдлын 50% нь тус тус хангалтгүй үр дүнтэй боллоо. (Хүснэгт 3б).

Хоёр бүлгийн өвчтөний шинэ хэнгэрэгийн эдгэрэлтийн байдлыг харьцуулахад I бүлгийн 76,9%, II

бүлгийн 75,5%-д нь сайн, 23,1%, 16,9%-д хангалттай байгаа бөгөөд хангалтгүй үр дүн зөвхөн II бүлэгт 4 (7,5%) тохиолдлоо ($t_{1,2} = 0,1$).

ДҮГНЭЛТ. 1. Шинэ хэнгэрэгийн эдгэрэлт нь сонсголын гуурсны хэнгэрэн хөндийн даралт зохицуулах болон урсгуур ажиллагааны байдалаас шууд шалтгаалж байна.

2. Сонсголын гуурсны үйл ажиллагаа хангалтгүй тохиолдолд хагалгааны өмнө болон дараа бүрдмэл дасгал хийлгэх нь шинэ хэнгэрэгийн эдгэрэлтийг сайжруулж байна.

Хүснэгт 3а

Шинэ хэнгэрэгийн эдгэрэлт, сонсголын гуурсны урсгуур ажллагааны байдал (I бүлгийн өвчтөнд)

Үйл ажиллагааны зэрэг	I		II		III		IV		V		Нийт	
	n=4		n=8		n=11		n=12		n=4		n=39	
Хагалгааны үр дүн	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Сайн	3	75	7	87,5	8	72,7	9	75	3	75	30	76,9
Хангалттай	1	25	1	12,5	3	27,3	3	25	1	25	9	23,1
Хангалтгүй	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=

Хүснэгт 3б

Шинэ хэнгэрэгийн эдгэрэлт, сонсголын гуурсны урсгуур ажллагааны байдал (II бүлгийн өвчтөнд)

Үйл ажиллагааны зэрэг	I		II		III		IV		V		Нийт	
	n=11		n=12		n=14		n=14		n=2		n=53	
Хагалгааны үр дүн	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Сайн	10	90,9	10	83,3	12	85,7	7	50	1	50	40	75,6
Хангалттай	1	9,1	2	16,7	1	7,1	5	35,7	=	=	9	16,9
Хангалтгүй	=	=	=	=	1	7,1	2	14,3	1	50	4	7,5

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. Р. Г. Атонян. Автореф. дис. канд. мед. наук. М., 1985.
2. А. Д. Гусаков, В. В. Березнюк. Журн. ушных, носовых и горловых болезней.—1987. № 5. 6—9.
3. В. Т. Долгих. Вестн. оториноларингологии. 1984. № 2. с. 79—87
4. А. В. Завадский. Автореф.

дис. канд. мед. наук. Киев. 1984.

5. О. К. Татьянина, Р. Г. Антонян, О. П. Токарев. Журн. ушных, носовых и горловых болезней. 1985. № 4. 20—23.
6. Sheehy I. L. «Ann. Otol» 1981, 90, № 6. p. 562—565.
7. Strauss P., Raumaun S. N. «Laryngol. Rhinol otol». 1981, 60, № 4, p. 205—211.

**Б. ГАНБААТАР,
Х. АЛТАЙСАЙХАН**

Улаанбурхны вакцины болон халдварын дараах дархлал тогтоц

АУИС-ийн микробиологи-эпидемиологийн тэнхим (эрхлэгч дэд эрдэмтэн Б. ГАНБААТАР)

Өвөрмөц сэргийлэлтийн аргаар хүн амын өвчлөмтгий бүлгийн дунд дархлал тогтоцын түвшинг нэмэгдүүлэх, өвчин үүсгэгч (Морбилли вирус)-ийн хүний популяци дахь эргэлтийг багасгах замаар Улаан

бурхан (корь) өвчний тархалтыг бууруулах нь онол-практикийн чухал ач холбогдолтой юм. Дэлхийн 160 гаруй оронд уг өвчнөөс сэргийлэх вакциныг тарилгын схемийн дагуу хэрэглэж байна.

Гэвч аль ч улс оронд вакцин тариулсан тариулаагүй хүүхдийн дунд өвчлөл бүртгэгдэх болсон шалтгааныг дархлал тогтоцооны түвшинтэй уялдуулан судлах нь хамгийн зөв арга (34) гэдгийг олонхи эрдэмтэд зөвшөөрөн хүлээж байна. Энэ талаар манай оронд өнөө хэр нарийвчлан хийгд-

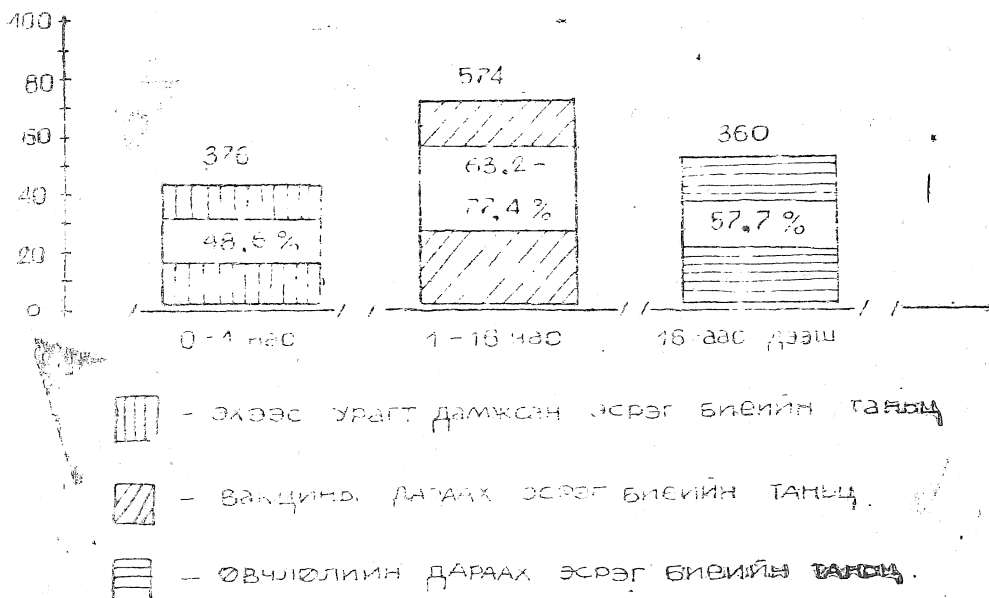
сэн судалгаа ховор билээ. Бид өөрийн орны эрүүлийг хамгаалахын практикт хэрэглэж ирсэн сэргийлэх тарилын карт, өвчлөл бүртгэх баримт материалд тулгуурлан тодорхой тооны хүмүүсийн дунд халдвар судлал, дархлал судлалын судалгааны аргачлал боловсруулж судалгаа хийв.

Дархлал судлалын шинжилгээний үзүүлэлтийг өвчлөлийн дараах дархлал тогтоцын түвшин, сэргийлэх тарилгын дархлалын үзүүлэлт, эхээс урагт дамжсан эсрэг биеийн таныг гэсэн гурван чиглэлээр нэгт-

гэн халдвар судлалын сүүлийн 26 жилийн судалгааны үзүүлэлттэй харьцуулан урьдчилсан дүгнэлт хийх зорилт тавьсан болно.

Судалгааны материал, арга. Улаанбаатар хотын дөрвөн дүүргийн хэсгийн эмнэлгүүдэд үйлчлүүлдэг 16—52 насны 360 хүнд өвчлөлийн дараах дархлал тогтоцын түвшинг, Эрдэнэт хотын эмнэлэг, Сүхбаатар аймгийн нэгдсэн эмнэлгийн төрөх тасагт амаржсан 376 эх, хүүхдэд урагт дамжсан эсрэг бие (матинал антител)-ийн таныцыг, Сүхбаатар, Дорнод ай-

Улаанбурхан өвчний эсрэг дархлал тогтолцооны түвшин



маг, Улаанбаатар хотын Найрамдал дүүргийн 1—16 насны 547 хүүхдэд сэргийлэх тарилтын дархлал тогтоцыг тус тус ДЭМБ-аас зөвлөмж болгосон аргаар нийтээр баримталдаг хувилбараар шинжлэв. Үүнд: эхээс урагт дамжсан эсрэг бие, халдварын дараах дархлал тогтоцыг ХБНГУ-ын Беринг-верк пүүсийн Энцигност фермент холбоот дархлал (ФХД)-ын оношлуураар, вакцины дархлал тогтоцыг Ленинград хотын (хуучин нэрээр) вакцин нянгийн бэлдмэлийн «Улаан эст оношлуур ашиглан гүйцэтгэж геометрийн дундаж таныцын аргаар шинжилгээний дүнд

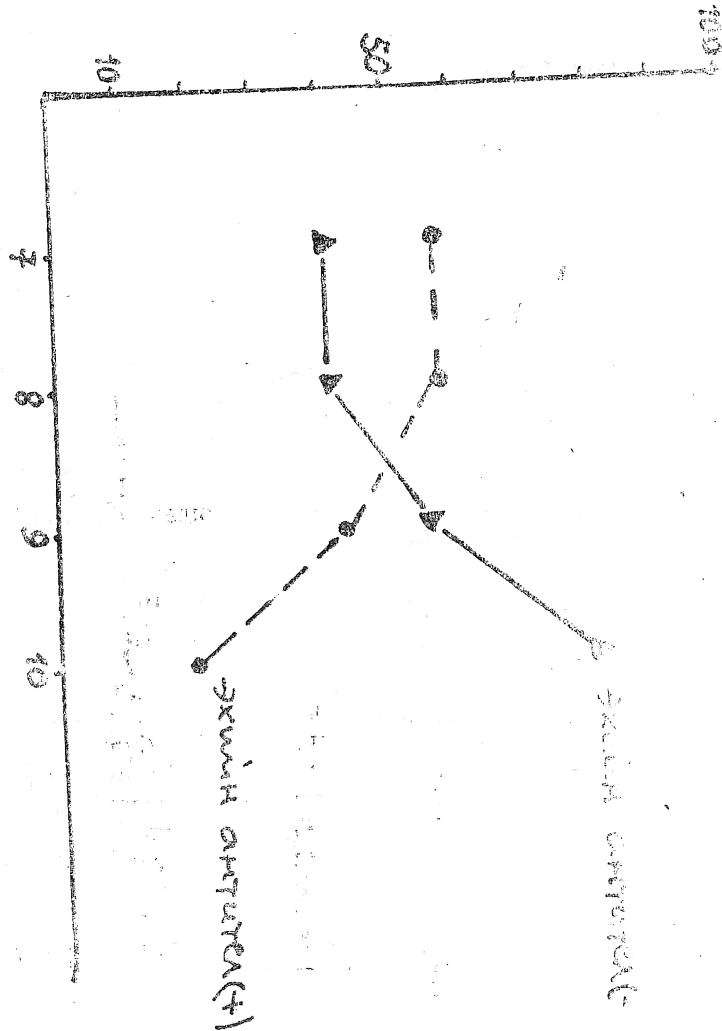
боловсруулалт хийв. Судалгааны үр дүн, дүгнэлт. 1988—1991 онд хийсэн 4 жилийн судалгааны дүнгээс үзэхэд Вакцин хийлгээгүй, харин өвчилж байсан 360 хүний 57,7% нь Лог.дч ±1:40-ээс дээш таныцтай, 1—16 насандаа вакцин хийлгэсэн 547 хүүхдийн 63,2—77,4% нь Лd10—13=1:20-оос дээш таныцтай, эх нь Улаанбурханаар өвчилж байсан 376 хүүхдийн 48,6% Лог.дч ±1:20 таныцтай байгаа нь монгол хүний дунд улаанбурханы дархлал тогтоцын түвшинг дээр дурьдсан гурван (диаграмм) үзүүлэлтээр нарийвчлан судлах боломтойг харуулж байна.

Нэг. Эхээс урагт дамжсан эсрэг биеийн таныц.

Эхээс урагт дамжсан эсрэг биеийн таныцад хүүхдийн наслалтын «хугацаа» хамааралтай эсэхийг сараар харьцуулж үзэхэд 0—7 сарын хооронд эсрэг биеийн таныц нэг

түвшинд байснаа 7, 8, 9 саруудад буурсаар эсрэг биеийн хэвийн түвшингийн солбицол 8—9 саруудад илэрч, эхээс урагт дамжсан эсрэг биеийн таныц хүүхдийн наслалтын хооронд хугацааны хамаарал байгаа нь (Диаграмм—2) харгагдаж байна.

Эхээс урагт дамжсан эсрэг биеийн таныцийн хугацааны хамаарал

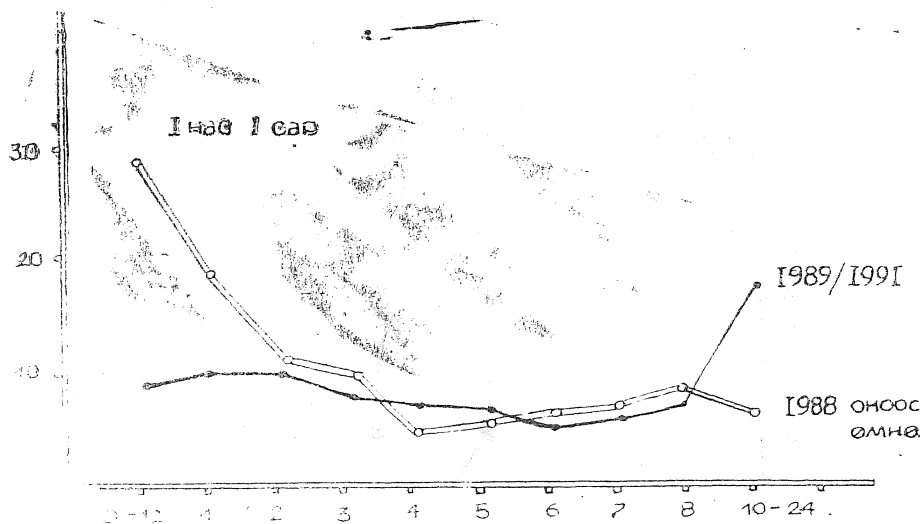


Дархлал судлалын шинжилгээний дээрх үзүүлэлтийг үндэслэн 9, 10 сартай хүүхдийн зөвхөн 20 орчим хувь нь эхээс авсан эсрэг биетэй тул 1 нас 1 сартайгаас (13 сар) эхлэн Улаанбурханы вакцин тарьж байгаа энэ журам манай

орны өнөөгийн нөхцөлд тохирохгүй гэж үзээд, 1988 оноос улаанбурханы вакциныг 9 сартайгаас нь эхлэн хэрэглэх туршилт явуулж, судалгааны ажлын үр дүн практик амьдралд хир зэрэг тохирч байгааг (Диаграмм—3) өвчлөлийн

үзүүлэлттэй харьцуулан судалж гэгдэж бусад орнуудад хийгдсэн үзэв. Эхээс урагт дамжсан эсрэг судалгааны дунджийг баримжаа- биеийн бууралт монгол хүүхдийн лан улаанбурханы вакцин эхлэн дунд эрт илэрч, олон улсын хэм- тарих хугацааг сонгож авах нь жээнд санал болгосон (12—13 сар) дундажтай тохирохгүй, вакцин манай орны өнөөгийн нөхцөлд то- тариулах насанд хүрээгүй хүүх- хиромжгүй байна гэж үзэх үндэс- дийн өвчлөл харьцангуй их бүрт- лэлттэй юм. 13 сартайгаас нь эхлэн Улаан-

Улаанбурханы өвчлөлийг насны бүлгээр харьцуулсан байдал



бурханы вакциныг тарьж байсан дээрх журам тухайн цаг үеийнхээ практик амьдралд хир зэрэг үр өгөөжтэйг 1984—1986 онд Улаан- баатар хотод бүртгэгдсэн 0—12 сартай хүүхдийн өвчний түүх ашиг- лан хийсэн «эргэх асуулга» судал- гааны үзүүлэлт (Диаграмм—4)-ээс тодорхой байна. Судалгаанд хам- рагдсан хүүхдийн 79,4% нь вак- цинжуулалтанд хамрагдалгүй өв- чилсэн, 21,2% нь вакцин хийлгээд өвчилжээ. Энэ нь тухайн үедээ вакциныг 12—24 сартай хүүхдэд хийх нэгдсэн журамд захирагдаж «эхээс урагт дамжсан эсрэг бие Улаанбурханы халдвараас хамгаа- лах» өвөрмөц зүй тогтлыг монгол хүүхдийн онцлогт тохируулан су-

далж, түүндээ нийцсэн вакцинжуу- лах бодлого практикт нэвтрээгүй байсантай холбоотой юм.

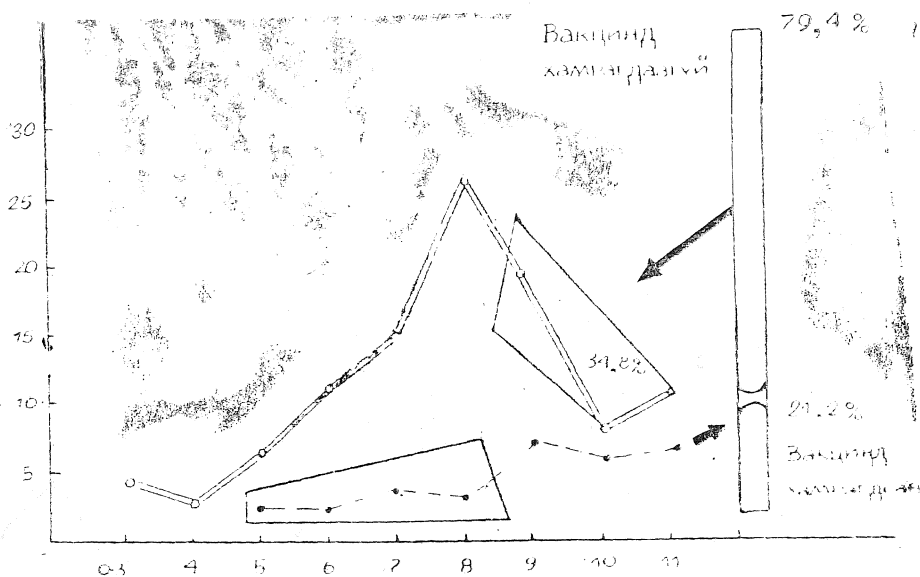
Хоёр. Вакцины дархлал тогтоц.

Судалгааны энэ хэсгийг вакцин хийлгэсэн тухай тарилгын картын тэмдэглэлээр сонгож, эмнэлгийн ажилчдаас 20 асуумжаар судалгаа авч, хүүхэд бүрийн цусны ийлд- сэнд шинжилгээ хийв. Шинжил- гээнд хамрагдсан нийт хүүхдийн 22,6—32,8% нь Лд 10—3=1:20-аас бага юмуу огт таныгүй байгаа нь манай оронд урьд нь хийгдсэн улаанбурханы өвчлөл халдвар суд- лалын судалгааны Хүснэгт—1) үзүүлэлттэй жишиж үзэхэд үнд- сэндээ ийлдэс судлалын талаасаа тохирч байна.

Хүснэгт —1

Вакцин хийлгээд тодорхой хугацааны дараа өвчилсөн тохиолдол

он	нийт өвчлөл	үүнээс вакцин хийлгээгүй	эзлэх хувь
1981	695	171	25,3
1982	209	77	36,8
1983	1935	481	24,9
1984	21738	2573	11,8
1985	520	131	25,2



0—12 сартай хүүхдийн өвчлөл, вакцинжуулалтын байдал

Вакцин хийлгэж тодорхой хугацааны дараа өвчилсөн шалтгааныг 20 асуулт хариултаар нэгтгэж үзвэл «дархлалын үйл ажиллагааг саатуулах сөрөг нөлөөлөл» гэдэг асуултанд огт хариулаагүй, харин «сэргийлэх тарилгын ажиллагаатай холбоотой гэсэн бүлэгт вакцины хадгалалт, тээвэрлэлт, дархлал тогтоох идэвх буурсан, вакцин тарих техник ажлын дэглэм зөрчигдсөнөөс гэж 57—63% нь үзсэн байна. Энэ нь гэрэл, дулааны нөлөөнд Морбилли вирусын идэвхтэй чанар хялбархан сулрах «эмзэг шинж» вакцины омогт шингэж үлдсэнээс —4 С—12°С-т хадгалж тээвэрлэн, найруулаад 30 минутын дотор хэрэглэх практик ажлын энгийн дэглэмийг хэрэгжүүлбэл вакцин тарьсны дараа тодорхой хугацаанд Улаанбурханаар өвчилж байгааг шинжлэх ухааны нарийн аргаар судлах гэж их хөрөнгө зарцуулалгүй амархан шийдвэрлэж болох юм гэсэн эрдэмтдийн зөвлөмжийг (1, 2, 5) манай орны нөхцөлд харгалзаж үзэх нь эрүүд мэндийн төдийгүй, эдийн засгийн хувьд ч ач холбогдолтой болно.

Үүнээс гадна дархлалын систе-

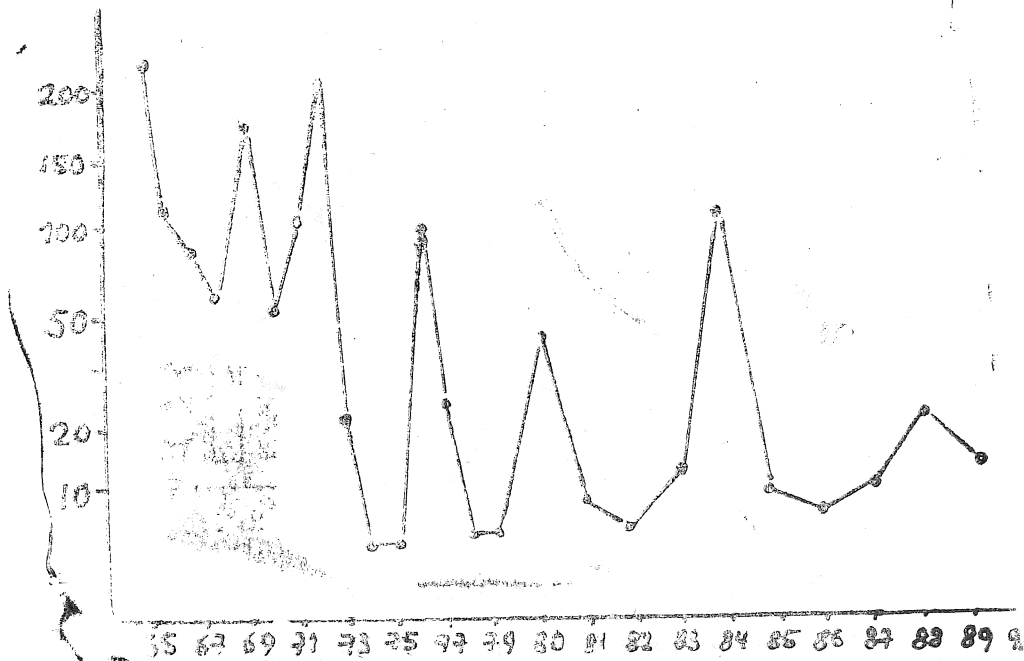
мийн өөрчлөлт, эсрэг биений төлжилтийг саатуулах сөрөг үйлчлэлээс вакцин тарьсны дараа дархлал тогтохгүй байх тохиолдол дунджаар 3—8% гэж ихэнхи судлаачид тогтоосон (1, 4, 5) нь дээрхи асуудлыг зөвхөн зохион байгуулалтын талаас шийдвэрлэж болох судалгааны нэг баримт болж байна.

Гурав. Халдварын дархлал тогтоц.

Өвчлөл халдвар судлалын сүүлийн 26 жилийн материалаар улаанбурханы (Диagramm—5) вакцин тарихын өмнөх үед (1965—1973), вакцинжуулалтын үе (1973—1992) гэсэн хоёр ангилалд оруулж ерөнхий үзүүлэлт гарган 16—52 насны хүмүүст ийлдэс судлалын шинжилгээ хийхээр нас бүрээс 5—8 хүн сонгож авав.

Судалгаанд улаанбурханаар багадаа өвчилж байсан аман мэдүүлэгтэй хүмүүс хамрагдсан бөгөөд, аман мэдүүлгийг халдварт өвчний бүртгэл, өвчний түүх болон бусад материалаар баталгаажуулах боломжгүй байв. Шинжилгээнд хамрагсдын 57,7% нь фермент хол-

Улаанбурхац өвчний өвчлөлтийн үндсэн үзүүлэлт



боот дархлалын урвалаар (ФХДУ) 1:40-ээс дээш таньцтай байгаа тохиолдлыг судалгаанд тохирно гэж үзсэн. Энэ нь

— тогтвортой дархлал тогтож Улаанбурханаар дахин өвчилдөггүй байсан уламжлалт ойлголт өөрчлөгдөж байна уу?

— эсвэл эмнэл зүйн хувьд адилтөстэй өвчнүүдээс ялган оношлоход алдаа гарсных уу?

— нэг бол өвчнийхөө талаар хүмүүс тэр бүр зөв мэдээлэл өгч чадахгүй байна уу гэдгийг харгалзан дүгнэлт хийх шаардлагатайг харуулж байна.

Халдвар тархалт өвчлөлтийн судалгааг 32 үндсэн үзүүлэлтээр явуулав. Үүнд эмнэлэгт хэвтэж эмчлүүлсэн 76,2%, гэртээ эмчлэгдсэн 13,2%, багадаа өвчилсөн тухай эцэг эх нь ярьдаг, өөрөө мэдэхгүй 7—9% гэсэн «эргэх асуулга» судалгааны хэсгийг бусад орны эрдэмтдийн шинжилгээний дүнтэй харьцуулж үзвэл, зарим тохиолдолд улаанбурханы эмнэл зүйн шинж бүдэг учраас улаанууд (краснуха), харшил зэрэг өвчнөөс

зөвхөн лабораторийн шинжилгээгээр ялган оношлоно. Тиймээс улаанбурханы өвчлөлтийг 100% бүртгэх боломжгүй (5) гэж тэмдэглэжээ. Судлаачдын энэ дүгнэлт 1988 онд Улаанбаатар хотод бүртгэгдсэн 198 тохиолдолд өвөрмөц оношлуур ашиглан ялган оношлох шинжилгээ хийхэд 6,6%-д нь улаанууд гэж тогтоогдсон бидний судалгаатай үндсэндээ тохирч байгаа юм.

Судалгаанаас гарах концепци буюу практик зөвшлөг

Улаанбурханы дархлал тогтолцоог өвчлөл халдвар тархалтын үндсэн үзүүлэлтэд түшиглэж судалсан учраас өвчний тархалт, өвөрмөц сэргийлэлтийн төлвийг практикийн үйл ажиллагаатай уялдуулан дараахи концепцийг санал болгож байна.

1. Өвөрмөц сэргийлэлтийн арга практикт нэвтрэхээс өмнөх жилүүдэд өвчлөл 1—2 жил тутамд хүн амын дархлаагүй бүлгийн дунд эпидеми хэлбэрээр гарч байсан бол 1973 оноос эхлэн идэвхтэй дархлал эпидемийн явцад шууд

нөлөөлөн вакцинжуулалтын хугацаанд эпидеми 4 удаа бүртгэгджээ. Өнөө үеийн эпидемийн дэгдэлтийн шалтгаан нь:

- өвчний бүртгэл
- ялган оношлолт
- дархлал тогтолцооны түвшин
- вакцин эхлэн тарих тохиромжтой хугацааг монгол хүүхдийн дархлалын системтэй холбон судлах.

