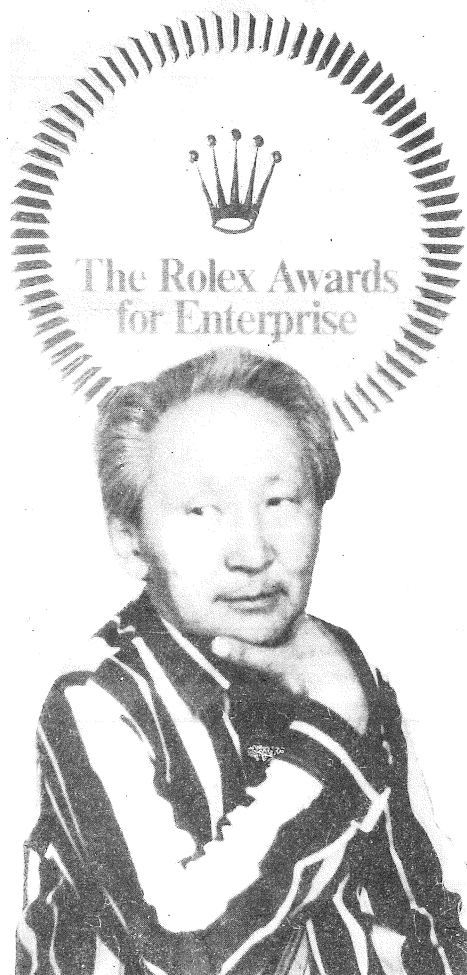


МОНГОЛЫН АНАГААХ УХААН

МОНГОЛЫН
АНАГААХ
УХААН

3/90



Жамбалын шагж.Энэ хүний нэрийг олон хүн мэдэх билээ. Харин нүүр учирч яваагүй олны нэг нь би. Нүдэнд дулаахан, даруухан энэ хүнтэй уулзаад л өөрийн эрхгүй хүндэтгэх сэтгэл төрнө. Анагаах ухааны хүрээлэнгийн эрдэм шинжилгээний тэргүүлэх ажилтан, Биологийн ухааны доктор. Тэрээр 1989 оны 12-р сарын 12-нд БНМАУ-ын 002 номерийн "Нээлтийн диплом" хүртсэн юм. Өнөөдөр энэ хүндэт дипломыг хоёрхон удаа л өгөөд байна. "Хүн ба хөхтөн амьтдын гэдэсний бүдүүн хэсэгт дулааны энерги үүсэх үзэгдэл" нэртэй энэ нээлт Монголын үндэсний шинжлэх ухаанд шинэ зүйл авчирсан юм.

Аливаа нээлт бол нэг тодорхойгүй зүйлийг тодруулан тэгснээрээ бас олон нээлтийн босго болох ч байдаг. Докторын энэ нээлт хүний биеийн үйлдлийг өөр талаас нь карах өргөн нээлт гэж үзэж байгаа юм.

Зөвлөлтийн нэрт эрдэмтэн, биологийн ухааны доктор И.А.Артавский "Эхо планеты" сэтгүүлд 1989 оны М9 нийтлэгдсэн "Эрдэмтэн Шагжийн амьдралын томъёо" хэмээх томоохон өгүүллийн оршилд монгол эрдэмтний энэхүү нээлтийг өндөрөөр үнэлсэнтэй та бүхэн танилцаж болно.

Шинжлэх ухаанд шинэ нээлт хийнэ гэдэг, тэр тусмаа шинжлэх ухаан техникийн энэ зуунд хүн болгоны мөрөөддөг, хийж чаддаг зүйл ч бий болов уу гэж бодном. Гэвч жинхэнэ эрдэмтэн хүний "бурхан" ухаан, олон жилийн уйгагүй хөдөлмөр түүнийг иоо шинэ нээлтэд хүргэсэн ажээ.

Шагж доктор намуухан дуугаар хуурчнэ. Энэ хүний хөдөлмөрийг, бид үнэлж чадахгүй л байна уу даа гэсэн бодол төрнө. 1990 онд төрийн шагналд нэрийг нь дэвшүүлэхэд СНЗ-ийн дэргэдэх төрийн шагнал эрхлэх хорооноос "... зарим шаардлага хангааргүй ..." гээд буцаажээ. Зарим шаардлага гэж юуг

хэлээд байгаа нь ойлгогдсонгүй. Нэгэнт л онол, практикийн томоохон ач холбогдол бүхий шинжлэх ухааны нээлт гаргасан... хүмүүст олгодог л юм бол олон түмний санал асуулах болохгүй ч юмгүй шиг. Суурь шинжлэх ухаанмаа нээлтийг хавсарга бүтээлээсээ ялгаж чадахгүй л байгаа юм болов уу л гэжээс өөр бодол орж ирсэнгүй. Тэгвэл энэ "хоцрогдмол" нээлт дэлхийд хир үнэлэгдэж байна вэ? Би ганцхан жиншээ ярья.

Сая Шагж доктор Швейцари улсад болдог олон улсын эрдэмтдийн нээлтийн уралдаанд оролцоод иржээ. Роликс хэмээх дэлхийд нэртэй цагийн алдарт пүүс ийм уралдааныг 5 дахь удаагаа зохион байгуулж байгаа ажээ. Энэ уралдаанд тэргүүн байр эзэлсэн эрдэмтэн өөрийгөө Нобелийн шагнал авснаас доргүй тооцдог төдийгүй ийм эрдэмтнээрээ тэр улс ч бахархдаг ажээ. Монгол орноос анх удаа Шагж доктор дэлхийн 67 орны 675 нэрт эрдэмтэдтэй оюун хүч тэнхээгээ сорин уралдлаа. Америк, Англи, Япон зэрэг шинжлэх ухаан, техникийн өндөр хөгжилтэй 10 гаруй орны шүүгчтэй, орчин үеийн компьютерээр зөвсгөлзсэн комисс, монгол эрдэмтний бүтээлийг шилдэг 500 гаруй эрдэмтний өмнө оруулж, тусгай шагнал хүртээжээ. Энэхүү нээлт нь "хүний идэвхитэй урт наслалтыг нэмэгдүүлэх, гэдэсний калдварт өвчнөөс урьдчилан сэргийлэх ба халдваргүй олон өвчнүүдийг эмчлэх үндэслэл болж байна" гэсэн тэрхүү нэрт ухаантнуудын дүгнэлтийг төрийн шагнал эрхлэх комиссынхон эртхэн анзаараасай гэж сэтгүүлчийн хувьд сэтгэл зовниж боцно.

Эх орныхоо шинжлэх ухааныг хөгжүүлэх, шинэ шинэ нээлт гаргах нэр их хөдөлмөрт нь Шагж докторт амжилт хүсээд, би буцлаа. Таны хөдөлмөрийг ойлгож үнэлэх цаг ирнэ. Ард түмэн үнэнийг заавал мэдэх учиртай.

АНАГААХ УХААН

БНМАУ-ЫН ЭХНХЯ, ЭМЧ НАРЫН ЭРДЭМ ШИНЖИЛГЭЭНИЙ
НИЙГЭМЛЭГИЙН ЭРДЭМ ШИНЖИЛГЭЭ-ПРАКТИКИЙН
УЛИРАЛ ТУТМЫН СЭТГҮҮЛ

31 дэх жилдээ

№ 3 (75)

1990 он

АГУУЛГА

Боловсон хүчний зөв бодлого бол
эрүүлийг хамгаалах, нийгэм хангам-
жийн салбарт өөрчлөн байгуулаа-
цыг хэрэгжүүлэх үндсэн хүчин зүйл
мөн 3

СУДАЛГАА-ШИНЖИЛГЭЭ

- М. Амбага, А. Авирмаа —
Зурхний шигдэс өвчний үе дэхь
цахилгаан бичлэгийн өөрчлөлт,
өөхний хэт исэлдэлтийн эрчмийн
үзүүлэлтийн хоорондох корреляци 15
- Г. Шархүү — Хивэгч мал, амьт-
дын тельминтийн эпидемиологийн
холбогдол 17
- Д. Энхтуяа, Б. Лувсанноров
— Гемоглобины дүрсүүдийг бү-
лэглэн тодорхойлох. 19
- Д. Бейбетхан — Улаанбаатар хо-
тын хуурай хог хаягдлын бүтэц 22
- С. Батмөнх, Р. С. Скулкова,
Д. Дүнгэрдорж — Эмийн сан-
гийн үйлчилгээний эдийн засгийн
зарим үр дүн 25
- Б. Саранцэцэг, М. Амбага,
Т. Долгорсүрэн — Туршлагын
амьтадад загварчилж үүсгэсэн
элэгний үрэвслийн үед өөхний хэт
исэлдэлтийн процесс эрчимжих
байдал, түүнд цэх галуун тавгийн
нийлбэр алкалоидийн үзүүлэх
идэвх. 28

ОНОШ ЭМЧИЛГЭЭНИЙ ШИНЭЛЭГ АРГА БАРИЛ

- Ө. Сэрээтэр — Түлэнхийг эм-
чилсэн нь 34
- Б. Дэмбэрэл — Тарваганы то-
сыг хэрэглэсэн туршлага 35

ТУУРВИХ ЭРДЭМ

- Ч. Догсүрэн — Монголын орчин
цагийн анагаах ухааны нэр томь-
ёоны тухай товчхон 36

ТЭМДЭГЛЭЛТ ОЙ

- Д. Баярсайхан — Эмийн үйлд-
вэр 60 жилд 39
- Ц. Мягмарсүрэн, Д. Тамжид-
маа — Шүүх эмнэлгийн магадлах
товчоо 30 жилд 39

МОНГОЛ АНАГААХ УХААНЫ ОНОЛ ТҮҮХИЙН ӨВ САНГААС

- Б. Жигмэд — Долоон тамир, гур-
ван хир 41

АНАГААХ УХААНЫ ТҮҮХ

- Г. Гунгаа — Хятадын анагаах
ухааны хөгжлийн түүхэн уламж-
лал 48
- Д. Дагданбазар, Д. Амгалан-
баатар, Б. Пүрэвсүрэн —
Монголын анагаах ухааны нэг чу-
хал сурвалж бичиг 51

ЭРҮҮЛИЙГ ХАМГААЛАХЫН СТАТИСТИК

- Р. Гүр — БНМАУ-ын хүн амын
нөхөн өсөхүйн асуудал 54

МЭРГЭЖЛИЙН ЗӨВЛӨГӨӨ, ТОЙМ, ЛЕКЦ

- Г. Үүжээ, С. Хишигт, Г. Пү-
рэв — Кампилобактериоз 57
- Б. Жав. С. Дэмбэрэлсүрэн
— Ерөндөг 59
- В. А. Рушак, Г. Цогт, Д. Цэ-
рэндэжид, А. Цэцгээ — Хүүх-
дэд БЦЖ вакциныг тарих техник 61
- Д. Цэрэндэжид, В. А. Ру-
шак, Т. Улзаа — БЦЖ вакцин-
жуулалт давтан вакцинжуулалтын
дараах хүндрэлийг эмчлэх арга 62

ЭМЧИЙН ЕСЗҮЙ, ДЕОНТОЛОГИ

- И. Санжаадорж, Г. Мөнхбат,
Д. Намсрайжав — Эмч, эрүү-
гийн эрх зүй 64

Г. И. Царегородцев — Орчин
үсийн өвчтөн 68

ХОВОР ТОХИОЛДОЛ

Д. Самбуупүрэв, Л. Чойжоо-
хүү — Вегенерийн мөхлөгөнгөртөл
(гранулематоз) өвчин 72

Ц. Норжмаа — Вегенерийн хам
шинж 74

ӨӨРЧЛӨЛТ ШИНЭЧЛЭЛТ, САНАЛ БОДОЛ

Ц. Мухар — Эмнэлэг дэх өөрч-
лөн байгуулалт 77

СЭТГҮҮЛИЙН РЕДАКЦИЙН ЗӨВЛӨЛ

Ш. Жигжидсүрэн (Эрхлэг), Ч. Энхдалай (Орлогч эрхлэгч), Д. Цогт (Хариуцла-
гатай нарийн бичгийн дарга), Б. Болдсайхан Ж. Батсуурь, Б. Дэмбэрэл, Г. Даш-
зэвэг, Д. Доржсүрэн, Ш. Дорждамба, Б. Гоош Б. Жав, Д. Малчинхүү, Д. Ням
Осор, Г. Цагаанхүү, Б. Цэрэндаш, Э. Пүрэвдаваа, П. Нямдаваа

Манай хаяг: Улаанбаатар 11, Карл Марксын гудамж 4. ЭХНХЯ.
ЭМНЭЛГИЙН ХЭВЛЭЛИЙН НЭГДСЭН РЕДАКЦИ
Утас: 22943, 22430 Индекс 210648

Техник редактор Ө. Бямбажаргал, Хянагч Д. Чимгээ, Б. Наранжаргал
Өрөлтөд 1990 оны IV сарын 23-нд орж 4000 ш хэвлэв.
Цаасны хэмжээ 70x108 1/16 хэвлэлийн хуудас
С—115 Д. Сүхбаатарын нэрэмжит улсын хэвлэлийн комбинатад өндөр хэвлэлээр
хэвлэв.

БОЛОВСОН ХҮЧНИЙ ЗӨВ БОДЛОГО БОЛ ЭРҮҮЛИЙГ ХАМГААЛАХ, НИЙГЭМ ХАНГАМЖИЙН САЛБАРТ ӨӨРЧЛӨН БАЙГУУЛАЛТЫГ ХЭРЭГЖҮҮЛЭХ ҮНДСЭН ХҮЧИН ЗҮЙЛ МӨН

Улс ардын аж ахуйн удирдлагын зохион байгуулалтын бүтцийг шинэчлэх зайлшгүй шаардлагыг харгалзан улсын хэмжээнд удирдлагын аппаратыг шинэчлэх цомхотгох арга хэмжээ хэрэгжиж эхэллээ. Удирдлагын аппаратыг шинэчлэх асуудлыг түүний бүтэц, гүйцэтгэх үүрэг, зохион байгуулалтын үүднээс иж бүрэн авч үзэж, хүнд суртал чирэгдэл учруулдаг шат дамжлага, давхардлыг арилгах нэг зорилт бүхий үйл ажиллагааны салангад, явцуу сонирхлыг баримтлах зуршлыг зогсоох, удирдлагын хөдөлмөр зохион байгуулалт, техник хэрэгслийн хангамж, ашиглалтыг эрс дээшлүүлэх, боловсон хүчнийг зөв байршуулах, чадваржуулах зорилттой аль болохоор уялдуулан зөв шийдвэрлэх зарчмыг баримталсан юм.

Энэ арга хэмжээний хүрээнд манай орны хүн амын эрүүл мэндийг хамгаалах ажилд иж бүрэн хандах, энэ чиглэлээр нийгмийн зүгээс тавих анхаарал, халамжийг нэгтгэн төвлөрүүлэх зорилгоор Эрүүлийг хамгаалах нийгэм хангамжийн нэгдмэл системийг бүрэлдүүлэх анхны алхам хийж, БНМАУ-ын Эрүүлийг хамгаалах, нийгэм хангамжийн яамыг байгууллаа. Тус яам ард түмний эрүүл мэндийг хамгаалах бэхжүүлэх шинжлэх ухааны үндэслэлтэй бодлого боловсруулан хэрэгжүүлэх, хүн амд үзүүлэх эмнэлэг-нийгэм хангамжийн тусламжийн чанар, үр ашгийг дээшлүүлж, эрүүл монгол үндэстэн өсөж хөгжих нийгэм, эдийн засаг, анагаах ухааны иж бүрэн арга хэмжээг зохион байгуулах үндсэн үүрэгтэйгээр ажиллах болно.

МАХН-ын санаачилгаар эхэлсэн өөрчлөн байгуулалт, арчиллын үйл явц өргөн олон хөдөлмөрчдийн хүчирхэг хөдөлгөөн болон өрнөж байгаа үед тус орны эрүүлийг хамгаалах салбарыг хөгжүүлэх, хүн амын эрүүл мэндийг улам бүр сайжруулах асуудалд цоо шинэ сэтгэлгээ, арга барилаар хандах зайлшгүй шаардлага гарч байна. Өөрөөр хэлбэл эрүүлийг хамгаалах, нийгэм хангамжийн салбарт өөрчлөн байгуулалт хийх тулгамдсан зорилт тулгарч байна.

Ард түмний эрүүл мэндийг хамгаалах ажлыг өөрчлөн байгуулж, төгс боловсронгуй болгох нийт ажлын хувь заяаг эцсийн дүнд мэргэжлийн боловсон хүчин, 50 мянга гаруй хүнтэй эрүүлийг хамгаалах нийгэм хангамжийн бүхэл бүтэн армийн гишүүн бүр л шийдвэрлэх болно.

**Боловсон хүчин бэлтгэж байгаа
одоогийн байдал**

Эрүүлийг хамгаалах салбарын хамт олон шийдвэрлэлт өөрчлөлт хийх намынхаа

бодлогыг дэмжиж, ард түмний эрүүл мэндийг хамгаалах ажлыг сайжруулахын төлөө бүхий л хүч бололцоогоо дайчлан шаргуу хөдөлмөрлөж байна.

Эмнэлгийн боловсон хүчин, материаллаг бааз, хүн амын эрүүл мэндийн үзүүлэлтэд нааштай өөрчлөлт гарч байна.

Эрүүлийг хамгаалах салбарт өнөөдөр их эмч 5452, эмнэлгийн дунд мэргэжилтэн 17376, бусад ажилчид 20000 гаруй байна. Нийгэм хангамжийн салбарт ажиллагсдын тоо 800 шахам болжээ. Улсын хэмжээнд нийтийн биеийн тамир, спортыг хөгжүүлэх мэргэжлийн боловсон хүчин 1900 гаруй ажиллаж байгаа нь 10000 хүн амд 9,1 мэргэжилтэн ногдож байна.

1989 оны байдлаар тус улсын 10000 хүн амд эмнэлгийн ажилчин 208, их эмч 26,7, дунд мэргэжилтэн 83,5, нэг их эмчид 379 хүн ногдох болж дээд дунд боловсролтой мэргэжилтний харьцаа 1:3 болов.

VII таван жилийн төлөвлөгөөний эхний 4 жилд 10000 хүн амд ногдох их эмч, эмнэлгийн дунд мэргэжилтэн 2,7—5,9-өөр өслөө. Бригад, хэсгийн 92,2% бага эмч, сувилагчаар хангагдлаа. Эрдмийн зэрэг цолтой 232 хүн байгаагаас 33,1% нь практикийн байгууллагад ажиллаж байна. 1986—1989 онд 39 хүн эрдмийн зэрэг түүний дотор 10 хүн докторын зэрэг хамгааллаа.

Их эмч, эмзүйч нарын 75-80% нь нарийн мэргэжил эзэмшиж, мэргэжил дээшлүүлсний гадна эмчийн нарийн мэргэжлийн зэрэг хамгаалсан 212, клиникийн ординатур төгссөн 381 эмч ажиллаж байгаа нь дунджаар 13 их эмчийн нэг нь эрдмийн болон эмчийн зэрэг хамгаалсан, клиникийн ординатур төгссөн байна. Эмнэлгийн дунд мэргэжилтний 37,1% нь мэргэжил эзэмших, дээшлүүлэх курст суралцжээ. АУДэС-ийг 400, тусгай мэргэжлийн дунд болон сувилагчийн сургуулиудыг 1200 эмч, мэргэжилтэн, сувилагч жил бүр төгсөж байна.

Их эмч нарын 35,2% (1923) нь нэгдсэн эмнэлэгт, 15,4% (843) хүүхдийн эмнэлэгт, 6,9% (381) нь бусад төрөлжсөн эмнэлэгт, 6,1 (334) нь арьс өнгө, сүрьеэ, сэтгэл мэдрэлийн диспансерт, 14,6% (798) нь сум дунд, сумын эмнэлэгт, их эмчийн салбарт, 6,7% (366) нь ариун цэвэр, халдвар судлалын байгууллагуудад, 7,5% (410) нь эрүүлийг хамгаалах газар, анагаах ухааны сургуулиудад, 7,8% (429) нь бусад газарт ажиллаж байна.

Одоо сум дундын эмнэлгийн 77% нь 5-аас дээш их эмчтэй, сумын эмнэлгийн 53,3% 2 их эмчтэй, 23,9% нь 3, түүнээс дээш тооны их эмчтэй боллоо.

Эдгээр тоо баримт нь эрүүлийг хамгаалах салбарын хэмжээнд боловсон хүчнийг шилж сэлгэх, зүй зохистой хуваарилах, зөв байршуулах, нөхөн сэлбэх зохих нөөцтэй болсныг харуулж байна. Энэхүү нөөц, боломжийг оновчтой ашиглаж чадахгүй байгаад л боловсон хүчний асуудлаарх бодлогын нэг гол дутагдал оршиж байгаа билээ.

Манай эрүүлийг хамгаалах, нийгэм хангамжийн салбарт эрхэлсэн ажил үйлсээрээ үлгэр жишээ үзүүлж яваа эмч, мэргэжилтэн, эрдэмтэн, олон нийтийн зүтгэлтэн, эмнэлэг, урьдчилан сэргийлэх байгууллага, биеийн тамир, нийгэм хангамжийн хөдөлмөрийн хамт олны удирдагчид, төрөл бүрийн боловсон хүчний эгнээ улам өсөж байна. Энэ бол улсын эрүүлийг хамгаалах, нийгэм хангамжийн системийн тулах хүчин мөн.

Гэвч манай салбарын боловсон хүчний бодлогод ноцтой дутагдал оршоор байна.

Юуны өмнө боловсон хүчний бодлого яамны аппаратад хэт төвлөрч, гол төлөв яамны шийдвэрээр тохоон томилох хэлбэрээр хувааридаг хуучин зуршлаас тууштай ангижирч чадахгүй байна. Энэ байдлаас шалтгаалан хөдөлмөрийн хамт олон дотроосоо боловсон хүчнийг шилж сонгох хэрэгцээтэй цэг салбарт ажиллуулах санаачилга дутаж, дээд газрын томилолтыг хүлээж суух нь зуршил болоход хүрчээ.

Нөгөө талаас мэргэжлийн боловсон хүчний хуваарилалт, байршуулалтад хэт төвлөрөлийн өрөөсгөл талыг ашиглан зарим овжин хүмүүс улс, нийгмийн хэрэгцээт газар ажиллахаас зайлсхийх, хот суурин газар, хөнгөн ачаалалтай цэгт удаан хугацаагаар орогдон суурьшиж, харьцангуй өндөр, тогтмол цалин авч суух явдал байсаар байна.

Оршиж байгаа эдгээр дутагдлаас ангижрах гол арга зам бол боловсон хүчнийг бэлтгэх, хуваарилах, байршуулах, зөв ашиглах бодлогод ардчилсан зарчмыг тууштай нэвтрүүлэх явдал мөн.

Сүүлийн үед мэргэжлийн боловсон хүчнийг танин мэдэж, шалгаруулахад үр дүнгээ өгч байгаа аттестатчилал, уралдаант шалгаруулалт олон нийтээр хэлэлцүүлэх, сонгох зэрэг арга нэлээд өргөжиж байгааг цаашид улам боловсронгуй болгох, чанаржуулах явдал чухал юм. Үүнд бас хяналтын механизмыг ч сайжруулах хэрэгтэй.

Өөрчлөн байгуулалтын өнөө үед аливаа ажил хариуцах боловсон хүчин өөрөө өөрчлөн байгуулалтын сэтгэлгээтэй, хамт олныг ийм сэтгэлгээгээр хүмүүжүүлэх шинэлэг арга барилтай байхыг амьдрал шаардаж байна.

Боловсон хүчин бэлтгэх ажил бол сургууль, практикийн эрүүлийг хамгаалах байгууллагуудын хамтын ажиллагааны үр дүн бөгөөд төлөвлөлт, элсэлт, сургалт, төгсөлт, хуваарилалт, мэргэжил дээшлүүлэх, ажил амьдралын их сургуулиар төлөвшүүлэх гэсэн бие биетэйгээ шууд харилцан холбоо.

той хэд хэдэн чухал хэсгээс бүрэлдэж байна.

Юуны өмнө эмнэлгийн сургуулиудаас эмч, мэргэжилтэн болох үнэнхүү дур хүсэлтэй хүнийг хэрэгцээтэй гавраас нь зөв сонгож элсүүлэхээс боловсон хүчний цаашдын бодлогын хувь заяа ихээхэн хамаарах нь ойлгомжтой.

Оюутан, сурагч, эмч нарын дунд хийсэн удаа дараагийн асуулга судалгаанаас үзэхэд Анагаах ухааны дээд, дунд сургуульд элссэн оюутан, сурагчдын дотор эмнэлгийн ажилд сонирхолгүй, уралдаант шалгалтын онооны эрхээр, бусдын зөвлөнөөр, эцэг эхийн шаардлагаар элссэн хүн цөөнгүй байдаг ажээ.

Тус яам жил бүр холбогдох байгууллагад элсэлтийн захиалга өгч байгаа боловч уг захиалгыг төдий л анхаарч үзэхгүй байгаагаас Улаанбаатар хотод сувилагч, лаборант дутаж байхад, аймгуудаас илүү элсүүлэх, хөдөөд их эмч дутагдалтай байхад Улаанбаатар хотоос элсэлт нэмүү авах зэрэг уялдаагүй үйл ажиллагаанаас шалтгаалан аймаг, хотын эмч, мэргэжилтний хангамж ихээхэн ялгаатай болж, мэргэжилтнийг зөв хуваарилан байршуулахад бэрхшээл учруулж байна.

Энэ байдлаас дүгнэлт хийж, холбогдох байгууллагуудтай тохиролцсоноор ирэх хичээлийн жилээс Анагаах ухааны дээд, дунд, сувилагчийн сургуульд элсүүлэх хүний тоо, хүйс, хаанаас элсүүлэх асуудлыг аймаг, хотын Эрүүлийг хамгаалах газар өөрсдөө мэдэж зохицуулах арга хэмжээг хэрэгжүүлэхээр төлөвлөж байна. Иймээс Эрүүлийг хамгаалах газрын дарга нар элсэлтийн төлөвлөгөөг бүрэн хангаж уугуул нутгийн иргэдээс мэргэжилтэн боловсон хүчнийг бэлтгэх, элсүүлэх ажилд биечлэн оролцох шаардлагатай боллоо.

Боловсон хүчин бэлтгэх гол уурхай болсон Анагаах ухааны дээд, дунд сургуулиудаас бэлтгэн гаргаж байгаа эмч, мэргэжилтний мэргэжлийн мэдлэг, практикийн ур чадварын түвшин эрүүлийг хамгаалах практикийн байгууллагын өнөөгийн шаардлага хэрэгцээг бүрэн хангахгүй байна.

Сүүлийн гурван жилийн байдлаар АУДЭС төгсөгчдийн 75 хувь, АУДус төгсөгчдийн 80% нь дунд дүнтэй төгсөж байгаа нь онцгой анхаарал татаж байна. Анагаах ухааны дээд, дунд сургуулиудын хичээлийн программ, төлөвлөгөө өнөө болтол гүйцэд боловсроогүй, амьдрал практикаас хоцорсон хэвээр байна. Хичээлийн программ төлөвлөгөөний уялдаа холбоо муу, мэргэжлийн ба ерөнхий эрдмийн хичээлийн харьцаа зохистой биш, сургалтад амбулатори-поликлиникийн сургалтыг бага анхаардаг, оюутны техник, эдийн засаг, статистик бүртгэлийн мэдлэг, гадаад хэлний боловсрол, эмчлэх урлаг, мэргэжлийн ур чадвар, эмчийн ёсзүйн хүмүүжил, мэдлэг хангалтгүй, хэт их мэдээллээр дардаг дутагдал байсаар байна. Анагаах ухааны дээд сургуулийн хичээлийн төлөвлөгөөнд мэргэжлийн хичээд 41,7%, эмнэлэг-биологийн 31,9%

ерөнхий эрдэм, нийгэм ухааны хичээл 26,4%-ийг тус тус эзэлж байна. Анагаах ухааны дунд сургуулийн эх баригч бага эмчийн ангид дөрвөн жил суралцах хугацаанд сурагчид бараг 2 жилийн турш буюу хичээлийн нийт цагийн 37,9%-д нь нийгэм, улс төр, эдийн засаг, ерөнхий боловсролын хичээл, эрүүл ахуйч бага эмчийн ангид 3 жил суралцах эхний 2 жилд нь (46,6%) мөн дээрх хичээлүүдийг үзэж байгаа нь тусгай дунд мэргэжил эзэмшүүлэх ажлыг боловсронгуй болгох үндсэн чиглэлд заасан хэмжээнээс 12,9-26,6% дээгүүр байгаа бөгөөд үндсэн мэргэжлийг нь гүнзгий сайн эзэмшүүлэхэд ноцтой муу нөлөө үзүүлж байна. Эм найруулагч, лаборантын ангид ч байдал ийм байгаа ба түүгээр ч барахгүй рентген, шүдний техникчийн ангийн сургалтын төлөвлөгөө нь эм найруулагч, лаборантын ангийнхтай ижил төстэй хийгдсэнийг одоо хүртэл мөрдсөөр байна.

Анагаах ухааны дээд, дунд сургуулийн сургалтын төлөвлөгөө, хөтөлбөрийг өөрчлөн шинэчлэх ажлыг үе үе хийдэг боловч боловсронгуй болж чадахгүй байгаа нь эдгээр сургуулиар бэлтгэж байгаа мэргэжилтний мэргэжлийн тодорхойлолтыг нарийвчлан боловсруулж чадаагүйтэй холбоотой гэсэн дүгнэлтэд хүргэж байна.

Мэргэжлийн тодорхойлолт, сургалтын төлөвлөгөө, хичээлийн хөтөлбөрийг боловсруулах ажилд яамны мэргэжлийн газар, хэлтэс, ерөнхий мэргэжилтнүүд биечлэн оролцож гардан хийлцэхгүй, зөвхөн сургууль, мэргэжлийн багш нараар өөрсдөөр нь хийлгэгдээс боловсруулсан мэргэжилтний загвар, тодорхойлолт нь эрүүлийг хамгаалах практикийн байгууллагын шаардлагад нийцсэн өндөр түвшинд хүрч чадахгүй байна.

Сургууль, бааз эмнэлгийн холбоо муугаас жинхэнэ клиникийн сургалтыг явуулахгүй, кабинетын сургалтын аргатай зууралдсан хэвээр байгаа нь Анагаах ухааны дээд, дунд, сувилагчийн сургуулийн сургалтын чанар муу байгаагийн нэг шалтгаан болж байна.

Социалист орнуудад сургалт, шинжлэх ухаан, эрүүлийг хамгаалах практикийн байгууллагуудын ажил сайн мэргэжилтэн бэлтгэнэ гэдэг нэг зорилго, чиглэлд бүрэн нэгдэж чиглэсэн байхад манай оронд эдгээр байгууллага ажил төрлийн хувьд чиг чигээ харж, бие биедээ тус дэм болохоосоо заримдаа саад бэрхшээл учруулж байгаа нь ч нууц биш юм. Цаашид анагаах ухааны сургуулиудын сургалтыг бааз эмнэлэг, урьдчилан сэргийлэх байгууллагуудад явуулах журмыг шинэчлэн гаргаж мөрдүүлэх шаардлагатай байна. Энэхүү журам нь сургууль, бааз эмнэлгийн холбоог ойртуулах, бие биедээ ажил хэрэгч туслахаа үзүүлэхэд бүрэн чиглэсэн байх хэрэгтэй. Анагаах ухааны дээд, дунд сургуулиудын багш нарыг клиникийн ачаалалтай болгох асуудлыг шийдвэрлэх хэрэгтэй. Ингэснээр зөвхөн сургалтыг хожих бус, өндөр мэргэжилтэй багш нарыг практикийн байгууллагад туслуулах, эцэстээ өвч-

төн хүнд үзүүлэх эмнэлгийн тусламж чанаржих гол ач холбогдолтой болно.

Сайн мэргэжилтэн бэлтгэхэд багшийн хүрэлцээ, тэдний мэдлэг мэргэжлийн түвшин, хүмүүжүүлэх үлгэр дууриалал онцгой нөлөөтэй билээ. Гэтэл манай сургуулиуд багшлах боловсон хүчнээр байнга дутааж байна. Энэ оны байдлаар Анагаах ухааны дээд сургуульд 95, дунд сургуулиудад 30-аад багш дутуу байгаа бөгөөд цаашид бага бүлгээр хичээллэхэд багшийн хүрэлцээ улам төвөгтэй болох юм.

АУДЭС, АУДУС-д багшлах боловсон хүчнийг бэлтгэх тусгай систем боловсруулан мөрдөөгүйгээс мэргэжил, мэдлэгийн бэлтгэлийн түвшин, ёс суртахуун, хүмүүжлийн байдлаараа сурган хүмүүжүүлэх ажилд сайн бэлтгэгдээгүй, тохиолдлын хүч авч багшлуулдаг тухай шүүмжлэлийг харгалзан үзвэл зохино.

Боловсон хүчнийг бэлтгэх, сурган хүмүүжүүлэх, хариуцлагатай бөгөөд нэр төртэй энэ ажилд хүн бүрийн оролцоо, идэвх санаачилга, ялангуяа удирдах ажилтан нарын гүйцэтгэх үүрэг нэн их юм. Энэ ажлын гадна хэн ч байх эрхгүй, эмч бэлтгэх ажил зөвхөн сургуулийн ажил мэт хандаж байсан өрөөсгөл ойлголтоосоо бид эрс шийдэмгий салах хэрэгтэй байна. Эмнэлгийн сургуулиудаас бэлтгэгдэн гарч байгаа залуу шинэ хүчин маань чухамдаа ажил амьдрал дээр л жинхэнэ эмч, мэргэжилтэн болж төлөвшдөг жамтай. Эмнэлгийн ихэнх байгууллагад шинээр сургууль төгссөн хүнийг хүлээн авах, амьдралын нь анхны замд зөв оруулахад туслах дэмжих, халамжлан хүмүүжүүлэх, хөхүүлэн урамшуулах ажил хангалтгүй зохиож байгаа ноцтой дутагдлыг арилгавал зохино.

Боловсон хүчнийг бэлтгэх ажилд бэрхшээл учруулж байгаа нэгэн бодит зүйл бол сургуулиудын материаллаг бааз, хангамжийн асуудал юм.

Эмнэлгийн дээд, дунд сургуулиудын материаллаг бааз, барилга байгууламж, нэг оюутанд ногдох ном, сурах бичиг, техник, багаж хэрэгслэлээр өөрийн орны бусад дээд, дунд сургуулиудаас ч доогуур байгаа юм. Манайхаас өөр өөрийн гэсэн бааз клиник эмнэлэггүйгээр сургалт явуулдаг ямар ч улс орон байдаггүй байна.

Хүн ам, эрүүлийг хамгаалах салбарын өсөлттэй уялдан Анагаах ухааны дээд сургуулийн элсэлтийг нрэх IX, X таван жилд 670-830-д хүргэж, нийт 3760-4610 оюутан суралцахаар холбогдох байгууллагууд тооцон төлөвлөж байгаа юм. Ингэж нэмэгдүүлэхэд одоогийн байр, сургалтын бааз хүрэлцэхгүй болж, төгсөн гарагчдын мэргэжлийн түвшин чанарт муугаар нөлөөлөхөд хүрнэ. Иймээс IX таван жилд АУДЭС-д 600 ортой клиник, өдөрт 300 хүн хүлээн авч үйлчлэх поликлиник, 1000 оюутны суудалтай хичээлийн корпус шаардлагатай байгаа юм. Энэ талаар Эрүүлийг хамгаалах, нийгэм хангамжийн яам, Ардын боловсролын яамны зүгээс хамтран хийх ажил их байна.

Эмч, мэргэжилтний мэргэжлийг дээшлүүлэх, давтан сургах асуудал дипломын дараах үргэлжилсэн сургалтын гол зангилаа асуудлын нэг юм. Их эмч, дээд мэргэжилтний мэргэжил дээшлүүлэх систем тогтож, АУДэС-ын эмч нарын мэргэжил дээшлүүлэх факультетыг дотор, хүүхэд, эх барих эмэгтэйчүүд, мэс заслын танхимтай болгох арга хэмжээ авч байна.

1966-1989 онд эмч нарын мэргэжил дээшлүүлэх салбараар 4273 хүн мэргэжил эзэмших, 2704 хүн мэргэжил дээшлүүлэх курст, 381 эмч клиникийн ординатурт суралцаж, 212 эмч мэргэжилтэн нарийн мэргэжлийн зэрэг хамгааллаа. Цаашид мэргэжил олгох курсын хугацааг уртасгах, мэргэжил дээшлүүлэх курсын хугацааг багасгах, сэдэвчилсэн курс семинарыг өргөжүүлэх, эцнээ сургалтыг турших чиглэл баримтлах нь зүйтэй юм.

Намын Төв Хороо, Сайд нарын Зөвлөлийн тогтоолд заасны дагуу их эмч нарын мэргэжлийг дөрвөн жил тутам дээшлүүлнэ гэвэл жилд дунджаар 700 их эмчийн мэргэжлийг дээшлүүлэх тооцоо гарч байна. Улсын төлөвлөгөөгөөр жилд 500 эмч мэргэжил эзэмших, дээшлүүлэх курст, 20 хүн ординатурт, 100 хүн гадаадад суралцаж, 30 хүн эрдмийн болон эмчийн зэрэг хамгаалж, 150 хүн дагалдан суралцаж байгаагаас үзэхэд дөрвөн жил тутамд ямар нэг хэлбэрээр эмч, мэргэжилтнүүдийн мэргэжлийг дээшлүүлэх боломж манайд байна гэж үзэх үндэстэй.

Улсын төлөвлөгөөгөөр жилд 375-420 тусгай дунд боловсролтой мэргэжилтний курсээр мэргэжлийг нь дээшлүүлж байгаа нь салбарын боловсон хүчний дийлэнх болсон дунд мэргэжилтний нийт тоотой харьцуулбал хангалтгүй үзүүлэлт юм.

1989 онд Шинжлэх ухаан техник, дээд боловсролын улсын хороо, Эрүүлийг хамгаалах яамны (хуучин нэрээр) хамгарсан тушаалаар хот, хөдөөгийн Анагаах ухааны дунд, сувилагчийн сургуулийн дэргэд дунд мэргэжилтний мэргэжил дээшлүүлэх салбар байгуулж, эмнэлгийн дунд мэргэжилтний мэргэжлийг Улаанбаатар хотын Анагаах ухааны дунд, сувилагчийн сургуульд нарийн мэргэжлээр, хөдөөгийн сургуулиудад бага эмч, сувилагчийн мэргэжлийн ерөнхий чиглэлээр дээшлүүлэх, аймаг, хотын эрүүлийг хамгаалах газрын дэргэд захиалгат курсээр мэргэжил дээшлүүлэх арга хэмжээ зохион байгуулснаар давтан сургалтад хамран, хүний тоог сүүлийн хоёр жилд 3 дахин нэмэгдүүлэв. Гэвч нийм маягаар одоо ажиллаж байгаа дунд мэргэжилтний мэргэжлийг дээшлүүлнэ гэвэл нэг хүн 13-14 жилд мэргэжлээ дээшлүүлэх тооцоо гарч байна. Энэ нь мөн л цаашид анхаарч шийдвэрлэвэл зохих асуудлын нэг хэвээр байна.

Эдгээр байдлаас үндэслэн эмнэлгийн ажилтны мэргэжил дээшлүүлэх бие даасан институтийг ирэх таван жилд байгуулах нь зүйтэй гэж үзэж байна.

Эмч, мэргэжилтнүүдийг мэргэжил, мэдлэгээ дээшлүүлэхийн төлөө уралдан өрсөл-

дөж байдаг идэвхтэй хэлбэрт оруулахын тулд эдийн засгийн хөшүүргийг үр ашигтай ашиглах хэрэгтэй юм. Мэргэжил дээшлүүлэхийн хэрээр хариуцлага ч, цалин хөлс ч нэмэгдэж байх нь мэргэжил дээшлүүлэхийн гол хөшүүрэг байх ёстой.

Ординатурт суралцах хугацаандаа үндсэн цалингаасаа доогуур цалин авч, нарийн мэргэжлийн зэрэг хамгаалсан хүнд цалингийн 10-20%-ийн нэмэгдэл олгодог байсныг 50, 100 төгрөг болгосон нь ординатурт суралцах, мэргэжлийн зэрэг хамгаалах идэвхийг өрнүүлэх хөшүүрэг болж чадсангүй. Нөгөө талаар мэргэжлээрээ 10-аас доошгүй жил ажиллаж байж сая 1 зэрэг хамгаалах эрх олдож байгаа зэрэг хүний мэргэжил мэдлэгээр ахиж өсөх нь ажилласан хугацаанаасаа илүүгээр өөрийнх нь идэвх хичээл, зүтгэлээс хамгарч байгааг үгүйсгэсэн гох дэгээний чанартай зүйл бас байгааг харгалзан ординатур, нарийн мэргэжлийн зэрэг олгох дүрэм, зааврыг хянаж үзэх нь зүйтэй байна.

Энэхүү дүрэм, заавар нь хүний мэргэжил, мэдлэгийн өсөлтийг оргилуулахаасаа аль нэгэн хязгаарлалт тогтоосон агуулгатай байж болохгүй юм.

Эмч, ажилчдын мэдлэг мэргэжлээ дээшлүүлэх нь бие хүний өөрийн нь сайн дурын хэрэг бус, нийгмийн өмнө хүлээсэн албан үүрэг билээ. Гэтэл манай нийт эмч нар мэргэжил дээшлүүлэх шалгарсан арга бие даан суралцах аргад муу суралцсан байна. Курс сургуульд явдаггүй, явахыг хүсдэггүй ч эмч нар цөөнгүй байна.

Хоёр жилийн өмнөх судалгаанаас үзэхэд 10-аас дээш жил мэргэжил дээшлүүлэх курст суралцаагүй их эмч 200 гаруй байсныг нэрээр гарган, байгууллагын даргад нь эдгээр хүмүүсийг албан журмаар мэргэжлийг нь дээшлүүлэх үүрэг өгч ч байлаа. Энэ бол мөн чанартаа зохион байгуулалтын арчаагүй арга юм.

Эмч ажилчдын мэдлэг мэргэжлийг дээшлүүлэн анагаах ухааны орчин үеийн ном хэвлэлээр хангах зорилгоор анагаах ухааны эрдэм шинжилгээний төв номын сан байгуулж, захиалгаар үйлчилж байгаа бөгөөд 1989 онд 10 аймаг, 2 хот, 2 сумын эмч нарт дөнгөж 885 ш номыг эцнээгээр уншуулж үйлчилсэн байна. Архангай, Баян-Өлгий, Төв, Дорноговь, Сүхбаатар, Өвөрхангай, Сэлэнгэ, Булган аймаг, Эрдэнэт хотын эмнэлгүүд нэг ч захиалга ирүүлээгүй, огт үйлчлүүлээгүй байгаагаас үзвэл эдгээр байгууллагын хэмжээнд мэргэжилтний мэргэжил дээшлүүлэх нэн чухал арга хэмжээнд муу анхаарч байгаа хэрэг мөн. Цаашид аймаг, хотын нэгдсэн клиникийн эмнэлгүүдэд анагаах ухааны төв номын сангийн салбарыг байгуулах нь зүйтэй.

Анагаах ухааны боловсон хүчнийг бэлтгэх асуудалтай холбоотой нэг гол асуудал бол боловсон хүчний залгамж чанар юм. Мэргэжлийн залгамжлалыг тасалдуулахгүй байх, өндөр мэргэжлийн боловсон хүчнийг бэлтгэх ирээдүйтэй боллого байхгүйгээс мэргэжил залгамжлах хүнгүй болох явдал олонтаа гарч байна. Зарим эрдэмтэд олон

жилийн турш нэг сэдвээр ажилласан ат-лаа тодорхой үр дүн, бүтээл багатай, тэр ч байтугай өөрсдөө мэдэгдэхүйц хоцроход хүрч байна. Эрдмийн зэрэгтэй болсноос хойш дорвитой бүтээл гаргаагүй, эрдэм шинжилгээний ажил удирдаагүй, өөрийн гэсэн шавьгүй эрдэмтэн цөөнгүй байна. Манай салбарын дэд эрдэмтний дундаж нас 50, докторынх 60 байгаа нь залуу на-санд нь ординатур, аспирантурт суралцуу-лах, эртнээс алсын хараатай мэргэжилтэн бэлтгэх бодлого явуулж байгаагүйн да-гавар юм. Бэлтгэсэн эрдэмтдийн бүрэлдэ-хүүний хувьд ч салбар, мэргэжлийн тэнц-вэр зохистой биш байна.

Анагаах ухааны салбарт ажиллаж буй эрдэмтдийн 9% нь мэс заслын, 15% нь дотрын, 8,5% нь хүүхдийн, 12,2% нь ана-томын, 5,3% нь эх барих эмэгтэйчүүдийн, 7,4% нь эмзүй, эм судлалын, 14,9% нь нийгмийн эрүүл ахуй, эрүүлийг хамгаала-хын зохион байгуулалтын, 4,8% нь мэдрэл, сэтгэл мэдрэлийн, 12,8% нь вирус судлал, халдвар судлалын, 2,6% нь чих, хамар хоолойн, 4,6% нь арьс өнгө, шүүх эмнэ-лэг, нүд судлалын салбарт тус тус ажил-лаж байна. Эрдэмтэд бэлтгэсэн байдалийм байхад практикийн эрүүлийг хамгаалахын зарим тулгамдсан асуудалд дорвитой өөрч-лөлт гарахгүй байна. Тухайлбал, дотор, хүүхэд, эх барих, вирусудлал, халдвар судлалын болон нийгмийн эрүүл ахуй, эрүүлийг хамгаалахын зохион байгуула-лын салбарт ажиллаж буй эрдэмтэд нийт эрдэмтдийн дотор 10-аас дээш хувь эзэлж байгаа атал дээр дурдсан мэргэжлээр бид-ний ажил ихээхэн доголдож байгаа билээ.

Эрдэм шинжилгээний ажилтны чанар, тэдгээрийг сонгон авч байгаа одоогийн жур-мыг ч өөрчлөх хэрэгтэй. Эрдэм шинжил-гээний байгууллагад эрдэм шинжилгээний ажлын авьяасгай, дур сонирхолтой, зохих мэдлэг боловсролтой хүмүүсийг сонгон ор-динатур, аспирантурт суралцуулж бэлтгэх нь зүйтэй. Анагаах ухааны дээд, дунд сур-гууль, эрдэм шинжилгээний хүрээлэн, кли-никийн эмнэлгүүдэд ажиллах эмч нарыг уралдаант шалгалтаар шалгаруулж байх тухай шийдвэр журмыг хатуу мөрдөх шаардлагатай юм.

Эрүүлийг хамгаалахын боловсон хүч-ний бодлогод удирдах боловсон хүчний ту-хай асуудал чухал байр эзлэх нь ойлгомж-той. Үнэндээ сайн зохион байгуулагчийн ажиллагаанаас байгууллага, хамт олны ажил үйлс ирээдүй ихээхэн шалтгаалж байна. Манайд эрүүлийг хамгаалахын удирдах ажилтныг бэлтгэх, давтан сур-гах цэгцтэй бодлого, систем тогтож чадаагүй өдий хүрчээ. Үүнээс болоод өөрч-лөлт шинэчлэлтийн өнөө үеийн шаардла-гыг хангаж чадах бэлтгэсэн удирдах ажил-тан зохион байгуулагч нэн их үгүйсгэгдэж байна. Энэ талаар ойрын үед нухацтай бо-дож боловсруулсан арга хэмжээ авч хэ-рэгжүүлбэл зохино.