— нөхөн вакцинжуулалтын бодлого зэрэг асуудлыг тухай бүрд нь судлаж шийдвэрлэж байгаагүйтэй холбоотой гэж үзэж байна.

2. Биобэлдмэлийг тохирсон температурт хадгалах, тээвэрлэх техникийн шийдэл хангагдаагүй нөхцөлд практикт хэрэглэж байгаа вакцины биологийн идэвхт чанарыг шалгах, дархлал тогтоцыг тодорхой хугацаанд хянаж, дархлалын түвшинд нөлөөлж буй сөрөг хүчин зүйлийг тогтоох нь практикийн үндсэн зорилт болж байна.

3. Эхээс урагт дамжсан эсрэг биений таньцын түвшин түүний хадгалагдах хугацаанд нөлөөлөх хам хүчин зүйлийн учир шалтгааныг илрүүлэх, амаржиж байгаа эхчүүдийн хэдэн хувь нь улаанбурханаар өвчилсөн, хэдэн хувь нь вакцин хийлгэсэн зэргийг тусгайлан тооцож эхээс урагт дамжсан эсрэг бие «өвчлөлийн», «вакцины» ялгавартай байна уу үгүй юу гэдгийг хүн амын биологийн онцлогт тохируулан судалж, энэ үндсэн дээр эмэгтэйчүүдийг жирэмслэхээс өмнө, нэг бол гэр бүл болох үед нь, эсвэл төрсний дараа хүүхдийг нь тусгай заалтаар вакцинжуулах үү гэлэг асуудлыг шийдвэрлэх нөхцөл бүрдэх юм.

4. Вакцин тариулсан эсэхээ мэдэхгүй байх тохиолдол нилээл ажиглагдаж байгаагаас нэг хүүхэд хэд хэдэн удаа вакцин хийлгэх бэрхшээлийг арилгахад сэргийлэх тарилтын даатгалын систем нөлөөлөх бүрэн үндэслэлтэй. Энэ үеэс сүүрх болон нөхөн вакцинжуулалтын боллого, түүвэр аргын вакцинжуулалтын систем үйлчлэх боломж бүрдэж ялган оношлоход бэрхшээл учруулж байгаа зарим

өвчнийг (улаанууд) бүртгэх систем үйлчилснээр манай орны хувьд улаанбурхан өвчинтэй тэмцэх сэргийлэх онолын болон практик ажлын шинжлэх ухааны уялдаа холбоо төлөвшиж вакцины хамралт, дархлалын үзүүлэлтээр олон улсын жишигт ойртох улмаар улаанбурханы алаг цоог (сапродик) халдварын тархалтаас сэргийлэх практик боломж бүрдэж болох юм. Дээр дурьдсан урьдчилсан нөхцөл хангагдаж бодит ажил болон практикт хэрэгжих үед тус орны нутаг дэвсгэрийн хэмжээнд улаанбурхан өвчин ховор бүртгэгдэж өвчний нозлогийн хэлбэрт шилжснээр вакцинжуулах аргаар ойрын үед энэ өвчнийг «устгаж болно» гэсэн ДЭМБ-ын зорилтыг монгол орны хэмжээнд хэрэгжүүлэх боломжтой гэж үзэж байна.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. О. Г. Анджапаридзе. Вестник Академии Жел. Наук. СССР. 1983. № 12, 3—8.

2. Литвинов С. К., В. П. Грачев, А. В. Лсбамов. ЖМЭИ, Москва, Мед. 1988, № 4. 93—99.

3. С. К. Литвинов, Д. Терриджани ЖМЭИ, Москва, Мед. 1985. № 9, 96—101

4. A. Programm. for Controlling Acute Respiratory infections in Children, memorandum from a WHO meeting sbid 1984. vol 62, p 47—48

5. Report of meeting to Advise on WHO Programme for vaccine. Development. Geneva 1984

Б. ЖАВ, Ц. ЭРДЭНЭБУЛАГ,
Г. МЭНДСАЙХАН

ЧАНД АВИАНЫ ШИНЖИЛ ГЭЭГЭЭР ЖИРЭМСЭНГ ЭРТ. ХОЖУУ ХУГАЦААНД ОНОШЛОХ АСУУДАЛД

Эх барих-эмэгтэйчүүдийн өвчин судлалын тэнхим (эрхлэгч лон. Б. ЖАВ)

Шинжлэх ухаан техникийн хөгжлийн үр дүнд чанд авиан оношлогооны арга эмнэлгийн практикт өргөн нэвтэрч байна. Энэ арга нь үйл ажиллагааны бусад аргуудаас

харьцангуй үр дүн сайтай энгийн, эх урагт сөрөг нөлөөлөл үзүүлдэггүй, голомтот эмгэгийг илрүүлэх чадвар өндөртэй юм. Тийм ч учраас эмнэлгийн, ялангуяа эх барих, эмэгтэйчүүдийн практикт өргөн ашиглаж байна. Жирэмсэнг эрт илрүүлж хяналтанд авах, эх барихын аливаа эмгэгийг цаг тухайд нь оношлоход чанд авианы шинжилгээ практикийн ач холбогдолтой болохоо харууллаа.

Бид 3—12 долоо хоногийн хугацаатай хэвийн явцтай 201 жирэмсэн эмэгтэйд Hitachi EUB—200 маркийн 3,5 МГц давтамжтай хэл-

бэлзэл үүсгэдэг чанд авианы аппаратын тусламжтайгаар жирэмсний хугацааг тодорхойлох, жирэмсний өсөлтийн хурдыг тогтоох зорилт тавилаа.

Судалгаанаас үзэхэд жирэмснийг 3 долоо хоногтойгоос эхлэн оношлох, 5 долоо хоногтойгоос үр хөврөлийн зулай, ахар сүүлийн хоорондох хэмжээг (З.А.Х) тодорхойлох боломжтой байна. Үр хөврөлийн З.А.Х., түүний өсөлтийн хурд, умайн урт, зузаан, өргөний хэмжээг тогтоож, жирэмсний хугацаатай харьцуулан жишлээ.

Хү снэгт № 1

Үр хөврөл, ураг, умайн үзүүлэлтүүд (мм)

Жирэмсний хугацаа (7 хоног-гоор)	Асуулт		Ургийн хэмжээ					Умайн хэмжээ			
	хөврөлийн диаметр		З. А. Х	өсөлтийн хурд	биеийн диаметр	толгойн диаметр	урт	зузаан	өргөн	тойрог	
	дотор	гадна									
3	9	15					58	44	59		
4	14	18					64	48	60		
5	15	22	14		12		68	53	64	164	
6	23	33	16	2	8		79	57	68	199	
7	37	45	20	4	9	11	82	60	70	221	
8	40	51	29	9	14	13	98	74	78	230	
9	45	58	35	6	16	15	105	75	89	232	
10	45	61	48	13	18	18	110	76	90	285	
11	55	67	64	14	21	22	114	80	98	259	
12	65	73	76	12	25	27	122	83	109	277	

Жирэмсний эрт хугацаанд З.А.Х., умайн хэмжээ хоёроос гадна оношийн ач холбогдол бүхий үр хөврөлийн динамик өөрчлөлт гарч байна. Ургийн дүрс анх 4 долоо хоногтойд үзэгдэж, 6 долоо хоногт зүрхний нь цохилт мэдрэгдэн, үр хөврөл умайн хөндийн хагасыг эзлэн байршиж байна. Харин 7 долоо хоногтойд хорион цэлмэн цайрч харагдан ургийн хөдөлгөөн тодорхойлогдож байна. 8 долоо хоногтойгоос үр хөврөл умайн хөндийг бүтэн эзлэн дүүрнэ. 9—10 долоо хоногтойгоос ургийн гар, хөл, толгойн хэлбэр тод ялгаран харагдаж хөдөлгөөн нь мэдэгдэхүйц идэвхждэг нь илэрлээ. 10—11 долоо хоногтойгоос ургийн толгойн М-эхо ялгарч, тархины эд, ховд-

лууд тодорч. 11—12 долоо хоногтойд ургийн нуруу, элэг, ходоод, давсаг харагдаж ерөнхий хэлбэр дүрсээ олж байна.

Жирэмсний хожуу хугацаанд ургийн өсөлт хөгжил эрчимтэй явагдаж ургийн ус, ихэс умайн эзлэхүүн ихсэнэ. Ургийн толгой, цээж, хэвлий, мөчний ердийн хэмжээ, ихэсийн зузаан, хөгжлийн зэргийг тогтоосноор эхийн хэвлий дэх ургийн өсөлтийн саатал, тураалыг оношлоход чухал ач холбогдолтой байдаг. Энэ үүднээс хэвийн явцтай эрүүл жирэмсэн 37 эмэгтэйд 2 долоо хоног тутамд чанд авиан аргаар ургийн толгой, цээж, хэвлийн хөндлөн огтлол, хөл гарын ясны уртыг хэмжиж өсөлтийн хурдыг тодорхойлов.

Шинжилгээний үр дүнг В.Н. гадаадын судлаачдын үзүүлэлттэй Демидов, М.В. Медведев (8) зэрэг харьцуулан судалсан юм.

Хүснэгт № 2

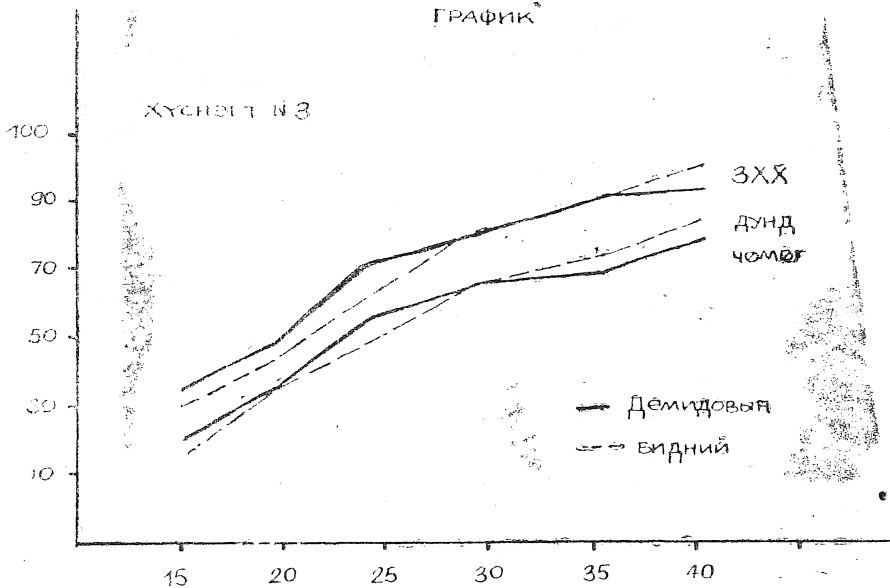
Толгой, цээж, хэвлий, мөчдийн харьцуулсан хэмжээ

Хугацаа 7 хоног	13—16		17—20		21—24		25—28		29—32		33—36		37—40	
	Д	Б	Д	Б	Д	Б	Д	Б	Д	М	Б	Д	М	Б
Толгой	4	3,9	3,2	3,2	3	3,1	2,9	2,5	2,5	1,0	2,2	2	0,9	1,8
Цээж		3,8		2,7		3,0		2,3		0,9	2,8		0,8	2,8
Хэвлий		3,4		2,7		2,7		3,0		11,0	2,3		0,9	2,7
Мөчнүүд	3	2	3	2,8	3	2,6	3	2,7	3		1,6	3		1,7
														1,5
														1,3

ТАЙЛБАР. Д—Демидов; Б—Бидний; М—Медведев.

Уртын зурагын хондлог хэмжээ дунд
чөмөгний уртын өсөлтийг харьцуулсан

ГРАФИК



Дээрхи хэмжигдэхүүнүүдээс ЗХХ дунд чөмөгний уртын хэмжээг шугаман графикаар жишин үзэхэд бидний хэмжээ 27 долоо хоног хүртлэх хугацаанд 1—6 мм-ээр илүү, 27—30 долоо хоногтойд адил ойролцоо, харин 30 долоо хоногтойгоос 1—3 мм-ээр багасч байна. Мөн жирэмсний хугацаагаар 1—2 долоо хоногийн зөрүүтэй байгаа нь ажиглагдлаа.

Өсөлтийн хурдын хувьд Деми- дов нарын (8) үзүүлэлттэй ерөн- хийдөө дүйж, Медведев нарынхтай 37—40 долоо хоногтойд тохирч байна. Ер нь хэвлий дэх ургийн өсөлтийн хурд 28 долоо хоног хүртэл эрчимтэй байснаа аажмаар буурч, 37—40 долоо хоногтоо 0,9—1,3 мм болж байгаа нь илэрлээ.

Эхийн хэвлий дэх ургийн жин, өндрийг урьдчилан тогтоосноор төрөлтийг удирдах аргыг ялангуяа

чихрийн шижин, том ураг, уйтан аарцагтай эмгэгийн үед зөв тактик сонгон, төрөлтийн хүндрэлээс сэргийлэн, нярайн өвчлөл, эндэгдлийг бууруулах боломж олгоно.

Судлаачид ургийн урьдчилсан жин, өндрийг тогтоох талаар судалгааны ажил хийж байна. Жишээ нь: ургийн толгойн хөндлөн хэмжээгээр (БПХ) урьдчилсан жин тогтоох дараах тэгшитгэлийг зохиожээ.

1. Гингуагене	Ж=983×БПХ—5558
2. Хеллман	Ж=772,2×БПХ—3973,8
3. Кохорн	Ж=613×БПХ—2569
4. Саббога	Ж=933,1×БПХ—5476,96
5. Сузуки	Ж=604×БПХ—2093
6. Моррисон	Ж=281,3×БПХ—456,7
7. Демидов	Ж=1550×БПХ—10850
8. Хансман	Ж=900×БПХ—5200
9. Миллер	Ж=944,6×БПХ—5879
10. Холлендер	Ж=950,8×БПХ—5712

Зарим эрдэмтэд ургийн цээж, уртаар ургийн жин, өндрийг тог- хэвлийн хэмжээ, дунд чөмөгний тсох тэгшитгэл зохиожээ. (4, 5, 8).

11. Цээжний хөндлөн хэмжээгээр Ж=1875×ц—14625
12. Хэвлийн хөндлөн хэмжээгээр Ж=244,1×Х2—3987,9×Х+18219
13. Дунд чөмөгний уртаар Ж=1875×Дч—10500
14. $\Theta=5,5 \times \text{БПХ}$
15. $\Theta=0,508 \times \text{Дч} - 0,56 \times \text{Дч} + 2868$

Бид эрүүл, хэвийн явцтай 115 хожуу үеийн хордлоготой 14 жи- рэмсэн эхийн төрөхөөс нь 1—5 хо- ногийн өмнө ургийн толгой, цээж, хэвлийн болон дунд чөмөгний ур- тын хэмжээг авч дээрхи томьёонд оруулан ургийн жин, өндрийг урьдчилан тогтоож, төрсний да- раахи жинтэй харьцуулан дундаж зөрүүг гаргасан.

Доорхи хүснэгтүүдээс үзэхэд 1, 5, 7-р тэгшитгэлүүдийн дундаж зөрүү бусдаасаа бага, 200 г хүрт-

лэх зөрүүний эзлэх хувь 28—43 байна. Эдгээрийг манай орны нөх- цөлд ашиглах харьцангуй боломж; той боловч практик үр дүн бага- тай байна. Ийм учраас бид өөрийн орны нөхцөлд тохирсон ургийн урьдчилсан жин, өндрийг тогтоох тэгшитгэл зохиох зорилт тавьсан юм. Үүний тулд судалгааныхаа ма- териалд статистик боловсруулалт хийн, компьютер ашиглан дараах тэгшитгэл зохион хэрэглэсэн юм.

1. Ж=101,1×БПХ—5667
2. Ж=1471,6+23,4×Ц
3. Ж=172,61+34,65×Х
4. Ж=101,15+44,78×Дч
5. $\Theta=0,569 \times \text{БПХ}$
6. $\Theta=35,56+0,21 \times \text{Дч}$

Дээрхи тэгшитгээс харахад ур- зөрүү нь ±174,6-с, ±387,8 г болж гийн урьдчилсан жингийн дундаж байна.

Хүснэгт № 5

Томьёо	1		2		3		4	
	э	н	э	н	э	н	э	н
Зөрүү +	174,6	167,2	387,0	230,8	241,8	168,8	241,6	214

Хүснэгт № 3

Томьёо	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12		13	
	э	н	э	н	э	н	э	н	э	н	э	н	э	н	э	н	э	н	э	н	э	н	э	н	э	н
Зөрдүү	286	246,8	524	506,8	526	507	577	642,6	344,8	239,9	1418	1056,6	487	429,5	867,4	868,1	773,7	735,2	676	709,1	723	538,4	1287	780,8	811,9	72692

Хүснэгт № 4

Жингийн зөрдүүг 3 ангилан, гэдний эзлэх хувь

Томьёо	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12		13	
	э	н	э	н	э	н	э	н	э	н	э	н	э	н	э	н	э	н	э	н	э	н	э	н	э	н
Зөрдүү	31	45,4	17,4	18,0	11,6	18,0	10,4	9	42,0	55	28,2	28,7	27	4,3	9,4	9,4	0,4	7,8	27,9	7,8	16,5	14,8	4,3	7,8	23,9	15,6
Лейдлах 002	30,2	36,4	36,5	17,4	18,0	18,0	10,4	9	42,0	55	28,2	28,7	27	4,3	9,4	9,4	0,4	7,8	27,9	7,8	16,5	14,8	4,3	7,8	23,9	15,6
Лейдлах 101-500	46,1	55	47,4	55	55,7	73	24,4	9	24,4	33,6	36	39,8	18	31,5	82,1	82,8	73	65,3	91	68,7	64	87,9	73	60,9	82	
Швед see-109	38,8	18,2	46,1	55	55,7	73	24,4	9	24,4	33,6	36	39,8	18	31,5	82,1	82,8	73	65,3	91	68,7	64	87,9	73	60,9	82	

Харин 200 г хүртэлх зөрүү нь 54,3-аас 66% эзэлж буй нь практик өгөөж илүүтэй байна.

Хүснэгт № 6

томъёо	14		15		V		VI	
	±э	±н	±э	±н	±э	±н	±э	±н
Зөрүү (см)	1,8	2,4	2,5	3,8	1,5	1,6	1,6	0,7

Бидний дэвшүүлж буй томъёогоор ургийн урьдчилсан жин тогтооход БПХ, хэвлийн хөндлөн огтлолын хэмжээ нь магадлал сайтай байна. Жирэмсний хожуу үеийн хордлоготой эхээс гарсан нярай хүүхдийн жин урьдчилсан жингээсээ тогтмол бага байгаа нь ургийн туралтай холбоотой байж болох юм.

Эхийн хэвлий, дэх ургийн хөгжил нь ураг ихэсийн үйл ажиллагааны бүрдлээс ихээхэн хамааралтай байдгийг судлаачид нотолж байна. Умай, ихэсийн цусны эргэлт хомсдох нь урагт хөгжлийн эмгэг өөрчлөлт үүсэх шалтгааны 20—21%-ийг эзэлдэг байна. Ихэсийн үйл ажиллагаа, бүтэц, хэмжээ, байрлалыг тодорхойлохгүйгээр жирэмсний тээлтийн хэвийн болон

эмгэг явц, ургийн хөгжлийг үнэлэх, төрөлтийг удирдах аргыг сонгох зэрэг асуудлыг шийдвэрлэх боломжгүй билээ.

Орчин үед ихэсийн байдлыг шинжлэх олон аргуудын дотроос оношлогооны чадвар нэн өндөртэй (99%), эх ба урагт сөрөг нөлөөлөл үзүүлэхгүй арга бол чанд авианы шинжилгээ юм.

Бид өөрийн орны нөхцөлд ихэсийн бүтэц, байрлал, зузааныг тогтоох зорилгоор 6—40 долоо хоногийн хугацаатай 731 жирэмсэн эрүүл 35 хожуу үеийн хорлоготой эмэгтэйд судалгаа хийсэн юм.

Ургийн хөгжил, ихэсийн зузаан яаж өөрчлөгдөж байгааг Демидов В. Н. зэрэг судлаачдын үзүүлэлтүүдтэй харьцуулж үр дүнг 7-р хүснэгтээр харуулав.

Хүснэгт № 7

Ихэсийн зузаан

Жирэмсний хугацаа хоног	Ихэсийн зузаан (мм)		Хугацаа	Ихэсийн зузаан (мм)		
	Хэвийн			Хэвийн		
	зузаан	±		зузаан	±	Хожуу үеийн хордлоготой
6	5,5	0,5	24	21,8	0,2	
7	6,4	0,1	25	22,6	0,5	
8	7,4	0,5	26	23,2	0,5	
9	8,4	0,6	27	25,5	0,2	
10	9,6	0,2	28	26,1	0,3	
11	9,7	0,2	29	27,2	0,3	
12	12,6	0,3	30	28,3	0,3	
13	13,7	0,5	31	29,3	0,5	
14	14,1	0,2	32	30,3	0,2	
15	14,6	0,1	33	31,0	0,3	
16	15,1	0,3	34	32,2	0,4	
17	16,5	0,3	35	32,8	0,5	33,4
18	17,2	0,4	36	33,8	0,5	33,6
19	18,4	0,3	37	34,6	0,3	35,4
20	18,6	0,3	38	34,9	0,3	37,5
21	19,4	0,6	39	35,1	0,1	38,8
22	20,8	0,6	40	35,9	0,2	43,2
23	21,0	0,5				

Ихэсийн хөгжлийн 4 шатны цэрэг

№	Ихэсийн хөгжлийн зэрэг	Хугацаа (долоо хоног) хэвийн	Хожуу үеийн хордлого
1	0	27 хүртэл	
2	1	22—34	
3	2	28—38	
4	Ш	36-аас дээш	35-аас дээш

Хүснэгтээс үзэхэд жирэмсний тай учраас бидний дэвшүүлж буй хожуу хордлоготой эмэгтэйн ихэс хэвийн хэмжээнээс мэдэгдэм зузаарч, хөгжлийн боловсролтын зэрэглэл тухайн хугацаанд байх ёстой хэмжээнээс өндөр байна.

Бид чанд авиан шинжилгээгээр жирэмсэнг эрт болон хожуу хугацаанд оношлох судалгааныхаа материалд үндэслэж дараах дүгнэлт хийж байна.

1. Жирэмсний эрт хугацаанд эхийн хэвлий дэх ургийн хэмжээ гадаадын судлаачдын үзүүлэлтүүдтэй үндсэндээ тохирч 13—27 долоо хоног хүртлэх хугацаанд 1—6 мм-ээр илүү, 30 долоо хоногоос дээш хугацаанд 1—3 мм-ээр бага байна. Харин жирэмсний хугацаа нь 1—2 долоо хоногийн зөрөөтэй байна.

2. Европын судлаачдын зохиосон ургийн урьдчилсан жин, өндрийг тогтоох тэгшитгэл нь манай орны нөхцөлд хэрэглэхэд практик өгөөж. Үр дүнгийн хувьд тохиромж бага-

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. Б. Жав, Ц. Эрдэнэбулаг, Ж. Лхагвасүрэн, АУДэС-ийн багш нарын эрдэм шинжилгээний онол практикийн 33-р бага хурлын материал УБ. 1990.

2. М. К. Абурахманов, А. Э. Каспарова. Ультразвуковая диагностика в перинатологии тезис докладов. М. 1989 г.

3. М. И. Аккерман. Журн. Акушерство и гинекология. 1989. № 1.

5. П. А. Бычков, А. В. Логвиненко. Журн. Вопросы охраны материнства и детства. 1988. том № 133. 75

6. Е. В. Гинутуатене. Автореферат диссер. канд. мед. наук. Каунас 1975

7. В. С. Горин, О. Б. Дубленни-

8. Монгол жирэмсэн эмэгтэйн

ихэсийн зузаан нь 37 долоо хоног хүртлээ нимгэн атлаа ихэсийн хөгжилт нь харьангуй (1—3 долоо хоног) түргэн байна.

4. Жирэмсний хожуу хордлоготой байхад ихэсийн зузаан хөгжлийн зэрэглэл нь эрүүл жирэмснийхээс илүү байгаа нь уг эмгэгийг клиник шинж илрээгүй байхад урьдчилан оношлох боломжтойг харуулж байна.

5. Чанд авианы шинжилгээний арга нь оношлогооны чадвар өндөр жирэмсний явцад динамик ашиглалт хийх боломжтой хамгийн энгийн, эх барихын практик ая холбогдолтой арга болох нь батлагдлаа.

ксов. Охрана здоровья женщин-работниц промышленных предприятий. г. Новокузнецк, 1984 г.

8. В. Н. Демидов, П. А. Бычков, А. В. Логвиненко. Журн. Вопросы охраны материнства и детства, 1987 № 6.

9. Е. Г. Лебедева, А. В. Логвиненко, Б. Е. Розенфельд. Современная функциональная диагностика в перинатологии. Тарту. 1989 г.

10. Н. М. Мухарлямова, Клиническая ультразвуковая диагностика М. 1987 г.

11. Персианинов, В. Н. Демидов. Ультразвуковая диагностика в акушерстве. М. 1987.

12. А. Н. Стрижаков, А. Т. Буини,

М. В. Медведев. Ультразвуковая диагностика в акушерской клинике М. 1990.

кая характеристика физиологической и патологической Автореферат дисс. канд. мед. наук. М. 1982.

13. А. М. Стыгар. Эхографичес-

Ж. ГОМБОЖАВ,
Н. ДАМДИНСҮРЭН,

Д. ХАЛТАР

НАРНЫ ХЭТ ЯГААН ТУЯА (НХЯТ)-НЫ ЭРЧМИЙН ХЭМЖЭЭГ ТОДОРХОЙЛСОН ДҮНГЭЭС

АУИС-ийн физикийн тэнхим (эрх-тэн К. Окас), МУИС, ШУА-ийн

лэгч техникийн ухааны дэд эрдэм-геофизикийн төв (захирал проф. Д. ХАЛТАР)

Нарны хэт ягаан туяа (НХЯТ)-ны эрчмийг тодорхойлох нь эрс тэс уур амсгалтай манай орны нөхцөлд шинжлэх ухааны тулгуур ач холбогдолтойн дээр, НХЯТ-нь биоцаг уурын хүчин зүйлсийн гол тодорхойлогчийн нэг юм.

НХЯТ их энергитэй квантуудыг бодисын молекулуудад дамжуулан шингээдэг учраас фотобиологийн ба фотохимийн үлэмжхэн идэвхтэй байдаг. Иймд биологичид, хавдар судлагчид, эрүүл ахуйчид болон рашаан сувиллын эмч мэргэжилтэн нарт тухайн нутаг дэвсгэр дээрхи НХЯТ-ны спектр бүтэц, эрчим, эрчмийн түгэлт нь биоцаг уур амьсгалын чухал үзүүлэлтийн хувьд мэдээллийн хэрэгцээ жил

ирэх тутам улам нэмэгдэж байна. Энэ чиглэлийн судалгаа манай улсад төдийлөн хийгдээгүй учир Белинскийн (1) боловсруулсан агаар мандлын хялбарчилсан загвар (АМХЗ)-ыг хэрэглэж Монгол улсын зарим бүс нутагт НХЯТ-г тодорхойлох зорилт тавив.