Тус яам нийгэм хангамжийн албыг төвлөрүүлэн улсын хэмжээнд удирдан зо-хион байгуулах шинэ үүрэг гүйцэтгэх бол-

сонтой холбогдон хөдөлмөрчдийн тэтгэврийг хангамжийг сайжруулах бодлого боловс-руулах, тэдгээрийг амьдралд хэрэгжүүлэх, өндөр настан, тахир дутуу иргэд, амьдра-лын бага хангамжтай гэр бүлийн материал-лаг аж байдлыг дээшлүүлэх, тэдгээрт үзүүл-лэх нийгмийн үйлчилгээг өргөтгөх чухал зорилт та бидний өмнө тулгарч байна.

Нийгэм хангамжийн салбарт хийх өөрч-лөлт шинэчлэлтийн ажлын нэг чухал хэсэг нь БНМАУ-ын тэтгэврийн хууль тогтоом-жийг шинэчлэх асуудал мөн. Энэ ажлын хүрээнд багагүй ажил хийж БНМАУ-ын тэтгэврийн хуулийн шинэ төслийг боловс-руулав. Тэтгэврийн хуулийг бүхэлд нь шинэчлэх ажлыг хүлээггүйгээр 1989 оны эцэс, энэ оны эхээр тэтгэврийн хангамжийг сайжруулах талаар хэд хэдэн зарлиг тог-тобл гарсан бөгөөд тэдгээрийг хэрэгжүүл-лэх ажлыг шуурхай зохион байгуулах нь чухал юм. Тухайлбал, хүүхдээ болон ач, зээгээ асран хүмүүжүүлэхийг хүссэн болон орон тоо зохион байгуулалтын өөрчлөлт-төөр ажлаас чөлөөлөгдсөн хүмүүст тэтгэ-вэр авах наснаас 3 жилийн өмнө өндөр насны тэтгэвэр тогтоох, хөдөө аж ахуйн нэгдлийн гишүүн эхчүүдийг 50 наснаас тэтгэвэрт гаргах, хувь тэнцүүлсэн тэтгэвэр авагчдын хүрээг өргөтгөх, эхчүүдийн хүүхдээ асрах чөлөөний хугацааг уртасгах зэрэг арга хэмжээг хэрэгжүүлэхэд нийгэм хан-гамжийн үйлчилгээнд шинээр 20 гаруй мянган хүн хамрагдаж, тэдгээрт жилд 80 гаруй сая төгрөг нэмж зарцуулах болно. Энэ шинэ арга хэмжээг оролцуулахгүйгээр одоо нийгэм хангамжийн үйлчилгээнд 370 шахам мянган хүн хамрагдаж улсын төс-вөөс хагас тэр бум илүү хөрөнгө зарцуулж байгаа нь өнгөрсөн оныхоос хүний тоо 10 мянгаар, хөрөнгийн хэмжээ 25,5 сая төгрө-гөөр өсчээ.

Энэ нь нийгэм хангамжийн үйлчилгээнд багагүй хөрөнгө зарцуулдгийг харуулж байгаа бөгөөд түүнд тавих улсын хянал-тыг сайжруулах, шалгалтын арга хэлбэ-рийг боловсронгуй болгох, зөрчил, дутагд-лаас урьдчилан сэргийлэх талаар нийгэм хангамжийн газар улам чармайж ажиллах хэрэгтэй.

Яамны шинэ зохион байгуулалтад ний-цүүлэн орон нутгийн нийгэм хангамжийн албыг хамгийн оновчтой хувилбараар ажил-луулж бэхжүүлэх, үүний үндсэн дээр тус салбарын өмнө зогсож буй зорилтыг хан-гах боловсон хүчний бодлогыг зөв хэрэг-жүүлэх явдал чухал байна.

Иймээс дор дурдсан асуудалд анхаар-лаа төвлөрүүлж ажиллах нь зүйтэй бол-лоо. Үүнд:

1. Нийгэм хангамжийн алба нь 1988 оноос хойш зохион байгуулалтын хувьд гурван удаа өөрчлөлт орсноос хариуцах аж-лын зааг ялгаа гарах, тэдгээрээс болж хө-дөлмөрчид чирэгдэх ялангуяа боловсон хүч-нийг тогтвор суурьшилд муугаар нөлөөлж, ажлын дадлага туршлагатай, мэдлэг мэр-гэшлийн зохих бэлтгэлтэй ажилтнууд ха-лагдаж солигдсон нь ажлын эрх ашигт муугаар нөлөөлөхөд хүрснийг зориуд ан-

хаарч нийгэм хангамжийн ажлын өвөрмөц онцлогийг мэддэг, дадлага туршлага, идэвх санаачилгатай хүмүүсийг хэвээр нь ажиллуулах, ажилтнуудыг чадваржуулан, үйлчилгээний хүрээг өргөтгөхөд хүрэлцээтэй хамт олныг бүрдүүлж ажиллуулах нь зүйтэй. Энд нийгэм хангамж хариуцсан газрын орлогч дарга, ахлах нягтлан бодогчийг шинээр ажиллуулж, ажлын шаардлага хангах ажилтныг томилох, санхүүгийн хэлтсээс одоогийн байгаа орон тоог бүрэн шилжүүлэн авах, сум хороодод нийгэм хангамжийн байцаагчийг биеэ даалгаж ажиллуулах асуудал багтана.

2. Тэтгэвэр, тэтгэмж хариуцсан ажилтнуудын ажлын арга барилыг өөрчлөн тэдний хариуцах ажлын хүрээг өргөтгөн шинэчлэх асуудал чухал байна.

Тэтгэврийн хуулийг хэрэгжүүлэх, өөрөөр хэлбэл тэтгэвэр, тэтгэмж тогтоож, олгох ажил зохион байгуулалтын хувьд ч бэхжиж энэ талаар дадлага туршлага ч хуримтлагдсан юм. Харин нийгэм хангамжийн төв, орон нутгийн байгууллагын өмнө зогсож байгаа чухал зорилт нь тэтгэвэрт хамаарагдагчид, ялангуяа өндөр настан, тахир дутуу иргэдийн нийгмийн үйлчилгээний төрөл хэлбэрийг олшруулах, хүн бүрт хүрч үйлчлэх, анхаарал халамж тавих ажлыг өнөөгийн шаардлагын хэмжээнд зохион байгуулахад оршиж байна.

Энэ асуудалд тэтгэвэр тэтгэмж хариуцсан ажилтнуудын хүчийг төвлөрүүлэн ажил, үүргийг нь нягтруулан ажиллавал зохино.

3. Нийгэм хангамжийн асуудал хариуцсан ажилтнуудын хууль эрхийн болон эрхэлсэн ажлын мэдлэг, дадлагыг системтэй дээшлүүлэх, тэдний бие даасан бүтээлч идэвх санаачилгад түшиглэн ажиллах нь тавьсан зорилтыг хэрэгжүүлэхэд чухал түлэхц болох юм. Энд төвөөс мэдлэг мэргэжлийг дээшлүүлэх нэгдсэн арга хэмжээ авах боловч орон нутагт ажлаа эзний ёсоор хариуцан гүйцэтгэдэг, мэдлэг мэргэжлийн зохиц бэлтгэлтэй боловсон хүчнээр бэхжүүлэхэд зориуд анхаарах.

4. Үйлдвэр, албан газрын удирдлага, боловсон хүчний ажилтнууд тэтгэврийн хууль тогтоомжийг хэрэгжүүлэх талаар хүлээсэн үүргээ хангалтгүй биелүүлдэг, ялангуяа тэтгэврийн материалыг цаг тухайд нь үнэн зөв бүрдүүлж өгдөггүй чирэгдүүлдэг дутагдал газар авсан байхад харин тэдгээрийн дутагдлыг нийгэм хангамжийн ажилтнууд хүлээх болж, нийгэм хангамжийн ажил тааруухан гэсэн үнэлэлтэд хүргэж байна. Энэ өрөөсгөл дүгнэлтэд хүргэх болсон нь орон нутагт энэ ажлыг хариуцсан нөхдийн урагшгүй ажиллагаатай холбож үзэхээс өөр аргагүй юм. Иймд ажлын арга барилаа эрс өөрчилж, нийгэм хангамжийн үйлчилгээг хэрэгжүүлэх гол эзэн нь байгууллага, хамт олон учраас хөдөлмөрчдийг чирэгдүүлсэн албан тушаалтантай тухай бүр нь ил тод хариуцлага тооцож, тэтгэвэр, тэтгэмжийн талаар гомдол гаргахгүй ажиллах бүрэн бололцоотой билээ. Үүнтэй холбогдуулан орон

нутгийн тэтгэврийн улсын байцаагчдыг эрх, үүргийн нь дагуу ажиллуулж, тэдний ажлыг мэдэгдэхүйц өөрчлөх нь нийгэм хангамжийн ажлыг цаашид сайжруулахад зохих нөлөө үзүүлэх болно.

5. Нийгэм хангамжийн ажилтнууд орон нутагт асуудлыг бие даан шийдвэрлэдэггүй, дээрээс ирэх зааварчилга, чиглэлд хэт дулдуйдаж ажилладагас хөдөлмөрчдийн эрэлт хүсэлт яам, улсын хороо, удирдах байгууллага дамжиж чирэгддэг, нийгэм хангамжийн газар тэтгэвэр тогтоох, материал бүрдүүлэх асуудалтай хөөцөлддөг буруу арга барил газар авсан юм. Иймд мэргэжлийн удирдлага туслалцаа авахаас бусад асуудлыг газар дээр нь шийдвэрлэх, хөдөлмөрчдийн эрэлт, хүсэлтэд туйлын анхааралтай хандаж шуурхай барагдуулах ажлыг гол үүргээ болгон ажиллах шаардлагатай байна.

Биеийн тамир, спортын ажлыг хүн амын эрүүл мэндийг бэхжүүлж, бие бялдрыг нь чийрэгжүүлэх улсын нэгдсэн бодлого болгон хэрэгжүүлэхэд биеийн тамирын мэргэжлийн боловсон хүчин чухал үүрэг гүйцэтгэж байна. 1989 онд Биеийн тамирын мэргэжлийн боловсон хүчин бэлтгэх ажлыг өргөжүүлж, чанар, үр нөлөөг нь сайжруулах зорилгоор УБДС-ийн биеийн тамирын салбарыг бие даасан факультет болгон өргөжүүлэв. Улаанбаатар хотын Багшийн дунд сургуульд тусгай дунд боловсролтой биеийн тамирын аргазүйчдийг бэлтгэх болж, биеийн тамир, спортод сонирхолтой бүрэн дунд боловсролтой хүмүүсийг хоёр жилийн хугацаагаар бэлтгэж эхлэв. Ховд аймаг дахь Багшийн дээд сургуулийн биеийн тамирын ангид элсэгчдийн тоог нэмэгдүүлэв. Биеийн тамирын дасгалжуулагч багш арга зүйчдийг бэлтгэх, давтан сургах байнгын курс нээж, 3 удаагийн элсэлтээр 160 гаруй хүмүүсийг сургаж, «аргазүйч» мэргэжил олгов. Олон улсын хэмжээнд БТС-ын анхан шатны 1473 хамтлаг ажиллаж байгаа бөгөөд тэдгээрийн 21,9 хувь нь буюу 323 хамтлаг орон тооны аргазүйчтэй ажиллаж байна. Гэвч биеийн тамир, спортын мэргэжлийн боловсон хүчний хангамж өнөөгийн шаардлагаас ихээхэн хоцорч байна. Нийтийн биеийн тамирын ажлыг эрхэлдэг биеийн тамирын мэргэжлийн нэг зааварлагчид одоогийн мөрдөж байгаа нормативаар аймагт 35-40 мянга, хотод 45-50 мянган хүн ногдож байна. Энэ салбарт ажиллагсдын 24 хувь нь мэргэжлийн биш бөгөөд бага анги, өдөр өнжүүлэх бүлгийн хүүхдийн биеийн тамирын сургалтыг удирдах боловсон хүчин байхгүй, сургуулийн өмнөх насны хүүхдэд бие бялдрын хүмүүжил олгох ажлыг эрхлэх багш, мэргэжилтэн, аргазүйчдийг ч бэлтгэж эхлээгүй байна.

Биеийн тамирын боловсон хүчнийг бэлтгэх ажлыг улам боловсронгуй болгохын тулд ойрын хугацаанд дараах арга хэмжээг авч хэрэгжүүлэх нь зүйтэй. Үүнд:

1. Ясли, цэцэрлэгийн насны хүүхдийн дунд зохиох эрүүл мэнд, бие бялдрын хүмүүжлийн ажлыг удирдан зохион бай-

гуулж заах «Эрүүл мэнд-бие бялдын хүмүүжлийн аргазүйчдийг 1991 оноос эхлэн бэлтгэх арга хэмжээ авах.

2. Биеийн тамирын аргазүйчдийг урьдчилан сэргийлэх, эмчилгээний биеийн тамирын ажлыг зохион байгуулах чиглэлээр байнгын курс нээж, улсын үйлдвэрийн газрын хуулийн дагуу үйлдвэр, албан байгууллагын захиалга, зардлаар бэлтгэдэг журамд шилжих.

3. Нийтийн биеийн тамирын ажлыг олон нийтийн идэвхтэн зааварлагчдын хүчинд тулгуурлан явуулах, тэднийг курсээр бэлтгэж мэргэжлийн үнэмлэх олгох, давтан сургах, туршлага судлуулах.

4. Нийтийн биеийн тамирын зааварлагч, аргазүйч нарын ажлын түр дүнг харгалзан цалинг нэмэгдүүлэх, цагийн хөлс урамшил олгох, байгууллага, хүмүүстэй гэрээ хэлэлцэл байгуулан ажиллах.

5. Анагаах ухааны дээд, дунд, сувиллагчийн сургуулийн сургалтын программд эрүүл мэнд-биеийн тамирын хичээлийг оруулж, биеийн тамираар бие даан хичээллэгчдэд мэргэжлийн ба аргазүйн зөвлөмж туслалцаа үзүүлдэг чадвартайгаар төгсгөдөг болох.

6. Нийтийн биеийн тамирын зааварлагч-аргазүйчдийн ажлыг хүн амын эрүүлжилт, чийрэгжилт, хөдөлмөрийн чадварын түр алдалтыг бууруулснаар үнэлж дүгнэж байх.

7. Шинэ зохион байгуулалтад орж байгаатай холбогдуулан урьдчилан сэргийлэх эмчилгээний биеийн тамирын эмч, биеийн тамирын зааварлагч, аргазүйчдийн семинар, курсыг 1990 оны гуравдугаар улиралд багтаан хийх нь зүйтэй.

Эрүүлийг хамгаалах, нийгэм хангамжийн яам, түүний харьяа эмнэлгийн байгууллагууд, орон нутгийн эрүүлийг хамгаалах газрууд боловсон хүчин бэлтгэх, давтан сургах, хүмүүжүүлэх, тогтвор суурьшилтай ажиллуулах талаар багагүй ажил зохион байгуулсан юм.

Яамнаас эмнэлгийн байгууллагуудад боловсон хүчин хэрхэн ажиллаж байгаа талаар сүүлийн жилүүдэд олон удаа шалган туслах ажил зохиож, тушаал шийдвэр гаргажээ. Өнгөрсөн онд яамны коллегийн өргөтгөсөн хурлаар боловсон хүчинтэй ажиллаж байгаа асуудлаар Өвөрхангай аймгийн эрүүлийг хамгаалах газрын дарга Я. Даш-Яндагийн, хөдөлмөрчдийн мэдээлэл, хэвлэлийн шүүмжлэлийн мөрөөр хэрхэн ажиллаж байгаа тухай Дундговь аймгийн эрүүлийг хамгаалах газрын дарга С. Дуламсүрэнгийн сонсголыг тус тус хэлэлцэж, эдгээр хүмүүсийн ажлын нь туршлагыг дэлгэрүүлэх ажил зохилоо. Өнгөрсөн хугацаанд хүн амыг диспансерчлах арга зам, эрүүлийг хамгаалахын эдийн засгийн болон боловсон хүчний бодлого, шинэчлэлт өөрчлөлтийн асуудлаар сэдэвчилсэн зөвлөлтөөн семинар, ярилцлагыг аймаг, хотын Эрүүлийг хамгаалах газрын дарга, нэгдсэн эмнэлгийн ерөнхий эмч, ажил хариуцсан мэргэжилтэн, байцаагч

нарыг оролцуулан зохион байгуулсан нь тэдний онол, ажил зэргийн мэдлэгийг дээшлүүлэх, харилцан туршлага солилцох чухал ач холбогдолтой ажил болсон юм.

Мөн шинэчлэлт өөрчлөлтийн үзэл санааны дагуу эрүүлийг хамгаалах салбарт дэвшүүлэх боловсон хүчнийг хамт олны хурлаар хэлэлцүүлэх, сонгуулах журам мөрдсөнөөр өнгөрсөн онд эрдэм шинжилгээний байгууллагууд, анагаах ухааны сургуулиуд, харьяа үйлдвэрийн газрын дарга, захирлын сонгуулийг явууллаа. Эрүүлийг хамгаалахын зохион байгуулагчдыг ДЭХБ-ын шугамаар болон АУДС-ийн мэргэжил дээшлүүлэх факультетэд курсээр бэлтгэж байгаагийн гадна тэдний мэргэжлийг удирдах ажилтны мэргэжил дээшлүүлэх институтэд 4-5 жил тутам суралцуулж дээшлүүлж байх чиглэл баримталж байна. Хэний аймгийн Эрүүлийг хамгаалах газар (дарга нь Г. Цулбуур) аймгийн эрүүлийг хамгаалах байгууллагын ажил олон жилийн турш хангалтгүй явж ирсэнд дүгнэлт хийж ажлыг сайжруулахын тулд хамт олны идэвхийг өрнүүлэх, аймаг, орон нутгийн нам, захиргааны байгууллагын туслалцаа дэмжлэг авч хамтран ажиллах, эмч, ажилтан бүртэй тулж ажиллах талаар сүүлийн гурван жил ихээхэн хүч, хөдөлмөр гаргаж ажилласны дүнд аймгийн Эрүүлийг хамгаалах газрын ажлын үндсэн үзүүлэлт нь сайжирлаа. Аймгийн хүн амын эрүүл мэндийг хамгаалах 2000 он хүртэл хугацааны программыг хөдөлмөрчдөөр хэлэлцүүлж, аймгийн чуулганаар батлуулан ажиллаж байна.

Тус аймгийн эрүүлийг хамгаалах газар 1989 оны ажлаар аймаг, хотын эрүүлийг хамгаалах газруудын социалыг уралдаанд тэргүүн байр эзэлсэн байна.

Гэвч Сэлэнгэ, Баянхонгор, Завхан зэрэг аймгийн эрүүлийг хамгаалах байгууллагын ажилд олигтой ахиц гаргахгүй, олон жил нэг хэвийн байдалд явж ирлээ. Эдгээр аймгийн намын байгууллагаас эрүүлийг хамгаалах газрын даргаа өөрчилж сольж өгөх хүсэлтийг Эрүүлийг хамгаалах яаманд нэг бус удаа тавьж байна. Гэтэл бэлтгэсэн хүнгүй гэдэг шалтгаанаар тус яам асуудлыг шийдвэрлэхгүй хойшлуулсаар байна. Энэ нь юуны өмнө зохион байгуулагч нарыг бодлоготой бэлтгээгүй, нөгөө талаар залуу боловсон хүчнийг зоригтой дэвшүүлэх талаар яамны Боловсон хүчин-захиргааны газар хангалтгүй анхаарч ирсэнтэй холбоотой юм. Жишээ нь: Сэлэнгэ аймгийн Эрүүлийг хамгаалах газрын дарга Тэрбиш хөдөлмөрийн хамт олныг бүрдүүлэх, зөв уур амьсгал бий болгох талаар хангалтгүй ажиллаж байгаагаас янз бүрийн гэмдол, мэдээлэл тасрахаа больж, эмч, ажилчдын хариуцлага ч суларчээ. Тэрбиш дугагдалд дүгнэлт хийж өөртөө шүүмжлэлтэй хандахын оронд бусдаас өө сэв хайх, өөрийгөө бүхнийг мэдэгч мэтээр бодож асуудалд хандах зарчимгүй байр суурь баримталдгаас албан хариуцлага алдсан хэргээр хуулийн байгууллага хянах тухай яригдаж байлаа.

Цаашдаа мэргэжлийн сайн зохион байгуулагчийг бэлтгэх шаардлага зүй ёсоор гарч байна.

Сурлага сахилгаар сайн, зохион байгуулах ажилд авьяастай оюутныг ахлах ангиас нь сонгон авч чиглэсэн зорилготой сургах, мэргэжлийн сайн эмч нараас сонгох, залуу эмч нарыг анхнаас нь нийгмийн эрүүл ахуй, эрүүлийг хамгаалахын зохион байгуулагчийн мэргэжлээр сургах, суралцуулах зэргээр эрүүлийг хамгаалахын сайн зохион байгуулагч бэлтгэх шаардлагатай байна.

Аймаг, орон нутагт ч сайн зохион байгуулагч нарыг сонгох, бэлтгэх бололцоо байгааг үгүйсгэж болохгүй.

Одоо нэг аймагт дунджаар 120-150 их эмч, эмзүйч дээд мэргэжилтэн 350-500 дунд мэргэжилтэн ажиллаж, боловсон хүчний дэдавхи чанар дээшилснээр өөрийн аймгийн эмч мэргэжилтний дотроос өндөр мэргэжлийн эмч, зохион байгуулагч нарыг бэлтгэх бололцоотой болжээ. Гэвч аймаг, хотын эрүүлийг хамгаалах газрууд энэ боломжийг ашиглах, хүнээ сургаж бэлтгэхийн оронд бэлэн хүн шаардах хуучин хандлага байгааг зогсоох хэрэгтэй.

Мэргэжилтэй боловсон хүчин бэлтгэхэд эрүүлийг хамгаалахын гадаад харилцаа чухал үүрэг гүйцэтгэж байна. Тус яамны шугамаар ЗХУ-ын анагаах ухааны дээд, дунд сургуулиудад жил тутам зуу орчим оюутан, клиникийн ординатурт 20 гаруй эмч, мэргэжилтэн, аспирантур, докторантурт тус бүр 10 хүн, мэргэжил дээшлүүлэх курст 75 хүн, Чехословак, Болгар, Герман, Унгар, Польшид мэргэжил дээшлүүлэх курс, ординатур, аспирантурт тодорхой тооны эмч мэргэжилтнийг явуулан сургаж байгаа нь өндөр мэргэжлийн болон багшлах боловсон хүчин, эрдэм шинжилгээний ажилтан бэлтгэх өргөн боломж бүрдүүлсэн юм.

Өнгөрсөн дөрвөн жилд төрөл бүрийн шугамаар 867 эмч, мэргэжилтэн гадаадад мэргэжил дээшлүүлэх курст суралцаж, туршлага судалж, дадлага хийсэн нь өнгөрсөн таван жилийнхээс 200 хүнээр илүү байна. Гадаадад суралцагсдын 30% нь эх нялхас, 26% нь эмчлэн сэргийлэх, 22% нь ариун цэвэр, халдвар судлалын, 8% нь эрдэм шинжилгээний, 6% нь эрүүлийг хамгаалахын зохион байгуулалт, 8% нь эм хангамжийн, 4% нь бусад салбарын байгууллагын ажилтнууд явсан байна. Тус яамны нэр дээр гадаадад суралцагчдын тоо энэ таван жилд 2 дахин нэмэгдэж, одоо 500 гаруй оюутан суралцаж байгаагийн дээр БНАСАУ, БНСВУ, БНХАУ-д анагаах ухааны чиглэлээр оюутан суралцуулж эхэллээ.

Эрүүлийг хамгаалахын гадаад харилцаа хөгжин зөвхөн социалист орнууд төдийгүй, гуравдагч орнуудад эмч, мэргэжилтэн явах шаардлага гарч байгаа өнөө үед хэлний боловсролтой эмч мэргэжилтэн дутагдаж байна. МУИС-ийн дэргэдэх гадаад хэлний оройн курст болон АУДС, Ариун цэвэр гэгээрлийн ордны дэргэд

англи хэлний түр курст суралцуулж байгаа боловч хэрэгцээг хангаж чадахгүй байна. Гадаадад мэргэжил дээшлүүлэх, туршлага судлах, дадлага хийх эмч, мэргэжилтнийг зөв сонгох ажилд ч багагүй дутагдал оршиж байна. Удирдамжийн дагуу сурвал зохих зүйлийг сурч чадахгүй, өгөөж муутай явагчид цөөнгүй байна.

Гадаадад мэргэжил дээшлүүлэх, туршлага судлуулахаар эмч, мэргэжилтнийг явуулахдаа тодорхой мэргэжлийн чиглэлийг хөгжүүлэх, мэргэжлийн залгамжлалыг тасалдуулахгүй байх, өндөр мэргэжлийн боловсон хүчнийг бэлтгэх ирээдүйтэй бодлого баримталбал зохино.

Бие хүний хүсэлтийг барагдуулах байдлаар гадаадад томилон явуулдаг ноцтой дутагдлыг цаашид шийдвэртэй арилгах хэрэгтэй.

Боловсон хүчнийг бэлтгэх, давтан сургах, байршуулах бүхий л асуудал нь түүнийг зөв төлөвлөхөөс эхлэх ёстой.

Эмнэлгийн дээд, дунд мэргэжилтнийг хэтийн ба ойрын төлөвлөгөөтэй бэлтгэж байгаа боловч аймаг, орон нутагт шаардагдах боловсон хүчнийг хот, аймаг, орон нутгаар нь нарийвчлан тооцоогүй, төлөвлөлт бодит үндэслэлтэй болж чадаагүй байна.

Эмч, мэргэжилтнийг нийт тоогоор нь үзэхэд улсын хэмжээгээр нормативт тоогоор хангагдсан мэт харагдах боловч аймаг, хотоор нь авч үзвэл заримд нь илүүдэж, заримд нь дутаж, тэнцвэр алдагдсан хэвээр байна. Улаанбаатар, Эрдэнэт, Дархан хот их эмчээр хангагдсан байхад аймгуудад дутагдаж, Баян-Өлгий, Ховд, Увс аймаг бага эмчээр хангагдсан байхад Хөвсгөл, Сэлэнгэ аймагт дутагдаж байна. 10 мянган хүн амд ногдох эмчээр аймгуудын дундаж 16,1, хотын дундаж 33,3 байгаа боловч Баян-Өлгий 13,5, Увс, Баянхонгор 14,3, Өвөрхангай, Сэлэнгэ, Дорнод 14,5-15,0 байгаа нь дунджаас 1,1-2,6, 10000 хүнд ногдох дунд мэргэжилтэн хотод 85,1 байгаа боловч Баян-Өлгийд 61,8, Төв, Сэлэнгэ, Өвөрхангайд 62,9-64,5 байгаа нь дунджаас 7-11,8-аар бага байна.

Анагаах ухааны дээд, дунд сургууль төгсөгчдийн 70-80%-ийг хөдөө орон нутагт хуваарилж байгаа дүн тоогоор тооцвол хөдөөгийн эмнэлгүүдийн төлөвлөгөөт ороог бүрэн хангаад илүү гарах ёстой байтал практикт «илүүдсэнгүй», харин багалагдсан орон тооны 70 орчим хувийг хангаж, сум сум дундын эмнэлэгт боловсон хүчин дутагдсан хэвээр байна. Энд эмч, ажилтнуудын шилжилт хөдөлгөөн их нөлөөлж байна.

Их эмч нарын 10-14% нь жилд ямар нэг шалтгаанаар шилжиж байгаагийн 65,7% нь аймгаас Улаанбаатар хотод ирж байгаа бөгөөд ажиллаж байгаа эмч нарын 78-91%-ийг уугуул нутгийн хүмүүс эзэлж байгаа аймгуудад шилжилт 6,9-9% байхад 36-81%-ийг томилолтоор очсон өөр нутгийн хүмүүс эзэлж байгаа аймгуудын эмч нарын шилжилт 15-18% байна.

Зөвхөн 1989 онд 89 их эмч, 24 дунд мэргэжилтэн хөдөө орон нутгаас Улаанбаатар хотод шилжиж ирсний дотор Говь-Алтай, Төв аймаг, Дархан, Эрдэнэт хотоос 10-18 дээд, дунд мэргэжилтнийг шилжүүлжээ. Зарим аймагт жилд хуваарилагдаж очсон эмч мэргэжилтний тоо нь тухайн жилд Улаанбаатар хотод шилжин ирсэн эмчийн тоотой тэнцэж байна.

Аймаг, хотуудад эмч нарын хангамж жигд биш, тогтвор суурьшилгүй байгаагийн гол шалтгаан нь Анагаах ухааны дээд сургууль, дунд сургуулиудын элсэлтийн төлөвлөгөө, аймгуудын боловсон хүчинээр хангаж бэхжүүлэх хэтийн төлөвлөгөө, чиглэлгүй дээрээс томилж ирүүлэх боловсон хүчнийг идэвхгүй харж, томилсон боловсон хүчнийг тогтвор суурьшилтай ажиллуулах дорвитой ажил зохиохын оронд элдэв шалтгаанаар буцаан шилжүүлдэг практик нөёрхсөн хэвээр байгаад оршиж байна.

Нөгөөтэйгүүр сургууль төгсөөд хуваарилгагдаж очсон эмч, мэргэжилтний нийгмийн асуудалд бага анхаарч, залуу боловсон хүчнийг шинэ ажил, нөхцөлд дасан зохицоход нь туслах ажлыг муу зохион байгуулж байгаатай шилжилт ихээхэн холбоотой байгааг ч онцгой анхаарвал зохино.

Улаанбаатар хотоос өндөр мэргэжлийн эмч, эрдэмтдийг хөдөө орон нутагт явуулж ажиллуулах хөдөлгөөн өрнүүлж, явж буй хүмүүсийн ахуй нөхцөлд анхаарч, урамшуулдаг журам тогтоох, 1990-1991 онд Улаанбаатар хотоос наад зах нь 300 эмч, мэргэжилтнийг хөдөө явуулж, тэдгээр эмч нарын ихэнхийг сум, сум дундын эмнэлэгт ажиллуулахаар зохион байгуулах хэрэгцээ гарч байна. Энд ялангуяа манай ахмад, туршлагатай эмч, мэргэжилтнүүд, сумын эмнэлгүүдэд очиж ажиллах санаачилга гаргах байх гэдэгт яамны коллегн итгэж байна. Өндөр насны тэтгэвэрт гарах дөхсөн боловч мэргэжлийн ажлын өндөр чадвартай эмч нар сум, сум дундын эмнэлэгт ажиллавал тэтгэвэр дээр нь үндсэн цалинг бүтнээр олгох арга хэмжээг ч авч болох юм.

Нийт эмч, эмнэлгийн ажилчдын ажлын хариуцлага, сахилга, ёс суртахууны хүмүүжлийг дээшлүүлэх асуудал анхаарал татсан хэвээр байна.

Мэргэжил мэдлэгээр хоцрогдсон, хариуцлага сахилгаар сул, архинд автсан, зан харьцаа, ёс суртахууны доголдолтой цөөн тооны хүмүүс байгаа нь хамт олны нэр хүндийг гугааж байна.

Бидний судалгаагаар сэтгэл мэдрэлийн согогтой, зан суртахууны доголдолтой, архинд хэт орсон эмч, мэргэжилтэн 30 орчим байна. Эмнэлгийн байгууллагатай холбогдсон гомдол, шүүмжлэлийн дийлэнх нь зан харьцааны доголдолтой, ажлын хариуцлага муутай цөөн тооны эмч, ажилчидтай холбоотой гарч байна. Шүүх эмнэлгийн магадлах товчоогоор шалгагдсан хэргийн 60 хувь нь эмч, эмнэлгийн ажилчдын ажлын хариуцлагатай холбоотой байна.

Эмч, мэргэжилтний ёс зүйг тодорхойлсон, БНМАУ-ын хүний их эмчийн тангараг, ёс суртахууны хэм хэмжээ, мэргэжлийн үндсэн эрх үүрэг зэрэг эрхийн актууд байгаа боловч эдгээр нь тунхагийн шинжтэй болж, эмч, мэргэжилтний хариуцлага, сахилгыг бэхжүүлэхэд тодорхой нөлөө үзүүлж чадахгүй байна.

Бид нэг үе эмч нарын цалинг нэмбэл хамаг ажил сайжрах мэтээр ярьж бодож байлаа. Гэтэл их эмч, эмзүйч нарын цалинг нэмснээр ажилд дорвитой өөрчлөлт гарсангүй. Энэ нь хүмүүсийн идэвхжүүлэхэд гол нөлөөтэй эдийн засаг, улс төр, үзэл суртлын аргыг зөв хослоогүйтэй холбоотой гэж үзэж байна.

Эмч, эмзүйч нарын цалинг аттестатчиллаар тогтоож, таван жил хөдөлбөргүй мөрдөж байгаа нь хүнийг хөдөлгөх эдийн засгийн үр ашигтай хөшүүрэг болж чадахгүй байна.

Иймээс хоёр аттестатчиллын хоорондох хугацаанд эмнэлэг үйлчилгээнд гологдол гаргасан, хөдөлмөрчдийг гомдоож чирэгдүүлсэн хүмүүсийн цалинг тодорхой хувиар хорогдуулж байх хөшүүргийг үр ашигтай ашиглах хэрэгтэй байна.

Өөрчлөлт, шинэчлэлтийн өнөө үед олон түмний улс төрийн идэвх ихээхэн өрнөж байгаагаас эмнэлгийн байгууллага, эмч, ажилчдын үйл ажиллагаатай холбогдсон мэдээлэл сүүлийн жилүүдэд эрс өслөө. 1986 онд манай салбар 7000 захидал хүлээн авч байсны 474 нь гомдол ирж байсан бол 1989 оны тайлангаар 19329 захидал, үүнээс 115 гомдол хүлээн авч шалгаж шийдвэрлэлээ.

Хэвлэлийн шүүмжлэл, нийтлэл ч мөн нийм хандлагатай байна. Манай салбарын талаар 1989 онд 70 удаа шүүмжлэлтэй материал нийтлэгдэв. Хэвлэлийн нийтлэл, шүүмжлэлд дүгнэлт хийж үзэхэд эмч, ажилчдын ажлын хариуцлага, зан харьцаа, эмчилгээ үйлчилгээний чирэгдэлтэй холбогдсон дутагдлыг арилгах, эх, хүүхдийн эрүүл мэндийг хамгаалах, түүнд нөлөөлж буй хүчин зүйлийг судлах, асрамж үйлчилгээг сайжруулах, эмийн бус эмчилгээг өргөжүүлэх зэрэг чухал ач холбогдолтой саналыг дэвшүүлсэн байна.

Хөдөлмөрчдийн мэдээлэл шүүмжлэл, саналд судалгаа, дүгнэлт хийж, хамт олноор хэлэлцүүлэх, эргэж мэдээлэх ажлыг зохион байгуулж байгаа боловч дутагдлын шалтгааныг олж, үндсээр нь арилгах талаар тууштай ажиллахгүй, эцсийн үр дүн хангалтгүй зөвхөн нэр заагдсан байгууллага, хүнд хамаатай мэг үзэж, байгууллага бүр ажилдаа тусган ажил зохион байгуулахгүй байгаагаас дутагдал давтагдан гарсаар байна. Үүний дашрамд тэмдэглэхэд эрүүлийг хамгаалахын ажлын дутагдал доголдол хэвлэлд мундахгүй бичигдэж байгаа боловч салбарын хэмжээнд зохиож байгаа ажил, ололт амжилтыг хөдөлмөрдөд сурталчлах, мэдээлэх ажил нэн хангалтгүй зохиогдож байгааг анхаарч, сурталчилгааны ажлыг өргөжүүлэх нь зүйтэй.

Эмчийн үйл ажиллагаанд мэргэжлийн мэдлэг ур чадвараас гадна ёс суртахууны эрхэм чанар, энэрэнгүй сэтгэл онцгой ач холбогдолтой билээ. Энэ талын мэдлэг хүмүүжил олгоход цаашид онцгойлон анхаарч анагаах ухааны сургуулиудад сэтгэлзүй, сурган хүмүүжүүлэх, эмчийн ёсзүйн сургалт харуусан сургууль дундын тэнхим байгуулах ч шаардлагатай байна.

Эмчийн мэдлэг мэргэжлийн түвшин, ёс суртахууны энэрэнгүй үзлийн хүмүүсийг шинэ өндөр шатанд гаргаж, өөрчлөөгүй нөхцөлд ямар ч их хөрөнгө, барилга байшин, багаж аппарат өөрчлөн байгуулалтын асуудлыг шийдвэрлэж чадахгүй юм.

Эмч, эмнэлгийн ажилчдын үйл ажиллагааны дутагдал доголдол, хариуцлагагүй байдлыг ил тод шүүмжлэн эвлэршгүй тэмцэл явуулахын хамт эмч, эмнэлгийн ажилчдын нэр хүндийг хамгаалах асуудалд бодит байдлаар хандах явдал чухал байна.

Эмч, эмнэлгийн ажилчдын нийгмийн асуудлыг шийдвэрлэх талаар нам, засгаас тодорхой арга хэмжээ авч байна. Хөдөө орон нутагт ажиллаж байгаа эмч нарын цалинг 12%, яслийн эрхлэгч нарын цалинг 12,5% нэмэгдүүлэн, ажлын бус цагаар дуудагдаж ажилласан их, бага эмч, сувилагч, лаборант, техникч нарын илүүцэг ажилласны хөлс олгох журам тогтоолоо. Дипломгүй дунд мэргэжилтнийг говийн нэмэгдэлд хамруулах, хөдөөгийн эмнэлгийн эх баригч, бага эмч, төрөхийн асрагч зэрэг 800 гаруй хүнийг халдвартай, хортой нөхцөлд ажиллагсдад хамруулан нэмэгдэл олгох боллоо. Их эмч, эмзүйч нарын цалинг ажилласан хугацаа, ажлын үр бүтээлтэй холбон хот, хөдөөгөөр ялгавартай тогтоох цалингийн шинэ системд шилжлээ.

Сүүлийн жилүүдэд орон нутгийн зарим эмнэлгийн байгууллагууд ажилчдынхаа нийгмийн асуудалд онцгой анхаарал тавьж тодорхой арга хэмжээ авч байна.

Өвөрхангай аймгийн эрүүлийг хамгаалах газар, эмч, ажилчдын амралтын газартай болж, олон хүүхэдтэй эхчүүдийн ажлын цагийг хорогдуулан, эмч, ажилчдын нийгмийн асуудалд өөрийн гэсэн туршлага хуримтлуулж үр бүтээлтэй ажиллаж байна.

Гэвч энэ ажил байгууллага бүрт жигд биш байна. Эмнэлгийн ажилчдын хөдөлмөрийн чадвар түр алдалт өндөр түвшинд, бусад салбартай харьцуулахад улсын хэмжээнд II байранд байна.

Дэлхийн улс орнууд эмч, мэргэжилтний хөдөлмөрийг хүнд нөхцөлд тооцож байна. Биеийн төдийгүй сэтгэл санааны асар их дарамттай хөдөлмөр бөгөөд амьдрал, практикаас үзэхэд эмнэлгийн ажилчид илүү их өвчилж байна. ЗХУ зэрэг бусад оронд ч ийм байдалтай байгааг бичиж байна. Хөдөлмөрийн чадвар түр алдалт, ардын боловсролын салбарт 100 ажиллагчдад 47,1 тохиолдол, 749 хоног байхад эрүүлийг хамгаалах салбарын 100 ажиллагчдад 63,6 тохиолдол 999 хоног байгаа юм. Гэвч 75 хүн амрах хүчин чадалтай Харзтайн улирлын сувиллаас өөр эмнэл-

гийн ажилчдад зориулсан амралт, сувиллын газар байхгүй, дэргэдээ сувилал бүхий эмнэлэг алга байна. Эмнэлгийн ажилчдын ажиллах орчин нөхцөл муу, эмчилгээ оношлогооны багаж хэрэгсэл, урвалж бодисоор үргэлж гачигдаж байна.

Судалгаанаас үзэхэд их эмч нарын 54,4% нь ямар нэг бэрхшээлтэй нөхцөлд ажиллаж байна. Ажилд бэрхшээл учруулдаг шалтгааны 43,4% нь оношлол, эмчилгээ, шинжилгээний аппарат багаж, эм урвалж бодис дутагдалтайгаас болж байна гэж үзжээ. Орон нутагт ажиллаж байгаа эмч нарыг орон сууцаар хангах тухай Сайд нарын Зөвлөлийн тогтоол гарсан боловч энэ талаар тодорхой ахиц өөрчлөлт гараагүй байна. Судалгаанаас үзэхэд 1988 онд Анагаах ухааны дээд, дунд сургууль төгсөөд хөдөө орон нутагт очсон 300 шахам эмч, мэргэжилтэн орон сууцгүйгээс эмнэлгийнхээ нэг өрөөнд юмуу айлд сууж ажиллаж, амьдарч байв. Цаашид хөдөлмөрийн норм, норматив, нөхцөлийг судлан шинэчилж, сайжруулах асуудлыг IX таван жилд шийдэх нь зүйтэй. Эмнэлгийн ажилтны ҮЭ-ийн Төв Хороог ч тусад нь байгуулах асуудлыг дэвшүүлж тавих шаардлагатай байна.

БНМАУ-ын Сайд нарын Зөвлөлийн 1963 оны 289 дүгээр тогтоолоор эмнэлгийн дунд мэргэжилтний цалинг (бага эмч) тогтоосноос хойшхи хугацаанд цалин ямар ч өөрчлөлт орсонгүй өдий хүрчээ.

1988 оны жилийн эцсийн байдлаар улсын хэмжээний нийт ажиллагсдын дундаж цалин 533 төгрөг, материаллаг үйлдвэрлэлийн салбарт ажиллагсдынх 563 төгрөг, материаллаг бус үйлдвэрлэлийн салбарт ажиллагсдынх 483 төгрөг, үүний дотроос эрүүлийг хамгаалах салбарт ажиллагсдынх 424 төгрөг байгаа нь бусад салбарын ажилчдаас доогуур байна. Эрүүлийг хамгаалах салбарт ажиллагсдын тэн хагасыг эзэлж, бригад, хэсгийн бага эмчийн салбараас эхлэн бүх түвшинд эмчилгээ, үйлчилгээний ажлын их ачааллыг нуруундаа үүрч байгаа дунд мэргэжилтний цалинг нэмэгдүүлэх шаардлагатай байна.

Бохир, халдвартай зүйлтэй байнга харьцаж хамгийн хүнд нөхцөлд ажиллаж байгаа асрагч, үйлчлэгч нарын цалин 260-280 төгрөг, амралт нь 16 хоног байгаа нь тэдний ажлын чанар, эрүүл мэндэд нь муугаар нөлөөлж, энэ ажлыг хийх хүн олдохгүйд хүрч байна. Эмнэлгийн дунд, бага тушаалын ажилчдын дийлэнх нь орлогын өөр эх сурвалжгүй, амьдралын бололцоо нөхцөл муутай амьдарч, цалин хөлсөө нэмэх хүсэлт саналыг сүүлийн хориод жил тавьж байгаа боловч шийдвэрлэгдээгүй өдий хүрчээ. Ийм байдлаас өөр ажилд шилжих явдал ч их байгаа юм.

Эмнэлгийн ажилчдын 80 гаруй хувь нь эмэгтэйчүүд байдаг тул өөрсдөө өвчлөх, хүүхдээ харах, сахиж зэргээс ажлаас түр чөлөөлөгдөх нь их байдаг бөгөөд ялангуяа хүүхдээ гэрээр тэтгэмжтэй харах чөлөөг өргөжүүлсэн зарлиг, тогтоол гарсантай холбогдон ажиллах хүчин ихээхэн дутагдах

хандлага гарч эхэлж байна. Дээрх байдлыг харгалзан үзэж, эмнэлгийн ажилчдаас орон тоог 5 хувийн илүү нөөцтэйгээр төлөвлөн баталж байх асуудлыг 1991 оноос шийдвэрлэх хэрэгтэй байна. Эрүүлийг хамгаалах салбарт ажиллаж байгаа 5600 гаруй их эмч нарын 3,8 хувь нь БНМАУ-ын төрийн дээд шагнал, одонгоор, 17,1 хувь нь медаль, засгийн газрын хүндэт жуухаар шагнагдсан боловч эрүүлийг хамгаалах салбарт нийт ажиллагсын дөнгөж 8 орчим хувь нь шагнуулсан байна.

Хүний амь нас, эрүүл мэндийг хамгаалахад өөрийн бие, оюунаа хоёргүй сэтгэлээр зориулан хөдөлмөрлөж байгаа эрүүлийг хамгаалах салбарын хамт олны хөдөлмөрийг үнэлэх талаар зориуд анхаарч тодорхой асуудал боловсруулан шийдвэрлүүлэх хэрэгтэй байна.

Боловсон хүчний зөв бодлого боловсруулж, хэрэгжүүлэх талаар цаашид авах арга хэмжээ

1. Ард түмний эрүүл мэндийг хамгаалан бэхжүүлэх, анагаах ухааныг хөгжүүлэхэд тус оронд олон арван жилийн турш баримталж ирсэн хуучин системийг үндсээр нь хянан үзэж, өөрчлөн байгуулалт хийхийн тулд эрүүлийг хамгаалах-нийгэм хангамжийн шинэ хүчин бэлтгэх бодлогод зарчмын шинэчлэлт өөрчлөлт оруулах арга хэмжээг 1990-1991 онд багтаан авч хэрэгжүүлэх.

2. Боловсон хүчний бодлогыг хэт төвлөрүүлэх өрөөсгөл хандлагаас ангижирч, орон нутгийн болон нэгж байгууллагууд өөрийн боловсон хүчнийг бэлтгэх, давтан бэлтгэх, хуваарилах ажлыг өөрсдөө бүрэн мэдэж, шийдвэрлэж байхаар бүх шатны удирдах ажилтан, хөдөлмөрийн хамт олны эрхийг өргөтгөх.

3. Системийн хэмжээнд боловсон хүчний зөв бодлого явуулахын тулд яамны аппаратаас эхлэн нэгж байгууллага хүртэлх бүх шатанд салбар, дэд салбарын хамт олон, эмч, мэргэжилтэн, эрдэмтдэдтэй зөвлөж, тэдний санал бодолд тулгуурлан боловсон хүчний асуудлыг шийдвэрлэж байх өргөн ардчиллын шударга журмыг хэрэгжүүлэх.

4. Шинэ хүчнийг шилж сонгох, дэвшүүлэх, удирдах боловсон хүчнийг сэлбэх үйл ажиллагаанд нутгархах, танил тал харах, бас хуган үймүүлэх, мэргэжилтний нэр хүндийг бууруулах зохисгүй хандлага гаргах, хуйвалдах, гүтгэж гүжирдэх зэргээр саад тотгор тавих зэрэг арчаагүй, соёлч биш арга ажиллагаа, оролдлоготой шийдвэртэй тэмцэж, таслан зогсоох.

5. Нэгж байгууллагын дотоод ажилд хэт оролцож, бие даасан байдлыг нь алдагдуулан, боловсон хүчний идэвх санаачилгыг боогдуулах, эдийн засаг, урамшууллын механизмдыг дутуу ашиглаж, цалинг тэгшитгэн хуваарилах зэргээр боловсон хүчинд хандаж хэвшсэн ажиллагааны арга барилаас шийдвэртэй салах.

6. Эмч, эмнэлгийн ажилтан бэлтгэж байгаа одоогийн системийг хянан үзэж

сургалтыг эмчилгээ, стоматологийн чиглэлээр «ерөнхий мэргэжлийн эмч» эмзүйч бэлтгэхэд чиглүүлэх.

7. Анагаах ухааны дээд, дунд сургуульд элсэгчдийн тоог хэтийн хараатай зөв тооцож тогтоох, аль болохоор эмнэлэг, урьдчилан сэргийлэх байгууллагад ажиллагсдаас элсүүлэх, гэрээгээр сургах чиглэлийг баримтлах.