МУИС-иас Угтаалын сангийн аж ахуйтай хамтран хийж байгаа нарны цацрагийн судалгааны материалд тулгуурлан АМХЗ-аар НХЯТ-ны нийлбэр цацраг (Q_m)-ыг, нөгөө талаас пиранометрээр хэмжсэн нийлбэр цацраг (Q_n)-аар цацрагийн эквивалент Q_n/Q_m -ыг тодорхойлж Н. Р. Русин (2) нарын тогтоосон эквиваленттай харьцуулан гаргалаа.

Хүснэгт №1
Нарны янз бүрийн өндөрт НХЯТ-ны нийлбэр цацрагийн эквивалентыг тодорхойлсон үзүүлэлт

Нарны өндөр (но)	Пиранометрээр хэмжсэн нийлбэр цацраг Q_n (Вт/м)	НХЯТ-ны нийлбэр цацраг (Вт/м)		НХЯТ-ны эквивалент Q_n/Q_m	
		Загвараар бодсон: Q_m	Эквивалентаар олсон: $Q_э$	Русин нарынх	Бидний бодсон
60	658,2	42,57	41,85	15,7	15,43
45	617,2	39,00	37,68	16,0	15,85
40	528,5	32,24	31,18	17,0	16,44
30	456,0	24,95	26,07	14,9	15,72
20	276,3	19,18	17,56	15,6	14,65

Хүснэгт № 1-ээс үзвэл АМХЗ-аар бодож олсон хэт ягаан туяаны эквивалент нь Н. Р. Русин нарын тодорхойлсон утгатай тохирчээ. Энэ нь АМХЗ-ыг цаашдын судалгаанд хэрэглэж, нарны янз бүрийн өндөрт хэт ягаан туяаны нийлбэр цацрагийн хэмжээг тодорхойлж болохыг харуулж байна.

Бид НХЯТ-ны долгионы уртын

$V < 400$ нм буцуу $A+B$ болоод $V < 315$ нм буюу B мужуудад харгалзуулан нийлбэр цацраг, шулуун S ба сарнисан D цацрагуудыг Монгол Улсын чутаг дэвсгэрийн төв хэсэгт оршд Угтаал болон Улаанбаатарт хийсэн хэмжилтийн материал дээр тулгуурлан АМХЗ-аар бодож 2-р хүснэгтээр үзүүлэв.

Нарны янз бүрийн өндөрт хэвтээ гадарга дээр тусаж байгаа НХЯТ-ны эрчим

H/Ө	Шулуун цацраг S (Вт/м)			Нийлбэр цацраг Q (Вт/м)			Сарнисан цацраг D (Вт/м)		
	B	A	A+B	B	A	A+B	B	A	A+B
50	0,63	24,85	25,48	1,84	45,40	47,24	1,21	20,56	21,76
45	0,47	21,13	21,61	1,55	40,96	42,51	1,07	19,83	20,90
40	0,34	17,32	17,66	1,26	36,23	37,49	0,93	18,91	19,84
35	0,21	13,44	13,65	0,98	31,26	32,24	0,77	17,82	18,58
30	0,12	9,59	9,71	0,72	26,16	26,87	0,60	16,47	17,06
25	0,05	6,32	6,37	0,49	21,19	21,68	0,43	14,87	15,31
20	0,02	3,48	3,50	0,30	16,15	16,44	0,28	12,67	12,94
10	0,00	0,28	0,28	0,05	7,28	7,33	0,05	7,00	7,04

Бид Угтаал орчимд НХЯТ-ны сарын дундаж тун нь 3—10,5 кВт цаг/м² ба жилийн нтун 70—76 кВт цаг/м² байгааг тогтоов.

Мөн судалгааны явцад агаар мандлын тунгалгийн интеграл коэффициент Р₂ нь —0,03-оор ба-

гасах (буюу булингарталын коэффициент нь 0,02-оор ихсэхэд)-ад НХЯТ-ны шууд цацраг —0,078 Вт/м², нийлбэр цацраг —0,046 Вт/м² тус тус буурч, харин сарнисан цацраг 0,018 Вт/м² ихэсч байдгийг илрүүлэв.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. В. А. Белинский, Л. М. Андриченко. «Тр. конферен. по актинометрии и оптике атмосферы». Л.,

Гидрометеоздат. 1974.

2. Н. Р. Русин. Прикладная актинометрия Л., 1979.

Б. ДАГДАНБАЗАР

ХҮҮХДИЙН ИХ ЗУЛАЙН ХЭМЖЭЭГ ТОЛГОЙН ХЭМЖЭЭТЭЙ ХАРЬЦУУЛАН СУДАЛСАН ДҮН

АУИС-ийн хүний эрүүл бие зүйн тэнхим эрхлэгч Д. АМГАЛАН-БААТАР

Бага насны хүүхдийн эрүүл хэвийн өсөлтийн нэг чухал үзүүлэлт болох их зулайн хэмжээг толгойн хэмжээтэй харьцуулан судалж толгойн өсөлт, зулайн битүүрэлтийн явцыг зөв тогтоох явдал эх барих, хүүхэд, мэдрэлийн эмч судлаачдын анхаарлыг татсан онол практикийн чухал ач холбогдолтой асуудал гэдгийг (5, 6, 10) олон эрдэмтэд бичсэн юм.

Монгол хүн бүхэн хүүхдийнхээ зулайг илж үздэг заншилтай бөгөөд бэлүү чулуу гэж хэлж эхлэхэд их зулай нь сая битүүрдэг гэлцдэг.

Дорно дахины Даргайн ламба сударт 3 нас хүрээгүй хүүхдийн их зулайд зүү төөнө засал хийхийг хориглосон байдаг нь гүн учиртай.

Энэ талаар эрдэмтэн З. Г. Вограник, 1961; Э. Д. Тыкочинская 1979 нар тэмдэглэсэн бий.

Хүүхдийн их зулай хугацаанаасаа эрт битүүрвэл гавал хатуурах эмгэгшилд хүргэж улмаар оюун ухааны хомсдолтой болдог.

Энэ бүхнээс үндэслэн бид 0—2 хүртэл насны эрүүл өсөн бойжиж буй 154 хүүхдийн биеийн жин, өндөр, толгойн тойрог, шулуун, хөндлөн хэмжээг В. В. Бунак, 1941, В. П. Алексеева, Г. Ф. Дебеца 1964; нарын аргаар зулайн талбай, зулайн шулуун хөндлөн, баруун, зүүн ташуу хэмжээг И. М. Яровая 1957; Н. Н. Сак 1971 нарын аргаар хэмжиж статистик боловсруулалтыг Фишер-Стьюдентийн аргаар хийсэн (Хүснэгт 1, 2).

Хүүхдийн толгойн хэмжээний өсөлтийн үзүүлэлт

Насны бүлэг	Толгойн тойрог см		Толгойн шулуун см		Толгойн хөндлөн см	
	M	m	M	m	M	m
Нярай (1—10 хоног)	35,45±1,06		11,77±0,31		9,31±0,30	
Хөхүүн үе.						
1 сар	36,53±1,23		12,03±0,53		10,30±0,37*	
2 —	38,25±0,65		12,77±0,19		10,62±0,47	
3 —	38,52±0,25		12,99±0,31		11,71±0,27	
4 —	39,20±0,31		13,27±0,31		12,02±0,41	
5 —	41,40±0,40*		13,36±0,53		12,02±0,46	
6 —	43,30±0,10*		13,70±0,28		12,21±0,31	
7 —	44,65±0,49*		14,23±0,33		12,35±0,27	
8 —	44,79±0,46		14,76±0,50		12,10±0,59	
9 —	44,67±0,48		14,97±0,47		12,68±0,50	
10 —	45,00±1,45		14,95±0,24		12,68±0,11	
11 —	45,75±0,08		15,22±0,57		12,77±0,61	
12 —	45,97±0,35		15,40±1,32		13,03±0,27	
Нялх үе:						
1—1,5 нас	47,51±0,35*		15,77±0,37		13,35±0,36	
1,5—2 нас	48,10±0,54		16,07±0,53		13,65±0,54	

ТАЙЛБАР: *—дээрхээсээ магадтай ($0,01 < P < 0,05$) ялгаатайн үзүүлэлт

Төрсний дараа хүүхэд орчиндоо түргэн дасан зохицож өсөж бойжиход хамгийн түрүүнд тархины өсөлт хөгжилтийг дагаад толгойн хэмжээ томрохын зэрэгцээ их зулайн хэмжээ яаж өөрчлөгддөг талаар дэлхийн олон судлаачдын дүгнэлт зөрөөтэй явсаар иржээ. Тухайлбал: А. П. Никифоров 1990, И. М. Яровой 1957, А. Андронеску 1970 нар эрүүл өсөж буй хүүхдийн их зулай төрснөөс хойш битүүрэх хүртлээ үргэлж багасдаг гэж үзэж байхад Ч. Н. Сак 1971 эрүүл өсөж буй хүүхдийн их зулай төрснөөс хойш эхний 4 сар хүртэл томроод багассаар битүүрдэг гэжээ. Харин бидний судалгаагаар (хүснэгт 2) эрүүл өсөн бойжиж буй хүүхдийн их зулай төрсний дараах эхний 1 сард томроод хоёрдох сараас эхлэн 6 сар хүртэл ажиглагдам, цааш даа эрчимтэй багассаар битүүрдэг болох нь харагдаж байгаа бөгөөд М. Роде (1935), Н. С. Сысак (1952) нарын судалгааны дүнтэй тохирч байгаа юм.

Эрүүл төрсөн 20 нярай хүүхдийн толгой, их зулайн хэмжээг

төрөлтийн явцын өөрчлөлт хэвийн болох 5—7 дох хоногт нь хэмжиж үзэхэд толгойн хэлбэр гонзгой, зулай 100% ромб хэлбэртэй байлаа.

Хүснэгт 1, 2-оос үзэхэд манай эрүүл нярай хүүхдийн толгойн тойрог 35,45±1,06 см, зулайн талбай 4,46±0,25 см² болон зулайн шулуун хэмжээний харьцаа нь 2,8:1,0 хөндлөн хэмжээний харьцаа нь 4,2:1,0, зулайн баруун зүүн ташуу хэмжээний харьцаа нь 1,1:1,0 байгаа нь бага зэрэг асимметри ажиглагдаж байна.

Бидний судалгаагаар 1 сартай хүүхдийн толгойн тойрог, зулайн талбай хоёр нь зэрэг ихэсдэг болох нь тарагдлаа. Харин толгойн болон зулайн шулуун хэмжээний харьцаа 2,4:1,0, хөндлөн хэмжээний харьцаа 2,5:1,0, зулайн баруун зүүн ташуу хэмжээний харьцаа 1:1 болж асимметри ажиглагдахгүй боллоо.

Хоёр сартай хүүхдийн толгойн болон зулайн шулуун хэмжээний харьцаа 2,7:1,0, хөндлөн хэмжээний харьцаа 2,9:1,0, зулайн баруун

Хүслэгг 2

Хүүхдийн их зурайн хэмжээний өөрчлөлтийн үзүүдэлт

Насны бүлэг	Зурайн талбай см		Зурайн шулуун см		Зурайн хөндлөн см		Баруун ташуу см		Зүүн ташуу см	
	M	m	M	m	M	m	M	m	M	m
Нярай (1-10 хосол)	4,46±0,25		4,19±0,33		2,91±0,27		2,00±0,25		1,74±0,07	

Хөхүүн үе:

1 сар	8,80±1,18*	5,33±0,53*	4,17±0,45*	2,93±0,11*	2,83±0,18*
2 " "	6,20±2,50	4,66±0,92	3,59±0,56	2,61±0,53	2,53±0,53
3 " "	4,53±0,53	4,54±0,26	3,41±0,42	2,52±0,25	2,44±1,27
4 " "	3,79±0,40	4,34±0,28	2,71±0,41*	1,79±0,37	2,22±0,39
5 " "	5,29±0,44*	3,84±0,47	3,83±0,41*	2,36±0,47	2,51±0,50
6 " "	3,75±0,23*	3,63±0,26	2,87±0,27	1,73±0,14	2,31±0,19
7 " "	3,87±0,63	3,20±0,56	3,13±0,29	2,23±0,24	2,17±0,20
8 " "	3,48±0,57	2,93±0,58	2,94±0,41	2,15±0,55	2,29±0,27
9 " "	3,08±0,07	2,55±0,42	2,60±0,58	1,85±0,49	1,83±0,29
10 " "	2,88±0,17	2,07±0,41	2,07±0,48	1,59±0,28	1,47±0,48
11 " "	1,92±0,68	2,41±0,64	1,66±0,61	1,33±0,63	1,27±0,47
12 " "	1,48±0,69	2,15±0,56	1,78±0,21	1,19±0,75	1,14±0,51

Нялх үе.

1-1,5 нас	0,38±0,52	1,22±0,45	1,09±0,45	0,78±0,38	0,76±0,46
1,5-2 нас	0,09±0,57	0,16±0,68	0,13±0,61	0,08±0,03	0,09±0,63

Т.АЙЛБАР.*--дээрхээсээ магадтай (0,01 < P < 0,05) ялгаатайн үзүүдэлт

зүүн ташуу хэмжээний харьцаа 1,03:1,0 болж толгойн өсөлт үргэлжилж байхад зулайн зөөлөн эдийн өсөлт зогсож, ясны түрэн ургалт давамгайлах байдал илэрч байна.

Дөрвөн сартай хүүхдийн толгойн болон зулайн шулуун хэмжээний харьцаа 3,05:1,0 хөндлөн хэмжээний харьцаа 4,13:1,0, зулайн баруун зүүн ташуу хэмжээний харьцаа 1:1,2 болж зулайн хэлбэр бага зэрэг өөрчлөгдөн зөв биш ромбо болж байгаа нь зулай тойрсон ясны захын түрэн ургалт харилцан адилгүй болсных бөгөөд түүний шалтгаан тодорхойгүй боловч, энэ нь гавлын өсөлтийн физиологийн хэвийн асимметри байж болох, эсвэл манай нөхцөлд эхчүүд хүүхдээ ихэвчлэн зүүн гар дээрээ авч зүүн хөхөө хөхүүлж, голдуу баруун хажуугаар нь хэвтүүлж унтуулдагтай ч холбоотой байж болох юм. Иймээс үүнийг засаж хэмтэгш байлгахын тулд баруун зүүн гартаа ээлжлэн тэвэрч хөхүүлэн хүүхдийн байрлалыг байнга сэлгүүлэн хэвтүүлж зөв асарч сувлах нь чухал болно.

Найман сартай хүүхдийн толгойн болон зулайн шулуун хэмжээний харьцаа 5,03:1,0, хөндлөн хэмжээний харьцаа 4,1:1,0, зулайн баруун зүүн ташуу хэмжээний харьцаа 1,0:1,05 болж зулайн ерөнхий хэлбэр 4 сартай хүүхдийнх

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. В. П. Алексеев, Г. Ф. Дебеч. Краниметрия. Методика антропологических исследований. —М., Наука, 1964, с. 127.

2. А. Андроненсу. Анатомия ребенка. Бухарест, Меридиан, 1970, с. 363.

3. В. В. Бунак. Антропометрия. М., Учпедгиз 1941, с. 26—82.

4. В. Г. Влагралик, Основы китайского лечебного метода Чжень-цзю—Горьковское книжное издательство. 1961, с. 122.

5. Boryslawskik, i Karnafel P. Szybkiosc zarastania ciemiaczka u dzieci od urodzenia do drugiego roku zuzia.

шиг боловч асимметри багасаж эхэлнэ. Энэ бол хүүхэд суудаг болсонтой холбоотой гэж үзэх үндэслэлтэй юм.

12 сартай хүүхдийн толгойн болон зулайн шулуун хэмжээний харьцаа нь 7,2:1,0, хөндлөн хэмжээний харьцаа нь 4,1:1,0, зулайн баруун зүүн ташуу хэмжээний харьцаа нь 1,0:1,01 болж асимметри арилж байгаа нь 8 сараас эхлэн хүүхэд сууж, мөлхөж толгойгоо чөлөөтэй байдалд байлгаж чадах болсонтой мөн нэмэгдэл хоолтой холбоотой гэж үзэх үндэслэлтэй юм.

Судалгаанд хамрагдсан хүүхдээс 15,6% нь 11—12 сартайдаа, 55,1% нь 18 сар хүртлэх хугацаандаа их зулай нь битүүрсэн, 29,3% нь 18—24 сартайдаа битүүрч зөвхөн нэг хүүхдийн их зулай хоёр хүрэхдээ битүүрээгүй үлдсэн билээ.

1—1,5 настай хүүхдийн толгойн болон зулайн шулуун хэмжээний харьцаа нь 12,9:1,0, хөндлөн хэмжээний харьцаа нь 12,2:1,0, зулайн баруун зүүн ташуу хэмжээний харьцаа нь 1,02:1,0 болж асимметри бүрэн арилсан байлаа. Энэ насанд зулайн хэлбэр ихэвчлэн гурвалжин болдог.

1,5—2 настай хүүхдийн толгойн болон зулайн хэмжээний туйлдаа хүртэл өөрчлөгдөж, их зулай үндсэндээ бүрэн битүүрдэг болох нь харагдлаа.

6. Л. А. Исаев, Л. К. Баженова, В. И. Карташлва и др.—М., Медицина, 1986. 592 с.

7. А. П. Никифоров,—Дисс. СПб, 1900, 104 с.

8. Rhode M. Die grosse Fontanelle in physiologischer und pathologischer Bezeihung Hall 1835.

9. Н. Н. Сак. Автореф. дис. канд. мед. наук.—Харьков, 1971, 20 с.

10. Н. С. Сысак.—Дисс. докт. мед. наук.—Казань, 1952, т. 1—4.

11. Э. Д. Тыкочинская. Медицина, 1979, с. 63—183.

12. И. М. Яровая. Развитие родничков черепа у человека. Крымск. мед. ин-та.—Симферополь, 1957, с. 9—45

АВТОМАШИНД МӨРГӨГДӨХӨД ҮҮСЭХ ГЭМТЛИЙН ОНЦЛОГ

Р. ДОРЖДЭРЭМ,
И. САНЖААДОРЖ (Эмгэг биезүй
шүүх-эмнэлэгийн тэнхим. Эрхлэгч
доц. И. САНЖААДОРЖ)

Манай оронд авто-машины ослоос болсон нас баралт Шүүх-эмнэлэгийн нийт задлан шинжилгээний 21,5%, гадны үйлчлэлээр үүссэн нас баралтын 34,1%, хөсөг тээврийн осол гэмтлийн 90%, гэмтэл согогийн эмнэлэгт хэвтэн эмчлүүлэгчдийн 10,1 хувийг тус тус эзэлж байна.

Авто машин явган зорчигчийг мөргөх (47,7%), явган явагч машин мөргөх, дугуйнд нь дайрагдах (20,3%) зэрэг гэмтлийн хэлбэрүүд элбэг тохиолдож байгаа нь манай оронд гарч байгаа авто машины ослын үндсэн хэлбэр юм.

Бид авто машины ослын дээрх үндсэн хэлбэрийн үед үүсэх гэмтлийг шүүх эмнэлгийн задлан шинжилгээний 157 тохиолдолд судалж үзлээ. Авто машинд мөргөгдөж нас барсан хүмүүсийн 85,3-д толгойн ямар нэг гэмтэлтэй байсан бөгөөд үүний 75,9%-д нь зөөлөн эдийн гэмтэл (шарх, зулгархай, цус хуралт) байснаас цус хуралт зулгаралт (54,6%) зонхилсон байв.

Арьсны зулгаралт, цус хуралт нь заримдаа авто машины цохисон эд ангийн хэлбэр, хэмжээг давтсан байдаг нь ослын хэлбэр, осол гаргасан авто машиныг олж тогтооход ач холбогдолтой өвөрмөц гэмтэл байв. (1, 2)

Авто машинд мөргөгдөж нас барсан хүмүүсийн 76,4% нь гавлын ясны гэмтэлтэй байсны ихэнх нь орой ба суурь ясны хавсарсан (54,5%) битүү (92,1%) хугаралт байв. Гавлын суурь ясны хугаралт (15,4%) орой ясны хугаралт (28,5%) ийг тус тус эзэлж байна.

Гавлын оройн яснуудын хугаралтуудаас машины мөргөсөн хэсгийн эд ангийн хэлбэр хэмжээгээр дарагдаж нөмөрсөн хугаралт илүүтэй тохиолдож байна. Энэ нь шүүх-эмнэлэгийн экспертизэт их ач хол-

богдолтой юм.

Авто машинд мөргөгдөхөд тархины зөөлөн бүрхүүл доорхи цус харвалт (41,3%), тархины нядрал (31,2%) ихэвчлэн тохиолдож байна.

Мөргөгдөж нас барсан хүмүүсийн 43,7%-д нь цээжний ямар нэг гэмтэл байснаас тэр хэсгийн арьсны гэмтэл (цус хуралт, зулгаралт, шарх ховор (8,2%) тохиолдож байна.

Цээжний гэмтэлтэй хүмүүсийн 32,0% нь хавирганы хугаралттай байв. Үүнд ихэвчлэн нэг талын (79,5%), олон хавирга (68,9%), битүү (91,1%), хоёр шугамаар (70,1%) хугарсан нь ямар төрлийн (суудлын, ачааны) авто машинд мөргөгдсөнийг тогтооход ач холбогдолтой байлаа.

Бусад эрдэмтдийн судалгаанаас үзэхэд авто машинд мөргөгдөхөд доргиалтын улмаас дотор эрхтэн тэдгээрийн холбоосонд цус хуралт үүсэх нь элбэг (50%) тохиолдог (3, 4, 5). Харин бидний судалгаанаар (12,4%) байгаа нь манай оронд авто машины зөвшөөрөгдсөн хурд бага, замын гадаргуу, хүмүүсийн хувцаслалт зэрэгтэй холбоотой гэж үзэж байна. Түүнчлэн бидний ажигласан тохиолдлуудад зүрх, уушги, бөөр, дэлүү тасрах зэрэг хүнд гэмтлүүд ховор байгаа нь үүнтэй холбоотой юм.

Цээжний гэмтэлтэй хүмүүсийн 5,9%-д нь уушги, 2%-д нь үнхэнцэг хальс, зүрх урагдаж гэмтсэн нь ихэвчлэн хугарсан хавирганы үзүүрээр үүсгэгдсэн байна.

Авто машинд мөргөгдөж нас барсан хүмүүсийн 33,3%-д нь хэвлийн ямар нэг эрхтэний гэмтэл тогтоогдсоноос элэг (70,0%), бөөр (24%) тохиоллолд гэмтсэн нь эдгээр эрхтэний анатомийн бүтэц, байрлал, жин, хэмжээ зэрэгтэй холбоотой юм. Харин хэвлийн арьсны гэмтэл нэг ч тохиоллолд ажиглагдсангүй.

Авто машинд мөргөгдөж нас барсан бүх тохиолдлын 16,5% нь

аарцагны гэмтэл байсны 58,3%-д нь яс хугарсан байна. Аарцагны яс мөргөгдсөн талдаа хугаржээ. («Мальгены» хугарал). Авто машин аарцаг ясны урьд талаас мөргөхөд умдаг ба суудал яс дотогшоо цөмөрч хоёр талдаа хугарсан байв. Мөргөгдөж бэртсэн нийт хүмүүсийн 24,0%-д нь хөлний яс хугарсан байснаас ихэвчлэн дунд чөмөгний яс (61,1%), битүү (91,4%) хугарсан байна.

Авто машины мөргөлтөөс үүссэн хөлийн гэмтлийн 46,9% нь зөөлөн эдийн гэмтэлтэй байлаа. Хөлд үүсэх эдгээр гэмтэл нь өвлийн улиралд ховор тохиолдож байгаа нь явган явагчдын хувцаслалттай холбоотой гэж үзлээ. Авто машины бамперт (гупер) цохигдсоноос түүний хэлбэр хэмжээг хадгалсан зулгаралт, шарх 5 тохиолдолд ажиглагдлаа.

Дунд чөмөгний хугарал ихэвчлэн ачааны машины бампераар (6 тохиолдол дунд ба дээд хэсгээрээ, суудлын машины бампераар шилбэний яс (5 тохиолдол дунд ба дээд хэсгээрээ хугарсан байв. Авто машины бампераар үүсгэгдсэн чөмөгт ясны хугарал нь ихэвчлэн ясны гурвалжны хэлбэрийн сэлтрэл үүсгэсэн байх бөгөөд гурвалжны оройн чиглэлээр машины мөргөсөн тал, осолд орох үеийн хүний байрлал зэргийг тогтоох боломжтой өвөрмөц гэмтэл юм.

ДҮГНЭЛТ: 1. Явган явагч авто машинд мөргөгдөхөд гавлын ясны хавсарсан гэмтэл, зөөлөн бүрхүүл доорхи цус харвалт, тархины эдийн няцралт, нэг талын олон хавирганы шууд хугарал, элэг бөөрний урагдалт, дунд чөмөг, аарцаг, ясны нэг талын хугарал элбэг тохиолдож байна.

Г. САНЖДОРЖ, Д. БУРМАА
УРГИЙН УСНЫ БИОХИМИЙН

АУИС-ийн эх барих-эмэгтэйчүүдийн өвчин судлалын тэнхим (эрхлэгч, доц. Б. ЖАВ)

Сүүлийн жилүүдэд манай судлаачид хэвлий дэх ургийн өсөлт хөгжлийг электрофизиолог, био-

2. Гавлын орой ясны дарагдсан цөмөрсөн хугарал, хавирга чөмөгт яснуудын өвөрмөц хугарал, дотор эрхтэнүүдийн холбоос дагасан цус хуралт, авто машины эд ангийн) хэлбэр хэмжээг хадгалсан цус хуралт, зулгаралт, шархнуудаар ослын хэлбэр, авто машины төрөл, үйлчилсэн хүч, чиглэл, хохирогчийн байрлал зэргийг тогтооход экспертизийн ихээхэн ач холбогдолтой гэмтэл болох нь ажиглагдлаа.

3. Авто машинд мөргөгдөхөд хэвлий, цээж, хөлийн арьс, зөөлөн эдийн зулгаралт, цус хуралт, шарх, зүрх, уушги болон бусад эрхтэнүүд тасрах, байрлалаа өөрчлөх зэрэг их хэмжээний гэмтэл ховор тохиолдож байгаа нь зорчигч, явагчдын хувцаслалт, замын гадаргуу авто машины зөвшөөрөгдсөн хурд зэрэгтэй холбоотой гэж үзэв.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. Б. И. Соколов. Автореф. дисс. канд. мед. наук. Харьков. 1953.

2. Н. Г. Шалаев. Сб. трудов. II всесоюзной конф. судебных медиков. Рига. 1962. 259—262.

3. А. А. Матышев. «Распознавание основных видов автомобильной травмы» М. 1969.

4. А. А. Матышев. Жур. суд. медицинская экспертиза. 1984. № 4. 47—49

5. Л. В. Станиславский. Сб. вопросы судебно-медицинской экспертизы. М. 1989. 337—347.

6. В. Д. Попов. Материалы X раш. конф. Ленинградского отд. ВНОМСи К, Ленинград, 1990. 25—30

7. В. А. Софраинов. Сб. Науч. работ Ленинградского мед. института. Ленинград, 1991. 36—40.

Б. ЖАВ

ЗАРИМ ҮЗҮҮЛЭЛТ

химн, чанд авианы шинжилгээгээр (2, 3, 5) судлах ажиллагаа өргөжиж байгаа нь жирэмсэн үед ургийн байдлыг үнэлэх, цаашдын тавиланг тодорхойлох үндэс болж байна.

Эх-ураг ба ургийн усны хооронд шингэний зохицуулгын холбоо байдаг (1) нь нэгэнт тодорхой болсон эдүгээ үед ургийн усыг судлах нь онолын болон практикийн чухал ач холбогдолтой юм.

—Гадаадын хэвлэлийн тоймоос үзэхэд, ургийн усанд хийсэн биохимийн шинжилгээгээр түүний хүчилтөрөгчийн хангамж, бодисын солилцооны байдал, ургийн өсөлтийг дүгнэх туршлага хуримтлагдсаны зэрэгцээ зарим судлаачид энэхүү үзүүлэлтийн практик үр дүнгийн талаар санал зөрүүтэй байна (4).

Эдгээр нь тухайн судалгаа хийсэн зорилго, эмэгтэйчүүдийн биологи ба газар зүйн онцлогтой холбоотой байж болох юм. Үүнээс үндэслэн ургийн усны биохимийн найрлагын оношийн ач холбогдлыг

судлах шаардлага гарч байгаа ч манай нөхцөлд хийгдсэн харьцуулах жишиг одоогоор байхгүй байна.

Иймээс бид жирэмсний тээлтийн хугацаа гүйцсэн, эрүүл эмэгтэйчүүдийн ургийн ус, эхийн цусны сийвэнд биохимийн зарим үзүүлэлтүүд тодорхойлох зорилт тавилаа.

Шинжилгээнд эмнэлзүйн ба лабораторийн шинжилгээгээр нэрэх эмгэггүй, ердийн хоолтой 15 монгол эмэгтэй хамрагдлаа. Ургийн уснаас авагдсан шинжилгээний материалын 80%-ийг хэвлийгээр амиоцентез хийх аргаар, 20%-г үтрээгээр авч холбогдох шинжилгээнүүдийг хийсэн юм.

Судалгаанд хамрагдсан эхчүүдээс хэвийн жинтэй, хөгжлийн гажиггүй, эрүүл хүүхэд төрөв.

Хүснэгт № 1
ЭХЧҮҮДИЙН НАСНЫ БҮЛЭГ, ЖИРЭМСЛЭЛТИЙН ТОО

нас	20—24		25—29		30—34		
хувь	33,3		26,0		40,0		
Жирэмслэлтийн тоо	1	2	3	4	5	6	7
хувь	6,6	20,0	53,3	—	13,3	—	6,6

Хүснэгт № 2
УРГИЙН УСНЫ ШИНЖИЛГЭЭНИЙ ЗАРИМ ДҮНГ (M ± m) МОСКВА
(Б. Н. СЕРОВ 1989) ХОТЫН СУДАЛГААТАЙ ХАРЬЦУУЛБАЛ

	Бидний судалгаа	Б. Н. Серов	хэлбэрээлчих, бага—
осмолжилт мосм/кг	302,4 ± 1,8	245 ± 16,0	+
натри ммоль/л	129,0 ± 2,8	125 ± 5	+
кали ммоль/л	3,0 ± 0,4	4,3 ± 0,4	—
кальци ммоль/л	3,5 ± 0,5	1,9 ± 0,3	+
Азот ммоль/л	25,6 ± 0,2	—	—
мочевин ммоль/л	8,1 ± 0,2	6,3 ± 1,6	—
креатинин мкмоль/л	150,5 ± 8,5	192 ± 4,4	—
глюкоз ммоль/л	0,82 ± 0,2	1,5 ± 0,5	—
анид г/л	4,1 ± 0,7	1,3	+
нийт уураг г/л	10,9 ± 1,0	3,0	+

Ургийн усны хальсанд Na, K, Ca, Mg, Se, P, S, J зэрэг олон бодисууд агуулагдаж, эдгээр нь ургийг хамгаалах үүрэгтэй (1). Ур-

Хүснэгт № 3

ЭХИЙН ЦУСНЫ ШИНЖИЛГЭЭНИЙ ЗАРИМ ДҮНГ МОСКВА

(Б. Н. СЕРОВ 1989) ХОТЫН СУДАЛГААТАЙ ХАРЬЦУУЛБАЛ (МЭ)

	Бидний судалгаа	Б. Н. Серов	Хэлбэлзэл + их, бага -
осмолжилт мосм/кг	308, ±2,5	279,0	+
натри ммоль/л	136±1,7	134,0	+
каль ммоль/л	3,4±0,1	4,0	-
кальци ммоль/л	2,8±0,1	4,1	-
азот ммоль/л	15,2±0,4		
мочевин ммоль/л	3,5±0,1	4,0	-
креатинин мк моль/л	79,5±3,2	47,0	+
глюкоз ммоль/л	3,4±0,3	3,8	-
липид г/л	8,7±0,7	1,0	+
нийт уураг	71,8±2,6	62,0	+

2,5 байна. Эдгээр нь П. Н. Серовын судалгаанаас 48; 29 мосм/кг-аар илүү байна (хүснэгт 2,3). Энэ байдлаас үндэслээд осмолжилтийг бүрдүүлж буй талстууд тус бүрийг шинжилсэн хэмжээндээ тодорхойллоо.

Жирэмсний хугацаа ихсэх тутамд ургийн усанд натрийн хэмжээ илэрхий буурдаг. Судалгаанаас үзэхэд ургийн усанд 129 ± 2 ммоль/л, эхийн цусанд $136 \pm 1,7$ ммоль/л байгаа нь харьцуулах бүлгээс 4 ба 2 ммоль/л-ээр их байна. Харин кали ургийн усанд $3,0 \pm 0,4$, эхийн цусанд $3,4 \pm 0,1$ байгаа нь харьцуулах бүлгээс $1,3 \pm 0,6$ ммоль/л-ээр бага байна.

Кальци нь ургийн усанд $3,5 \pm 0,5$ байгаа нь харьцуулах бүлгээс 1,6 ммоль/л-ээр их, эхийн цусанд $2,8 \pm 0,1$ байгаа нь 1,3 ммоль/л-ээр бага байна. Өөрөөр хэлбэл, харьцуулах бүлгийн эхийн цусанд кальцийн хэмжээ ургийн усныхаас их байхад манай эхчүүдэд ургийн ус доторх кальцийн хэмжээ эхийнхээс их концентрацтай байна.

Ургийн усанд азот $25,2$ ммоль/л, эхийн цусанд $15,2$ ммоль/л байна. Жирэмсэн үед бөөрний цусны эргэлт ихэлсэнээр түүдгэнцэрийн нэвчилт ихэсч, мөн эхийн сийвэн шингэрснээр эхийн цусанд мочевины, креатинин харьцангуй буурч байхад ургийн элэг, бөөрний ажиллагааны хөгжлөөс хамаарч ургийн усанд мочевины, креатинин ихэслэг байна. Ургийн усны мочевины $3,1 \pm 0,2$ ммоль/л, эхийн цусанд $3,5 \pm 0,1$ ммоль/л байгаа нь харьцуулах бүл-

гээс 3,2 ба 0,5-аар бага байна. Креатинин ургийн усанд $150 \pm 8,5$ мк моль/л, эхийн цусанд $79,5 \pm 3,2$ мк моль/л байна. Энэ нь ургийн усанд 42-оор бага, эхийн цусанд 32-оор их байна.

Глюкоз нь ургийн усанд ургийн шээсний зам гэдэснээс орохын зэрэгцээ эхийн цусан дахь глюкозын хэмжээтэй холбоотой бөгөөд жирэмсний сүүлчийн саруудад ургийн гликолиз ихэссэнтэй холбоотойгоор хэмжээ нь буурдаг. Бидний судалгаанд, ургийн усны глюкоз $0,8$ ммоль/л, эхийн цусанд $3,4$ ммоль/л байгаа нь харьцуулах бүлгээс $0,7 - 0,3$ -аар тус тус бага байна.

Хэвийн явцтай жирэмсэн эмэгтэйд липид ургийн цусанд $4,1 \pm 0,7$ г/л эхчүүдийн цусанд $8,7 \pm 0,7$ г/л байгаа нь харьцуулах бүлгийнхээс 2,8; 7,7 г/л-ээр их байна. Ургийн усны нийт уураг $10,9 \pm 0,1$ г/л, эхийн цусанд $71,8$ г/л байгаа нь харьцуулах бүлгээс 7,9; 8,8 г/л-ээр тус тус их байна.

Эдгээр хийгдсэн шинжилгээнүүдийг харьцуулан дүгнэхэд, жирэмсний хугацаа гүйцсэн, эрүүл эмэгтэйн ургийн усанд байгаа бодисүүдийн осмолжилт нь харьцуулсан бүлгийнхээс их байна. Ургийн усанд нийт уураг, липид, кальци ба натрийн концентрациуд бусад бодисуудаас илүү их байгаа нь осмолжилт их байгаагийн шалтгаан байж болох юм. Гэвч, ургийн усны найрлагын зарим хэсэг нь бусад орны судалгаанаас зөрүүтэй байгаа тул энэ судалгааг гүнзгийрүү-

лэн үргэлжлүүлэх шаардлагатай байна.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. Н. С. Бакшеев, А. А. Лока-тош. Эмболия оклоплодными водами. М. 1968. 7—14.

2. Д. Баттогтох, М. Дамбадорж, Л. Мижиддорж. Тезисы докладов материалы III съезда монгольских врачей. УБ. 1976. 27—28.

3. Ж. Даваа, Б. Шижирбаатар.

Д. БОЛДЦЭРЭН

БЭЛГИЙН ҮЙЛ АЖИЛЛАГААНЫ ЭМГЭГТЭЙ ЭРЭГТЭЙЧҮҮДИЙН НЕВРОЗЫН ЭМНЭЛ ЗҮЙ

(Мэдрэл-сэтгэцийн эмгэг судлалын тэнхим эрхлэгч доц.

ДЭМБ-ын албан ёсны мэдээгээр дэлхийн бүх улс оронд сэтгэцийн өвчлөл ихэсч байгаа бөгөөд энэ нь мэдрэл-сэтгэцийн завсарын эмгэгтэй, тухайлбал, невроз өвчинтэй холбоотой юм.

Сэтгэцийн өвчний экстенсив үзүүлэлтийг авч үзвэл түүний 20 хүрэхгүй хувийг солиорол, 60 шахам хувийг невроз дангаараа эзлэж байна (3). Энэ өвчний 1000 хүн амд оногдох интенсив үзүүлэлт манай улсад 7,6 байгаа нь уг өвчин хүн амын дунд нэлээд элбэг буйг харуулна (10).

Гэвч невроз үүсэхэд бэлгийн үйл ажиллагааны эмгэг хэрхэн нөлөөлөн буйг судалсан ажил төдийлөн элбэг бус учир бид энэ сэдвийг сонгон авсан болно.

Ажлын үндсэн зорилго нь эрэгтэй хүмүүст невроз үүсэхэд бэлгийн үйл ажиллагааны эмгэг болон бие хүний өвчлөхөөс өмнөх онцлог хэрхэн яаж нөлөөлж буйг судлах явдал байлаа.

Судалгааг Сэтгэцийн эмгэг судлалын төвийн сексопатологийн кабинет болон сэтгэцийн эмгэгийн клиникийн эмнэлгийн неврозын тасагт хийв. Судалгаанд 18—55 насны 120 өвчтөн хамрагдсан юм.

Бэлгийн үйл ажиллагааны аливаа илрэл хүний настай нягт холбоотой байдгийг харгалзан үзэж

Багш нарын эрдэм шинжилгээний 31-р бага хурлы нхураангуй. УБ. 1989. 158—160.

4. Л.М. Комиссарова, В.А. Бурлев. Журн. Вопросы охраны материнства 1988 № 5. 47—50.

5. Ц. Эрдэнэбулган, Б. Жав, Д. Мэндсайхан. Багш нарын эрдэм шинжилгээний 33-р бага хурлын хураангуй. УБ. 1991. 115—116.

Ш. ДОРЖЖАДАМБА)

судалгаанд хамрагдсан өвчтөнийг дараах бүлэгт хуваасан юм.

I бүлэгт 18—28 насны (орь залуу нас) 40 өвчтөн,

II бүлэгт 29—44 насны (идэр нас) 60 өвчтөн,

III бүлэгт 45—55 насны (хижээл нас) 20 өвчтөн тус тус сонгон авч дараах аргуудыг хэрэглэв.

1. Клиник-сэтгэцийн эмгэг судлалын судалгаа

2. Клиник-сексопатологийн судалгаа

3. Зан төлөвийн хэв шинжийг тодорхойлох сэтгэцийн сорил

4. Клиник-явцын ба клиник-ка-тамнезийн арга

Судалгаанд хамрагдсан өвчтөний 76,7% нь гэр бүлтэй, 15,0% нь гэрлээгүй, 5,8% нь салсан, 2,5% нь бэлбэсэн, гэрлэсэн дундаж хугацаа $12,4 \pm 1,4$ жил, бэлгийн үйл ажиллагааны үргэлжилсэн дундаж хугацаа $5,3 \pm 1,4$ жил, неврозын үргэлжилсэн дундаж хугацаа $4,4 \pm 0,4$ жил байв.

Бэлгийн үйл ажиллагааны эмгэгтэйн улмаас үүссэн неврозын эмнэл-зүйн хэлбэр ба явцыг нарийвчлан судалж үзэхэд ихэнх өвчтөнд үл ялих зовлонг байдлын невроз (50,0%), мэдрэл сульдлын невроз (48,3%) ажиглагдаж байна. Харин истерийн невроз (1,7%) бараг илрэхгүй байна. (Хүснэгт № 1).

ӨВЧТӨНИЙ НЕВРОЗЫН ЭМНЭЛ ЗҮЙН
ХЭЛБЭР БА ЯВЦЫГ ҮЗҮҮЛБЭЛ

Хүснэгт № 1

	Мэдрэл сульдлын невроз		Үл ялих зовлонт байдлын невроз		Истерийн невроз		Бүх өвчтөн	
	тоо	%	тоо	%	тоо	%	тоо	%
1. Неврозын харну урвал	6	5,0	9	7,5	—	—	15	12,5
2. Неврозын байдал	43	35,8	51	42,5	2	1,7	96	80,0
3. Бие хүний неврозын хөгжил	9	7,5	—	—	—	—	9	7,5
Бүгд	58	48,3	60	50,0	2	1,7	120	100,0

Неврозын явцын хувьд бүх өвчүүсдэг неврозын өвөрмөц онцлогтөний 80,0%-д неврозын байдал, гийг тодорхой харуулж байна. 12,5%-д неврозын харну урвал, Үүссэн неврозын эмнэлзүйн хэл, 7,5%-д бие хүний неврозын хөгжил бэр ба явц нь бидний хуваасан илэрч байгаа нь бэлгийн үйл ажил- насны бүлэг тус бүрт өөр өөр байв. лагааны эмгэгтэй эрэгтэй хүмүүст

Хүснэгт № 2

ӨВЧТӨНИЙ НЕВРОЗЫН ЭМНЭЛ ЗҮЙН ҮНДСЭН ХУВИЛБАРЫГ
НАСНЫ БҮЛГЭЭР ГАРГАВАЛ

Насны бүлэг Неврозын хэлбэр ба явц	I		II		III		Бүх өвчтөн	
	тоо	%	тоо	%	тоо	%	тоо	%
1. Мэдрэл сульдал зонхилсон харну урвал	3	7,5	—	—	3	15,0	6	5,0
2. Сэтгэл түрүүл, айдас зонхилсон харну урвал	5	12,5	4	6,7	—	—	9	7,5
3. Мэдрэл сульдлын невроз	4	10,0	25	41,7	14	70,0	43	35,8
4. Үл ялих зовлонт байдлын невроз	26	65,0	24	40,0	1	5,0	51	42,5
5. Истерийн невроз	2	5,0	—	—	—	—	2	1,7
6. Бие хүний неврозын сульданги хөгжил	—	—	7	11,6	2	10,0	9	7,5
БҮГД	40	100,	60	100,0	20	100,0	120	100,0

Эндээс үзэхэд I бүлэгт үл ялих зовлонт байдлын невроз (65,0%), II бүлэгт үл ялих зовлонт байдлын (40,0%), ба мэдрэл сульдлын невроз (41,7%) аль аль нь өндөр давтамжтай байхад III бүлэгт мэдрэл сульдлын невроз (70,0%) да- вамгайлж буй нь харагдав. Неврозын байдлыг бүр нарийвчлан судлахын тулд бид өвчний нозолог хэлбэрийг үл харгалзан өвчтөнд илэрсэн хам шинжийг авч үзсэн юм. (Хүснэгт № 3).

Хүснэгт № 3

ӨВЧТӨНД ИЛЭРСЭН ХАМШИНЖҮҮДИЙГ ГАРГАВАЛ

	I		II		III		Бүх өвчтөн	
	тоо	%	тоо	%	тоо	%	тоо	%
1. Хурьцал үйлдэж чадахгүй байх хэмээн сэтгэл түгшин хүлээх хамшинж	19	47,5	18	30,0	—	—	37	30,9
2. Сульданд сэтгэл гутрах хамшинж	6	15,0	15	25,0	6	30,0	27	22,5
3. Сульданд нойргүйтэх хамшинж	2	5,0	6	10,0	10	50,0	18	15,0
4. Сультан өвчирхөх хамшинж	2	5,0	9	15,0	4	20,0	15	12,5
5. Сульдал-үл ялх зовлонг байдлын хамшинж	4	10,0	5	8,3	—	—	9	7,5
6. Сэтгэл гутрал-үл ялх зовлонг байдлын хамшинж	3	7,5	1	1,7	—	—	4	3,3
7. Сульдал-айдсын хамшинж	1	2,5	3	5,0	—	—	4	3,3
8. Сэтгэл гутрал-айдсын хамшинж	2	5,0	1	1,7	—	—	3	2,5
9. Сэтгэл түгшин гутрах хамшинж	—	—	2	3,3	—	—	2	1,7
10. Сэтгэл гутран өвчирхөх хамшинж	1	2,5	—	—	—	—	1	0,8
БҮГД	40	100,0	60	100,0	20	100,0	120	100,0

Энэ хүснэгтээс үзэхэд бидний судалсан өвчтөний 30,9%-д хурьцал үйлдэж чадахгүй байх хэмээн сэтгэл түгшин хүлээх хамшинж, 22,5%-д сульданд сэтгэл гутрах хамшинж, 15,0%-д сульданд нойргүйтэх хамшинж, 12,5%-д сульданд өвчирхөх хамшинж илэрсэн байна. Өвчтөнд илэрсэн бүх шинж тэмдгийг бид мэдрэл-сульдлын, сэтгэл гутралын нойрны хямралын, өвчирхөх, үл-ялх зовлонг байдлын шинж тэмдгүүд, биеийн болон ургал мэдрэлийн өөрчлөлтүүд гэсэн 6 бүлэг болгон хуваав.

Хүснэгт № 4

Нэг өвчтөнд илэрсэн шинж тэмдгүүдийг үзүүлбэл

Шинж тэмдгүүд	I		II		III		Бүх өвчтөн	
	тоо	%	тоо	%	тоо	%	тоо	%
1. Мэдрэл сульдлын	29	0,2/1	27	0,2/1	51	0,4/1	107	0,9/1
2. Сэтгэл гутралын	45	0,4/1	46	0,4/1	14	0,1/1	105	0,9/1
3. Нойрны хямралын	12	0,1/1	22	0,2/1	86	0,7/1	120	1,0/1
4. Өвчирхөх	6	0,1/1	84	1,7/1	22	0,2/1	112	0,9/1
5. Үл ялх зовлонг байдлын	50	0,4/1	35	0,3/1	15	0,1/1	100	0,8/1
6. Биеийн болон ургал мэдрэлийн өөрчлөлтүүд	23	0,8/1	71	0,6/1	16	0,1/1	110	0,9/1
БҮГД	165	1,4/1	285	2,4/1	204	1,7/1	654	5,5/1

Эндээс үзэхэд, I бүлэгт өвчирхөх ба нойрны хямралын шинж тэмдгүүд илэрхий бага байхад үл ялих зовлонг байдлын (I өвчтөнд 0,4 шинж тэмдэг) ба сэтгэл гутралын (I өвчтөнд 0,4 шинж тэмдэг) шинж тэмдгүүд давамгайлж байна. Харин II бүлэгт өвчирхөх (I өвчтөнд 1,7 шинж тэмдэг ба ургал мэдрэлийн өөрчлөлтүүд (I өвчтөнд 0,6 шинж тэмдэг), III бүлэгт нойрны хямралын (I өвчтөнд 0,7) шинж тэмдгүүд зонхилж байна.

Энэ бүхнээс бид дараах дүгнэлт хийлээ:

1. Бэлгийн үйл ажиллагааны эмгэгтэй эрэгтэй хүмүүст үл ялих зовлонг байдлын болон мэдрэл сульдлын невроз зонхилж байхад истерийн невроз бараг илрэхгүй байна.

2. Уг неврозын эмнэл зүйд хурьцал үйлдэж чадахгүй байх хэмээн сэтгэл түгшин хүлээх хам шинж, сульдсан-сэтгэл гутрах, сульдсан-нойргүйдэх, сульдсан-өвчирхөх хам шинж тус тус давамгайлж байна.

3. Орь залуу насанд бэлгийн үйл ажиллагааны эмгэг үүсэхэд үл ялих зовлонг байдлын невроз зонхилж байхад нас ахих тусам

Б. ШИЖИРБААТАР,
Я. ДАГВАДОРЖ,

ЖИРЭМСЭН ҮЕИЙН ВИРУСНЫ ГЕПАТИТЫН ЭМНЭЛ ЗҮЙ, ЖИРЭМСЭЛТ, ТӨРӨЛТИЙН ЯВЦ

Эх барих-эмэгтэйчүүдийн өвчин, Б. ЖАВ, Халдварт өвчин судлалын

Жирэмсэн эмэгтэйчүүд вирусны гепатит (ВГ)-ийн хүнд хэлбэрээр өвчлөн, эх ураг нярайн амь-насанд аюул учруулах явдал цөөнгүй тохиолддог (1). Жирэмсэн үед шарлалтын өмнөх үеийн үргэлжлэх хугацаа богино, ялангуяа жирэмсний хоёрдугаар хагаст өвчний хүнд хэлбэр олонтой тохиолддог (2) Вирус гепатит В-ээр өвчилсөн жирэмсэн эмэгтэйн ураг хавийн ус эрт гарах, төрөх хүчний сулрал, төрсний дараахан үеийн цус алдалтын тохиолдол мэдэгдэхүйц нэмэгддэг байна (1).

мэдрэл сульдлын невроз жин дарж байна.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. В. Я. Семке, Б. С. Положий. Пограничные состояния и психическое здоровье, Томск, 1990.

2. Б. Д. Карвасарский, Неврозы, 1990. М.

3. Г. К. Ушаков. Пограничные нервно-психические расстройства 1987. М.

4. А. М. Свядош. Неврозы и их лечение. М. 1971.

5. Г. С. Васильченко, Сексопатология, М. 1990.

6. Частная сексопатология, Том 2, под редакцией профессора Г. С. Васильченко. М. 1983.

7. К. Имелинский. Сексология и сексопатология, Варшава, 1982.

8. Кемпински. Психопатология неврозов, Варшава, 1975.

9. Кратохвил, Терапия функциональных сексуальных расстройств Прага, 1989.

10. Ц. Гүрдорж. Эпидемиология неврозов и невротических реакций в условиях МНР. Автореферат диссертации на соискание ученой степени докт. мед. наук. София. 1989.

Н. ХОРОЛСҮРЭН

судлалы нтэнхим, (эрхлэгч доц. тэнхим (эрхлэгч гавьяат багш)
ЦЭРЭНДАГВА

Улаанбаатар хотод ВГ өвчтэй эмчлүүлэгсдийн 12,4% нь төрөх насны, 7,1% нь жирэмсэн эмэгтэйчүүд байгаа ба халдварт өвчнийг анагаах клиникийн төв эмнэлгийн (ХӨАКТЭ) сүүлийн 5 жилийн тайлангийн материалаас үзэхэд ВГ өвчтэй жирэмсэн эмэгтэйчүүдийн дунд эхийн эндэгдэл 10,2% байгаа нь улсын дундаас бараг 10 дахин өндөр байгаа бөгөөд Москва хотын 1970 оны үзүүлэлтийн (10,7%) түүвшинтэй ойролцоо байна (1).

Бид жирэмсэн эмэгтэйчүүдийн ВГ-ын эмнэл зүй, жирэмсэлт тө-

рөлтний байдлыг судлах зорилгоор ХӨАКТЭ-т хэвтэж эмчлүүлсэн 43 жирэмсэн, 21 жирэмсэн биш

эмэгтэйг судалгаанд авсан юм.

Судалгаанд хамрагдсан өвчтөнийг нарийн хяналтанд авч эмнэл зүй төгс онош тавихад асуулга, бодит үзлэг, биохими клиник лабораторийн аргуудыг хэрэглэсэн ба АНУ-ын Abbott, Япон улсын Fuji Rebio пүүсүүдэд үйлдвэрлэсэн оношлууруудыг ашиглан ELIZA (иммуно-ферментийн шинжилгээ ЦУНУ) цус урвуу наалдуулах урвал (ЦНШУ), цус наалдуулах шууд урвал аргуудаар HBS Ag, anti-HBs, anti HBcLgM, HBeAg, anti-HBe, anti-HA-LgM, anti

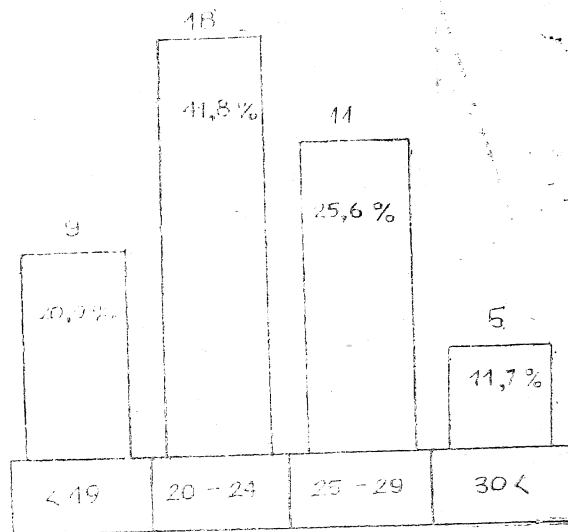
HCV-маркеруудыг тодорхойлж баталсан юм.

Судалгаанд хамрагдсан хурц ВГ өвчтэй 43 жирэмсэн эмэгтэйн 11 (25,5%) гепатит А (ГА), 22 (51,2%) нь ГВ, 10 (23,2%) нь гепатит С (ГС)-ээр тус тус өвчилсөн байв.

Цусыг 10—14 хоногийн зайтай биохимийн шинжилгээнд авч өвчний явцыг хянасан. Бүх өвчтөний 23,3% хөнгөн, 46,5% дунд, 30,3% нь хүнд хэлбэрээр өвчилсөн байна.

Өвчтөний олонхи нь (67,4%) 20—29 насны, (67,4%) ажилчин, (20,9%) албан хаагчид байна. Диаграмм № 1, 2.