8. Сургалтыг практикийн эрүүлийг хамгаалахын хэрэгцээ шаардлагад ойртуулах зорилгоор сургалтын төлөвлөгөө, программыг хянан үзэж боловсронгуй болгохдоо ерөнхий эрдмийн хичээлийн цагийг багасгах мэргэжлийн хичээлийн цагийг нэмэгдүүлж, бага ангиас нь мэргэжлийн хичээл зааж эхэлдэг болох, оюутнуудын бие дааж ажиллагаа, практик дадлага хийх, ялгагчаар орчин цагийн эмчилгээ, оношилгооны техник, технологийг эзэмших, анагаах ухааны эдийн засаг, гадаад хэлний сургалтын программ, цагийг нэмэгдүүлэхэд онцгой анхаарч өөрчлөх.

9. Анагаах ухааны дээд, дунд сургуульд төгсөгчдөөс онол, практикийн талаар заавал эзэмшсэн байх мэдлэг чадварын үзүүлэлтийн нэгдсэн шалгуур боловсруулж мөрдөх, амбулатори-поликлиникийн тусламжийг бие дааж, гардан үзүүлэх практик үйл ажиллагаанд илүүтэй сургаж, дадлагажуулах чиглэл баримтлах.

10. Орон нутгийн эмнэлэг, урьдчилан сэргийлэх байгууллагад 5-аас доошгүй жил үр бүтээлтэй ажиллаж, дадлага, туршлагатай болсон бага эмч нарыг АУДЭС-ийн гуравдугаар курст шууд элсүүлэн сургаж, төгсгөсний дараа хөдөөгийн эмнэлгүүдэд ажиллуулах, түүнчлэн бүрэн дунд боловсролтой асрагч, сувилагч нараас шалгаруулан АУДЭС-ийн бага эмчийн ангид элсүүлж, хоёр жил сурган төгсгөж хөдөө орон нутагт ажиллуулах асуудал боловсруулж шийдвэрлүүлэх.

11. Анагаах ухааны дээд, дунд сургуулийн мэргэжил эзэмших, дээшлүүлэх курст монгол ардын ба уламжлалт эмнэлгийн арга барилыг заан сургах арга хэмжээг өргөтгөх, энэ чиглэлээр мэргэжилтэн бэлтгэх зориудын арга хэмжээ авах.

12. АУДЭС төгсөгчдийг 1-2 жил интернатуороор ажиллуулж практик дээр ажиллаж чадахаа харуулсны дараа улсын шалгалт авч мэргэжлийн диплом олгодог журамд шилжих.

13. Анагаах ухааны дээд, дунд сургуулиудад багшлах боловсон хүчнийг бэлтгэх, сонгон авахдаа тодорхой хугацаанд эмнэлгийн байгууллагад ажиллуулж, туршлагажуулсны дараа аттестачилал, мэргэжлийн бэлтгэл, ажлын үр дүн, ажил хариуцах, гүйцэтгэх чадвар, сахилга, ёс суртахууны түвшинг хамт олноор нь хэлэлцүүлж, зохих үнэлгээ өгүүлснийг дүнгээр шийдвэрлэдэг журамд шилжих.

14. Манай орны эмнэлгийн боловсон хүчин, материаллаг баазын потенциалыг бүрэн зохистой ашиглах үүднээс анагаах ухааны их сургууль байгуулах асуудлыг боловсруулах.

15. Эмнэлгийн ажилтны мэргэжил дээшлүүлэх институт байгуулж, курст суралцах хугацааг хянан үзэж, мэргэжлийн давтан сургалтыг үндсэн курсээс гадна сэдэвчилсэн семинар, эцнээ мэргэжил дээшлүүлэх зэрэг хэлбэрээр баяжуулах арга хэмжээ авах.

16. Ординатур, аспирантур, докторантурт суралцах хүний тоог нэмэгдүүлж тэргүүлэх, зөвлөх мэргэжилтнүүдийг эмнэлэг, урьдчилан сэргийлэх байгууллагад ажиллуулах.

17. Мэргэжлийн боловсон хүчний залгамж холбоог бэлтгэхэд онцгойлон анхаарахын зэрэгцээ эрүүлийг хамгаалахын зохилон байгуулагчдыг бэлтгэх, эдийн засгийн боловсрол олгох түр курс нээж хичээллүүлэх.

МҮЭ-ийн холбогдох Төв Хороотой хамтран дараах асуудлыг шийдвэрлүүлэх хэрэгтэй. Үүнд:

1. Эмнэлгийн ажилчдын хөдөлмөрийн норм, нормативыг хянан үзэж, шинэчлэн тогтоох.

2. Эрүүлийг хамгаалах, нийгэм хангамжийн салбарын ҮЭ-ийн Төв Хороо байгуулах, сувиллын урилгын 20 хувийг эмнэлгийн ажилтан, ажилчдад олгуулах, эмнэлгийн ажилчдын профилактори сувилал байгуулах, бага, дунд тушаалын ажилчдын ээлжийн амралтын хугацааг уртасгах, хөдөлмөрийн нөхцөлийг шинэчлэн тогтоох, тэтгэвэр, тэтгэмжийг нэмэгдүүлэх зэрэг асуудлыг судлан боловсруулж, шийдвэрлүүлэх.

3. Эмнэлгийн дунд мэргэжилтний цалинг нэмэгдүүлэх асуудал боловсруулж, IX таван жилд шийдвэрлүүлэх.

ЗҮРХНИЙ ШИГДЭЭС ӨВЧНИЙ ҮЕ ДЭХ ЦАХИЛГААН БИЧЛЭГИЙН ӨӨРЧЛӨЛТ, ӨӨХНИЙ ХЭТ ИСЭЛДЭЛТИЙН ЭРЧМИЙН ҮЗҮҮЛЭЛТИЙН ХООРОНДОХ КОРРЕЛЯЦИ

А. Авирмаа, М. Амбага
Ардын эмнэлгийн хүрээлэн

Зүрхний булчингийн цочмог ишеми, шигдээс өвчнийг эрт оношлох, өвчний явц, эмчилгээний үр дүнг хянахад зүрхний цахилгаан бичлэгийн (ЗЦБ) арга онцгой байр суурийг эзэлдэг.

Сүүлийн үеийн судалгаагаар зүрхний булчингийн цочмог ишеми, шигдээс өвчний үед эсийн мембраныг гэмтээдэг гол хүчин зүйл нь мембраны өөхний хэт исэлдэх явц болохыг хөдөлшгүй тогтоосон (4, 3, 5) бөгөөд ийм механизмаар мембран гэмтэх нь ЗЦБ-ийн өөрчлөлтөд, тухайлбал мембраны биопотенциал, туйлшралын явцад ямар нөлөөтэй болохыг судалсан ажил ховор байдаг.

Гэтэл зүрхний дээрх эмгэгүүдийн үед өөх хэт исэлдэн эсийн мембран гэмтэх нь зүрхний эсийн мембраны туйлшралын процесс алдагдаж, улмаар ЗЦБ-ийн өвөрмөц өөрчлөлт гарах шалтгаан, үр дагаврын шинжтэй эмгэг дараалан явагдах нөхцөлийг бүрдүүлэх боломжтой юм.

Иймээс бид туршлагын амьтдад үүсгэсэн зүрхний булчингийн цочмог тэжээл дутах, шигдээс өвчний үед ЗЦБ-д гарах өвөрмөц өөрчлөлт, зүрхний эдэд өөх хэт исэлдэхийн хоорондох харилцан уялдааг судлах зорилт тавьсан билээ.

Судалгааны аргазүй. 180—200 г жинтэй, нийт 30 тооны туршлагын цагаан харханд эфирээр мэдээгүйжүүлэн зохиомол амьсгал өгсөн нөхцөлд проф. А. Х. Коганы (1979) аргаар зүрхний ишеми, шигдээс өвчний эмгэг загварыг үүсгэв. Зүрхний зүүн титэм судсыг уушгины конусын өнцгөөс доош 3—5 мм зайд боож зүрхний булчингийн цочмог ишеми үүсгэн, 15 сек, 30 сек, 15 мин, 30 мин, 1 хоног, гурван хоногийн хугацаагаар «6 НК—4» маркийн электрокардиографи (БНАГУ) дээр ЗЦБ

хийж, ST Сегментийн өндөрсөлт, Q шүдний гүнийг ЗЦБ-ийн I, II, III холболтод мм-ээр хэмжив. Мөн энэ хугацаанд туршилтын ба хяналтын амьтныг нядалж, зүрхний эдээс трис HCL буферд гомогенат бэлдэн аскорбат хамааралт өөхний хэт исэлдэлтийн явцыг in vitro өдөөн, исэлдэлтийн тогтвортой бүтээгдэхүүний нэг-малондиальдегидын (МДА) концентрацийг тиобарбитурын хүчлийн тусламжтай тодорхойлов. Малондиальдегид нь тиобарбитурын хүчлтэй урвалд орох үедээ «триметиний комплекс» гэдэг 532 мм-д хамгийн их шингээлттэй өнгөт нэгдэл үүсгэдэгт энэ арга үндэслэнэ.

Судалгааны үр дүн. Зүрхний титэм судсыг боосны дараах хэдэн секундэд буюу цочмог ишемийн үед ЗЦБ-т гардаг хамгийн өвөрмөц эмгэг өөрчлөлт нь ST сегмент өндөрсөх явдал болох нь титэм судсыг боосны дараах 15 сек—30 минутад ST сегментийн өндөр $19 \pm 0,13$ мм болж хэвийн үеийнхээсээ (хэвийн үед ST сегментийн өндөр $2,4 \pm 0,18$ мм) бараг 7 дахин өсч ($P < 0,001$) байгаагаас харагдлаа. Титэм судсыг боосны дараах 1,3 хоногуудад ST сегмент намсаж, хэвийн түвшинд буцан орж байв. Харин энэ үед ЗЦБ-т зүрхний булчингийн үхжлийн гаралтай Q шүд тод илрэн, 1 хоногт $1,7 \pm 0,94$ мм, 3 хоногт $1,6 \pm 0,1$ мм-тэй тэнцүү болж байгаа нь зүрхний эд гэмтэн үхжиж байгааг харуулж байна. Зүрхний шигдээс өвчний 1 дэх хоногт зүрхний эдийн гомогенатад өөхний хэт исэлдэлтийн бүтээгдэхүүн МДА-ийн концентраци $0,88 \pm 0,09$ ед, 3 дахь хоногт $0,70 \pm 0,19$ ед болж хэвийн үеийнхээс ($0,33 \pm 0,09$ ед) 2,1—2,7 дахин нэмэгдэж байгаа нь энэ өвчний үед зүрхний эд, цусны сийвэнд өөхний исэлдэлт эрчимжиж

эсийн мембраныг гэмтээх гол хүчин зүйл болдог тухай судлагчдын (4, 5, 3) бичсэнтэй тохирч байна. Мөн бидний ажиглалтаар зүрхний шигдээс өвчний үед ЗЦБ-д ST сегмент өндөрсөх, зүрхний эдийн гомогенатад агуулагдах өөхний хэт исэлдэлтийн бүтээгдэхүүн МДА-ийн концентрацийн хооронд хүчтэй эерэг корреляци ($r=+0,9$) илэрч байгаа нь зүрхний булчингийн хурц ишемийн улмаас зүрхний эдэд исэлдэлт эрчимжиж цаашдаа эсийн мембраны бүрэн бүтэн байдлыг алдагдуулах, түүний биопотенциал өөрчлөгдөх гол нөхцөл болохыг харуулж байна.

Бидний энэ судалгаа нь зүрхний шигдээс өвчний үед эсийн мембраны гэмтэх, үхжих улмаар эсийн мембраны хэвийн биопотенциалыг өөрчлөгдөх гол хүчин зүйлийн нэг нь өөхний хэт исэлдэлтийн бүтээгдэхүүний хорт үйлчилгээ болохыг харуулсанаараа энэ өвчний эмтгэг жамын

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. М. Амбага «Фармакотерапевтическое действие кардиоселективного блокатора B_1 —адренорецепторов сердца, Астрала пестрого и антиоксиданта дибунола при инфаркте миокарда, вызванном постоянной и транзиторной коронароокклюзией. Автореферат диссертации канд. мед. наук, Москва, 1984, 23 с.

2. Э. Я. Долабчян Инфаркт миокарда и электромеханическая активность сердца М. 1981 с 10—40

3. А. Х. Коган Моделирование инфаркта миокарда М. 1979, 26 с.

4. А. Х. Коган, Н. И. Лосев, А. Н. Кудрин. М. Амбага «Об образовании краевой «прооксидантной» зоны и её роли в усилении перекисного окисления липидов в области ишемии инфаркта миокарда. Бюл. экспер. биол. и мед, 1986 № 5, с. 538—539.

5. Ф. З. Меерсон Патогенез и предупреждение стрессорных и ишемических повреждений сердца. М. 1984.

6. Rao. P. S. Cohen. M.V. Mueller. N. S. Production of free radicals and lipid peroxides in early experimental myocardial ischemia — J mol. Cell Cardiology 1983, V 15, N 10. p 713—716.

КОРРЕЛЯЦИОННАЯ ВЗАИМОСВЯЗЬ МЕЖДУ ИНТЕНСИВНОСТЬЮ СВО—БОДНОРАДИКАЛЬНОГО ПЕРЕКИСНОГО ОКИСЛЕНИЯ ЛИПИДОВ И ИЗМЕНЕНИЯМИ ЭКГ ПРИ ИНФАРКТЕ МИОКАРДА У КРЫС

А. Авирмаа, М. Амбага

Исследованиями последних несколько лет установлено, что при инфаркте миокарда

эмчилгээнд антиоксидант болон мембран бэхжүүлэх эмийг хэрэглэх үндэслэл, зарчмыг гаргаж байна. Селент натри, дибунол зэрэг хүчтэй антиоксидант эм нь зүрхний ишеми, шигдээс өвчний цочмог үеүдэд ST сегмент өндөрсөхийг мэдэгдэхүйц бууруулж, үхжил, гэмтлийн талбайг багасгадаг тухай судалгааны материал нь үүнийг баталж байгаа юм (1).

Дүгнэлт. 1. Туршлагын амьтан хархны зүрхний титэм судсыг боосны дараах 30 сек 30 мин-д ЗЦБ дээр ST сегмент өндөрсч, харин 1—3 хоногт үхжлийн гаралтай Q шүд тод илрэхийн зэрэгцээ энэ үеүдэд зүрхний эдэд өөхний бодисын чөлөөт язгуурт хэт исэлдэлт эрчимждэг байна.

2. Зүрхний титэм судсыг боосны дараа ЗЦБ-д ST сегмент өндөрсөх, өөх хэт исэлдэхийн эрчим хоёр өөр хоорондоо шууд хамааралтай байна.

основным патогенетическим звеном повреждения мембран клеток является усиление процесса перекисного окисления липидов (ПОЛ). Однако, вопрос о взаимосвязи ПОЛ с изменением биопотенциала кардиомиоцитов мало изучено. В виду этого, целью нашей работы явилось установление корреляционной связи между интенсивностью ПОЛ и некоторыми характерными электрокардиографическими показателями в широком смысле, изменениями биопотенциала клеток по подъему сегмента ST, глубине зубца Q при инфаркте миокарда.

Опыты проведены на 30 крысах, ишемию миокарда моделировали лигированием левой коронарной артерии методом А. Х. Когана (1979).

Активацию ПОЛ оценивали по количеству продукта ПОЛ малоальдегида (МДА) в гомогенате сердца у крыс, через 1—3 суток после коронароокклюзии.

Данные настоящего исследования показали, что у экспериментальных животных через 15 сек 39 мин после коронароокклюзии отмечаются резкий подъем ST сегмента, а через 1—3 суток значительное углубление зубца Q и увеличение количества МДА, что свидетельствуют об усилении ПОЛ при ишемии и инфаркте миокарда. Показано, что существует прямая положительная корреляционная связь между подъемом ST сегмента ЭКГ и интенсивностью ПОЛ.

ХИВЭГЧ МАЛ, АМЬТДЫН ГЕЛЬМИНТИЙН ЭПИДЕМИОЛОГИЙН ХОЛБОГДОЛ

Хүний бие махбодод 250 гаруй гельминт шимэгчилдэг болохыг хэвлэлд тэмдэглэжээ. (В. П. Подъяпольская, В. Ф. Капустин, 1958, Д. Е. Генис, 1979). Энэ өгүүлэлд монгол орны хивэгч мал, зэрлэг хивэгч амьтдын гельминтийн аймгийн судалгаанд эпидемиологийн дүгнэлт хийв.

Манай орны хивэгч мал, зэрлэг хивэгч амьтдын гельминтийн судалгаагаар нийт 106 зүйл гельминтийг илрүүлэн тэмдэглээд байна.

Taenia hydatigena (larvae), *Taenia ovis* (larvae), *Taeniarynchus saginatus* (larvae), *Echinococcus granulosus* (larvae), *Mutjiceps mutjiceps* (larvae), *Moniezia expansa*, *Trichostrongylus axei*, *T. proboivus*, *T. capricola*, *T. colubriformis*, *Ostertagia ostertagi*, *Ostertagia circumcincta*, *Haemonchus contortus*, *Nematodirus sphathiger*

Эдгээрийн 37,5% нь цестод, 62,5% нь нематод ангийн гельминт юм. Тус орны хивэгч мал, зэрлэг хивэгч амьтдын болон хүний гельминтийн нийтлэг коэффициент нь 3,7% байна. Иймээс хивэгч мал, амьтад хүнд зарим гельминтозыг тараахад эпидемиологийн холбогдолтой юм. Тухайлбал хониныхоос 13, үхрийнхээс 11 зүйл гельминт хөгжлийнхөө янз бүрийн үе шатанд хүнд нийтлэг шимэгчилж халдварлах боломжтой байна. Ялангуяа мал, амьтантай ойр ажигладаг малчид, мал аж ахуйн мэргэжилтэн, мал амьтны гаралтай бүтээгдэхүүнтэй ажилладаг хүмүүс зарим гельминтээр халдварлах бүрэн нөхцөлтэй юм. Хүн мал, амьтад нийтлэг шимэгчилдэг эдгээр гельминтүүдээс хүний эрүүл мэндэд хамгийн аюултай нь бэтэг, цистицеркоз (финноз) болон трихостронгилдозын үүсгэгчид юм. Эдгээр Гельминтүүд манай хивэгч мал, зэрлэг хивэгч амьтад өргөн, тениоринхоз, бэтэг өвчин хүнд тархжээ.

Хивэгч мал, зэрлэг хивэгч амьтад, хүн ижил халдварлан өвчилдөг бэтгийн эпизоотологи, эпидемиологийн судалгаанаас үзэхэд уг өвчний тархалтад нохой, чоно гол үүрэг гүйцэтгэж байна.

Монгол орны мал сүрэгт бэтэг өвчин дээр үеэс тархжээ. Зөвлөлтийн судлагч Е. Е. Шумакович (1936) төрөл бүрийн монгол малд бэтгийн шинжилгээ хийхэд 20—69%-ийн халдварлалттай байжээ. Д. Галбадрах (1974) нэлээд аймгийн үхэрт бэтэг илрүүлэх шинжилгээ хийхэд дунджаар 7%-ийн халдварлалттай байжээ. Бидний судалгаагаар нэлээд аймгийн үхэр 9,1—12,7%, хонь 20,7—26,9%-ийн халдварлалттай байгаагаас үзэхэд сүүлийн жилүүдэд уг өвчний тархалт, халдварлалт тус орны мал сүрэгт багасчээ. Гэвч бэтэг өвчнийг үүсгэгчийн эцсийн эзэн болох нохой хот суурин, хөдөө орон нутаг, малчны хотод олширсон нь хүн, малд эл өвчнийг тараах нөхцөлийг бүрдүүлж байна. Д. Галбадрах (1972) 9 аймаг, Улаанбаатар хотод нохойн бэтгийн халдварыг судлахад дунджаар 16,9%-ийн халдварлалттай, Г. Данзан (1960—1972) Сэлэнгэ, Төв, Хэнтий, Улаанбаатар хотод шинжилсэн нохойн 19,4% нь бэтгээр халдварласныг судалжээ. Ц. Баатар (1975) Хөвсгөл аймагт 7 чоно, 6 үнэг, 184 нохойд задлан шинжилгээ хийхэд нохойн тенидийн халдвар 42,4%, чонынх 42,8%, үнэгнийх 16,7%, бэтгийн халдварын эрчимжил 432—4280 ширхэг байжээ. Хот, аймаг, сумдын төвийн гэр хорооллын айлууд нохойг олноор тэжээж, зохих ёсны уяа, арчилгаа маллагаа, ариун цэврийн шаардлагыг хангахгүй байгаагаас орчин тойрон, гудамж талбай, ялангуяа хашаа хорооны ар нохойн баацаар бохирдон тэнд хүүхдүүд тоглож халдвар авах, бэтгийн халдвар шороо тоос, шавхайгаар дамжин орчин тойрныг бохирлон хүнд халдвар тараах өргөн боломжтой юм. Хөдөө орон нутагт нохой малчны хотны ойр орчин бэлчээр усыг халдварын эх үүсвэрээр бохирдуулж хүн малд халдвар тараах эх үүсвэр болж байна.

Үхрийн цистицеркоз ойт хээр болон тал хээрийн бүсэд тархжээ. Үхрийн булчинд шимэгчлэн хөгжиж буй цистицеркус бовис авгалдайг хүн шүүрхий махны хамт идэж таениоринхус сагинатус гэдэг бие гүйцсэн

хэлбэрийн туузан хорхойгоор халдварлана. Энэ хорхой нь хүний нарийн гэдсэнд шимэгчлэн хөгжиж өндөг нь үе хэсгүүдийн хамт хүний өтгөн хаягдлаар гарч гадаад орчин, бэлчээр усыг бохирдуулж үхэр халдварлана. Ингэж үхэр, хүн харилцан бие биедээ халдварын эх үүсвэр болдог хөгжлийн мөчлөгтэй билээ.

Монголд хүний тениаринхозын эпидемиологийг **Е. Довдон (1973)** судалж уг өвчний тархалт нь хүн амын байршлын нягт сийрэг, үхэр сүргийн тархалт, нягтшил, байгаль газарзүйн бүсээс шалтгаалан харилцан адилгүй байгааг тогтоожээ. Өөрөөр хэлбэл хүн ам нягт суудаг, үхэр сүрэг өргөн тархсан, байгаль цаг уурын тохиромжтой нөхцөлтэй хангай аймгуудад уг өвчин илүү тархалттай байна.

Trichostrongylus, Ostertagia, Haemonchus, Nematodirus, Ostertagia зэрэг нь геогельминт юм.

Өөрөөр хэлбэл завсрын эзэн дамжихгүй хөгжинө. Эдгээр гельминтийн өндөг мал амьтны баасаар гадаад орчин бэлчээр, усанд хаягдан, гадаад орчны дулаан, чийглэг нөхцөлд өндөгнөөс авгалдай боловсрон гарч хэд дахин гуужин хөгжиж мал, хүнд халдварлах чадвартай инваз авгалдай болон өвс ногоонд авиран амьдарна. Өвс усны хамт мал, амьтад, хүнд идэгдэн халдварладаг хөгжлийн мөчлөгтэй билээ. Өвс ногоо хамаагүй барих, хоол хүнсээ ногоон дээр тавих, чанаж, буцалгаагүй ус уух зэрэгт эдгээр гельминтийн инваз авгалдайгаар хүн халдварлах бүрэн боломжтой.

ДҮГНЭЛТ

Тус орны хивэгч мал амьтдад, хүнд нийтлэг шимэгчилдэг 16 зүйл гельминт байгаагаас хүний эрүүл мэндэд хамгийн

аюултай нь бэтэг, цистицеркоз (финноз), трихостронгилидозын үүсгэгчид юм.

Зарим төрлийн хивэгч мал амьтад хэд хэдэн гельминтозыг хүнд дамжуулан тараагч, нөөцлөгч эзэд болно.

Гэрийн болон зэрлэг малчин амьтад (чоно, нохой) хүн, мал, зэрлэг хивэгч амьтдад янз бүрийн гельминтоз, ялангуяа тенидозыг тараан халдааж болно.