Диаграмм № 1
Судалгаанд хамрагдсан өвчтөний хэлбэр



Гепатит—В (ГВ) оноштой 22 (1р- бүлэг) жирэмсэн эмэгтэйн өвчний эмнэл зүйг жирэмсэн биш ГВ-тэй 21 (2-р бүлэг) өвчтөнийхтэй харьцуулан үзэхэд шарлалтын өмнөх үеийн холоод гэдэсний хямрал, ядарч сульдах, үе мөчөөр өвдөх шинжүүд хоёр бүлэгт ойролцоо, шарлалтын буюу ВГ өвчний ид үед нэгдүгээр бүлэгт арьс за-

гатналт (54,8%) цусархаглалын шинж 22,7%, элэг томролт 22,7%, хордлого 86%-д илэрч, $7 \pm 0,6$ хоног үргэлжилсэн, билирубины дундаж $117,3 \pm 18,4$ мкмоль/л, шарлалт 81,8%-д нь 16 хоногоос дээш үргэлжилсэн байхад 2-р бүлэгт дээрхи үзүүлэлтүүд 23,8%, 9,5%, 61,9%, 71,4%, $5,2 \pm 0,7$, $117 \pm 17,3$ мк моль/л, 76,1% байлаа (Хүснэгт № 1).

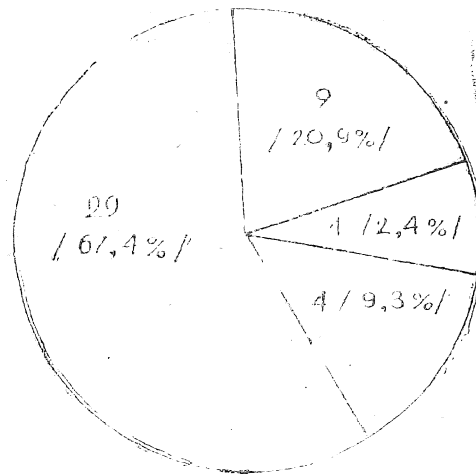
Хүснэгт № 1

Халдварт гепатитгаар өвчилсөн жирэмсэн эмэгтэйчүүдийн өвчний эмнэл зүй.

ВГ-ын хэлбэр (тоо)		ВГ-тэй жи- рэмсэн (43)	ГА-тай жирэмсэн (21)	ГВ-тэй жирэмсэн (22) 1-р бүлэг	ГВ-тэй жи- рэмсэн биш (21) 2-р бүлэг		
Асуулт							
1		2	3	4	5		
ШАРЛАЛТЫН ӨМНӨХ ҮЕ	Ходоод гэдэсний хямрал	тоо	31	8	19	19	
		%	72	72,7	88,3	90	
	Ядарч сульдах шинж	тоо	32	7	19	13	
		%	74	63,6	86,3	61,9	
	Томуу төст шинж	тоо	7	1	6	1	
		%	16,2	9,1	27,2	4,7	
	Бие загатнах	тоо	15	2	12	5	
		%	34,8	18,2	54,5	23,8	
	Үеэр өвдөх	тоо	2	—	2	1	
		%	4,6	—	9	4,9	
	ШАРЛАЛТЫН ҮЕ	Элэг томорсон	тоо	10	2	5	13
			%	23,2	18,2	22,7	61,9
		Цусархаглын шинж	тоо	6	1	5	2
			%	13,9	9,1	22,7	9,5
ХОРДЛОГО		Илэрсэн	тоо	31	8	19	15
			%	72	72,7	86	71,4
Үргэлжилсэн хугацаа		хоног		6,6± 0,5	6,2± 0,9	7± 0,6	5,2± 0,7

1		2	3	4	5
Билирубины хэмжээ (мк моль/л)		98,8 ± 7,6	87,3 ± 17,3	117,3 ± 18,4	118 ± 17,3
АЛАТ-ын хэмжээ (мк мо. в/л)		5,6 ± 0,5	5 ± 0,67	5,86 ± 0,35	5,12 ± 0,29
Шаргаалтын үргэлжилсэн хоног	15	12 (28%)	4 (36,2%)	4 (18,2%)	5 (23,9%)
	16	31 (72%)	7 (63,6%)	18 (81,8%)	16 (76,1%)
АЛАТ 4 дэх 7 хоногт хэвэндээ орсон	тоо	20	9	5	8
	%	50	82,8	22,2	38
Дундаж ор хоног		29,9 ± 3,2	23 ± 1,4	36,2 ± 3,1	34,7 ± 2,2

Диаграмм №2
Судалгаанд хамрагдасдын нийгмийн байдал



- Ажилчин
- албан хаагч
- гэрлийн ажилтай
- суралцагч

Халдварг гепатиттэй жигэмсэн эмэгтэйчүүдийн төрөлтийн явц

Асуулт	Өвчний хэлбэр	Бидний судалгаагаар				И. В. Ду- да бусад (1979)	Улсын дундаж (1990)	
		ГА (9)	ГВ (18)	ГС (11)	НИЙТ (38)			
ТӨРӨЛТ	Гүйцэд	тоо	8	13	7	28	310	—
		%	21	34,2	18,4	73,7	58,7	—
	Дутуу	тоо	1	5	4	10	218	—
		%	2,6	13,2	10,5	26,3	41,3	5
ЭНДЭГДЭЛ ТӨРӨХИЙН ХҮНДРЭЛҮҮД	Амьгүй төрөлт	тоо	—	4	—	4	72	—
		%	—	105	—	105	136	12,1
	Нярайн эндэгдэл	тоо	1	—	1	2	—	—
		%	26,3	—	26,3	52,6	57	9,8
	Ураг оройн ус эрт гарсан	тоо	3	2	3	8	—	—
		%	7,9	5,2	7,9	21	—	4
	Төрөх хүчний сулрал	тоо	1	2	3	6	—	—
		%	2,6	5,2	7,9	15,7	30	3,8
	Цус алдалт 300 мл	тоо	2	5	1	8	—	—
		%	5,2	13,2	2,6	21	21,9	5
	Эхэс гардсан	%	2,6	5,2	—	7,9	—	—
	Умайн хэндийг шалгасан	тоо	2	5	1	8	—	—
		%	5,2	13,2	2,6	21	—	—
	Ком-д ор.	%	—	5,2	—	5,2	—	—
	Эхийн эндэгдэл	тоо	—	1	—	1	—	—
		%	—	26	—	26	11,3	1,38

Эмнэл зүйн явцаас харахад жирэмсэн үед арьс загатнах шинж (34,8%) илүү тохиолдож элэгний томролт (23,2%) цөөн хувьд илэрч байсан ба шарлалтын үргэлжлэх хугацаа ялангуяа ГВ-д урт байна.

ВГ-ээр өвчилсөн жирэмсэн 43 эмэгтэйдээс 38 нь төрсөн ба эмчлэгдээд гарсны дараа 45 хоногийн дотор ХӨАКТЭ-ийн төрөх тасагт, түүнээс хойш бол харьяа амаржих газруудад нь төрүүлэв. Бүх төрөлтийн 65,8% өвчний ид үед, 34,2% нь эдгэлтийн үед явагдсан бөгөөд дутуу төрөлтийн 89,4% нь өвчний ид үед, 10,6% нь өвчний эдгэрэлтийн үед явагдсан байна.

Бидний судалгаагаар (Хүснэгт № 2) дутуу төрөлт 26,3%, үүнээс 13,2% нь ГВ-ийн үед, перинаталь эндэгдэл 157,6 промел тохиолдсоны 105 нь амьгүй төрөлт байна. Ураг орчмын ус эрт гарах, төрөх хүчний сулрал нь гепатитын гурван хэлбэрт ойролцоо хувьд тохиолдсон ба төрсний дараахан үеийн цус алдалтаар нийт төрөлтийн 21% нь хүндэрсний, 13,2% нь ГВ өвчтэй эмэгтэйчүүд байжээ. Бүх төрөлтийн 7,9%-д ихэс гардах 21%-д

умайн хөндийг гараар шалгах мөс ажилбар хийгджээ. ГВ өвчтэй 2 эх төрсний дараа үедээ ком-д орж хүндэрсний нэг нь нас барсан байна.

Дээрх байдлуудаас үзэхэд жирэмсэн үеийн гепатитын ялангуяа ВГ-ын явц хүнд, өвчний үргэлжлэх хугацаа урт, жирэмсэн төрөх үед хүндрэл олонтой тохиолддог эх хүүхдийн эндэгдэл өндөр байгаа зэрэг нь судалгааг улам гүнзгийрүүлэх, жирэмслэлт, төрөлтийг удирдан явуулах үр ашигтай шинэ арга зайлшгүй шаардлагатай байгааг харуулж байна.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. Н. А. Фарбер, К. А. Мартынов, Б. Л. Гуртовой. Вирусые гепатиты у беременных. М. 1990. 58, 106

2. Н. А. Фарбер, Болезнь Боткина и беременность. М. 1970, 34.

3. И. В. Дуда, К. Цэнд-Аюуш, О. Гомбосүрэн. Вирусный гепатит-тай өвчтөнүүдийн эмнэл зүй диспансерчлалын асуудлууд сэдэвт ЭШХ-ын материалын эмхтгэл. УБ. 1979. 31—33.

М. АМБАГА, М. ЧҮЛТЭМСҮРЭН, Б. САРАНЦЭЦЭГ

ДОРНО ДАХИНЫ АНАГААХ УХААНЫ УЛАМЖЛАЛ ДЭЭР ТУЛГУУРЛАН ЭЛЭГ ХАМГААЛАХ ҮЙЛДЭЛТЭЙ ШИНЭ ЖОР БОЛОВСРУУЛАХ АСУУДАЛД

АУИС-ийн эм судлалын тэнхимийн эрхлэгч доц. М. ЧҮЛТЭМСҮРЭН,
Ардын эмнэлгийн хүрээлэнгийн захирал дэд эрдэмтэн
Б. ДАГВАЦЭРЭН

Ардын эмнэлэг судлалын ажлын нэг гол чиглэл бол дорно дахин, монгол анагаах ухааны (МАУ) онолын мөн чанарыг орчин үеийн шинжлэх ухааны үүднээс зөв зохистой онолдуулан тайлбарлах асуудал юм (1). Уг ажлын ач холбогдол нь нэгдүгээрт, дорно дахин, МАУ-ы өнгөц харахад учир битүүлэг атлаа цаанаа «бүгдийг багтаасан» нэн гүнзгий агуулга бүхий онол, томъёолол илэрхийллийг шинжлэх ухааны шинэ агуулгаар баяжуулан тайлбарлаж, мөн чанарыг нь илрүүлэх, хоёрдугаарт, ор-

чин үеийн биологи, анагаах ухааны асар их сарнимал мэдээллийг дорно дахин, МАУ-ы нягт цул онолын дагууд шигтгэн зангидах замаар оношлогоо, эмчилгээ, урьдчилан сэргийлэлтийн цоо шинэ зарчим боловсруулах, шинэ эмийн бодис гарган авахад оршино. Судалгаа, шинжилгээний ажилд бага хөндөгдөн, учир битүүлэг хэвээр үлдэн хоцорч болзошгүй байгаа тийм томъёолол, илэрхийллийн нэг бол «элэгний халуун, хүйтэн бадган» өвчний тухай дорно дахины онол бөгөөд одон зурхай болон хий, шар,

бадганы онолоор бол «...элэг нь гал махбодтой, биеийн илчийн шүтээн цул бөгөөд эрүүл шарын орших орон, дүр урвасан шарын гүйх мөр болохоор шар дийлэнхүй халуун өвчнөөр өвчилнө... элэгний халуун өвчний шинж тэмдэг нь шарын халуун, халуун тослог, хурц, хөнгөн билиг чанарын ихсэлтээр илрэнэ. Үүний эсрэг хүйтэн, хүйтэн тослог, хүнд, мохдог эрдэм чадалтай эм, идээ ундаа, үйл хөдлөлөөр засна...» гэсэн байдаг. Бидний дэвшүүлсэн «хий, шар, бадган-мембрант байгууламж» шинэ санааны (1) үүднээс авч үзвэл элэгний эс, эсийн доторхи хэсгүүдийн мембрант хучаас нь эволюци хөгжлийн явцад зуурамтгай чанар багатай, шингэн альфа төлвөөр голлон бүтээгдэж үйл ажиллагааны өндөр идэвхтэй байх нөхцөлөөр хангагдсан бөгөөд элэг шар голлосон халуун эрхтэн гэсэн МАУ-ны томъёолол нь мембраны шингэн төлвөөр нөхцөлдөн бий болсон байна (23). Иймээс бид дээрхи шинэ санааны дагууд элэгний халуун, хүйтэн бадган өвчний тухай дорно дахин, МАУ-ны ойлголтын мөн чанарыг түүний МБ-ийн шингэн альфа төлөвтэй нь шүтэлцүүлж, элэгний эсийн талаархи орчин үеийн асар их мэдээлэлтэй зөв зохицтой холбон тайлал хийх замаар илрүүлж, элэг хамгаалах үйлдэлтэй шинэ эмийн жор бүтээх зорилт тавьсан юм.

Судалгааны ажлын арга зүй. Элэгний эсийн хурц, хурцдуу, архаг үрэвслийг үүсгэхдээ хулганад 40%-0,8 мл (кг CCl_4 -ийг, харханд 50%-ийн CCl_4 —0,4 мл) 100 гр тунгаар 4 өдөр дараалан арьсан дор тарих аргыг хэрэглэв (Н. П. Скакун и др 1984).

Элэгний эсийн үйл ажиллагааны байдлыг: а)

Элэгний эсийн хоргүйжүүлэх үйл ажиллагаа: Бромсульфалейныг 3 мл/кг тунгаар судсаар тарьж 30 минут болсны дараа цусыг авч, сийвэнг ялган 0,1 мл сийвэн дээр 2,5 мл 0,1 н NaOH нэмэхэд үүссэн өнгөт нэгдлийн гэрэл шингээлтийг

Спекол дээр 584 нм-т харж, мкл нэгжээр тодорхойлов. (Биотест-Берлин-Хеми) б) Элэгний эсийн уураг нийлэгжүүлэх үйл ажиллагааны байдлыг тимолийн булингар-шилтаар Хуэрго-Поплер нарын аргаар биотест ашиглан тодорхойлов. в) Элэгний эсийн цөс нийлэгжүүлэх үйл ажиллагааны байдлыг судлахдаа хархыг 40%-ийн уретан 1,5 гр/кг тунгаар хэвлийд тарин унтуулж, хэвлийн хөндийг нээн цөсний цоргыг 12 нугалаа гэдэснээс дээш 0,6—0,7 см зайд болгоомжтой сэтлэн 5—7 см урттай, 0,1 мм голчтой нарийн гуурс оруулж боогоод ялгарах цөсний хэмжээг 1, 2, 3, 4, 5 цагуудад хэмжин цөс ялгарах хурдыг мл/мин, 100 гр/мл/цаг үзүүлэлтээр тодорхойлов (Н. Ц. Скакун 1984)

г) Элэгний эсийн гэмтлийн байдлыг тогтоохдоо алат, аспараттрасфераза ферментийн идэвхийг цусанд Рейтман, Франкел (1957) нарын аргаар тодорхойлов. д) Элэгний өвчний үед өөхний хэт исэлдэлтийн процесс (ӨХИП) эрчимжих байдлыг элэгний эдийн гомогенатад агуулагдах диений кетон, диений конъюгат, малондпальдегид (МДА), шиффийн суурийн (ШС) концентрацаар тодорхойлов.

Диений кетон (Д. кетон), диений конъюгат (ДК) тодорхойлохдоо туршлагын амьтдын элэгнээс 1%, 3%, 5%, 8%-ийн гомогенат бэлдэн өөхний бодисыг «гептан-изопропанол»-ийн холимгоор ялгаж гептаны хэсэгт УФ—спектрометр дээр Д. кетоныг 273 нм-т, ДК-ыг 233 нм-т шингээлтээр нь тодорхойлов (И. Д. Стальная 1977). МДА-г 1%, 2%, 5%, 8%-ийн элэгний гомогенатыг РН 7,4 бүхий трис буферт бэлдэн 1,5 мл гомогенат дээр 1,5 мл 0,6%-тиобарбитурын хүчил хийж, 10 минут буналгах явцад үүссэн триметины бүрдлийн концентрацийг Спекол дээр 535 нм-т шингээлтийг бүртгэн (И. Д. Стальная 1977, М. Амбага 1980): ШС-ийн концентрацийг 1%, 2%, 5%, 8%-ийн элэгний гомогенатад агуу-

лагдах өөхний бодисыг «хлороформ-метанол»-оор ялгаж, хлороформын хэсэгт агуулагдах өөхний бодист ШС-ийн концентрацийг спектрофлуориметр дээр 350—360 нм-ийн өдөөлт, 430—440 нм-ийн шингээлтээр тус тус тодорхойлов (А. Л. Таррел 1979).

Судалгааны ажлын үр дүн. Цагаан харханд ССI-дөөр элэгний хурц үрэвсэлт өвчин үүсгэсний дараах 3 хоногт элэгний эсийн МБ-ийн шингэн, альфа төлөв, түүнийг нөхцөлдүүлдэг тосны ханаагүй хүчил (15, 28) өөхний хэт исэлдэлтийн механизмаар задарч, мембран гэмтэж, эс үхжих нөхцөл тавигдсан нь МДА, ДК, Д. Кетон ШС-ийн концентраци эрүүл үеийнхээс 1,64—6,55 дахин ($P < 0,5$) нэмэгдсэнээс харагдаж байна. (Хүснэгт № 1). Энэ нь ч зуурамтгай чанар багатай, ханаагүй хүчил ихтэй, шингэн альфа төлөвт мембранд ӨХИП маш их эрчимтэй өдөөгддөг ерөнхий зүй тогтлын дагуу явагдаж байгаа нь илэрхий байна (8, 14). Ийнхүү элэгний хурц үрэвслийн үед түүний мембраны альфа төлөв, ханаагүй хүчил хэт исэлдэн задрах эмгэг үзэгдэл, элэгний хурц халуун өвчний тухай дорно дахин, МАУ-ны онолын хооронд маш нарийн уялдаа бий бөгөөд учир нь элэгний эсийн мембран, ялангуяа митохондрийн мембран задарч, протонофор нүх үүссэн, цахилгаан цооролтын процесс (3, 9, 21) сэдээгдэх үед исэлдэлт фосфоржилтийн уялдаа тасарч, исэлдэлтийн энерги (0) нь фосфоржиж, АТФ-д хувирч чадахгүй дулаанд шууд хувирах нөхцөл бий болдог байна (3, 26). Үүний гадаад илрэл нь элэгний хурц үрэвсэлт өвчний үед элэгний харгалдаах биенийг гадаргуугийн $T^{\circ} 2$ гаруй дахин ихэсдэг шинж тэмдэг юм (29). Эндээс харахад элэгний хурц үрэвсэлт өвчний үед түүний шингэн альфа төлөв мембранд ӨХИП хүчтэй өлөөгдөж, «нүх» үүсэн, исэлдэлт-фосфоржилтийн уялдаа (O/P) тасарч, дулаан ялгаралт ихсэх тутам МАУ-д томьёологддог «элэгний

халуун» өвчний шинж тэмдэг төдий чинээ тод илрэх шууд шүтэлцээ ажиглагдаж байна. Бидний явуулсан дээрхи ажиглалтын 3 дахь хоногт мембранд өдөөгдсөн задралаас нөхцөлдөн «нүх» үүссэний нэг илрэл нь цусанд аспартат трансфераза ферментийн идэвхи эрүүл үеийнхээс 2,02 дахин ($P < 0,05$) ихэссэн байдал (хүснэгт № 1) бөгөөд энэ нь элэгний эсийн гадна мембран «цоорч» гэмтсэнтэй зэрэгцэн явагддаг эмгэг жамтай юм (18). Нөгөөтэйгүүр элэгний эсийн митохондрийн мембран нь эсийн гадна талын мембранаасаа илүү их ханаагүй хүчил агуулсан шингэн төлөвтэй болохоор ӨХИП-д түүнээс хавьгүй амархан өртөгдөн цоорч «эмгэг дулаан» үүсгэх чанартай болж хувирах нь зайлшгүй юм, Элэгний эсийн мембранд цооролт болж дулаан үүсэх үзэгдэл нь эрүүл үед ч зохицуулгатайгаар явагддаг хэвийн процесс бөгөөд гадаад орчны T° -ийг бууруулах үед элэгний митохондрид ханаагүй хүчил, альфа төлөв ихэсч, «хэмжээг цооролт» сэдээгдэн бие махбодын T° -ийн хэвийн хэмжээг тэнцвэржүүлэхүйц хэмжээний дулаан ялгарч хүйтэнд дасан зохицох» нөхцөлийг хангадаг байна (3,26) Элэгний эсийн мембранд хүйтний үйлдлээр P/O багасч, дулаан үүсэх энэ үзэгдэл нь намар өвөл тийш бусад улирлаас илүү хүчтэй эрчимждэг нь ч (26) «намрын цагт элэгний шарын халуун ихсэнэ» гэсэн МАУ-ны томьёололтой яв цав нийцдэг (13).

Элэгний эсийн мембраны шингэн альфа төлөвтэй нягт уялдаатайгаар «дулаан үүсдэг өөр нэг механизм нь элэгний хоргүйжүүлэх үйл ажиллагаа буюу исэлдэн гидроксилжих урвал, цитохром P-450—НАДФН-дегидрогеназа ферментийн оролцоотойгоор явагддаг нягт холбоотой (26) бөгөөд мембранд зуурамтгай чанар багатай шингэн төлөв сэргээгдэх тутам дээрх ферментүүд идэвхжиж, хоргүйжүүлэх үйл ажиллагаа (12)

сайжран, дулаан ялгаралт нэмэгддэг нь угтаа элэг хэвийн үйл ажиллагаа явуулж л байвал «дулаан» үүсч байна гэсэнтэй угта дүйж «элэг биений илчийн шүтээн», халуун чанартай эрхтэн» гэсэн МАУ-ны томьёололтой шүтэлцэн тохирч байна. Харин элэгний өвчний хурц үед түүний МБ-д ӨХИП өдөөгдөн, мембран цоорч «эмгэг дулаан үүсэлт» сэдээгдэх нь албадмал, зохицуулгагүй чанартайн хувьд «эрүүл дулаан» үүсэлтээс ялгаатай боловч аль аль нь зөвхөн элэгний эсийн МБ-ийн шингэн, альфа төлвөөс л хамааран явагдаж байгаа нь «шарын халуун өвчний шалтгаан нь эрүүл оршиж байгаа шар мөн...» гэсэн дорно дахин, МАУ-ны онолтой (13) таарах ба үүнийг элэг нь мембраны шингэн альфа төлвөөс нөхцөлдөн үйл ажиллагааны өндөр идэвхтэй байх боломжоор хангагддаг бол мөн энэ альфа төлвийн хэт ихсэлт, задралаас болж өвчлөмтгий байдаг гэж илэрхийлж хэлж болох юм. Элэгний хурц үрэвслийн 3 дахь хоногт цөс ялгаралтын идэвхи 1,79 дахин суларч ($P < 0,05$) элэгний эдэд цөс тогтонгишин хуримтлагдах шинж тэмдэг (хүснэгт № 1) илэрсэн нь цөс, цөсний хүчлийн детергент үйлдэл буюу цөсний зүгээс элэгний эсийн мембраны шингэн альфа төлвийг задлан гэмтээж «протонофор нүх» бий болгон эмгэг дулаан үүсэлтийг сэдээх тааламжгүй үйлдэл явагдах нөхцөл тавигдаж байгааг харуулах ба үүнийг МАУ-д «цөсний халуун өвчин ихсэнэ...» гэж томьёолсон байдаг (13).

Сонирхолтой нь элэгний хурц өвчний эмгэг жамын гол хүчин зүйл болдог вирус, цөс, этанол, ханаагүй хүчлийн хэт ачаалал, өндөр температур, стресс (3, 15, 16, 18, 20) урвал нь элэгний эсийн мембраны альфа төлвийг хэт ихэсгэн гэмтээж, O/P-г таслан, «эмгэг дулаан» ялгаралтыг ихэсгэж, эсийг үхжүүлэх нийтлэг үйлдэлтэй байхад дорно дахин, МАУ-д тэдгээр элэгний халуун шарын өвчнийг сэдээх үйлдэлтэй гол хүчин зүйлүүдийг нян халдвар, архи, цөс, халуун тослог идээ ундаа, гал наранд хэт шарагдах, хэтэрхий уурлаж почирдох гэсэн арай өөр хэлц томьёоллоор болохоос бус ав адилхан мөн чанараар илүү ч үгүй дутуу чүгүй базан илэрхийлсэн байдаг (13).

Судалгааг цаашид үргэлжлүүлэн өвчин үүсгэсний дараах 7, 14, 21, 28 дахь хоногуудад ажиглалт явуулахад (хүснэгт № 1) хурц үрэвслийн үеийнхээс ялгаатай нь ӨХИПийн бүтээгдэхүүн: ДК, МДА, ШС-ийн хэмжээ 1,16—4,8 дахин судалгааны 28 дахь хоногт ДК, ШС-ийн үзүүлэлтээр хэвийн үеийнхээс ч 1,1 дахин багассан нь хурц үрэвслийн үед элэгний эсийн МБ-д альфа төлөв, ханаагүй хүчил хэт задран алдагдаж, оронд нь ханасан хүчил, хатуу бетта төлөв нэмэгдэн, зуурамтгай чанар ихсэж байгаагийн (6, 16) баталгаа юм. Энэ нь «...арвидсан шар амирлаад болон үл амирлаад бадганд хувирна...» гэсэн МАУ-ны томьёололтой нийцэж (13) элэгний халуун өвчний үр дагавар элэгний хүйтэн бадган өвчин сэдээгдэж байгаагийн илрэл бөгөөд элэгний эсэд МБ-ийн зуурамтгай чанар ихтэй бетта төлөв хэт нэмэгдэх нь түүнийг уураг нийлэгжүүлэх, хоргүйжүүлэх, цөс нийлэгжүүлэх үйл ажиллагааг нонтой алдагдуулахын хамт (5, 10) хорт хавдрыг сэдээн өцөөж эмгэг үйлдэл үзүүлнэ (4,6,11). Өөрөөр хэлбэл элэгний хурц үрэвслийн үед түүний эсийн МБ-д ӨХИП хүчтэй өдөөгдөж, мембран задарч «нүх» үүсэн, дулаан ялгарч» эс үхжин, альфа төлөв алдагдах буюу МАУ-ны онолоор бол шарын халуун ихсэх тутам «хавдар» үүсэх алсын үр дагаврын магадлал (альфа-бетта механизмаар) зайлшгүй нэмэгдэх зүй тогтол ажиглагдаж байна. Элэгний хорт хавдрын үед түүний эсийн бөөм, микросомын мембранд зуурамтгай чанар ихтэй, бетта төлвийг бий болгодог холестерин, сфингомелин зэрэг ханасан хүч-

лийн хэмжээ 1,4—4,8 дахин нэмэгдэж, «ДНХ-мембраны цогцын» харилцан уялдаа нь хавдрын эсийн ургалтыг сэдээх буюу эсийн хуваагдлын фазийг идэвхжүүлэх, ДНХ-ийн нийлэгжилт, ДНХ, РНХ-полимераза ферментийн идэвхийг дээшлүүлэх чиглэл рүү өөрчлөгддөг байна (4, 6, 11). Ийнхүү «элэгний эсийн МБ-ийн альфа бүтцийн задрал—бетта бүтцийн давамгайлал», «элэгний халуун өвчин-хүйтэн бадган өвчин» гэсэн эмгэг жамын харилцан уялдааг илрүүлсэн нь уг эмгэг холбоог таслах замаар элэгний хурц, архаг өвчин, хорт хавдрын алсын үр дагавраас сэргийлэх, эмчлэх үйлдэлтэй шинэ жор бүтээх онолын үндэслэлийг бий болгож байгаа юм. Ийм жорын найрлагад: нэгдүгээрт мембраны альфа төлвийн задралыг шууд багасгадаг антиоксидант, мембран бэхжүүлэгч эмүүд, шууд бус замаар багасгадаг иммуномодулятор, иммунодепрессант, хоёрдугаарт мембраны цооролтыг асан багасгадаг мембран нөхвөрлөгч эмүүд, гуравдугаарт цөсний тогтонгшилыг багасгадаг буюу түүний детергент, протонофор үйлдэл элэгний эсийн мембранд явагдахаас хамгаалах үйлдэлтэй цөс хөөх, цөсний нийлэгжилт-ялгаралтыг сайжруулдаг эмүүдийг оруулах шаардлагатайг бидний судалгаа харуулж байна (Хүснэгт № 1). Үүнтэй холбоотойгоор дорно дахин, МАУ-д олон зуун жилийн туршид элэгний халуун, хүйтэн бадган өвчний эмчилгээнд хэрэглэж ирсэн уламжлалт жорнуудын найрлагад эмчилгээний дээрхи үндсэн зарчим тусгагдаж чадсан эсэх тухай асуулт урсан гардаг. Түвд Монгол уламжлалт анагаах ухаанд элэгний хурц, халуун өвчинд голчлон хэрэглэгдэж байсан дэгд (*Gentiana barbata*), дэглэнэ (*Lomatogonium rotatum*), барбад (*Hypocistis*), башнга (*Odonites*), манчин (*Aconitum*), тагш (*Oxitronis*), зэрэг ургамал, амьтны гаралтай 20 гаруй бэлдмэл дээр явуулсан судалгаанаас үзэхэд (2, 19, 22, 23, 30) тэлгээрийн фарма-

кологи үйлдлийн механизм нь дээрхи гурван хүрээнд л ерөнхийлөн зайгигдаж байгаа буюу антиоксидант, мембран бэхжүүлэх, мембран нөхвөрлөх, иммуномодулятор (шууд бус мембран бэхжүүлэх) цөсний нийлэгжилт, ялгаралтыг сайжруулах үйлдлийг голчлон үзүүлж байгаа нь мэдэгдлээ. Гэтэл орчин үеийн анагаах ухааны практикт элэгний хурц, хурцдуу архаг үрэвсэлт өвчний үед эмчилгээний өндөр идэвхтэйд тооцон хэрэглэдэг легалон (силибор, Карсил), эсенциале, левамизол, преднизолон, аллохол, Лев—52 зэрэг эмүүд нь мөн л мембран бэхжүүлэх, антиоксидант, мембран нөхвөрлөх, иммуномодулятор, цөс хөөх үйлдлийн (7, 17, 24, 25) замаар элэгний эсийн үхжил, гэмтлээс хамгаалах үйлчилгээ үзүүлдэг бэлдмэлүүд байгаа нь санамсаргүй зүйл биш юм. Эндээс үзэхэд орчин үеийн анагаах ухаанд бол элэг хамгаалах, антиоксидант, мембран бэхжүүлэх, мембран нөхвөрлөх, иммуномодулятор, цөс хөөх үйлдэлтэй гэсэн, дорно дахины анагаах ухаанд бол гашуун амттай, хүнд, хүйтэн, мохдог эрдэм, чадалтай гэж томьёолсон хэлц, илэрхийллийн ялгаа байгаа боловч угтаа энэ хоёр анагаах ухаанд элэгний өвчний үед хэрэглэдэг эмүүдийн үйлдлийн мөн чанар нь элэгний эсийн мембраны шингэн альфа төлөв, түүний задрал гэсэн нэгдмэл нэг цэг дээр хоёр талаасаа ирж, мөргөлдөн тохирч байгаа нь илт байна. Мөн элэгний халуун, хүйтэн бадган өвчний тухай дорно дахины анагаах ухааны ойлголт болон элэгний хурц архаг үрэвсэл, хорт хавдарын тухай Оу-ийн анагаах ухааны онолын хоорондоо эрс ялгаатай мэт томьёоллын дунд «гүүр болон холбогч» нь элэгний эсийн МБ-ийн шингэн альфа төлөв, түүний задрал—гэмтлээс нөхцөлдсөн эмгэг үзэгдлүүд байгаа нь илт харагдаж байгаа бөгөөд ийм ч байллаараа «хий, шар, бадган-мембрант байгууламж» гэсэн ерөн-

Хүснэгт № 1
 Туршидатын цагаан харханд дөрвөнхлоргтүүрстөрөгчөөр өдөөгдсөн элэгний хурц, хурцдуу, архаг үрэвсэлийн үед ӨХИП, мембраны задраг өдөж дөн, цус нийлэгжүүлэх, хоргуйжүүлэх үйл ажиллагаа өөрчлөгдөх байдал

№	Үзүүлэлт	Туршигт авуулсан арьстан	Эрүүд амьтдын үзүүлэлт n=10	Дөрвөнхлоргтүүрстөрөгч тарьсны кардах хоногууд				
				3 хоног n=10	7 хоног n=10	14 хоног n=10	21 хоног n=10	28 хоног n=10
1	Элэгний эдийн дөнгөжний көпжүүлэг (ед)	харх	0,114±0,02	0,4812±0,053*	0,3615±0,015**			0,1061±0,018**
2	Элэгний эдийн ма- дандайдегид (ед)	—	0,256±0,026	0,42±0,03*	0,36±0,09			0,31±0,005
3	Элэгний эдийн шиф- фин суурь (ед)	—	2,116±0,18	4,619±1,0*	2,476±0,3		2,54±0,33	1,967±0,2**
4	Элэгний эсийн дөнгөжний көтөл (ед)	—	0,383±0,002	0,083±0,002*	0,0613±0,005**			0,0481±0,0005**
5	Сийвэнд агуулагдах АСТ-трансфераза (мкмоль)	—	1,12±0,035	2,27±0,061*	1,6±0,17**	2,06±0,16	2,02±0,2	1,83±0,074
6	Сийвэнгийн тимолын бүчингэрицид (ед)	—	0,76±0,13	1,36±0,066*	1,7±0,14	1,38±0,17	1,08±0,2	
7	Цус нийлэгжүүлэх үйл ажиллагаа (фистул тавьсны дараах 1 цаг 1 цаг/мл) 100 гр	—	0,224±0,016	0,125±0,0175*	0,118±0,025*	0,123±0,025*		0,141±0,023*
8	Элэгний эсийн хор- гуйжүүлэх үйл ажил- лагаа (Бромсуль- фагелиний аягараалт- мкл)	Цагаан хүл- гана	0,087±0,001	0,65±0,08*	0,48±0,49**	0,32±0,05**	0,43±0,07**	

*— Эрүүд амьтдагт харьцуулахад $P < 0,05$
 **— Судайгааны 3 дахь хоногтой нь харьцуулахад $P < 0,05$

хий санааг «элэг-шар-альфа төлөвт мембран элэгний халуун шарын өвчин, альфа төлвийн задрал элэгний хүйтэн бадган өвчин—МБ-ийн хатуу бетта төлвийн ихсэлт» гэсэн жижиг хүрээнд дахин батлан харуулж байна. Эцэст нь хэлэхэд элэгний эсийн ин витро загвар дээр «эзэн биеэс» нь харьцангуй салган явуулж байгаа орчин үеийн нарийвчилсан судалгаанууд нь зарим тохиолдолд бүх биеийн түвшингийн илэрхийллээ олж чадахгүй байдалд орж болзошгүй байхад элэгний халуун, хүйтэн бадган өвчний тухай дорно дахины анагаах ухааны томъёолол нь эд, эсийн түвшингийн баталгаажилт байхгүй хэтэрхий ерөнхий хийсвэрлэсэн чанартай байгаа зэргээр нэг бол хэт нарийвчилсан, эсвэл хэт ерөнхийлсэн туйлшрал бий болсноос нөхцөлдөн тэдгээрийн хооронд үүсч болох «хоосон зайг» элэгний эсийн МБ-ийн шингэн альфа төлөв-элэгний шарын халууны тухай ойлголт гэсэн шинэ санаагаар дүүргэн баяжуулж, элэг хамгаалах үйлдэлтэй нийлмэл жор бүтээх шинэ зарчим боловсруулсанд бидний ажлын шинэлэг тал оршино.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. М. Амбага. Анагаах ухаан 1991. № 1, 38—43.
2. М. Амбага, Б. Саранцэцэг, Т. Долгорсүрэн. Анагаах ухаан, 1990 № 1, 3—10.
3. В. Ф. Антонов. Липиды и ионная проницаемость мембран, М, 1982, 151.
4. Н. К. Бердинских, К. Л. Санина, Е. П. Гула, Вестник АМН СССР, 1982, № 3, 53—57.
5. Е. А. Бородин, Е. И. Побрецов, Е. И. Карасевич. Журн. Биохимия, 1981, № 6, 1109—1119.
6. Е. Б. Бурлаков, Н. Н. Пальмина. Вестник АМН СССР, 1982, № 3, 74—86.
7. А. И. Венгеровский, А. С. Саратчиков. Фарм. и токсик, 1988 № 1, 89—93.
8. Ю. А. Владимиров, А. И. Ар-

чаков, Перекисное окисление липидов в биологических мембранах, М, Наука, 1972, 252.

9. В. Г. Боцвадзе, Н. Н. Брустовецкий, А. А. Жукова. Журн. Биохимия, 1990, № 12, 2195—2200.

10. Л. Б. Дудник, М. Б. Биленко, А. В. Алесенко. Бюл. эксп. биол. и мед. 1980, № 5, 556—558.

11. Э. Б. Дятловицкая, Л. Д. Бергельсон. Вестник АМН СССР, 1982. № 3, 42—48.

12. И. В. Жигачев, А. И. Цукерман, Э. Я. Каплан. Журн. Биохимия, 1983. № 2, 254—259.

13. Б. Жигмид. Монгол анагаах ухааны үндсэн онол, 1988, 416.

14. А. И. Журавлев, А. И. Журавлева. Сверхслабое свечение сыворотки крови и его значение в комплексной диагностике. М, 1975, 126.

15. Я. Кагава, Биомембраны, М, Высшая школа, 1985, 303.

16. А. Г. Марачев, А. Г. Лапинский. Журн. Физ. человека, 1989, № 6, 46—55.

17. М. Д. Машковский. Лекарственные средства, М, 1985, 576.

18. Ф. З. Меерсон. Патогенез и предупреждение стрессорных и ишемических повреждений сердца, М, 1984, 272.

19. С. М. Николаев. Журн. Фарм и токсик, 1983, 11, 79—82.

20. В. Ф. Нисевич, Н. И. Учайкин. Тяжелые и злокачественные формы вирусного гепатита у детей, М, 1982, 288.

21. Т. И. Новгородов, Т. И. Гудзь, Ю. Е. Кушнарева. Журн. Биол. мембраны, 1990, № 9, 945—956.

22. Растения тибетской медицины, Новосибирск, 1989, 159.

23. Б. Саранцэцэг, М. Амбага, ШУА-ийн мэдээ, 1991, № 3, 42—45

24. Н. П. Скакун. Журн. Фарм и токсик, 1984, № 4, 105—108.

25. Н. П. Скакун, И. П. Мосейчук. Журн. Фармация, 1989, № 4, 67—69.

26. В. П. Скулачев, Энергетика

биологических мембран, М, 1989, Мед. Института, 1989, 168, 326.

27. Современные методы в биохимии, М, 1977, 392.

28. Л. Страйер, Биохимия, 1985, 326.

29. В. Я. Тарабан, С. Н. Холин, Т. Н. Скорнякова. Тезисы докладов студентов Новосибирского,

30. О. Д. Цыренжапова. Тезисы докладов IV Всесоюзного симпозиума по фенольным соединениям,

Ташкент, 1982, 151.

31. Tappel A. L. In vitro Lipid peroxidation, «Free radicals, in Biology, 1979 3—15

АСУУДАЛ ДЭВШҮҮЛЖ БАЙНА

Б. ДЭМБЭРЭЛ

МОНГОЛ УЛСЫН ЭРҮҮЛИЙГ ХАМГААЛАХЫН ОНОЛ, ЗОХИОН БАЙГУУЛАЛТЫН ЗАРИМ АСУУДЛУУД

ШУА-ийн гишүүн, доктор профессор, Эрүүл ахуй, нийгмийн эрүүл мэндийн тэнхим эрхлэгч

Б. Дэмбэрэл

1. Манай оронд эрчимтэй өрнөж байгаа өөрчлөн байгуулалт, ардчилал, ил тод байдал, олон ургальч үзэл болон улсын төвлөрсөн төлөвлөгөөт эдийн засгаас, нээлттэй эдийн засаг, зах зээлийн харилцаанд шилжиж байгаатай холбогдуулан сүүлийн үед оюутан эмч, эрдэмтэд, иргэдээс НЭА, ЭХЗБ-шинжлэх ухааны өмнө дэвшүүлж байгаа онол практикийн асуудлаудаар харилцан санал солилцон ойлголцохыг эрмэлзэн;

2. Манай орны хөгжлийн өнгөрсөн үеийн түүх, «социалист байгуулалт»-ын талаар эрдэмтэд, нийгэм, түүх, судлаачид, гүн ухааны мэргэжилтнүүдийн дунд өрнөж байгаа маргаан, зарим эрдэмтдийн дэвшүүлж байгаа онолын шинэлэг дүгнэлт, үзэл баримтлал, Монгол улсын үндсэн хуулийн зорилтыг харгалзан;

3. Манай орны нийгмийн эрүүл ахуй, эрүүлийг хамгаалахын зохион байгуулалтын шинжлэх ухааны зарим үндсэн гол зарчмын асуудлаар нэгдсэн ойлголт, үзэл баримтлалыг буй болгохыг иш үндэс болгон;

Монгол улсын эрүүлийг хамгаалахын ангилал, онолын үндэс, үндсэн зарчмууд, хөгжлийн үе шат, зах зээлийн эдийн засагт шилжихтэй холбогдсон зохион байгуулалтын зарим асуудлыг хөндөж дараах шинэлэг санаа, онолын үндэслэл, үзэл баримтлалыг дөр-

шүүлж байгаа болно.

Нэг. Эрүүлийг хамгаалахын ангилалын тухайд. Дэлхийн аль ч оронд нийтлэг ойлгодог ерөнхий ойлголтоор эрүүлийг хамгаалах гэдэгт тухайн улс орны засаг, төрийн байгууллагаас хүн амынхаа эрүүл мэндийг хамгаалж бэхжүүлэх, тэднийг эмнэлгийн тусламжаар хангахын тулд явуулж хэрэгжүүлж байгаа арга хэмжээний цогц юм.

Энэ утгаар, аль ч улс орны хүн амын эрүүл мэндээ хамгаалах, эмнэлгийн тусламжаар хангагдах боломж нь тухайн улс орны засаг, төрийн бодлого, эдийн засгийн чадавхи, эмнэлгийн байгууллагын хөгжил, хүрэлцээнээс хамаарах бөгөөд ер нь улс орны эрүүлийг хамгаалахын хөгжил нь тухайн улс, нийгмийн үйлдвэрлэлийн арга, үйлдвэрлэлийн харилцаа (эдийн засгийн суурь), анагаах ухааны хөгжил, ард түмний соёлын түвшингээр тодорхойлогддог түгээмэл зүй тогтол бий.

Манай орны улс нийгмийн бүх амьтлалыг нэг нам-МАХН үлгүрдэн жолоодож, ялангуяа түүний үйл ажиллагаанд төржсөн намын захиргааны арга дараагаар болсон үе болон «дэлхийн социалист систем» бүрэлдэн тогтож дэлхий ертөнц улс төрийн хоёр системт хувааглан үзэл суртлын эвлэлдэрсүй тэмцэл хүрчидсэн үеэс

улс, нийгмийн бүх амьдрал, үүн дотор эрүүлийг хамгаалах саябарт ч бүх асуудалд ангич, намч байр сууринаас хандаж социализмын давуу талыг бүх талаар нотлон сурталчлах үзэл баримтлал ноёрхсон билээ. Бид ч уг үзэл баримтлалыг гол удирдамжаа болгон хүлээн авч ЗХУ, «социалист орнууд»-ын эмч эрдэмтэд нийгэм судлаачидтай дуу хоолой алхаа гишгээгээ нийлүүлж дэлхий дахины эрүүлийг хамгаалахыг «социалист», «капиталист», «хөгжиж байгаа орны» хэмээн ангилан дэлхий дахины тавцанд социалист системийн давуу талыг өргөн сурталчилж байсан.

Өнгөрсөн энэ түүхийг өнөөдрийн өөрчлөлт шинэчлэлтийн шинэлэг санаагаар эргэн харж дүгнэж цэгнэж үзвэл «дэлхийн социалист систем» оршин тогтносон богино хугацаандаа хүн амын эрүүл мэндийг хамгаалах нийгмийн дэвшилттэй систем тогтоож, үлэмж амжилт олсон нь маргаангүй боловч орчин үеийн хөгжлийн шаардлага, олон ургальч үзлийн үүднээс буурь суурьтай хандаж засаж залруулбал зохих гажуудал, доголдол байсныг хүлээн зөвшөөрөх хэрэгтэй юм.

Бид юунд алдав?

а. Эрүүлийг хамгаалах хэмээх өргөн цар хүрээтэй ухагдахуун, үйл ажиллагааны цогц системийг ангич намч үзэл ойлголтын явцуу хүрээнд ялгаварлан загварчилж хэг улс төржүүлэн капиталист, социалист улс орнуудыг эвлэршгүй сөргүүлэн тавьсанаараа өөрсдийгөө ертөнцийн бусад орнуудаас зохиомлоор тусгаарлаж, тэдгээр орнуудын анагаах ухаан, эрүүлийг хамгаалахын ололт амжилт, дэвшилт техник, технологос суралцах, нэвтрүүлэх явдлыг хязгаарлаж байв.

б. Социалист системийн давуу талыг сурталчлах нэрийн доор эрүүлийг хамгаалахын хөгжлийн тоон үзүүлэлт (эмч, орны хангамж г. м)-ийг голлож, зарим үед «мүү үзүүлэлтээ» нүүн дарагдуулж мэдээлдэггүй байсан нь хүн амд үзүү-

лэх эмнэлгийн тусламжийн чанарыг орхигдуулж манай мэтийн хөгжиж байгаа буурай орон олон улсын байгууллага, бусад орноос дэмжлэг тусламж авахад зарим үед саад тотгор ч болж байв.

в. Социалист системийн дотор зарим орны «манлайлал»-ыг хэт дөвийлгөж загварчлах, туршилгыг «бэлэнчлэх» явдал газар авч, ялангуяа манай орны хувьд эрүүлийг хамгаалахыг «хэт европчилон» үндэсний анагаах ухаан, уламжлалт эмнэлгээ хөгжүүлэхийг орхигдуулж өрөөсгөл хандаж «туйлширсан» нь том алдаа байв.

Энэ бүхнээс үндэслэн манай орны хөгжлийн одоогийн нөхцөлд, эрүүлийг хамгаалахыг ангич, намч байр сууринаас үндэслэн ангилсан дээрх ангилалаас түдгэлзэж ДЭМБ-аас орчин үед улс орны эрүүлийг хамгаалахын ангилж байгаа түгээмэл ангилалыг анагаах ухааны бүх шатны сургалт, эрүүлийг хамгаалахын үйл ажиллагаанд баримтлан хэрэглэх саналыг бүхэнд сонордуулж байна.

Энэ нь улс оронд маань хэрэгжиж эхэлж байгаа нээлттэй эдийн засаг, зах зээлд шилжих бодлоготой дүйцэж эрүүлийг хамгаалах, анагаах ухааны талаар дэлхийн бусад орнууд, олон улсын байгууллагатай хамтран ажиллахад ч тус дөхөм үзүүлэх болно.

Орчин үед НҮБ-ын баримталж байгаа эдийн засгийн ангилалын ерөнхий зарчимд тулгуурлан ДЭМБ улс орнуудын эрүүлийг хамгаалахыг «хөгжингүй орны» хөгжиж байгаа орны» гэсэн хоёр хэсэгт ангилж дэлхий нийтийн хүн амын эрүүл мэндийг сайжруулахад (2000 онд бүх нийтэд эрүүл мэнд хэмээх улс орнуудын хамтын ажиллагааг хөгжүүлж хөгжингүй орнуудаас хөгжиж байгаа оронд үзүүлэх тусламж дэмжлэгийг аль болохоор өргөжүүлэх бодлого явуулж байгаа болно. ДЭМБ-ын тодорхойлсоноор «2000 онд бүх нийтэд эрүүл мэнд» стратегийг хэрэгжүүлэх гол арга

зам—хэргэсэл нь давын өмнө дэлхийн улс орон бүрд хүн амд үзүүлэх эмнэлэг-ариун цэврийн (эрүүл мэнд) анхны тусламжийн асуудлыг шийдвэрлэх явдал юм. Үүнийг шийдвэрлэхэд эдийн засгийн хувьд тухайн улс орны нийгмийн нийт бүтээгдэхүүний 5%-иас доошгүй нь эрүүлийг хамгаалах салбарт зарцуулагдаж жилд нэг иргэнд 500 америк доллараас доошгүй үндэсний нийт бүтээгдэхүүн ногдож байвал боломжийн доод хэмжээ гэж үзэж байгаа юм.

Манай орны нэг хүнд жилд ногдох үндэсний нийт бүтээгдэхүүний хэмжээ 473 ам. доллар (Ардын эрх 1991 оны 63-т) байгаа боловч академич, доктор П. Лувсандоржийн тодорхойлсноор хөгжиж буй орнуудыг ангилдаг гурван зэрэглэлийн хамгийн доод-буурай хөгжилтэй орнуудын шинж төрхийг бараг бүрэн хадгалж, эдийн засгийн түвшинг илэрхийлэх үндсэн үзүүлэлтээр хөгжиж буй орнуудын дундаас доогуур түвшинд байгаа ажээ. (Ардын эрх. 1991 оны 129-рт).

Үүний зэрэгцээ ДЭМБ-ын зарим эксперт судлаач-эрдэмтэд тухайн улс орны эрүүлийг хамгаалахын хөгжлийн түвшин тусламжийн хүрэлцээ, чанар, анагаах ухааны хөгжил зэрэг үзүүлэлтэд тулгуурлан эрүүлийг хамгаалах сул, дунд, өндөр (сайн) хөгжсөн орон гэж ангилдаг бас нэгэн ангилал бий.

Энэ шалгуураар манай орны эрүүлийг хамгаалахын түвшинг үнэлж үзвэл эмнэлгийн тусламжийн хүрэлцээний үзүүлэлтээр дэлхийн өндөр хөгжсөн (сайн хангагдсан) орны тоонд орох боловч анагаах ухааны хөгжлийн түвшин, үзүүлж байгаа тусламжийн чанар, хүн амын эрүүл ахуй-ариун цэврийн соёлын түвшин зэрэг үзүүлэлтээр өндөр хөгжилтэй орнуудаас хоцорч байгаа учир ерөнхийдөө эрүүлийг хамгаалах дунд түвшинд хөгжсөн орнуудын тоонд хамаарагдах юм.

Эрүүлийг хамгаалах системийн талаар баримталж байгаа дээр дурьдсан ангилалаас гадна тухайн улс орны хөгжлийн явцад бүрэлдэн

тогтсоц эрүүлийг хамгаалахын бүтэц зохион байгуулалт, санхүүжилтийн гол эх үүсвэрээр ангилдаг практикийн ангилал бас бий.

1. Хувийн эмнэлгийн хэлбэр.— Энэ хэлбэрийн онцлог нь эмнэлгийн үйлчилгээг үнэ төлбөртэйгээр зохион байгуулж, «хөлс, зардал»-ыг үйлчлүүлсэн хүмүүсээс гаргуулан авах, ашиг хонжоо олох зарчим дээр үндэслэгдэнэ. Орчин үед эрүүлийг хамгаалахын ийм хэлбэр хамгийн өндөрт хөгжсөн орон нь АНУ юм.

2. Даатгалын эмнэлгийн хэлбэр—эрүүлийг хамгаалахад шаардагдах хөрөнгийг даатгагдсан хүмүүсээс авах татвар, улсын төсөв болон хөлслөгч этгээд, үйлдвэр аж ахуйн газраас гаргах зардал, сайн дурын хандив зэрэг олон эх үүсвэрээр санхүүжинэ. Франц, Герман (хуучин нэрээр), Канад, Япон, Скандиновын орнууд зэрэг, ер нь капиталист олонхи орнуудад зонхилж байгаа хэлбэр юм.

3. Улсын эрүүлийг хамгаалах алба—Эрүүлийг хамгаалахын үйл ажиллагааг улс хариуцан санхүүжүүлж, гол төлөв эмнэлгийн тусламжийг «үнэ төлбөргүй» зохион байгуулж байгаа юм.

Хуучин социалист системийн гэгдэж байсан бүх орнууд, Англи улс хамаарагддаг. Эрүүлийг хамгаалахын санхүүжилт, зохион байгуулалтын эдгээр хэлбэрүүд зарим оронд дангаар (цэврээр), зарим оронд хавсарсан (холимог) байдлаар, (хувийн+даатгал; даатгал+улсын; улсын+даатгал+хувийн) байгаа боловч тухайн улс оронд аль хэлбэр нь зонхилж байгаагаар эрүүлийг хамгаалах системийг бүхэлд нь нэрлэх хэвшил тогтжээ.

Манай орны эрүүлийг хамгаалах систем энэхүү ангилалын 3-рт багтах бөгөөд үндсэн хуулийн заалтын дагуу өнгөрсөн хугацаанд ард иргэл үнэ төлбөргүй эмнэлгийн тусламжаар хангагдсан нь эрүүлийг хамгаалах ажлыг эхлэн хөгжүүлж байсан хүнд бэрхшээлтэй үед ард түмнийг европын шинж-

лэх ухааны эмнэлэг тийш татах эдийн засгийн чухал хөшүүрэг байсан билээ.

Гэвч эмнэлгийн төлбөргүй үйлчилгээ маань зарим хүмүүсийн эрүүл мэнддээ тавих анхаарал, хариуцлагыг сулруулж, үнэ төлбөргүй тусламжийг «өртөггүй» мэтээр ойлгож, эрүүл мэндээ улсад даатгаж, «эрүүл байх нь миний эрх», «эрүүл байлгах нь эмчийн үүрэг» мэтээр өрөөсгөл ойлгох болжээ.

Мөн манай оронд мөрдөгдөж байгаа нийгмийн даатгалын одоогийн тогтолцооны буруугаар ажилчин албан хаагч өвчлөхөд уг байгууллага, хамт олон материалын болон хууль зүйн ямар ч хариуцлага хүлээхгүй байгаа нь байгууллагын захиргаанаас хамт олныхоо эрүүл мэндийг хамгаалах үүрэг хариуцлагыг сулруулж байна.

Энэ бүхнийг зүйрлэн өгүүлбэл, «өмчөөс нь хэрэглэгчийг салгасантай адил хүнийг эрүүл мэндээ хамгаалах хариуцлагаас нь салгажээ» гэж бодмоор байгаа юм.