Хүн үхэрт, цистицеркоз, үхэр хүнд тениаринхозыг тараагч юм.

Дээр дурдсан судалгааны материал нь Эрүүлийг Хамгаалах Нийгэм Хангамжийн Яам, ХААХҮЯ-ны мал эмнэлгийг удирдах ерөнхий газар, эрдэм шинжилгээний байгууллагаас хүн, мал амьтдад нийтлэг өвчиддөг гельминтозыг судалж тэмцэх арга хэмжээг хамтран явуулахыг зүй ёсоор шаардаж байгаа юм.

АШИГЛАСАН МАТЕРИАЛ

Баатар Ц. Махчин амьтдын тенидийн аймаг, түүний эпизоотологийн холбогдлыг судалсан дүн. Хөвсгөл аймгийн үйлдвэрлэл туршлагын станцын бүтээл, 1981, х. 73—90, боть 1.

Галбадрах Д. БНМАУ дахь бэтгэрэх өвчний эпидемиологийн урьдчилан сэргийлэх асуудалд. Анагаах ухааны дэд эрдэмтний зэрэг горилсон бүтээл. 1972. УБ. Генис Д. Е. Медицинская паразитология. М. Медицина 1979.

Данзан Г. Гельминты диких млекопитающих МНР. Дисс. на соискание ученой степени доктора биол. наук. М. 1977.

Довдон Е. Эпидемиология и профилактика тениаринхоза в МНР. Дисс на соискание ученой степени канд. мед. наук. 1973. УБ.

Ичинхорлоо В. Оперативное лечение эхинококковой болезни печени по материалом МНР. Автореферат док. дисс. М. 1961.

Подъяпольская В. П., Капустин В. Ф. Глистные болезни человека. М., 1958.

Шархүү Г. Гельминты домашних и диких жвачных животных и разработка мероприятий по борьбе с основными гельминтозами в МНР. Дисс. на соискание ученой степени доктора биол. наук. М. 1986.

Шумакович Е. Е. Глистные инвазии МНР. Дисс. на соискание ученой степени канд. вет. наук. М. 1937.

Яровой П. И. Зубчук М. П. Токмалаев А. К. Справочник по медицинской гельминтологии. 1984. Кишинев.

Г. Шархүү. Мал эмнэлгийн эрдэм шинжилгээний паразит судлалын сектор, эрдэм шинжилгээний тэргүүлэгч ажилтан, биологийн ухааны доктор

ГЕМОГЛОБИНЫ ДҮРСҮҮДИЙГ БҮЛЭГЛЭН ТОДОРХОЙЛОХ

Д. Энхтуяа, Б. Лувсанноров

Биобэлдмэл цусны үйлдвэрлэл шинжилгээний институт
Анагаах ухааны дээд сургууль

Саяхан болтол насанд хүрэгчдийн гемоглобиныг (Гб) хэвийн болон эмгэг үед нэгэн төрлийн химийн нэгдэл байдаг гэж үзэж байлаа.

1986 онд Кербер үр хөврөлийн үедээ онцлог Гб байдгийг нээн олж ГбF гэж нэрлэжээ. Энэ ГбF нь эгэл Гб-тай харьцуулахад натрийн шүлтэнд 155 дахин тогтвортой гэж үзжээ.

Сүүлийн жилүүдэд Паулинг болон түүний хамтран ажиллагсад насанд хүрэгчдийн Гб нь хэвийн болон эмгэг үедээ нэгэн төрлийн химийн нэгдэл биш болохыг тайлбарласан байна. Гемоглобинд эгэл ба эмгэг дүрс байдгийг нээснээрээ цус багадах өвчний эмгэг жамыг тайлбарлах шинэ зам нээж зарим өвчний үед эмгэг Гб байдаг болохыг тэмдэглэжээ.

Эрүүл хүний гемоглобулин нь эгэл Р, үр хөврөлийн F, насанд хүрэгчдийн А гэсэн гурван үндсэн дүрстэй.

Эгэл (Гб Р) гемоглобулин нь үр хөврөлийн 7—12 дахь долоо хонгогт илэрч цаашдаа аажмаар арилан үр хөврөлийн гемоглобулин (ГбF) бий болно.

Гурван сараас ургийн үндсэн гемоглобулин үүсч яваандаа насанд хүрэгчдийн хэвийн гемоглобулин болдог. Үүнийг Гб А гэнэ.

Хүүхэд эхээс мэндлэх үед нийт гемоглобулины 80% нь Гб А, 20% нь ГбF байдаг. Төрсний дараах үеэс эхлэн ГбF нь аажмаар цөөрсөөр 4—5 сартай хүүхдэд 1—2% болно. Насанд хүрэгчдэд ГбF нь 2% байвал эмгэг гэж үзнэ.

Гемоглобины дүрсүүд нь зөвхөн оношлолд чухал ач холбогдолтойгоор үл барам цус багадах өвчний эмгэг жамын асуудлыг цэвэр морфологийн талаас тайлбарлахаас гадна биохимийн асуудал болгон тавьсан юм.

Гб-ны эмгэг дүрсүүдээр үүсдэг цус багадах өвчнүүдийг «гемоглобинопати» буюу «гемоглобиноз» гэж нэрлэдэг. Гемоглобины хэвийн дүр-

сүүдийг ялгах болон олон эмгэг дүрсээр үүсч байгаа удамшлын гаралтай цус багадах өвчнүүдийг ялган оношлоход Гб-ны дүрсүүдийг лабораторийн аргаар (ялангуяа электрофорезын аргаар) тодорхойлох нь чухал ач холбогдолтой юм.

Орчин үед Гб-ны дүрсүүдийг ялган оношлоход янз бүрийн аргыг ашиглаж байна. Үүнд:

1. Эдгээрийн дотроос хамгийн үндсэн арга нь электрофорез юм. 1949 онд Паулинг болон түүний нөхөд энэ аргаар насанд хүрэгчдийн Гб-ны дүрсүүдийг тодорхойлжээ.

Сүүлийн жилүүдэд хүний Гб-ны дүрс, дэд дүрсүүдийг цаасан цардуул, цардуулын гели, агарын, гели, целлюлозацетатын ялтас дээр тус тус тодорхойлох болов.

2. Мөн орчин үед Гб-ны дэд дүрсүүдийг ялган оношлоход хроматографийн аргыг хэрэглэж байна.

Адсорбц бологч бодисуудыг ашиглан JRC—50, карбоксиметилцеллюлозыг хэрэглэх нь онцгой сайн үр дүнт өгч байна.

3. Гб-ны зарим нэгэн дүрсийг тодорхойлохын тулд тусгай уусгагчид уусч байгаа чанарыг ашигладаг арга бий. Гб-ны дүрсийн дотроос ГбS хамгийн муу уусдаг бөгөөд электрофорез, хроматографиар ялгахад ГбD-тэй адил гардаг.

4. Натрийн шүлтийн уусмалын тогтвортой чанарыг ашиглах арга.

Анх 1886 онд Кербер ГбA, ГбF хоёрыг ялган оношлоход хэрэглэжээ. Одоо үед энэ аргыг засварлан хоёр үндсэн бүлэг болгон тодорхойлох болсо.

Дээр дурдсан дөрвөн арга нь Гб-ны дүрсүүдийг өөр хооронд нь ялгахдаа:

а) аминхүчлийн бүтцийн ялгаа, б) талст бүтэц, в) гэрэл шингээх, г) цахилгаан ялгах цэг зэргийг тус тус ашиглажээ.

5. Цуснаас наалдац бэлтгэн улаан эсийн доторхи Гб дүрсийг тодорхой-

лох эс судлалын арга гэж бий (1958, 1960).

Эдгээрийн дотроос хамгийн найдвартай аргын нэгэнд электрофорезын арга ордог. Энэ аргаар Гб-ны төрөлхийн дутмагшил бүхий насанд хүрэгчдийн болон хүүхдийн цусны төрөлхийн гажуудыг илрүүлэхэд оношийн ач холбогдолтой юм.

Цаасан дээр электрофорез явуулахад ($pH=8,6$ $pH=6,5$) вероналын буферт $pH=8,6$ ионы хүч 0,05 байх нөхцөлд Гб-ны 11 дүрс (Гб С, Е, Д, S, L, G O, P, Q, F) нь удаанаар, үлдсэн 9 дүрс нь (Гб К, J, T, N, H) катодоос анод руу хурдан хөдөлдөг.

Гб-ны дүрсүүд нь цахилгаан талбайд харилцан адилгүй хөдөлдөг учраас тэдгээрийг гүйдлээр нь тодорхойлоход хялбар. Фореграмм дээр ГбF нь ГбA-гаас харьцангуй удаан хөдөлдөг.

А. С. Циркина (1962) цаасан дээрх электрофорезоор (вероналацетатын буферт $pH=8,6$ ионы хүч 0,03) нимбэг хүчлийн буферт агар дээр ($pH=6,2$) тавьж үзэхэд ГбF нь ГбA-гаас тодорхой ялгарч байсныг ажиглажээ. ГбF, ГбA нь буферын рН-аас хамаарч харилцан адилгүй гүйдэг.

Гемоглобиныг электрофорезын аргаар тодорхойлсон тухай судалгааны материал олон бий. (1959), (1960), И. Тодоров (1961), (1961), (1963), А. С. Циркина (1964), А. М. Ефименко (1965) сүүлийн 20 жилийн турш энэ талаар ажиллаж байгаа хүн бөгөөд ялангуяа удамшилзүйн талаас нь нарийн судалгаанууд хийж байна.

Олон орны эрдэмтэд хамтран ажиллаж үр дүнд хүрч байна.

ДЭХБ-ын мэдээнээс үзвэл манай гаригт гемоглобины эмгэгтэй 100 сая хүн байгаа бөгөөд улаан эс дотроо глюкоз—6 фосфатдегидрогеназ (Г—6—ФД) ферментийн дутмагшил бүхий 300 сая хүн байна.

Орчин үед гемоглобины эмгэгийн 400 хувилбар нь тодорхой болсон, 250 хувилбар нь Г—6—ФД эзлэж байна.

Гемоглобиныг бүлэглэн целлюлоз дээр тодорхойлох унификац аргын зарчим нь:

Буферын уусмал дахь электродын хооронд үүссэн цахилгаан талбайд орсон өндөр молекулт уурагт нэгдлийн хэсгүүд хувийн цэнэгээрээ өөр өөр цэгт байрладагт үндэслэнэ.

Хэрэглэх тоног төхөөрөмж:

1) 7000 эргэлт бүхий цахилгаан хурилдуур

2) Электрофорезын камер

3) Цагаан алтан электрод

4) Тогтмол гүйдэл гаргагч (180—300 V)

Уусмалууд: 1. 0,9 хувь физиологийн уусмал

2. Гепарин (1 мл гепариныг 19 мл физиологийн уусмалаар шингэлнэ)

3. Хлорформ

4. Доффекийн уусмал

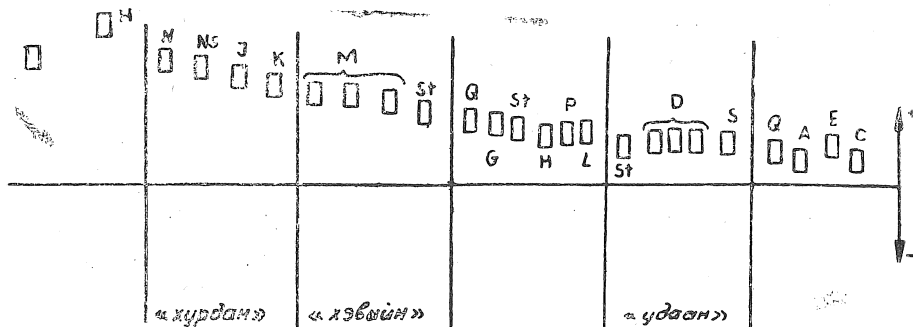
5. 5 хувь цууны хүчил

6. Трис буфер, веронал ацетатын буфер $pH=8,6$

Өвчтөнөөс цус авч шинжилгээнд бэлтгэх нь: Хурилдуурын хуруу шилэнд 1 мл шингэлсэн гепарин 2—3 мл цус хийж хурилдуурт тавина. Дээд шингэн хэсгийг нь асгаад үлдсэнийг нь 3—4 удаа 7000 орчим эргэлтэнд тавина. Хуруу шилтэйтгээ авч харахад ёроолд нь улаан эс үлдэнэ. Үүнээсээ 0,5 мл авч, 0,5 мл нэрмэл ус нэмж 15 минутын турш маш сайн сэгсрээд, хөргүүрийн хөлдөөгчид тавина. Гаргаж ирээд 2 мл хлорформ нэмж, 3000—4000 эргэлт бүхий хурилдуурт тавьж Гб дээд талд нь, хлорформ доод ёроолд нь, дунд хэсэгт нь цагаан тундас буусан байвал зөв гэж үзнэ. Гб-ыг болгоомжтой авч, цэвэр саванд хийж хаяглаад хөлдөөнө.

Шинжилгээний явц: Доффекийн уусмалаас 1 мл авч 1 дусал гемоглобин холино. Үүнээсээ өмнө целлюлоз ялтсаа буферын уусмалд 1—24 цаг дэвтээж авна. Дэвтээж бэлтгэсэн целлюлозоо тусгай тэгшлүүр дээр тавин бичил шприцээр дээрх холимогоос авч дусаагаад, электрофорезын камерт хийж цахилгаан гүйдэлд залган 30 минутын турш форез явуулна. Нэг удаад 16 фореграмм тавьж болно.

Хугацаа дуусмагц камераа хэлхээнээс салган фореграммаа гарган 5 хувь цууны хүчилд 15 минут байлгаад целлюлоз ялтсаа харж хариут гаргана.



Хэвийн гемоглобин, эмгэг гемоглобины харьцангуй хөдөлгөөн (Цаасан дээрх электрофорез рН—8,6 1961)

Клиникийн ач холбогдол. Гб-ны дүрсүүд нь эмгэг үед ганцаараа буюу хавсран тохиолдоно. Үүнд ГбF нь 4—5 сартай хүүхдүүдийн 1—2 хувьд илэрдэг байхад эмгэг үед нэлээд ихэсдэг. Жишээ нь Кулийн цус багадах өвчин буюу -ын үед 9 хувь хүрдэг -ын үед ГбA₂ нь хэвийнхээсээ 2 дахин ихэсдэг.

Мөн ГбF ихсэх нь хөхүүл ханиадын үед тохиолддог боловч шалтгааныг одоо болтол тайлбарлаагүй байна. Мөн хурц болон архаг лейкоз, миелом өвчнүүдэд гарч болно. Гб С нь гемоглобиноз С-ын үед дангаар тохиолддог. Дэлүү ялигүй томрохоос өөр клиникийн шинж тэмдэг илрээгүй үед Гб А+С гемоглобиноз А+С гарна. Гб А+С+F нь Кулийн цус багадах өвчний үед гарна. Гб Д дангаараа гемоглобины дүрсүүд олшрох үед тохиолддог.

Гб А+Д гарвал эмгэг шинжийг заадаггүй. Зарим хэлбэрийн цус багадах өвчний (гемолитическая анемия) сул хэлбэрт Гб F дангаар илрэнэ. Улаан эсийн задралаас үүсэх цус багадах өвчний сул хэлбэрийн үед Гб G гардаггүй, цэврээр Н гемоглобиноз тохиолдох нь ховор ажээ. Дангаар гемоглобиноз тодорхой бичигдээгүй, А+J эмгэг шинжийг харуулдаггүй.

Гемоглобиноз S дангаар гарч ирэх нь хадуур хэлбэрийн эст цус багадах өвчний хүнд хэлбэрийг заадаг.

Дүгнэлт. 1. Гемоглобины дүрсүүдийг тодорхойлох электрофорезын олон аргуудаас өөрийн лабораторийн

нөхцөлд хэрэглэж болох аль боломжтой артыг сонгон авах нь практикийн хувьд ач холбогдолтой байна.

2. Манай орны нөхцөлд (ялангуяа хүүхдийн практикт) билирубин өндөртэй бөгөөд бусад биохимийн үзүүлэлтүүд тундаст урвал, трансаминаз ферментийн идэвх хэвийн гарсан бөгөөд клиникээр бараг халдварт шар гэсэн оношийг тавьж байгаа өвчтөнд гемоглобиныг бүлэглэн тодорхойлох нь онолын маш чухал ач холбогдолтой.

3. Одоогоор манай улсад энэ талаар болон удамшлын гаралтай цус багадайттай өвчтөнд хийсэн бүрэн төгс судалгаа хараахан байхгүй байгаа тул гематологичид, биохимич, удамшилзүйн болон хүүхдийн эмч, эх барих эмэгтэйчүүдийн эмч нар хамтран судалгаа явуулах нь оношийн их ач холбогдолтойг харуулж байна.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. Йордан Тодоров — «Клинические лабораторные исследование в педиатрии» София. 1961.

2. А. М. Ахундова — «Талассемия» Бука. 1972 г.

3. Г. А. Алексеев, Ю. Н. Токарев — «Гемоглобинопатия» Москва. 1969 г.

4. «Наследственные анемии и гемоглобинопатии» под редакцией Ю. Н. Токарев, С. Р. Холлан, Х. Ф. Корраля-Альмонте Москва 1983.

УЛААНБААТАР ХОТЫН ХУУРАЙ ХОГ ХАЯГДЛЫН БҮТЭЦ СУДАЛГААНЫ УРЬДЧИЛСАН ДҮН

Д. Бейбетхан

Анагаах ухааны дээд сургууль

Хот суурин газрын хөрсийг бохирдуулдаг гол хүчин зүйлийн нэг нь үйлдвэр, аж ахуйн байгууллага, орон сууц, гэрийн хороолол, эмнэлэг, нийтийн хоолны газар, гудамж талбайн хуурай хог хаягдал юм. Бусад улс орсн хот суурины хуурай хог хаягдлын бүтцийг нэгэнт судлан тогтоож, хоргүйжүүлэх, халдваргүйжүүлэх аргыг өргөнөөр нэвтрүүлж байгаа юм.

Тэгвэл манай улсын хувьд энэ асуудлыг одоо хүртэл шинжлэх ухааны үндэстэй шийдвэрлээгүй явж ирлээ.

Иймд бид Улаанбаатар хотоос ялгаран Гарч буй хуурай хогны бүтэц болон физик, химийн шинж чанарыг анх удаа судалсан юм.

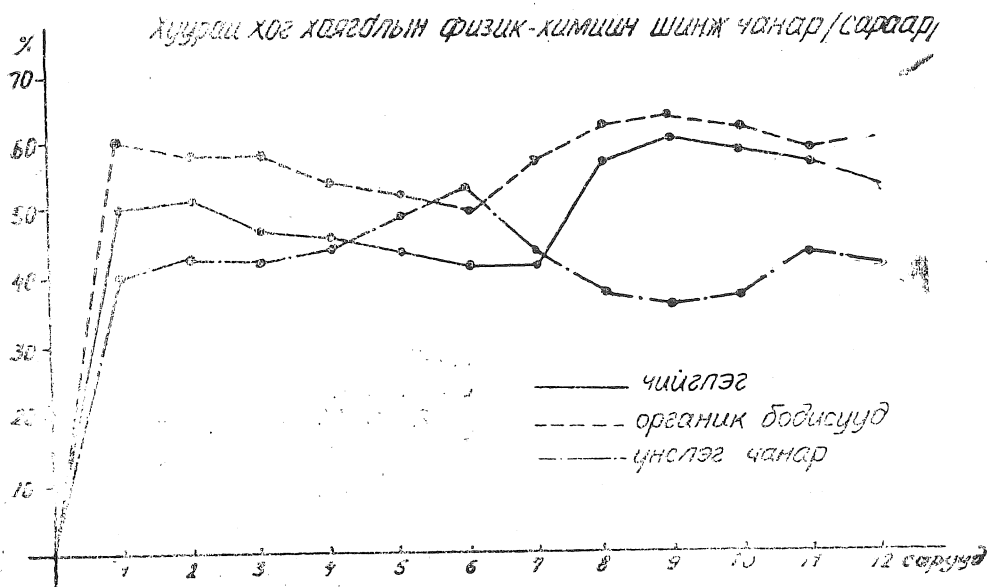
Судалгааны зорилго. Улаанбаатар хотоос ялгарч буй ахуйн хуурай хогны бүтэц, физик, химийн шинж чанарыг тодорхойлон, хоргүйжүүлэх халдваргүйжүүлэх аргыг боловсруулах.

Судалгааны арга. Судалгааг Москва хотын Панфиловын нэрэмжит нийтийн ахуйн хүрээлэнгээс боловсруулсан «Хуурай хогийг судлах нэгд-

сэн аргачлал»-ыг ашигласан болно (Москва, 1982).

Бид судалгааг 1987 оны X сараас 1989 оны X сар хүртэл хийж, нийт 456 удаа дээж авч шинжилсэн. Судалгааг Анагаах ухааны дээд сургуулийн эрүүл ахуй, ЭХЗБ-ын тэнхимийн орчны эрүүл ахуйн лабораторит хийв. Судалгааны ажилд физик, хими, мөн жингийн аргуудыг ашиглав.

Үр дүн. Улаанбаатар хотын хуурай хогны ихэнх хувийг цаас (31,4%), хоолны үлдэгдэл (26,25%), нүүрс, үнсний хаягдал (10,25%) эзэлж байна. 1-р хүснэгт). ЗХУ болон социалист бусад орны хотуудтай харьцуулахад Улаанбаатар хотын хуурай хогны бүтэц, зарим нэгэн онцлогтой байна. Үүнд: нүүрс, үнсний хаягдал (2,5—4%), яс (0,8—1,7%), чулуу (0,7—1,4%), 3—15 мм-ийн хэмжээтэй хогны том шигшдэс (4—5%) их байв. Ахуйн хогны 80% орчмыг шатааж (өндөр температурын нөлөөгөөр) хоргүйжих боломжтой байна.



Хуурай хогны бүтцийг ийнхүү тодорхойлох нь уг хогыг цуглуулах, зөөж зайлуулах, хоргүйжүүлэх, халдваргүйжүүлэх арга техникийг шинжлэх ухааны үндэстэй боловсруулах эрүүл ахуйн чухал ач холбогдолтой.

Тэрчлэн хуурай хогны физик, химийн шинж чанарыг сар улирлаар тодорхойлоход хуурай хогны чийглэг өвөл (80%), намрын (66,1%) улиралд харьцангуй их, харин хавар (59,6%), зуны (55,2%) улиралд бага байв.

1-р хүснэгт

Хог хаягдлын бүтэц (%-иар)

1.	Цаас	31,40	8.	Төмөр	2,23
2.	Хоолны үлдэгдэл	26,25	9.	Чулуу	3,61
3.	Мод	2,25	10.	Шил	3,83
4.	Даавуу	3,20	11.	Том шигшдэс	(3—15 мм) 11,61
5.	Нүүрс, үнс	10,25	12.	Жижиг шигшдэс	0,49
6.	Яс	2,38	13.	Бусад	1,84
7.	Арьс, резин	0,66			

2-р хүснэгт

Хогны физик-химийн шинж чанар
(сараар $M \pm m$).

Үзүүлэлтүүд Сарууд	сорь- цын тоо	Чийглэг	Органик	Үнслэг
I сар	18	50,1±2,4	60,9±1,5	40,1±1,5
II сар	16	51,4±1,3	58,0±2,2	43 ±2,2
III сар	18	48,6±1,7	58,2±1,8	43,2±1,6
V сар	16	47,9±1,8	54,2±2,1	46,0±1,7
V сар	19	44,4±1,7	52,7±1,7	49,7±1,6
VI сар	20	41,4±2,1	49,3±2,1	51,8±2,2
VII сар	20	42,5±1,6	56,1±2,3	43,8±1,7
VIII сар	20	56,7±1,9	61,4±2,2	38,1±1,2
IX сар	20	60,2±2,3	64,4±1,7	35,1±1,8
X сар	20	58,7±1,6	63,4±1,9	36,8±1,8
XI сар	20	57,2±2,1	58,7±1,8	42,0±1,1
XII сар	20	53,2±1,6	60,2±1,9	41,2±1,5

Хуурай хогонд буй органик бодисын хэмжээ өвөл (62,7%), хавар (52,7%) их, зун (50,6%), намар (50,2%) бага байв.

Хуурай хогны чийглэг, органик бодис, үнслэг чанарыг сараар тодорхойлон үзэхэд чийглэг (60,2±2,3), органик бодисын (64,4±1,7) хэмжээ IX сард, үнслэг чанар (51,8±2,2) V сард хамгийн их, чийглэг (41,4±2,1), органик бодисууд (49,3±2,1) VI сард, үнслэг чанар (36,8±1,8) X сард хамгийн бага байгааг ажиглав. (2-р хүснэгт)

Мөн бид хуурай хогыг шатааж, түүний үнсний химийн найрлагыг улирлаар тодорхойлов. (3-р хүснэгт). Үүнд органик бодис (48,7%) намрын

улиралд, нүүрстөрөгч (27,3%), ерөнхий кальци (5,24%), нийт азот (0,80%) хаврын улиралд, нийт фосфор (0,72%), үнслэг чанар (72,56%), нийт кали (0,64%) өвлийн улиралд ихэсдгийг нотлов.

Бидний судалгааны дүн бусад судлагчдынхтай (В. К. Боримский, 1980, А. П. Щербо, 1983) тохирч байна.

Ахуйн хуурай хогны бактерийн үзүүлэлтийг мөн тодорхойлов. Үүнд коли-титр (10^{-5} — 10^{-8}), перифрин-генс-титр (10^{-3} — 10^{-8}), титр-протей (10^{-4} — 10^{-7}) нь дээрхи үзүүлэлтийн хооронд хэлбэлзэж байгаа нь хуурай хог их бохирдолтой байгааг харуулж байна (4-р хүснэгт).

Дүгнэлт. 1. Хуурай хогны бүтцийн ихэнх хувийг цаас (31,4%), хоолны үлдэгдэл (26,25%), үнс, нүүрсний хаягдал (10,25%) эзэлж байна.

3-р хүснэгт

Хуурай хогны химийн найрлага (%-иар)

№	Улирал Үзүүлэлтүүд	Хавар	Зун	Намар	Өвөл
1.	Органик бодисууд	40,4	43,4	48,7	47,4
2.	Нүүрстөрөгч	27,3	20,2	21,3	25,7
3.	Нийт азот	0,80	0,78	0,54	0,67
4.	Нийт фосфор	0,54	0,43	0,64	0,72
5.	Нийт кали	0,56	0,62	0,52	0,64
6.	Нийт кальц	5,24	4,64	4,78	5,12
7.	Үнэслэг	54,30	53,23	68,45	72,56

4-р хүснэгт

Хуурай хогны бактерийн бохирдолт

Сорьцын тоо	Үзүүлэлтүүд		перифриенгенс титр		Титр-протей	
	М ₀	хэлбэлзэл	М ₀	хэлбэлзэл	М ₀	хэлбэлзэл
135	10 ⁻⁷	10 ⁻⁵ —10 ⁻⁸	10 ⁻⁵	10 ⁻³ —10 ⁻⁸	10 ⁻⁶	10 ⁻⁴ —10 ⁻⁷

2. Улаанбаатар хотоос ялгаран гарч буй ахуйн хогийг шатаах (80%) буюу даршлах замаар (78—80%) хоргүйжүүлэн халдваргүйжүүлж болно.

3. Хуурай хогны физик, химийн шинж чанар сар, улирлаар хэлбэлзэж байгаа ба хогийг даршлан бордоонд ашиглах бүрэн боломжтой байна.

4. Ахуйн хуурай хог нь хоргүйжүүлж, халдваржуулаагүй нөхцөлд лэнз бүрийн гэдэсний өвчин тараах (коли-титр — 10⁻⁷, титр-протей — 10⁻⁶) бүрэн боломжтой.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. Д. Бейбетхан Свойства твердых бытовых отходов в г. Улан-Баторе в связи с обезвреживанием. Тезиси докладов научно-практической конференции преподавателей МГМИ. Улан-Батор 1988.

2. В. К. Боримский Гигиеническое обоснование мероприятий по очистке современного большого города от твердых бытовых отходов.

Автореф диссертации на соиск. канд. мед. наук Москва 1980

3. Методика определения состав и свойств твердых бытовых отходов. Под. ред. Н. Ф. Гуляев. Москва. 1980.

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИЗУЧЕНИЯ МОРФОЛОГИЧЕСКОГО СОСТАВА ТВЕРДЫХ БЫТОВЫХ ОТБРОСОВ г. УЛАН-БАТОРА

Д. Бейбетхан

Впервые изучены морфологические составы, физико-химические свойства, химический состав и бактериальные загрязнения бытовых твердых отходов г. Улан-Баторе.

Мусор г. Улан-Батора характеризуется следующим морфологическим составом: бумага — 31,40%, кухонные отходы 26,25%, шлаки, уголь — 10,36% камни — 3,6%, стекло — 3,83%, крупный отсев — 11,61%. По химическому составу в бытовом мусоре содержится 45,2% органического вещества, 23,5% углерода, 0,7% азота, 0,58% фосфора, 0,59% калия, 4,94% кальция, 62,1% зольности.

Установлено, что бытовой мусор опасен в эпидемиологическом отношении, о чем свидетельствует коли-титр — 10⁻⁷, перифриенгенс титр — 10⁻⁵, титр протей — 10⁻⁶.

А также доказано, что физико-химические свойства бытовых твердых отходов зависят от сезона года.

ЭМИЙН САНГИЙН ҮЙЛЧИЛГЭЭНИЙ ЭДИЙН ЗАСГИЙН ЗАРИМ ҮР ДҮН

С. Батмөнх, Р. С. Скулкова, Д. Дүнгэрдорж

Эмийн сангийн эдийн засгийн үр ашгийг манай орны нөхцөлд тун бага судалсан. Тийм учраас нийгэм эдийн засгийн шалгуурыг нь эмийн сангийн үйлчилгээгээр тодорхойлов. Эмийн санд үйлчлүүлэгчдийн үр дүнг тооцох гол үзүүлэлтээр эм авахад зарцуулах хугацаа буюу тэдний чөлөөт цагийн алдагдал, үйлчлэгч ажилтны хөдөлмөр зарцуулалтаар авсан болно. Эмийн сангийн үйлчилгээний эцсийн үр дүнгийн үнэлэлтийг хөдөлмөрчид, үйлчилгээнд ажиллах ажилтны цагийн алдагдлын хамгийн бага нийлбэрээр тооцдог.

Эмийн сангийн орон тоог нэмэгдүүлэх нь хөдөлмөрчдийн цагийн алдагдлыг багасгах боловч гүйлгээний зардал нөгөө талдаа нэмэгдэнэ. Харин эмийн сангийн орон тоог цомхотговол хөдөлмөрчдийн цагийн алдагдлыг нэмэгдүүлнэ.

Иймээс эмийн сангийн үйлчилгээний оновчтой зохион байгуулалтад үндэслэн хүн амд үзүүлэх үйлчилгээний хамгийн тохиромжтой хэлбэрийг сонгож авах нь зүйтэй юм. Энэ зорилгоор Улаанбаатар хот болон зарим нэг аймаг хотын I—IV зэрэглэлийн 20 эмийн сангийн жор хүлээн авах, эм олгох тасагт судалгаа явуулав. Судалгааг эмийн сангийн ажилтан, хөдөлмөрчдийн анхаарлыг татахгүйгээр гүйцэтгэж буй үйлдлийг тэмдэглэх журмаар моментын ажиглалт хийв. Судалгааны тоог дараах томъёогоор (1 №) гаргав.

$$M = \frac{X(1-K)}{K_x P^2} \quad (1)$$

M—ажиглалт явуулах шаардлагатай тоо

X—ажиглалтын алдааны түвшингийн илтгэлцүүр—2

K—судлах ажлыг гүйцэтгэх ажлын цагийн хувийн жин (0,7)

1—K—ажилгүй буюу завсарлагааны цагийн хувийн жин

P—ажиглалт явуулах алдааны зөвшөөрөгдсөн хэлбэлзэл (3—10%, Зөвлөлтийн судлагчдын авснаар 5% авав).

$$M = \frac{2x(1-0,7)}{0,7x0,0025} \pm 342$$

Судалгааг 2, 3, 4, 5 дугаар сард ажлын янз бүрийн цагуудад 400 удаа хэмжилт хийв. Гүйцэтгэсэн ажлуудыг А, В, С, Д үсгээр тэмдэглэнэ.

А—хөдөлмөрчдөд үйлчилж байгаа үе (үндсэн ажил)

В—үйлчилгээтэй холбогдолгүй ажил (нэмэлт ажил)

С—сул зогсолт (цагийн алдагдал)

Д—ажлын байранд байхгүй үе (туслах ажил)

Үүнээс гадна хөдөлмөрчдийн хүлээх дарааллыг (L) тэмдэглэв.

$$(A, B, C, D) = \frac{M(A, B, C, D) \times T}{M} \quad (2)$$

(A, B, C, D)—тодорхойлох ажлын (элемент) цагийн зарцуулалт

M (A, B, C, D)—ажиглалтын тоо

M—ажиглалт явуулсан нийт тоо

T—ажлын үргэлжлэх хугацаа (420—840 мин)

Цагийн зарцуулалтыг I—IV зэрэглэлийн эмийн сангаар (хүснэгт № 1) тодорхойлон гаргав.

Эмийн сангийн жор хүлээн авагчийн цагийн дундаж зарцуулалт

Зэрэглэл

Цагийн зарцуулалт	I			II			III			IV			Дундаж		
	Тоо	минут	%	Тоо	минут	%	Тоо	минут	%	Тоо	минут	%	Тоо	минут	%
1. Хөдөлмөрчдөд үйлчлэх (А)	271	284,36	67,7	245	257,3	61,3	231	242,8	57,8	230	241,5	57,5	977	256,6	61,6
2. Нэмэлт ажил (В)	90	94,5	22,5	60	63,0	15,0	57	50,6	14,2	40	42,4	10,1	247	64,7	15,4
3. Цагийн алдаг- дал (С)	26	27,3	6,5	44	46,6	11,1	51	53,3	12,7	61	63,8	15,2	182	47,9	11,4
4. Туслах ажил (Д)	13	13,9	3,3	51	52,9	12,6	61	64,3	15,3	69	72,3	17,2	194	50,8	12,1
Бүгд	400	220,0	100,0	400	420,0	100	400	420	100	400	420	100	400	420	100,0
5. Дарааллын урт (L)		4,3		3,3	3,3		2,3	2,3		2,3	2,3		3,1	3,1	

I-р хүснэгтээс үзвэл хөдөлмөрчдөд үйлчлэх цаг 61,1% (57,5—67,7%) буюу 256,6 мин (241,5—284,3), нэмэлт ажил (10,1—22,5%) 15,4% буюу 64,6 мин (42,4—94,5 мин), ажлын цагийн алдагдал 11,4% (6,5—15,2%) буюу 47,9 мин 27,3—61 мин туслах ажил 12,1% (3,3—17,2%) буюу 50,8 мин (13,9—72,3 мин) болж байна.

**Эмийн сангийн жор хүлээн авагч (Ж), мөнгө
хураагчийн (М) цагийн зарцуулалт**

Цагийн зарцуулалтын элемент	Зэрэглэл										
	I		II		III		IV		Дундаж		
	Ж	М	Ж	М	Ж	М	Ж	М	Нийт		
А	284,3	265,9	257,5	247,0	242,8	235,6	241,5	231,8	256,5	244,9	501,5
В	94,5	70,1	63,0	61,7	59,6	71,8	42,4	86,9	64,7	72,7	137,4
С	27,3	37,0	46,6	49,6	53,3	51,2	63,8	58,0	47,9	48,7	96,6
Д	13,9	47,0	52,9	61,7	64,3	61,4	72,3	43,3	50,8	53,7	104,5
Дарааллын урт	4,3	2,6	3,3	2,6	2,8	2,1	2,3	1,7	3,1	3,5	

Хөдөлмөрчдийн цагийн алдагдлыг дараах томъёогоор (3) илэрхийлэв.

$$T_x = T_y \cdot \frac{L}{2} \quad (3)$$

T_x — хүлээх хугацаа (мин)

T_y — үйлчлэх хугацаа (мин)

L — дарааллын урт

Дарааллын уртыг дараах математик (4) дунджаар илэрхийлэв.

$$L = \frac{p^1 \cdot 1 + p^2 \cdot 2 + p^3 \cdot 3 \dots p^k \cdot k}{p} - 1$$

$p^1 \dots p^k$ — ажиглах үеийн дарааллын урт (1, 2, 3, ..., p хүн)
k — дарааллын максимум урт

p — ажиглах үед байсан хүний тоо
Жор хүлээн авагч дээр:

$$T_y(\text{ж}) = 256,6 \times 3,1 = 795,5 \text{ мин}$$

Мөнгө хураагч дээр:

$$T_y(\text{м}) = 244,9 \times 2,5 = 612,3 \text{ мин}$$

Нэг мөнгө хураагч, жор хүлээн авагч дээрх цагийн алдагдлыг тооцвол:

$$\Sigma\Pi = (T_y(\text{ж}) + T_y(\text{м})) \times 2 = (795,5 + 612,3) \cdot 2 = 2815,6 \text{ мин (2 ээлж)}$$

Нийт цагийн алдагдлыг хөдөлмөрчид, жор хүлээн авагч, мөнгө хураагч тус бүрийн нийлбэрээр гаргавал:

$$\Sigma\Pi = \epsilon\Pi + \Sigma c$$

$$\Pi + = 2815,6 + 96,6 + 2912,2 \text{ мин} = 48,6 \text{ цаг}$$

Хүснэгт № 3

**Жор хүлээн авагч, мөнгө хураагч болон
хөдөлмөрчдийн цагийн алдагдал**

Эмийн сангийн зэрэглэл	Эмийн сан		БҮГД	Хөдөлмөрчид		БҮГД	Нийт алдагдал		
	жор хүлээн авагч	мөнгө хураагч		Кас-санд	Эм авахад		I ээлж	II ээлж	
									I
II	0,77	0,82	1,59	10,7	14,2	24,9	26,49	26,49	52,98
III	0,88	0,85	1,73	8,2	11,3	19,5	21,23	21,23	42,46
IV	1,06	0,96	2,02	6,8	9,2	15,8	17,82	17,82	35,64
Дундаж	0,81	0,79	1,6	10,1	13,1	23,2	24,8	24,8	46,6

Хөдөлмөрчдийн цагийн алдагдлыг багасгах, эмийн сангийн орон тоог нэмэгдүүлэхгүй байх тохиромжтой хэлбэр нь жор хүлээн авагчийн ажлын байранд кассын аппарат байрлуулах буюу бэлэн мөнгөөр тооцоо хийх, жор хүлээн авагч, мөнгө хураагчийн ажлыг дав-

хар гүйцэтгүүлж, нэг ээлжинд хоёр жор хүлээн авагч ажиллуулах нь чухал юм.

Моментын ажиглалтын үр дүнг урьд явуулсан зураг авалтын (3) судалгааныхтай харьцуулахад ойролцоо үзүүлэлт гарч байна. Иймд ойролцоо дүгнэлт гарч байгаа нь

эмийн сангийн ажилтны цагийн зарцуулалтыг судлахад моментын ажиглалтыг ашиглаж болохыг ха-

руулсны зэрэгцээ ер нь зураг авалт, моментын ажиглалтыг хам хийвэл илүү үр дүнтэй өгнө.

Хүснэгт № 4

Моментын ажиглалт (М), зураг авалт (З)-ын судалгааны харьцуулалт

Эмийн сангийн зэрэглэл	Зэрэглэл									
	I		II		III		IV		Дундаж	
	З	М	З	М	З	М	З	М	З	М
Үндсэн ажил мин	301,7	284,3	277,1	257,7	212,0	242,8	181,0	241,5	250,0	256,6
%	71,8	67,7	60,0	61,3	57,6	59,6	43,1	57,5	59,6	61,6

ДУГНЭЛТ

Моментын ажиглалтыг 20 эмийн сангийн жор хүлээн авагч, хөдөлмөрчдийн цагийн зарцуулалт судлахад ашиглав. Эмийн сангийн үйлчилгээний ажилтны (жор хүлээн авагч, мөнгө хураагч) цагийн алдагдал нэг өдөрт 1,6 цаг хөдөлмөрчдийн цагийн алдагдал 23,2 цаг болохыг гаргав.

РЕЗЮМЕ

Метод моментных наблюдений применен для изучения затрат рабочего времени работников производственной сферы (рецептара, кассира). За день потерь рабочего времени работников (рецептар, кассир) аптек составляет 1,6 часа, а потерь посетителей 23,2 часа.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. Жарков. Л. В., Панченко. Е. И. Павленко А. П.

Определение рационального числа отделов хозрасчётных аптек с помощью математических методов

2. Жарков Л. В.

Исследования по разработке методических основ и принципов построения организационной структуры хозрасчётных аптек

1979. с 273

3. Орлов. А, Крапивенко. Г.

Математико-статистические методы оценки эффективности самообслуживания.

1971, № 5 с 18—22

ТУРШЛАГЫН АМЬТДАД ЗАГВАРЧИЛЖ ҮҮСГЭСЭН ЭЛЭГНИЙ ҮРЭВСЛИЙН ҮЕД ӨӨХНИЙ ХЭТ ИСЭЛДЭЛТИЙН ПРОЦЕСС ЭРЧИМЖИХ БАЙДАЛ, ТҮҮНД ЦЭХ ГАЛУУН ТАВГИЙН (HUPESCOUM ERECTUM) НИЙЛБЭР АЛКОЛОИДИЙН ҮЗҮҮЛЭХ ИДЭВХ

Б. Саранцэцэг, М. Амбага, Т. Долгорсүрэн

Ардын эмнэлгийн хүрээлэн

Суулийн үеийн судалгааны материалуудаас үзэхэд вирусын гаралтай элэгний цочмог халдварт өвчин, элэгний архаг үрэвсэл, хатуурал өвчний үед элэгний эсийг үхжил, задралд (цитоллиз) хүргэдэг эмгэг жамын гол шалтгаан нь эсийн мембраныг бүрдүүлж буй фосфолипидийн найрлага дахь тосны бодис-ханаагүй өөхний хүчлүүд явз бүрийн хүчин зүйлийн нөлөөллийн дөр (хүчлэлтөрөгчийн идэвхтэй хэлбэрүүд)

чөлөөт язгуурт хэт исэлдэлтэд нэрвэгдэж задарсантай шууд холбоотой болох нь олон талаасаа үнэмшилтэйгээр батлагджээ (2, 3, 11, 12, 13). Элэгний цочмог, архаг үрэвслийн үед эсийн мембраныг бүрдүүлж буй тосны ханаагүй хүчлүүд хэт исэлдэлтэд нэрвэгдэн задрах ямар урьдчилсан шалтгаан, хүчин зүйлс бүрэлдэн бий болдог тухайд бол юуны өмнө өөхний бодисын чөлөөт язгуурт хэт исэлдэл-

тийн процессын (ӨБЧЯХИП) субстрат болох тосны хүчлүүд цосфолипид триглицерид, липопротеидууд элэгний эдийн гэмтлийн голомтод болон цусанд их хэмжээгээр бий болдог (12). Үүнтэй нэгэн зэрэг эдгээр тосны бодисуудыг хэт исэлдэлтэд татан оруулдаг гол хүчин зүйл болох хүчилтөрөгчийн идэвхтэй хэлбэрүүд (ХИХ) элэгний өвчний үед янз бүрийн замаар эрчимтэй үүснэ (6,9). Тухайлбал элэгний эдийн хавагналт, микроциркуляцийн алдагдал, ишеми зэргээс нөхцөлдөж хүчилтөрөгчийн хурц дутмагшил болох үед электрон протоны дамжуулалтад оролцдог НАД, НАДФ, ФАД, коэнзим—Q зэрэг ферментүүд ангижирсан байдалд шилжсэнээ өөрөө аяндаа исэлдэх явцдаа хүчилтөрөгчийн идэвхтэй хэлбэрүүдийг үүсгэнэ. АТФ, АМФ-ийн задралын бүтээгдэхүүн ксантин нь хүчилтөрөгч дутмагшилтай голомтод идэвхижсэн ксантиноксидаз ферментээр исэлдэхдээ мөн ХИХ үүсгэдэг (9). Гэмтлийн голомтод лейкоцит, макрофаг их хэмжээгээр хуримтлагдан идэвхижсэний улмаас ХИХ үүсэх боломжтой (6). Түүнээс гадна элэгний өвчний цочмог хэлбэрийн үед өөхний хэт исэлдэлтийг дарангуйлан барих идэвхтэй антиоксидант бодисын зарцуулалт хэрэгцээ ихсэж, биемахбодын дотоод эндоген гаралтай антиоксидант бодисууд тоо хэмжээний хувьд мэдэгдэхүйц багасна. Тухайлбал элэгний В хэлбэрийн цочмог вируст халдварт өвчний үед Е витамин (α-токоферол) хэмжээ 3 дахин (12), ангижирсан байдалтай орших глутатионы хэмжээ цусанд 1,2 дахин буурч байжээ (1). Ийнхүү элэгний өвчний үед элэгний эс гэмтэн үхжих процесс ӨБЧЯХИ-ийн эрчимжилттэй шууд холбоотойгоор өдөөгддөг нь нотлогдсон болохоор уг эмгэг процессыг дарангуйлах антиоксидант идэвхтэй бодисын элэг хамгаалах үйлчилгээг тогтоох эмчилгээнд хэрэглэх судалгаа өргөн цар хүрээтэй хийж эхэлж байна.

Өөхний бодисын хэт исэлдэлтийн процессыг багасгах, хориглон саатуулах антиоксидант болон мембран бэхжүүлэх үйлчилгээтэй нь тогтоогдсон левамизол (1,8), катерген (7,17), эссенциале (7, 13), α-токоферол (5,13), убихинон—9(5,17), легалон (11), снлимарин (2,16), селенит натри (5,13) зэрэг нийлэг болон байгалийн гаралтай олон эмүүдийг тэдгээрийн тоонд оруулж болох юм.

Элэгний өвчний эмгэг жамын өвөрмөц онцлог, элэг хамгаалах үйлчилгээтэй бодисын үйлчилгээний механизмыг судлахад гадаад оронд хамгийн өргөн хэрэглэж байгаа аргагүй бол туршлагын амьтны элэгний эдэд дөрвөнхлортнүүрстөрөгчийн (СС1₄) оролцоотойгоор ӨБЧЯХИП-ийг сэдээн өдөөж, эсийн хурц үхжил, гэмтэл үүсгэдэг эмгэг загвар юм (2, 3, 5, 17). Дөрвөнхлортнүүрстөрөгчийг амьтанд тарьсаны дараад элэгний эсийн микросомд цитохром Р—450 редуктаз ферментийн оролцоотойгоор задрах үед үүсдэг СС1₄, С1 гэсэн чөлөөт язгуурууд нь элэгний эсийн мембран дахь фосфолипид, тосны ханаагүй хүчлийн хэт исэлдүүлэх замаар эсийн мембраны задралыг үүсгэнэ (13, 16, 20). Ардын эмнэлэгт элэгний өвчний эмчилгээнд

байгалийн гаралтай олон тооны эмийн бодисыг хэрэглэх талаар баялаг их өв сантай бөгөөд бид энэ уламжлалаас хөөн, комын байдал бүхий элэгний халдварт цочмог үрэвсэл, зарим халдварт өвчний (гэдэсний балнад) үед хордлого, өндөр халууныг дарах зорилгоор хэрэглэнэ (19) гэсэн заалттайгаар барбад нэрний дор хэрэглэж ирсэн цэх галуун таваг ургамлаас (Нурсоум erectum) ялгасан нийлбэр алколоидын элэг хамгаалах үйлчилгээг дээр дурдсан дөрвөнхлортнүүрстөрөгчийн эмгэг загвар дээр тодорхойлох зорилт тавьсан юм.