Үүнээс үндэслэн улсын эмнэлгээс үзүүлэх үнэ төлбөргүй тусламжийн зэрэгцээ хүний амь насанд шууд нөлөөлөхгүй эмнэлгийн зарим үйлчилгээ, иргэдийн хүсэлтээр хийгдэх нэмэгдэл арга хэмжээ, хувь хүн өөрийн буруугаар эрүүл мэндээ хохироосон тохиолдол зэрэгт төлбөрт үйлчилгээ нэвтрүүлэх, өндөр мэргэжлийн болон насны тэтгэвэрт гарсан эмч, эрдэмтэд улсын хууль дүрмийн дагуу хувийн болон хоршоолол, хувь нийлүүлсэн эмнэлэг байгуулах, байгууллагын болон хувийн эрүүл мэндийн даатгал буй болгох зэрэг эдийн засгийн шинэ механизм нэвтрүүлж хэрэгжүүлэх асуудлыг холбогдох байгууллагууд судлан боловсруулж анхны зарим алхамууд хийгдэж байгааг таашааж байна.

Дээр өгүүлснийг товчлон нэгтгэвэл: Монгол улс, хөгжлийн одоогийн шатанд улсын эрүүлийг хамгаалах систем (алба) дунд зэргийн түвшинд хөгжсөн эдийн засгийн хувьд буурай хөгжилтэй орон юм.

Хоёр. Эрүүлийг хамгаалахын

онолын үндэс, үндсэн зарчмуудын тухайд: Одоог хүртэл бид эрүүлийг хамгаалах явдлаа «социалист» хэмээн нэрлэж үйл ажиллагаандаа «социалист эрүүлийг хамгаалах»-ын онолын үндэс (байгаль нийгмийн хөгжлийн тухай марксист-ленинц сургаал, материалист диалектик арга), үндсэн зарчмууд (тэр улсын шинж чанар, улсын нэгдсэн төлөвлөгөө удирдлага, урьдчилан сэргийлэх чиглэл, онол-практикийн нэгдэл, үнэ төлбөргүй хүрэлцээтэй байх, олон нийт-хөдөлмөрчдийн өргөн оролцоо, хүнлэг энэрэнгүй үзэл, интернационалч шинж чанар) мөрдөж энэ онол, зарчимд тулгуурлагдан боловсрогдсон эрүүлийг хамгаалах хууль болон хууль, эрх зүйн бусад баримт бичгүүдийн нилээд нь хүчин төгөлдөр хэвээр мөрдөгдөж байгаа билээ.

Манай оронд ардчилалын давалгаа ид хүчээ авч эрчимтэй өрнөсөн эхний үед зарим эмч, залуу мэргэжилтнүүд социалист эрүүлийг хамгаалахаас татгалзан, хувийн эмнэлэг, пүүс, хоршоо байгуулан «эрх чөлөөгөө эдлэх нэрээр ширүүн гарч ирснээ сүүлийн үед эрч нь алдарсан дээс шиг суларч ирсэн нь гайхалтай.

Энэ бүхнийг эс өгүүлэн өгүүлэхэд, ер нь орчин үед явагдаж байгаа өөрчлөлт шинэчлэлийн өөдрөг санаа бодол, улс оронд явагдаж байгаа эдийн засгийн механизмын шинэчлэлийн үүднээс нарийвчлан тунгааж үзвэл бид эрүүлийг хамгаалахын онол, зарчмын талаар урьд өмнө баримталж ирсэн үзэл баримтлалаа эргэн үзэж шүүмжлэлтэй хандах шаардлага зайлшгүй байгаа юм.

Миний бодлоор бол «социалист эрүүлийг хамгаалах систем»-ээс шууд татгалзан таягдаж хаяад хөрөнгөтний уламжлалт хувийн эмнэлэг «арилжаа наймаа»-ны эрүүлийг хамгаалахын онол, зарчимд шууд шилжих бус, улс орныхоо өнгөрсөн түүхийн хугацаанд хийж бүтээсэн ололт амжилтыг үндэсний дэвшилт уламжлал, хүн төрөлхтний соёл ир-

гэншил, шинжлэх ухаан техникийн ололтоор баяжуулан хөгжүүлж уг онол, зарчмыг өргөжүүлэн өөрчилж шинэчлэх замаар «хойшоо бус, урагшаа алхвал» илүү үр дүнд хүрмээр санагдана. Миний энэ санал, бодол дараах нөхцөл байдалд үндэслэгдэж байгаа юм.

1. Манай орны эрүүлийг хамгаалахын түүхэнд «социалист эрүүлийг хамгаалах»-ын онолын үндэс, үндсэн зарчмуудыг мөрдөн хэрэгжүүлж ирсэн хугацаанд алдаа, дутагдал байсан боловч эцсийн дүнд хүний эрүүл мэндийн асуудлыг төр засаг хариуцан, түүнд шаардагдах хөрөнгө зардлыг гаргаж, өвчилж зовох үед нь эмнэлгийн үнэ төлбөргүй тусламжийг баталгаатай үзүүлж, нийгмийн даатгал бусад эх үүсвэрээс эдийн тусламж үзүүлдэг эрүүлийг хамгаалахын улсын нэгдсэн систем тогтоон хөгжүүлж, хүн амд үзүүлэх эмнэлгийн тусламжийн хүрэлцээний тоон үзүүлэлтээр дэлхийн өндөр хөгжилтэй орнуудын түвшинд хүрч, хүн ард маань өсч залуужиж эрүүлжсэн нь гарцаагүй үнэн. Ингэхээр энэ систем ямар нэгэн тодорхой үр дүн өгсөн гэдэгт эргэлзэхгүй байна.

2. Үг хэллэгт «социалист эрүүлийг хамгаалах»-ын гэх боловч үнэн амьдралд бидний дээр дурьдсан зарчмуудыг ДЭМБ-ын гишүүн бүх орнууд ямар нэг хэмжээгээр үйл ажиллагаандаа мөрдөж ирсэн түгээмэл зарчим юм. Харин уг зарчмуудыг анх үндэслэн хэрэгжүүлж амьдралд баталж нотолсон нь ЗХУ, социалист лагерийн гэж нэрлэгдэж байсан орнууд бөгөөд дээрхи зарчмууд эрүүлийг хамгаалах үйл ажиллагаанд үнэхээр үр дүнтэй нь тэдгээр орны туршлагаар батлагдсан тул ДЭМБ 1970 онд хуралдсан XXIII чуулганаараа «үндэсний эрүүлийг хамгаалахыг хөгжүүлэх үндсэн зарчмын тухай» тогтоол гаргаж дээр дурьдсан зарчмуудыг үйл ажиллагаандаа мөрдөхийг ДЭМБ-ын гишүүн бүх оронд зөвлөсөн юм.

Эдгээр байдлыг иш үндэс болгон мөхөс миний бие эрүүлийг хамгаалахын онол, зарчмын талаар

доор дурьдсан саналуудыг та бүхэнд толилуулж санал хуваалцахыг хүсч байна. Үүнд:

1. Бид чинь 1966-аад оноос хойш бүхий л салбараа социалистжуулчихсан. Одоо болохоор «социализм» «коммунизм» гэдэг үгнээс «тахал өвчин» мэт цэрвэх боллоо. Манай оронд «социалист» хэмээх нийгмийн байгууллалыг ардчилсан өөр тогтолцоогоор солих шаардлага улам бүр илэрхий болж байгаа тухай зарим эрдэмтэд, нийгэм судлаачдын хийж байгаа онолын дүгнэлт, үзэл баримтлал, монгол улсын үндсэн хуульд (1992) «эх орондоо хүмүүнлэг, иргэний ардчилсан нийгэм цогцлуулан хөгжүүлэхийг эрхэм зорилго болгоно» хэмээн тунхагласныг үндэслэн «БНМАУ-ын социалист эрүүлийг хамгаалахын онолын үндэс, үндсэн зарчим» хэмээх нэр томъёо, ойлголтыг «үндэсний эрүүлийг хамгаалахын онолын үндэс, үндсэн зарчим» хэмээх ойлголтоор өөрчилж утга агуулгыг үндэсний дэвшилт уламжлал, хүн төрөлхтөний соёл иргэншил, шинжлэх ухаан техникийн ололт, оюуны сан хөмрөгөөр баяжуулж хөгжүүлэх;

2. Монгол улсын үндэсний эрүүлийг хамгаалахын онол, арга зүйн үндэс нь байгал, нийгмийн хөгжлийн жамзүй, материалист диалектик арга, хүмүүнлэг энэрэнгүй ёс, үндэсний болон хүн төрөлхтөний соёл иргэншил анагаа хухааны дэвшилт өв уламжлал, шинжлэх ухаан техникийн ололт амжилтанд тулгуурлана хэмээн томъёолох.

3. Монгол улсын эрүүлийг хамгаалах үйл ажиллагааны үндсэн зарчмуудыг:

а) Хүн амын эрүүл мэнд нь төрийн онцгой анхаарал, ивээл хяналтанд байж, авах арга хэмжээ нь улсын (засгийн газрын) нэгдсэн бодлого удирдлагаар зохион байгуулагдаж хэрэгжинэ.

б) Алив өвчнөөс урьдчилан сэргийлэх арга хэмжээг эрхэмлэн, эрүүл аж төрөх ёсыг амьдрал, эхүйд хэвшүүлж иргэдийг эрүүл мэндээ хамгаалж бэхжүүлэх ухам-

сар, дадал заншилд сургах нь эрүүлийг хамгаалах үйл ажиллагааны жанжин шугам, гол зорилт мөн.

в) Иргэдийн нийгэмд эзлэж байгаа байр суурь, нийгмийн гарал, үндэс угсаа, шашин шүтлэгийг харгалзахгүйгээр эмнэлгийн тусламжийг үйлчилгээний олон хэм шинжит зарчимд (төлбөртэй, төлбөргүй, улсын, даатгалын, хувийн, хоршооллын, компанийн г. м) тулгуурлан нийтэд хүртээмжтэй, чанартай үзүүлэхийг эрхэмлэнэ.

г) Шинжлэх ухааны онол практикийн нэгдлийг хангаж судалгаа шинжилгээний ажлыг өргөжүүлэн хөгжүүлж дэлхий дахины орчин үеийн анагаах ухааны ололт амжилтыг үндэсний болон дорно дахины уламжлалт эмнэлгийн аргатай хослон хөгжүүлэх нь тус улсын анагаах ухаан судлалын гол зарчим мөн.

д) Эмч, эмнэлгийн ажилтан, бүр үйл ажиллагаандаа хүнлэг, энэрэнгүй, нигүүлсэнгүй үзэл, буяны үйлсийг эрхэмлэж хүнд тусч, нөхөрсөг, нинжин сэтгэлээр хандах нь тэдний мэргэжлийн ёс суртахууны гол цөм, агуулга байх ёстой.

е) Эрүүл мэндийг хамгаалах нийгмийн арга хэмжээнд улс, олон нийт, аж ахуйн бүх байгууллага, иргэдийг зохион байгуулалттайгаар өргөн оролцуулж иргэдийн бие бялдар, сэтгэцийн эрүүл энх байдлыг хангах экологийн аятай нөхцөлийг бүрдүүлэх, улсын хүн амзүйн бодлогыг хэрэгжүүлэхэд идэвхи чармайлттай оролцох нь эрүүлийг хамгаалах үйл ажиллагааны чухал зарчмын нэг мөн.

ё) Хүн амын эрүүл мэндийг хамгаалах алба, анагаах ухаан судлалыг хөгжүүлэх талаар дэлхийн аль ч улс оронтой хамтын ажиллагааг улс хоорондын болон олон улсын байгууллагын эрх зүй, нийтлэг зарчимд тулгуурлан хөгжүүлнэ гэсэн байдлаар тодорхойлбол зүйд нийцмээр санагдана.

Гурав. Монгол улсын эрүүлийг хамгаалахын хөгжлийн үе шатлалын асуудалд: Манай орны хөгжлийн түүхийн талаар 1990 оноос

өмнө туурьдсан ном, хэвлэл, сурах бичиг, гарын авлага бүтээлүүдэд 1921 оны ардын хувьсгалын ялалтаар монгол орон хүн төрөлхтөний нийгмийн хөгжлийн шинэ зам, октябраар эхэлсэн социализмын замд «шилжиж», 1921—1940 онд хувьсгалг ардчилсан өөрчлөлт хийж, 1940—1960 онд социализмын үндсийг байгуулаад 1960 оноос социализмын материал техникийн бааз байгуулж бүрэн дуусгах зорилтыг шийдвэрлэх үедээ орж, хүн төрөлхтөний нийгмийн хөгжлийн түүхэнд цоо шинээр нээсэн «капиталист бус хөгжлийн зам»-ын баялаг туршлагаа гадаад дотоодгүй өргөн сурталчилж байв.

Улс орны хөгжлийн туулсан түүхэн зам, ирээдүйн төлвийн талаар эрдэмтэд, сэтгэгчид ном хаялцан, маргалдан мэтгэлцэж байгаа эрэн нөхцөлд салбарынхаа хөгжлийн түүхийг судлагч өчүүхэн би ч урьд өмнө хийсэн дүгнэлт юугаа орчин үеийн олон эшт үзлийн үүднээс эргэн тунгааж монгол улсын эрүүлийг хамгаалахын хөгжлийн үндсэн үе шатлалыг дараах байдлаар тодорхойлбол зүйд илүү нийцнэ хэмээн үзсэнээ толилуулж та бүхэнтэй санал хуваалцахыг зорьсон минь энэ буюу. Үүнд:

1. Үндэсний ардчилсан хувьсгалын үеийн эрүүлийг хамгаалах явдал (1921—1940 он).

а) Бэлтгэл арга хэмжээ—I шат (1921—1930 он)

б) Европын шинжлэх ухааны эмнэлэг нэвтэрч, ардын эрүүлийг хамгаалахын үндэс суурь тавигдсан II шат (1930—1940 он)

2. Улсын төвлөрсөн төлөвлөгөөт эдийн засгийн үеийн эрүүлийг хамгаалах явдал (1940—1990 он).

в) Улсын эрүүлийг хамгаалахын нэгдсэн систем (алба) бүрэлдэн тогтож хөгжсөн III шат (1940—1990 он)

3. Монгол улс зах зээлийн эдийн засагт шилжих үеийн эрүүлийг хамгаалах явдал (1990 оноос).

г. Эрүүлийг хамгаалахад өмчийн болон үйлчилгээний олон хэв

шинжит хэлбэр нэвтэрч эхэлсэн IV шат (1990 оноос гэж үечлэн шатлах саналыг дэвшүүлж байна.

Ийнхүү тус улсын эрүүлийг хамгаалахын хөгжлийн талаар хуучин баримталж ирсэн үе шатлалыг орчин үеийн шаардлага, шинэлэг сэтгэлгээгээр өөрчлөн тодотгож байгаа нь судлаач урьд өмнө судалсан бүрмөсөн татгалзаж түүхэн он дарааллаар бичсэн бодит үнэнээ үгүйс гэж байгаа нь огт бус билээ. Түүх судлалын үүднээс үзвэл алив түүхэн үйл явдлыг тухайн цаг үе, орон зай, тодорхой нөхцөл байдлаас нь салган эдүүгээчилж болдоггүй, түүх түүхээрээ үлддэг ёстой. Гэхдээ хүн төрөлхтөн ирээдүйгээ зөв харж тодорхойлохдоо өнгөрсөн түүхэндээ ямагт тулгуурлан түүний дэвшилт сайныг уламжлан авч гажсан, алдсан зүйлийг засан залруулж баяжуулан хөгжүүлдэг хөгжлийн жам зүй байдгийг уншигч та шүүн болгоох биз ээ.

4. Зах зээлийн үеийн эрүүлийг хамгаалахын зохион байгуулалтын зарим асуудал. Улс орон зах зээлийн эдийн засагт шилжиж байгаа одоогийн нөхцөлд эрүүлийг хамгаалах байгууллагын хувьд дараах гурван хувилбараас аль нэгийг сонгон авах хариуцлагатай асуудал тулгарч байх шиг байна.

а) Ард түмний хувьсгал ололтоор бататгагдсан улсын эрүүлийг хамгаалах систем, «үнэ төлбөргүй» эмнэлгийн тусламжаа хэвээр хадгалах уу?

б) Энэхүү ололтоо ямар нэг хэмжээгээр хамгаалан «үлдээж» зах зээлийн оронд хөгжсөн өөр хэлбэрээр баяжуулан хөгжүүлэх үү?

в) Хувьсгалт ололтоосоо бүрэн татгалзан, эмнэлгийн бүх тусламжийг үнэ төлбөртэй болгон эрүүл мэндээ зах зээлийн «арилжаа наймаанд» шилжүүлэх үү?

Манай зарим эмч, эрдэмтдийн ярьж сэтгэж байгаагаар зах зээлд орохын хамт эмнэлгийн бүх үйлчилгээг үнэ төлбөртэй болгоод эмч нар үзлэг хийж тусламж үзүүлсэн хөлсөө үнийн тарифаар шууд авч тооцох учир хөдөлмөрчид, эмч аль

алий нь хариуцлага үзүүлэх тусламжийн чанар сайжрах учраас зах зээлийн үед эмчийн ёс суртахуун гэж яриад байх хэрэггүй тэр нь аяндаа төлөвшинө.

Иймээс хувийн эмнэлэг хөгжүүлэх нь бүх асуудлыг шийдвэрлэх хамгийн гол зам гэнэ.

Хүмүүсийн эрүүл мэнддээ тавих анхаарал хариуцлагыг дээшлүүлэх, эмчийн цалинг нэмэгдүүлж баталгаажуулах, эмнэлгийн тусламжийн үнэ өртгийг тооцож сурах талаасаа бол ингэж үзэх үндэс бий. Үнэхээр ч зах зээл, хувийн эмнэлэг өндөр хөгжсөн Америк, Япон зэрэг орнуудад хүмүүс нь эрүүл мэндээ эрхэмлэдэг, эмч нарын ихэнх нь өндөр цалин авч нийгмийн чинээлэг бүлгийн тоонд багтаж баян хүрэлцээтэй амьдардаг бололтой.

Гэхдээ АНУ, ер нь зах зээл өндөр хөгжсөн орнуудад «хувийн эмнэлэг» эзэмшигч нь уг эмнэлгийн бүх үндсэн ба эргэлтийн хөрөнгө, үйл ажиллагааг өөрөө бүрдүүлж, хүмүүст эмнэлгийн тусламжийг зохих шаардлагын хэмжээнд чанартай үзүүлэх бүрэн хариуцлагыг хүлээдэг онцлогтой бөгөөд бидний хялбарчлан ойлгож байгаа шиг улсаас байгуулчихсан бэлэн эмнэлгийг хямд төсөр үнээр яаж ийж «хувьчилж» аваад эмнэлгийн тусламжийг «залгуулж» ашиг хонжоо олох тухай сэтгэлгээ ойлгоц огтхон ч бус ажгуу.

Мөн тэдгээр эмнэлгүүдэд эрүүл мэндийг «зоосоор дурандаж» зүрхээр нь «аргамжиж» халаасыг нь хоосолдог үйл ажиллагаа явуулдаг нь ч нуун бус.

Дашрамд тэмдэглэхэд зах зээлийн эдийн засаг хэмээн шуугих үеэс эмнэлгийн тусламжийг шууд үнэ төлбөртэй болгон хувийн эмнэлэг хөгжүүлэх асуудлыг манай нөөн тооны эмч, эрдэмтэл цуврайтуулан сурталчилж байгаа болохоос нэг ч ажилчин, тариачин, малчин ийм асуудал тавьсангүй, засаг төр маань ч ийм бодлого явуулаагүй, АИХ-аар саяхан батлагдсан монгол улсын үндсэн хуульд иргэд эрүүл мэндээ хамгаалуулах, эмнэл-

Бүдүүвч № 1

Зах зээлийн эдний засгийн үеийн эрүүлийг хамгаалахыг зохион байгуулалтын гол хэлбэрийн тухай таамагнал

	Одоогийн байдал	Таамагнал, (санал, бодол)
Эмнэлгийн зохион байгуулалтын гол хэлбэр	Улсын эмнэлэг, урьдчилан сэргийлэх ба эм хангамжийн байгууллага+хоршоолол, пүүс, түрээс	Улсын эрүүлийг хамгаалах давамгайлсан эмнэлгийн тусламжийн олон хэв шинжит (даатгалын, хувийн, хоршооллын, компанийн г. м) тогтолцоонд шилжих.
Эдийн засгийн үндэс	Улсын төсөв, хөрөнгө оруулалт. (+зээл, төлбөрт үйлчилгээ, тавбар)	Санхүүжилтийн эдгээр хэлбэрүүд улам бүр өргөжих боловч улсын төсөв, хөрөнгө оруулалт давамгайлж улсын эмнэлэгт ажиллаж байгаа эмч, ажлачдын цалин, хөлсний дундаж хэмжээ, ажлын нөхцлийг хувь, хоршоолол болон улсын бус хэлбэрийн эмнэлгийн байгууллагуудад ашиглагсдын дундаж хэмжээний түвшинд буюу түүнээс дээгүүр байхаар баталгаажуулах.
Зах зээлийн нөхцөл дэх улсын эмнэлэг	Улсын санхүүжилт, бүгдийг хариуцаж үнэ төлбөргүй тусламж үзүүлдэг.	<ul style="list-style-type: none"> — бүх үйлдэлд өртөг тогтоогдоно. — эрүүл мэндийн анхан шатны ба зайлшгүй шаардлагатай үндсэн түгээмэл тусламж, нийгмийн зарим бүлэг (хөгшин, хүүхэд, ядуучууд г. м)-ийн хүмүүст төлбөргүй үйлчилнэ. — нарийн мэргэжлийн ба бусад тусламжинд төлбөрт үйлчилгээ нэвтрүүлнэ. — Улсын төсөв+байгууллагын ба хувийн даатгал (албан+сайн дурын) — Даатгагдаагүй хүмүүс, байгууллагаас авах төлбөр. — Туслах аж ахуй, бусад эх үүсвэр (гэрээ, түрээс г. м).
Төсвөөс гадуур олсон хөрөнгийг юунд зарцуулах	„Төсөв хэмнэх.“	Байгууллагын материаллаг баз. боловсон хүчний чадавхийг нэмэгдүүлэх, нийгмийн асуудлыг шийдвэрлэх, эдийн засгийн урамшил.

гийн тусламж авах эрхийг тунхаглаж иргэдэд эмнэлгийн төлбөргүй тусламж үзүүлэх болзол, журмыг хуулиар тогтоох ба эрүүл мэндээ хамгаалах нь тус улсын иргэн бүрийн журамт үүргийн нэгэн болохыг тодорхойлов.

Бид зах зээлийн эдийн засагт шилжихэд эмч, ажилчдынхаа цалин хөлсийг нэмэгдүүлж баталгаажуулахын хамт давын өмнө амьжиргаа доройтой ард түмнийхээ халаасыг бодох ёстой байх л даа.

Энэ бүхнийг үндэслэн, мөхөс миний бодлоор бол энэхүү итгэлийн эхэнд өгүүлсэн гурван хувилбарын «Б» хувилбарыг сонгож зах зээлийн үеийн эрүүлийг хамгаалах үйл ажиллагааны зохион байгуулалтын үндсэн хэлбэр нь улсын эрүүлийг хамгаалах алба давамгайлсан эмнэлгийн тусламжийн олон хэв шинжит (улсын, даатгалын, хувийн, хоршооллын, компанийн г. м) тогтолцоо, түүний эдийн засгийн үндэс нь улсын эмнэлэгт ажиллаж байгаа эмч, ажилчдын ажлын нөхцөл, цалин хөлсийн дундажийг хувь хоршооллын болон улсын бус бусад хэлбэрийн эмнэлгийн байгууллагуудад ажиллагсдын дунджаас дээгүүр буюу тийм

түвшинд байхаар баталгаажуулах явдал баймаар.

Гэхдээ зах зээлийн нөхцөлд «улсын эмнэлэг» гэдэг одоогийн бидний эдэлж байгаа шиг улсын төсвөөр бүх зүйлийг санхүүжүүлэх бүрэн «үнэ төлбөргүй» үйлчилдэг хэлбэрээр бус эмнэлгийн төлбөртэй, төлбөргүй тусламжийг хослуулсан (Жишээ нь яаралтай болон эмнэлгийн анхан шатны ба зайлшгүй шаардлагатай үндсэн түгээмэл тусламжийг төлбөргүй үзүүлж нарийн мэргэжлийн зарим тусламжийг зохих хэмжээний төлбөртэй үзүүлдэг болгох г. м) байгууллагын болон хувийн даатгалаар дамжуулж, хөдөлмөрчид хамт олны эрүүл мэндээ хариуцах хариуцлагыг дээшлүүлсэн эдийн засгийн зохицуулалтын дотоод механизм бүхий өвөрмөц тогтолцоо байх болов уу гэж сэтгэж байна. Эдийн засгийн ийм механизмыг улс онцгойлон анхаарч зөв зохицуулсан нөхцөлд л улсын эмнэлэг чадвартай боловсон хүчин, эмч, эрдэмтдээ хадгалж давамгайлах үндсэн зорилгоо биелүүлэх учиртай. Энэ санаагаа бүдүүвч № 1-ээр илэрхийлэхээр оролдсоныг уншигч та болгоох биз ээ.

Р. НЯМАА, Б. ЦЭНПИЛ,

Б. ТӨМӨРБААТАР

МОНГОЛД ГЛАУКОМЫГ ЭРТ ИЛРҮҮЛЭХ ЗОХИОН БАЙГУУЛАЛТЫН ЗАРИМ

АРГА ХЭМЖЭЭ

Нүд, чих, хамар хоолойн тэнхим (эрхлэгч док. проф Л. ШАГДАР)

Манайд глаукома өвчин бусад орны адил тархмал, хараагүй болгодог нүдний эмгэгүүдийн дотор эхний байранд ордог. Сүүлийн үед европ болон бусад хөгжилтэй орнуудад глаукомын өвчлөл 1—2% эзэлж 15—20% нь сохорч байна (1)

Манай оронд 1930-аад оноос эхлэн нүдний өвчнийг эмчлэх, түүнээс урьдчилан сэргийлэх арга хэмжээ авч 5—6 төрлийн өвчнийг нүдний эмч тогтмол хяналтандаа авч эмчилж байна. Сүүлийн 3 жилийн судалгаагаар 91265 хүн урьдчилан сэргийлэх үзлэгт хамрагдсанаас 1.5—2.5%-д нь глауком илэрсэн.

Бид 1983—1988 онд глауком илрүүлэх үзлэг 26543 хүнд хийснээс 910 хүн глаукомийн сэжигтэй өвчлөл 3% байлаа (3). Глаукомын сэжиг бүхий хүнд 8—12 төрлийн шинжилгээ хийхэд 31% нь эрүүл, 5,5% нь нүдний даралт их, 4,4% нь глаукомын урьдал үе, 59,1% нь глаукома өвчтэй байв.

Глаукома илэрсэн 538 хүнээс нээлттэй өнцөгт глауком 329 (61,1%), хаалттай өнцөгт глаукома 208 (38,9%) байна.

Дээрх үзүүлэлтээс харахад: Самаркандад хийсэн судалгаанд өвчин эхний үедээ илэрсэн нь 71,4%, өвчний даамжирсан үе 2,8%, эцсийн үе (—) байхад бидний үзлэгээр өвчний эхний үедээ илэрсэн

Хавсралт № 1

Глаукомын өвчний үе шатыг гадаадын судлаачдынхтай харьцуулан үзвэл

№	Үзүүлэлт, Судлаачид	Үүнээс		Хувь %	Өвчний үе шат	Өвчлөлийн үе шат, хувь
		бүх үзсэн хүн	Илэрсэн глаукома			
1. А. В. Юсупов, М. С. Салиев. Самарканд (1981—1985)		31142	38	0,12	I	71,4
					II	23,8
					III	2,8
					IV	—
Б. Цэрэнпил, Ч. Баярмаа (1983—1988)		26743	538	2	I	39,2
					II	33,5
					III	7,5
					IV	19,8

нь 39,%, даамжирсан ба эцсийн үе 27,3% хүрч байгаа нь манайд өвчлөл их, илрүүлэлт хожуу нь харагдаж байна.

1. Дээрх 6 жилийн өвчлөлийн байдлаас үзэхэд 944 хүнээс 187 нүд хараагүй болсон, үүнээс хоёр нүд хараагүй (17,1%) 32 хүн гарсан нь бусад орны судлаачдынхтай тохирч байна.

2. Жил бүр урьдчилан сэргийлэх үзлэгт 91265 орчим хүн хамрагдаж глаукомын сэжигтэй тохиолдол дунджаар 3% орчим, глаукомын өвчлөлийн түвшин үзсэн 100 хүн тутмаас 2 тохиолдол байна.

Г. СҮХБАТ, О. АМАРЦЭНГЭЛ
ХҮНИЙ ЗАН, АРАНШИН,

АУИС-ийн физиологийн тэнхим

Зан араншин нь хүний сэтгэцийн хөдлөлзүйн нэгдмэл шинж чанар бөгөөд сэтгэл хөдлөл, ерөнхий идэвх гэсэн хоёр үндсэн бүрэлдэхүүн хэсэгтэй.

Сэтгэл хөдлөл нь баяр баясгалан, уйтгар гуниг, айх эмээх зэрэг олон хэлбэрээр илэрдэг. Ерөнхий идэвх нь хүний гадаад орчин болон хүмүүстэй харьцах идэвх, хэмнэл, эрчим, гэсвэр хатуужил, уян хатан чанарын харилцан адилгүй байх шинж байдлаар тодорхойлогддог.

1. «Хүн болгон адилгүй, хөлөг болгон жороогүй» гэсэн монгол ардын мэргэн үг бий. Үүнтэй уялдан хүмүүст байдаг олон шинжийн

3. Монголд ихэвчлэн хаалттай өнцөгт глаукома тохиолдож хараа алдах, сохролын гол шалтгаануудын нэг болж байна.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. Л. П. Козлова. Весть офталь. 1980. № 2. 73.

2. Р. Нямаа, Б. Цэенпил. АУДС-ийн багш нарын онол цактикийн XXIII бага хурлын хураангуй. УБ. 1988.

3. Б. Цэенпил, Ч. Баярмаа. УКТЭ-ийн XXI онол практикийн бага хурал. УБ. 1988. 11.

4. А. П. Юсупов М. С. Салиев. Весть. Офталь. 1987. № 5. 25.

ТҮҮНИЙГ СУДЛАХ НЬ

(эрхлэгч доц. Г. СҮХБАТ)

дотор зан араншин ямар байр эзлэх талаар эхлээд товчхон авч үзье.

Хүний хувийн онцлогийг бүрдүүлдэг сэтгэцийн дээд зэргийн үйл ажиллагааны хамгийн эртний энгийн хэлбэр нь зан араншин ажээ. (6. 8). Иймээс ч зан араншингийн тухай сургаал анагаах ухааны практик хэрэгцээгээр үүссэн гэж үздэг. Анагаах ухааны эцэг Гипократ өвчнийг оношлох, эмчилгээг сонгохдоо хувь хүний зан араншинг заавал бодолцох ёстойг зөвлөмж болгож байжээ.

Нөгөө талаар хүний зан араншингийн гарал үүсэл хүний бие

галбирын (чалх тэнхээний) сургаалтай салшгүй холбоотой (4. 3. 7). Бие галбир нь бүтэц, үйл ажиллагаа, биохимийн хэд хэдэн шинж чанарыг нэгтгэх бөгөөд энэ нь бүхэлдээ зан араншин үүсэх механизм, үндэс нь болж өгдөг байна. Үүнээс үүдэн анхны Нобелийн шагналт физиологич И. П. Павлов «Хүний бие махбодын амьдралын үйл ажиллагааны өөрийгөө зохицуулах үйл явцын сэтгэл-зоригийн хувийн хэлбэр болох зан араншин нь бие галбирын бүрэлдэхүүн хэсэг болно» гэж онцлон тэмдэглэжээ. Үүний зэрэгцээ зан араншин нь зан төлөвийн урьдчилсан нөхцөл үндэс нь болж өгдөг төдийгүй хувь хүний дээд зэргийн нэгдмэл шинж чанар илрэх, батжин чадваржих боломжийг нэмэгдүүлдэг (8) ажээ.

II. Зан араншингийн хоёрдох гол асуудал бол түүний хэв шинжийн тухай ойлголт

Зан араншингийн хэв шинжийг янз бүрийн үзэл бодлын үүднээс тайлбарлаж иржээ. Гипократ зан араншингийн хэв шинжийг бие махбодын шингэнтэй холбон үзэж; цус давамгайлж байвал сангвиник, цөс ихтэй бол холерик, хар цөстэй бол меланхолик, салсархаг бол флегматик гэж тайлбарласан байхад Э. Кречмер, Н. Sheldon нар зан араншинг бие галбиртай холбон астеник үед—шизоид, пикник-пиклонд, атлетик-эпилептоид маягийн зан араншинтай байна гэж тайлбарлажээ (4. 3. 8).

И. П. Павлов зан араншингийн хэв шинжийг төв мэдрэлийн системийн сэрэл, саатлын үйл явцтай холбон хүчтэй, сул, тэвчээргүй, тэвчээртэй гэж ангилсан байна. Үүнээс гадна зан араншингийн хэв шинжийг Кант, Вунд нар сэтгэл хөдлөлийн хүч, хурдаар нь, америкийн сэтгэл судлаач Диамондидэвхтэй байдлын түвшин, давамгайлж буй мэдрэхүйгээр нь, английн сэтгэл судлаач Айзак сэтгэл хөдлөлийн онцлог (нейротизм), харьцах чадвараар нь (экстраверси, интроверси), Польшийн сэтгэл судлаач Я. Стреляц идэвхтэй бай-

дал, эсэргүүцэх чадавхнаар нь, оросын В. Д. Небылицын сэтгэцийн болон хөдөлгөөний ерөнхий идэвхээр нь тус тус ангилжээ.

Зан араншингийн нилээд олон шинжийг багтаасан харьцангуй өргөн хүрээтэй ангилал бол В. С. Мерлин болон Б. Н. Смирнов нарынх юм. Эдгээр эрдэмтэд зан араншингийн шинж чанарт мэдрэг чадвар, ерөнхий идэвх, хэмнэл, чадал тэнхээ, уян хатан байдал, харьцах чадвар, сэтгэл хөдлөлийг хамруулан, дээрх ангилалуудын гол шинжүүдийг хамтатган явч үзсэнд оршиж байгаа билээ.

Нэгдүгээрт: Дээр дурьдсан араншингийн шинж чанар нь хөдлөл зүйт чанартай. Хувь хүний сэтгэцийн агуулга үүсэн бүрэлдэх үйл явц нь хурд эрчим, хөнгөн хялбар, хүнд хэцүү байдлаараа харилцан адилгүй байна гэсэн үг (9. 8).

Хоёрдугаарт: Зан араншингийн шинжүүд тогтвортой чанартай. Өөрөөр хэлбэл тухайн шинжүүд бараг өөрчлөгдөхгүй шахам удаан хугацаагаар хадгалагдана (5. 7).

Гуравдугаарт: Зан араншингийн шинжүүд нэгэн биеийн хөгжлийн хувьд анхдагч байдаг. Иймээс ч зан араншингийн шинжүүд балчир бага насанд үүсэн бүрэлддэг гэж үздэг (А. И. Ильина, И. М. Павлет).

Насанд хүрсэн хүний зан араншинг түүний хүүхэд ахуй үед нь бий болсон зан араншингийн мөн чанар гэж тайлбарладаг. Манай ард түмний дунд «Хүн болох багаасаа, хөлөг болох унаганаасаа» гэсэн онч мэргэн үг бий болсон явдал юм.

Дөрөвдүгээрт: Зан араншингийн шинжүүд тоон утгын хувьд янз бүрийн нөхцөлд харилцан адилгүй эрчмээр илэрдэг. Гэхдээ зан араншингийн шинжийг ихэвчлэн болон мэдэгдэхүйц орчинд тод томруун илрэх байдлаар нь авч үздэг (5. 7).

Тавдугаарт: Зан араншингийн хэв шинж дээд зэргээр илрэх нөхцөлд түүнийг авч судалдаг. Тухайлбал идэвхтэй байдлыг ядарсан үед нь, хөдлөнгө чанарыг түр-

гэн өөрчлөгдөх үйл явдлаар үзэх эх үүсвэр болдог. гэх мэт.

Зургадугаарт: Зан араншин сэтгэхүйн үйл ажиллагааны бүтээлч чанартай хэрхэн хамааралтайг авч үзэх асуудал юм. Зан араншинийн янз бүрийн хэв шинж сэтгэхүйн үйл ажиллагааны бүтээлч чанараараа адил боловч амжилтанд хүрэх арга зам нь харилцан адилгүй гэдгийг судлаачдын дүгнэлтүүд харуулжээ. (5. 6. 8). Иймээс ч зан араншингийн нэг шинжийг нөгөөд нь сөргүүлэн тавьж сайн муу гэж ялгаварлан үзэх нь учир дутагдалтай бөгөөд нэг хэв шинж тодорхой орчинд сайн талтай байхад өөр орчинд муу байж болно гэж амьдралын олон талт үйл явцтай уялдуулан үздэг.

Долдугаарт: Зан араншингийн онцлог нь мэдрэлийн тогтолцооны ГЕНОТИКИЙН шинжээр нөхцөлдөг. Энэ шинжид И. П. Павловын нээсэн мэдрэлийн үйл явцын хүч, хөдлөнгө чанар, тэнцвэртэй байдал, мөн Б. Г. Ананьев, В. Д. Небылиц, Б. М. Теплов нарын лабораторид судлагдсан идэвхжилт, чадавхи, хөрөнгө чанарыг хамааруулдаг (8). Эдгээр шинжүүд зан араншингийн шинж чанарт корреляцийн мэдэгдэхүйц холбоотой байдаг нь тогтоогдсон байна.

Хувь хүний сэтгэцийн онцлог шинж болох зан араншингийн хэв шинжийг оношлоход түүний дээр дурдсан шинжүүдэд үндэслэсэн байх ёстой.

III. Зан араншингийн гуравдах үндсэн асуудал бол түүний үндсэн үүрэг, мөн чанарын тухай ойлголт юм.

Зан араншингийн үндсэн шинж нь сэтгэл хөдлөл, ерөнхий идэвхээр илэрдэг. Зан араншин сэтгэл хөдлөлтэй нарийн нягт уялдаа холбоотой тул хувь хүн амьдралын хамгийн тохиромжтой байлаа хангах, бие махбод өөрийн хэвийн үзүүлэлтээ хадгалах боломжийг олгодог.

— Зан араншин хөдөлгөөний ерөнхий идэвхээр илэрдэг тул сэтгэхүйн үйл ажиллагааны энергийн

шинжүүд нэг нь нөгөөгөө дэмжин харилцан тэнцвэржин байдаг учир бие махбод дасан зохицоход нэн чухал үүрэгтэй.

— Зан араншингийн хэв шинжийг мэдсэнээр тааламжгүй нөхцөлд хувь хүнд тохиолдож болох сэтгэцийн хямрал түүнтэй холбоотой үүсэх өвчнөөс урьдчилан сэргийлэх боломж олгодог.

Орчин үед янз бүрийн эмгэг үүсэхэд зан араншин ямар үүрэгтэйг сонирхон судалж тодорхой хэмжээгээр уялдаатай гэж үзэж байна. Тухайлбал неогипокрастистууд зан араншин зарим эмгэгийн урьдчилсан тавиланг тодорхойлох хүчин зүйл болно гэж үзэж байна. Гэхдээ зан араншин үүсэн бүрэлдэхэд удамшил, хүрээлэн буй орчин эмгэг байдал хэрхэн нөлөөтэйг судлах асуудал бүрэн шийдэгдээгүй байгаа билээ.

Бүхэлдээ зан араншингийн хэв шинжийг эрүүлийг хамгаалахын оношлогоо, эмчилгээ, урьдчилан сэргийлэлтэд ашиглах нь зарчмын ач холбогдолтой төдийгүй сүүлийн үед мэргэжил сонгох арга барилыг хөгжүүлэхэд нэн чухал гэж үзэх боллоо.

Нөгөө талаар монгол хүний зан араншинг судлах асуудал бараг хөндөгдөөгүй байна. Иймээс ч манай ганц нэг эрдэмтэд, судлаачид (1. 10) асуудал дэвшүүлсэн өгүүлэл нийтлүүлж байна.

Д. Бямбасүрэн, эрдэм шинжилгээний ажилтан П. Эрдэнэжаргал нарын бичсэн «Сэргэн мандлын замнал, хүний мөс чанар» хэмээх нэн сонирхолтой өгүүлэлд манай уламжлалт номлолоор хүмүүс мөс чанар, амьдрах аргаараа бурхан хүн, хүнлэг-хүн, адгуусан хүн, мангас хүн гэж ялгагдаж байсан тухай өгүүлэн, монгол орны сэргэн мандлын хувь заяа өөрийн иргэнийг төлөвшүүлэх үзэл баримтлалаас шууд хамаарахыг дурдаад монгол хүн өөрийгөө таньж өөрийн үнэт зүйлийг хамгаалах ухаан асуудлыг

шийднэ гэж онцлон тэмдэглэв. Доц. Ц. Эрдэнэсамбуу, аспирант Д. Энхтуяа нар, «Авир араншид, зан төлөвийн асуудал» хэмээх өгүүлэлдээ тухайн асуудлыг судлахын чухлыг олон талаас үндэслэл сайтай гаргажээ. Үүнтэй уялдан бид хамгийн энэрэнгүй ёсны мэргэжил эзэмших АУИС-ийн I курсийн эрэгтэй оюутнуудын зан араншингийн шинж чанарыг эхний ээлжинд тодорхойлох зорилт тавилаа. Судалгаанд 18—25 насны 85 эрэгтэй эрүүл оюутан хамрагдлаа. Зан араншингийн шинж чанарыг Смирновын сорилоор судалж, 48 асуултын хариуг 15 үзүүлэлтээр 5 бүлэг болгон тусгай программаар «УРС» компьютерээр боловсруулав.

Судалгааны дүнгээс үзэхэд санаа бодлоо илэрхийлэх байдлаараа оюутнуудын $45 \pm 0,9\%$ чадвар сайн (Экстраверси), $22 \pm 1,22\%$ чадвар муу (Интераверси), $33 \pm 1,05\%$ хөлимог хэлбэр байна.

Аливаа зүйлд хандах байдлыг авч үзэхэд судалгаанд хамрагдсан оюутны $59 \pm 0,65\%$ нь уян хатан бус, $8 \pm 1,4\%$ нь уян хатан, $33 \pm 1,05\%$ нь дунджийг барьдаг үзүүлэлт гарлаа.

Сэтгэлийн хөдөлгөөний хувьд оюутны $23 \pm 1,26\%$ нь их, $53 \pm 1,26\%$ дунд, $25 \pm 1,17\%$ нь сэтгэл хөдлөл багатай байгаа нь харагдлаа.

Аливаа зүйлд харну өгөх хурдаараа $30 \pm 1,10\%$ түргэн, $37 \pm 1,01\%$ дунд, $33 \pm 1,05\%$ удаан байна.

Идэвхитэй байдлын хувьд $49 \pm 0,81\%$ идэвхгүй, $41 \pm 0,93\%$ дунд зэрэг, $10 \pm 1,5\%$ идэвхтэй үзүүлэлт гарч байна.

Судалгааны үр дүнд АУИС-ийн I дамжааны эрэгтэй оюутнуудын дотор зан араншингийн хувьд санаа бодлоо илэрхийлэх хэлбэрээрээ экстраверси зонхилж, хандах байдлаараа уян хатан бус, идэвхгүй байдал давамгайлж байна.

Дээрх оюутнуудад сэтгэлийн хөдөлгөөн, аливаа зүйлд харнулах хурдаараа дунд зэрэг байна.

Хэвлэлийн тойм өөрсдийн судалгааны урьдчилсан үр дүнтэй уялдуулан дараахи дүгнэлтийг хийлээ.

1. Оюутнуудын дээр дурьдсан зан араншингийн онцлогуудыг тус сургуульд оюутан элсүүлэхээс эхлэн сургалтыг боловсронгуй болгох үйл явцад бодолцоо нь зүйтэй.

2. Дээр дурьдсан зан араншингийн шинж чанаруудыг монгол хүний физиологи, сэтгэлзүй болон бусад үзүүлэлттэй уялдуулан цаашид нарийвчлан тогтоох шаардлага тавигдаж байна.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. Д. Бямбасүрэн, П. Эрдэнэ-жаргал. Ардын эрх сонин, 1992 № 47 (351)

2. Е. П. Ильин. Психологические вопросы изучения личности спортсмена—II, 1976, 5—79.

3. Э. Кречмер. Строение тела и характер пер. с нем. М—Л., 1930.

4. К. Леонгард. Акцентуированные личности пер. с нем. Киев 1981.

5. В. С. Мерлин. Очерки интегрального исследования индивидуальности. М. 1986.

6. В. Д. Небылицын. Психологические исследования индивидуальности различий М., 1976.

7. И. П. Павлов, Полное собрание сочинений Т. 3. М—Л. 1951.

8. Практикум по общей психологии М., 1990.

9. П. В. Симонов, П. М. Еринов. Темперамент, характер личность, М., 1984.

10. Я. Стреляц. Роль темперамента в психическом развитии М., 1982.

11. Ц. Эрдэнэсамбуу, Д. Энхтуяа Мэргэжлийн боловсрол сэтгүүл 1991 № 6. 108—113.

Д. НАМСРАЙ, Г. МИЖИД

ЭМЧИЛГЭЭ, СУВИЛАЛЫН ЧАНАРТАЙ СҮҮН БҮТЭЭГДЭХҮҮН БЭЛДЭХ БОЛОМЖ

АУИС-ийн химийн тэнхим (эрхлэгч 0—1 хүртэлх насны болон бага насны хүүхдэд зориулсан сүүн тэжээлийн боловсрогдох, шимэгдэх чанарыг нэмэгдүүлэх зорилгоор Улаанбаатар хотын сувилалын ясли, Дархан хотын хүүхдийн сувилал зэрэгт 0—1 насны 20, 1—3 насны 17 бүгд 37 хүүхдэд судалгаа хийлээ. Судалгаанд хамрагдсан хүүхдүүдэд ацетофилийн цэвэр хөрөнгө, ардын уламжлалт аргаар бэлдсэн 2 төрлийн тараг өгч ходоод гэдэсийг дасгаж, цэвэршүүлсний дараа тарагны азот, уургийн хэмжээг кельдаль, конвен аргаар тогтоов. Дараа нь бүтэн хоногт биеэс ялгаран гарч байгаа, биед орж байгаа азотыг дээрхи аргаар тодорхойлон ялгавраар биед шинсэн азотын хэмжээг гаргаж шингэцийг тогтоов.

Шингэцийг лабораторийн нөхцөлд хүүхдийн бэлэн ходоодны шүүс, түүнтэй ижил найрлагаар бэлдсэн зохиомол ходоодны шүүс, нарийн гэдэсний шүүсний найрлагад дөхүүлж бэлдсэн трипсины шүлтлэг уусмалын нөлөөнд, судал-

доц. Ц. НАМСРАЙ) гаанд авсан 2 төрлийн тарагны задралыг 10 минутын зайтай 4 цагийн турш амины азотын хэмжээгээр тодорхойлох замаар бүтээгдэхүүний биед орж байгаа ба биеэс ялгаран гарах азотын хэмжээтэй харьцуулан бүтээгдэхүүний боловсрогдох чанарыг хянаж байлаа.

Хөрөнгө бэлдэх ба тараг бүрэхдээ МУИС-ийн микробиологийн лабораторит гарган авсан цэвэр ацетофиллийн савханцар ба Төв аймгийн Архустын САА-аас ардын уламжлалт аргаар бүрсэн тарагны хөрөнгийг авч 50 мл ариутгасан тосгүй сүүнд 2 төрлийн хөрөнгөнөөс 3 мл нэмж 37—40°C халуунтай термостатад 5 цаг байлган анхдагч хөрөнгө бэлдэж, үүнээсээ 100 мл сүүнд 3% байхаар бодож хийгээд дээрхи нөхцөлд 3 цаг бүрэлдүүлж ажлын хөрөнгийг бэлдсэн болно.

Судалгааны дүн. Цэвэр ацетофилийн савханцар, ардын уламжлалт аргаар хөрөнгөлөн бэлдсэн 2 төрлийн тарагны ерөнхий үзүүлэлтийг гаргалаа.

1-р хүснэгт

Тарагны ерөнхий шинж чанар (100 мл)

Дээж № Үзүүлэлт	Ацетофилийн		ерийн тараг	
	М	± m	М	± m
1. Хүчиллэг T°	82,00	0,54	94,75	0,47
2. Уураг (%)	2,70	0,32	3,58	0,08
3. Чихэрлэг (%)	3,50	0,16	3,63	0,29
4. Тослог (%)	0,30		0,30	
5. "С" витамин (мл %)	2,50	0,43	1,70	0,08
6. Илчит чанар ккал	29,76	1,32	33,20	1,64

Хүснэгтээс үзэхэд ардын уламжлалт аргаар хөрөнгөлөн бүрсэн ерийн тараг нь хүчиллэг, уургийн хэмжээ, илчлэг чанар зэргээр ацетофилийн тарагнаас дээгүүр боловч «С» витамин хэмжээгээр бага, чихэр, тослогоор ялгаагүй байна.

Дээрхи 2 төрлийн тарагны ходоод ба нарийн гэдэсний шүүсний ферментийн нөлөөнд задарч байгааг үзэхэд ардын уламжлалт арга ба цэвэр ацетофилийн савханцарын хөрөнгөөр бүрсэн тараг ходоодны

шүүс болон пепсин ферментийн нөлөөнд 1 цаг 5 минутын хугацаанд задарч байсан бол нарийн гэдэсний ферментийн (трипсин) нөлөөнд 65-аас 200 минут хүртэл (3 цаг 20 мин) хугацаанд аажим боловсрогдож байлаа. Ингэж ходоод нарийн гэдэсний ферментийн нөлөөгөөр тарагны задрах хугацаа, үүсч байгаа амины азотын хэмжээ нь ходоод гэдэсний замд тараг боловсрон биеэс ялгарах азотын хэмжээтэй ерөнхий нэг зарчимтай байлаа. Ходоод, гэдэсний замд тараг 2,5—3 цагт бүрэн боловсрогдохоос гадна шимэгдэлт 60—65% байгаа нь тэжээллэг чанар сайтай байна. Учир нь 1989, 1990 онд дээрхи аргаар хүүхдэд зориулсан зарим сүү, сүүн бүтээгдэхүүний шимэгдэлтийг судлахад эхийн сүү 2 цагийн хугацаанд 63% шимэгдэлттэй байхад үхрийн сүү 3 цагт 40 хувийн шимэгдэлттэй, хүүхдэд зориулан найрлага, тэжээллэг чанарыг нь эхийн сүүнд дөхүүлэн бэлдсэн бүүвэй I сүүн хольц 2 цагийн хугацаанд 51%, бүүвэй II сүүн хольц 3 цагт 42% тус тус шимэгдэж байсан юм.

Дүгнэлт. 1. Ацетофилийн савханцараар хөрөнгөлөн бүрсэн тараг «С» витаминаар баялаг байгаа

нь энэ савханцар «С» витаминг илүү нийлэгжүүлдэг байж болох юм.

2. Ацетофилийн савханцар, ардын уламжлалт аргаар бүрсэн тараг зэрэг нь ходоод гэдэсний замд түргэн сайн боловсрогдож, тэжээллэг чанараар давуу байгаа тул эмчилгээ сувилалын чиглэлээр өргөн хэрэглэх бүрэн боломжтой байна.

3. Ацетофилийн савханцараар бүрсэн тарагны хүчиллэг тогтвортой байгаа нь удаан хадгалах боломжтой юм.

4. Цаашид ардын уламжлалт аргаар бүрсэн тарагны чанарыг сайжруулахад хөрөнгөний бичил биетний тохиромжтой харьцааг тогтоож, тэжээллэг чанарыг судлах шаардлагатай байна.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. Р. Индра, Балдорж нар. «Хүсний микробиологийн шинжилгээний арга». УБ. 1988. х—79—84. 89—93.

2. Г. С. Инихов, Н. П. Борио. «Сүү, сүүн бүтээгдэхүүний шинжилгээний арга» М. 1971. х—350—352.

3. Н. С. Королева. Журн. Молоч, пром. 1980, № 2. х—15.

4. Ц. Намсрай. Автореф. дис. канд. наук. Одесса 1973.

МОНГОЛ УЛСЫН
ГАВЪЯАТ БАГШ
Г. ЦЭРЭНДАГВА

— Төрсөн дүү Цэвэгдорж нь
ахдаа гавъяат багш бол-
сонд талархаж алд цэнхэр
хадаг сүүнийхээ дээжийг
өргөн барилла.



— Халдвартын эмнэлгийн
зөвлөх эмч Г. Цэрэндагва
5-р тасгийн эмч В. Пүрэв-
сүрэнд өвчтөний талаар
зөвлөгөө өгч байна.

— Чөлөөт цагаа, ач хүү
Эрболдтойгоо хамт өнгө-
рүүлэх дуртай байдаг.



— Монгол улсын гавъяат
багш Г. Цэрэндагва эм-
члэгэний 5-р курсийн
оюутнуудад хичээл зааж
байна.

З А Л Р У У Л Г А

СЭЛГҮҮЛИЙН ХАРИУЦЛАГАЛАЙН НАРИНН БИЛГИЙН ДАРГА Г. Пүрэвдоржийн
ХАЙНГА АЖИЛАГЧИЙН УЛМААС ТУС СЭЛГҮҮЛИЙН 1992 ОНЫ №1 /79/-ИЙН:

- Нүүрэн хэвтэсний дотор талд дээрээсээ хоёрдох мөрөнд
"Үргэлжлэл, түүрүүч нь 1991 оны №1 /.../-д" гэж - байхыг "Үргэлж-
лэл, түүрүүч нь №1-д" гэж;

- 6 дахь талын нэгдэх босоо баганын доросоо 14 дэх мөрөнд
эмгэгтэйчүүдийн гэсэн үгийн дараа "...дийлэнх буюу 63,5 хувь нь
3 хүрэхгүй жилийн зайтай гэрж байгаа нь жиргэсэн эмгэгтэйчүүдийн..."
гэсэн хэсгийг орхин хэвлэсэн тул тус тус залуудан ашиглана уу.

СЭЛГҮҮЛИЙН ЦЭЦ