Судалгааны аргазүй. Цагаан харханд 50%-ийн дөрвөнхлортнүүрстөрөгчийн тосон уусмал 0,4 мл (100 гр тунгаар 4 өдөр дараалан арьсан дор тарих замаар элэгний өвчний 3 (цочмог), 7, 14 (цочмогдуу), 21,28 (архаг) хоногтой эмгэг загвар үүсгэн, эмчилгээний бүлэг амьтдад дөрвөнхлортнүүрстөрөгч тарьсан өдрөөс эхлэн цэх галуун тавгийн алколоидыг 0,7 мг (кг, 3,5 мг) кг тунгаар өдөрт 2 удаа амаар уулган, эмчилгээний идэвхийг элэгний гомогенатад өөхний бодисын хэт исэлдэлтийн эхний бүтээгдэхүүн-диений конъюгат (ДК), диений кетон, завсрын бүтээгдэхүүн-малондиальдегид (МДА) эцсийн бүтээгдэхүүн-шиффийн суурь (ШС)-ийн концентраци, цусны улаан эсийн мембраны хэт исэлд тэсвэрлэх чанар зэрэг үзүүлэлтээр эмчлээгүй (ус уусан) амьтдынхтай харьцуулан тодорхойлов.

1. Диений кетон, диений конъюгат (ДК)-ыг тодорхойлохдоо: туршлагын амьтдын элэгний эдээс 5%-ийн гомогенат бэлдэж, өөхний бодисыг «гептализопропанол»-ийн холимгоор экстракцлан ялгаж гептаны хэсэгт УФ—спектрометр дээр диений конъюгатыг 233 нм-т, диений кетоныг 273 нм-т шингээлтээр нь тодорхойлов (И. Д. Стальная 1977, 15).

2. МДА-ийг тодорхойлохдоо: 5—8%-ийн элэгний гомогенатад аскорбат, Fe²⁺-өөр өөхний хэт исэлдэлтийг өдөөн, 37°C-д 10, 20 мин инкубацалсны дараа үүссэн бүтээгдэхүүнийг тиобарбитурын хүчлээр урвуулахад бий болдог триметины бүрдлийн концентрацийг «Specol» дээр 535 нм-т шингээлтээр нь тодорхойлов (И. Д. Стальная 1977, 15).

3. ШС-ийн концентрацийг тодорхойлохдоо: 5—8%-ийн элэгний гомогенатаас өөхний бодисыг хлороформ, метанолаар экстракцлан ялгаж хлороформын давхаргад байх өөхний бодист ШС-ийн концентрацийг спектрофлуорометр «Hitachi» дээр 350—360 нм-ийн өдөөлт, 430—440 нм-ийн шингээлтээр тодорхойлов (А. Tappel, 1987, (21).

4. Цусны улаан эсийн мембраны хэт исэлд тэсвэрлэх чадварыг тодорхойлохдоо 10%-ийн 10 мл улаан эсийн хөвмөл дээр 3%-ийн Н₂О₂—0,05 мл нэмж, исэлдүүлж 15—20 минут болсны дараа Н₂О₂-оор нөхцөлдсөн мембраны задралыг гемолизийн эрчмээр тодорхойлов (8, 10, 14). Судалгааны материалд статистик боловсруулалт хийхэд Стьюдентийн аргыг ашигласан ба нэгж туршилтад (п) 6—10 амьтныг авсан.

Цагаан харханд дөрвөн хлортнүүрстөрөгчөөр (50%-ийн CCl_4 — 0,4 мл(100 гр) өдөөгдсөн элэгний хурц, хурцдуу, архаг явцтай үрэвслийн үед цэх галуун тавгийн нийлбэр алколоидын үзүүлэх нөлөө

Үзүүлэлт	Эрүүл амьтад	тарьсны дараах хоногууд			
		3 хоногтой үрэвсэл		7 хоногтой үрэвсэл	
		Хяналт эмчлээгүй амьтад CCl_4 +ус/	Туршилтын эмчилсэн амьтад CCl_4 + алколонд 0.7 мг/кг	Хяналт эмчилсэн амьтад CCl_4 +ус/	Туршилтын эмчилсэн амьтад CCl_4 +алколонд 0.7 мг/кг
1. Элэгний эдэд агуулагдах диений коньюгагийн концентраци (нэгж)	0.0756 ± 0.05	$0.4812 \pm 0.053^*$	$0.3454 \pm 0.017^{**}$	0.3615 ± 0.015	0.332 ± 0.02
2. Элэгний эдэд байх МДА-ийн концентраци	0.195 ± 0.02 0.256 ± 0.026	$0.33 \pm 0.025^*$ $0.42 \pm 0.033^*$	$0.26 \pm 0.008^{**}$ $0.34 \pm 0.028^{**}$	0.35 ± 0.029	0.28 ± 0.01
3. Элэгний эдэд байх диений кетон (нэгж)	0.0343 ± 0.002	$0.083 \pm 0.002^*$	$0.072 \pm 0.005^{***}$	$0.0613 \pm 0.005^*$	$0.0454 \pm 0.0016^{**}$
4. Элэгний эдэд агуулагдах шиффин суурь (нэгж)	1.438 ± 0.107	$4.619 \pm 1.44^*$	$2.474 \pm 0.22^{**}$	$2.476 \pm 0.33^*$	$1.714 \pm 0.01^{**}$
5. Цусны улаан эсийн мембраны хэт исэлд тэсвэрт чанар (нэгж)				2.0 ± 0.17	$1.21 \pm 0.16^{**}$

**—эмчилсэн амьтдыг (CCl_4 +алколонд) эмчлээгүй хяналт (CCl_4 +ус) амьтадтай харьцуулахад $P < 0.05$

*—эмчлээгүй хяналт амьтдыг (CCl_4 +ус) эрүүл амьтадтай харьцуулахад $P < 0.05$

	14 хоногтой үрэвсэл		21 хоногтой үрэвсэл		28 хоногтой үрэвсэл	
	Хяналт амьтад (ССL ₄ +ус)	Туршилт эмчилсэн амьтад (ССL ₄ +алко-лонд 0.7 мг/кг)	Хяналт амьтад (ССL ₄ +ус)	Туршилт эмчилсэн амьтад (ССL ₄ +алко-лонд 0.7 мг/кг)	Хяналт эмчлээгүй амьтад (ССL ₄ +ус)	Туршилт эмчилсэн амьтад (ССL ₄ +алкологид 0.7 мг/кг)
1. 0 МИН						
2. 20 МИН	0.39±0.038*	0.29±0.018**			0.1061±0.018*	0.0877±0.02
3.					0.34±0.085*	0.28±0.01
4.			2.54±0.53*	1.448±0.431	0.0431±0.05	0.0367±0.005
5.	13.0±0.9	7.8±1.4**	7.34±0.69	4.75±0.41**	1.967±0.2*	1.485±0.09**

Судалгааны үр дүн. Дөрвөнхлортнүүрстөрөгчөөр элэгний эсийн цочмог үрөвсэл үүсгэсний дараах гурван хоногт элэгний эдэд ДК-ийн концентраци эрүүл амьтдадтай ($0,075 \pm 0,005$ нэгж) харьцуулахад 6,4 дахин ($0,4812 \pm 0,053$ нэгж), диений кетон 2,4 дахин, МДА-ийн концентраци 1,62 дахин ($0,195 \pm 0,02$ нэгж хэвийн үед, $0,33 \pm 0,025$ нэгж өвчний үед), ШС-ийн концентраци 3,2 дахин (хэвийн үед $1,438 \pm 0,107$ нэгж, өвчний үед $4,619 \pm 1,44$ нэгж) ихэсч байгаа нь элэгний үрөвслийн цочмог үед ӨБЧЯХИП маш хүчтэй эрчимжиж энэ механизмээр элэгний эсийн мембран гэмтэж задрах нөхцөл бий болдгийг үнэмшилтэй харуулж байна. Харин гурван хоногтой элэгний үрөвслийн үед цэх галуун тавгийн алколоидыг $0,7$ мг/кг тунгаар хэрэглэхэд ДК $1,4$ дахин ($0,3454 \pm 0,017$ нэгж, $P < 0,05$), диений кетон $1,39$ дахин ($P < 0,05$), МДА-ийн концентраци $1,3$ дахин, ШС-ийн концентраци $1,9$ дахин багасч байсан нь цэх галуун тавгийн алколоид элэгний цочмог үрөвслийн үед ӨБЧЯХИП-ийг дарангуйлан антиоксидант идэвх үзүүлэх замаар элэгний эсийг хурц үхжлээс хамгаалах идэвх үзүүлдэг байж болохыг харуулав. Элэгний үрөвслийн дараах долоо хоногт буюу өвчний хурцдуу үе шатанд эмчлээгүй хяналт амьтдад ($CCl_4 + \text{ус}$) гурван хоногтой үрөвсэлтэй харьцуулахад ӨБЧЯХИП-ийн эрчим, ДК, диений кетон, МДА, ШС-ийн концентрацаар бага зэргийн буурах хандлагатай байгаа боловч эрүүл амьтдынхаас ($1,71 - 4,8$ дахин их) өндөр хэвээр хадгалагдаж байлаа. Энэ үед цэх галуун тавгийн алколоидыг $0,7$ мг/кг тунгаар хэрэглэхэд диений кетоны концентраци $1,35$ дахин ($0,045 \pm 0,0016$ нэгж, $P < 0,05$) ДК-ийн концентраци $1,1$ дахин ($0,332 \pm 0,02$), МДА-ийн концентраци $1,28$ дахин ($0,28 \pm 0,01$ нэгж $P < 0,05$), ШС-ийн концентраци $1,44$ дахин ($1,714 \pm 0,1$ $P < 0,05$) багасав (1-р хүснэгт).

Элэгний үрөвслийн 28 дахь хоног буюу өвчин архагших үе шатанд алколоидын нөлөөгөөр ($0,7$ мг/кг диений кетон $1,17$ дахин ($0,036 \pm 0,005$ нэгж), ДК $1,2$ дахин ($0,0877 \pm 0,02$ нэгж), МДА— $1,21$ дахин ($0,28 \pm 0,01$ нэгж), ШС-ийн концентраци $1,32$ дахин ($1,485 \pm 0,09$ нэгж, $P < 0,05$) багасч байлаа.

Эмчлээгүй хяналт-амьтдын (28 хоногтой) элэгний эдэд ӨБЧЯХИП-ийн бүтээгдэхүүн диений кетон, ДК, МДА, ШС-ийн концентраци эрүүл амьтдадтай харьцуулахад $1,25$ -аас $1,4$ дахин их байгаа нь архаг явцтай элэгний үрөвслийн үед ч элэгний эсэд ӨБЧЯХИП-ийн эрчим буурдаггүй буюу тэрээр эс гэмтээх эмгэг жамын гол хүчин зүйлийн шинж чанараа хэвээрээ хадгалан нөлөөлсөөр байгааг харуулж байна. Эмчлээгүй амьтдад ($CCl_4 + \text{ус}$) ӨБЧЯХИП эрчимжих динамикийг өвчний 3, 7, 14, 21, 28 хоногуудад жишин ажиглахад өвчний 3 дахь хоногт уг эмгэг процесс эрчимжилтийн хамгийн дээд түвшинд буюу ДК, МДА, ШС-ийн концентраци эрүүл амьтдынхаас $2,4 - 6,4$ дахин ихэсч байсны зэргэцээ яг энэ үе шатанд алколоидийн антиоксидант идэвх хамгийн сайн илэрч байсан нь сонирхолтой. Элэгний өвчний үед

эсийн мембраны бүтцийн хэсгүүд гэмтэх, хэвийн үйл ажиллагаагаа алдах байдлыг цусны улаан эсийн мембраны төлөв байдал шууд нэтгэн харуулдаг тухай бусад судлагчдын (10, 14) материал дээр үндэслэн бид цагаан харханд дөрвөнхлортнүүрстөрөгчийн үүсгэсэн элэгний үрөвслийн үед түүний мембраны хэт исэлд (H_2O_2) тэсвэрт чанарыг тодорхойлж, уг эмгэг процесс цэх галуун тавгийн алколоид хэрхэн нөлөөлөхөд ажигласан юм. Элэгний үрөвслийн 7 дахь хоногт цусны улаан эсийн мембраны хэт исэлд төсвөрлөх чанар цэх галуун тавгийн алколоид ($0,7$ мг/кг) хэрэглэсэн амьтдад хяналтын буюу эмчлээгүй амьтдынхаас $1,6$ дахин ($1,21 \pm 0,16$ нэгж эмчилсэн амьтад, $2,0 \pm 0,17$ нэгж хяналт $P < 0,05$), 14 хоногтой элэгний архаг үрөвслийн үед хяналтынхаас мөн $1,66$ дахин ($7,8 \pm 1,4$ нэгж, хяналт амьтдад $13,0 \pm 0,9$ нэгж $P < 0,05$), хорин нэг хоногтой элэгний архаг үрөвслийн үед хяналтынхаас $1,5$ дахин ($4,75 \pm 0,41$ нэгж, хяналт амьтдад $7,34 \pm 0,69$ нэгж $P < 0,05$) өндөр байгаа нь уг алколоид дөрвөнхлортнүүрстөрөгчөөр үүсгэсэн элэгний өвчний үед эсийн мембраныг бэхжүүлэх нөлөөтэй болохыг давхар баталн харуулж байна. Харин элэгний үрөвслийн 7, 14, 21 хоногуудад цусны улаан эсийн мембраны хэт исэлд тэсвэрт чанар хяналт амьтдад (эмчлээгүй) эрүүл амьтдынхтай харьцуулахад $1,5$ -аас 2 дахин буурч ($P < 0,05$) суларч байгаа нь элэгний өвчний үед эсийн мембраны бүтцийн хэсэг хүчтэй гэмтдэгийн баталгаа юм.

ДҮГНЭЛТ. Дөрвөнхлортнүүрстөрөгчөөр өдөөгдсөн элэгний өвчний цочмог, цочмогдуу, архаг явцтай үрөвслийн үед элэгний эсэд ӨБЧЯХИП эрчимжин, түүний хортой бүтээгдэхүүн хуримтлагдах нь элэгний эс гэмтэж үхжих эмгэг жамбын хүчин зүйлийн нэг болдог хийгээд цэх галуун тавгаас ялгасан нийлбэр алколоид нь элэгний эд эсэд өдөөгдсөн ӨБЧЯХИП-ийг дарангуйлж, антиоксидант, мембран бэхжүүлэх үйлчилгээ үзүүлэх замаар элэгний эсийг гэмтэл, үхжил, задралаас хамгаалдаг нь илэрлээ.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. Блюгер А. Ф. Полуэктова Л. Е., Векслер Х. М. и др. Сравнительное исследование цитологической активности лимфоцитов и уровня восстановленного глутатиона в клетках крови больных острым вирусным гепатитом В и циррозом печени. «Пат. физ и эксп. терапия» 1987, № 5, стр 55—56.
2. Венгеровский А. И. Саратиков А. С. Механизм действия гепатопротекторов при токсических поражениях печени. «Фарм и токсик». 1988, № 1, стр 89—92.
3. Венгеровский А. И. Чучалин В. С., Меровкова Е. М. и др. Гепатозащитное действие силибинина при экспериментальной интоксикации CCl_4 «Фарм и токсик» 1987, № 5, стр 67—69.
4. Венгеровский А. И. Чучалин В. С., Седых И. М. и др. Гепатозащитные свойства экстракта из надземной части *Salsola*

- collina «Раст. ресурсы», 1989, Т. 25, вып. 4, стр. 575—579.
5. Виноградова Л. Ф., Харлицкая Е. В., Мирзоян Ж. А. Антиоксидантная активность убихинона —9 и его комбинации с витамином Е и селенитом натрия при токсическом поражении печени «Фарм и токсик», 1989, № 1, стр. 53—56.
6. Голиков А. П., Подумисков В. Ю., Давыдов Б. В. и др. Перекисное окисление липидов и основные факторы его активации у бных инфарктом миокарда, «Кардиология», 1989, № 7, т. 29 стр. 53—58.
7. Дроговоз С. М., Порожняк Л. А., Рогожин Б. А.. Сравнительная эффективность силибора, эссенциале и катергена при дистрофии печени, «Фарм и токсик» 1987, вып. 22, стр. 95—100.
8. Ковалев И. Е., Данилова Н. П., Андронатс С. А. и др. Влияние эномеланина на гемолиз эритроцитов, вызываемый свободнорадикальными реакциями и другими факторами. «Фарм и токсик», 1986, № 4, стр. 89—91.
9. Коган А. Х., Лосев Н. И., Амбага М. и др. Об образовании краевой «перекисидантной зоны и ее роли в усилении перекисного окисления липидов в области ишемии и инфаркта миокарда, «Биол. вксп. биол. и мед» 1986, № 5, стр. 538—539.
10. Колмаков В. Н., Радченко В. Г. Значение определения проницаемости эритроцитарных мембран в диагностике хронических заболеваний печени, «Тер. архив», 1982, № 2, стр. 59—62.
11. Лоншакова К. С., Убашев И. О., Убева И. П. и др. Влияние противоспалительного сбора лекарственных растений на восстановительные процессы в печени крыс при хроническом токсическом гепатите. «Раст. ресурсы», 1986, № 3, с. 393—401.
12. Нисевич Н. И., Учайкин В. Ф., Тяжелые и злокачественные формы вирусного гепатита у детей, М. Медицина. 1982. С—283.
13. Николаев С. М. Экспериментальная фармакотерапия антиоксидантами поврежденной печени, «Фарм и токсик», 1983, № 3, стр. 79—81.
14. Петрова М. П., Сербинова Т. А., Васильев П. С. Методика получения мембран эритроцитов, «Лабораторное дело», 1978, № 8, стр. 503—505.
15. Современные методы в биохимии, под. ред. академика АМН СССР В. Н. Ореховича, М. Медицина, 1977, 392 с.
16. Скакун Н. П., Мосейчук И. П. Сравнительная эффективность силибина, силибора и конфлавина при комбинированном поражении печени CCl_4 — ом и этанолом. «Фармация», 1989, № 4, стр. 67—69.
17. Скакун И. П., Олейник А. Н., Цилюрик И. Т. и др. Эффективность антиоксидантов при поражении печени четыреххлористым углеродом — Тезисы докладов Всесоюзного совещания «Биоантиоксидант», Черногоровка, 1983, стр. 131.
18. Фарбер Н. А., Кетиладзе Е. С., Камиллов Ф. Х. и др. Левамизол в терапии вирусного гепатита В. «Тер архив», 1983, № 9, стр. 121—126.
19. Хайдав Ц., Алтанчимэг Б., Варламова Т. С. Лекарственные растения в Монгольской медицине УБ 1985, 390 с.
20. H. Kappus, H. Sies. Toxic drug effects associated with oxygen metabolism Redox Cucling and lipid peroxidation — Experientia, 1981, 37, p. 1233—1339.
21. Tappel A. In vitro Lipid peroxidation, ВКН: Free radicale in Biology, 1979, p 3—15.

РЕЗЮМЕ

О влиянии алколоидов гипекоума прямого на процессы перекисного окисления липидов при токсических поражениях печени у экспериментальных животных.

Нами обнаружено, что в острых, подострых и хронических опытах, проведенных на белых крысах, вызванным подкожным введением CCl_4 , усиливается перекисное окисление липидов (ПОЛ) в печени и одновременно снижается перекисная устойчивость эритроцитарных мембран. Интенсификацию ПОЛ судили по концентрации малонового диальдегида (МДА), диеновых коньюгатов (ДК), диеновых кетонов и шиффовских оснований (ШО) в гомогенатах печени. Сумма алколоидов гипекоума прямого достоверно снижает интенсивность ПОЛ ($P < 0,05$) при экспериментальном гепатите, что проявляется уменьшением содержания МДА в 1,2—1,3 раза, ДК в 1,2—1,5 раза, ШО в 1,3—1,9 раза в печени и повышением толерантности эритроцитарных мембран к разрушающему действию перекиси водорода по сравнению с контрольными нелечеными животными. На основе полученных данных мы пришли к выводу, что гепатозащитное действие гипекоума прямого при болезни печени связано с его антиоксидантной и мембраностабилизирующей активностью.

ОНОШ ЭМЧИЛГЭЭНИЙ ШИНЭ АРГА БАРИЛ

ТҮЛЭНХИЙГ ЭМЧИЛСЭН НЬ

Хүмүүс ахуйн болон үйлдвэрийн ослоор их, бага хэмжээгээр түлэгдэх явдал цөөнгүй. Эмнэлэгт түлэнхийг халдвараас сэргийлэх хордлогыг тайлах, өвчин намдаах, шархыг цэвэршүүлж, эдгэрэлтийг түргэсгэх чиглэлээр эмчилдэг.

Сүүлийн үед түлэнхийн шархыг лазерийн туяа, хэт авианы тусламжтайгаар амжилттай эмчилж байгаа бөгөөд манай оронд панкипсин зэрэг ферментээр эмчилж байгаа нь үр дүн өгч байна.

Гэвч ажиглалтаас үзэхэд эдгээр эмчилгээний үед өвчин намдаах эм тариа заавал хэрэглэх шаардлага гардаг.

Шарх идээлж хүндрэх тал бий. Сүүлийн үед түлэнхийн шархыг ил аргаар эмчлэх болсонсоос бохирдож идээлэх бас шархтай хэсэг дулаанаа алдах, өвчтөнийг зөөх боломжгүй зэрэг муу талтай юм.

Бидний зорилт бол юуны өмнө түлэгдсэн хүнд зовуурь шаналгаагүй эмчилгээ, цэвэрлэгээ хийх, шархны эдгэрэлтийг түргэсгэх боломжийг бүрдүүлэхэд чиглэнэ.

Түлэгдсэн хүн өвдөлтийн улмаас богино, удаан хугацааны хоёр төрлийн шоконд ордог. Богино хугацааны шокний үед тэсэхийн аргагүй өвдөж байхад удаан хугацааны шокний үед хүн дежирч гөлрөнгө байдалд ордог.

Түлэгдэлтийн үеийн эмгэг физиологийн ийм өөрчлөлтийг харгалзан бид эмчилгээний доорхи аргыг хэрэглэж туршсан юм.

Эхлээд шархыг новокайны 1—2 %-ийн уусмалаар цэвэрлээд, цэврүүг цэвэр нөхцөлд хайчилж арилгана. Дараа нь фурациллин буюу марганцын уусмалд ногосон цэвэр марлаар арчаад найруулсан тосоо шархан дээр жигд түрхээд дээр нь ариутгасан марли тавьж оросолт хийнэ. Эсвэл уг тосон түрхэцийг ариутгасан марли дээр жигд түрхээд шархан дээрээ тавьж бооно.

Тосны найрлага:

Новокаин хуурайгаар 1.0, фурациллин 0.5, Аналгин 0.5, Анастезин 0.5, Вазелин 100.0 тус тус орно.

Энэ нь хуван шаргал өнгөтэй тос бөгөөд бид түүнийг одоокондоо фурациллинтай тос гэж нэрлэж байгаа юм. Энэ аргыг сүүлийн гурван жилд 100 гаруй өвчтөнд хэрэглэсэн юм.

Дээрх тосыг түлэгдсэн анхны өдрөөс эхлэн 1—2 удаа түрхсэний дараа өвдөлт нь намдаж, гурав дахь өдрөөс эхлэн шархны захаас хөрсжиж, 5—7 хоногийн дараа шарх бүрэн хөрсжин тав нь хуурч байлаа.

Хоёр долоо хоногийн дараа ягаавтар өнгөтэй толбо үлдэж сорвиждог.

Энэ аргаар эмчлэхийн зэрэгцээ түлэгдсэн талбайн хэмжээ, эрхтний ерөнхий урвал зэргийг харгалзан түлэнхийн ерөнхий эмчилгээг хавсран хэрэглэв.

III зэргийн түлэгдэлтийн үед панкипсин зэрэг фермент хэрэглэх нь сайн болохыг бид ажигласан юм.

Бидний хэрэглэж туршсан түрхцийн ашигтай тал нь:

1. Хэрэглэсэн эхний өдрөөс эхлэн өвдөлт намдах учир өвчтөнд зовуурь шаналгаа багатай эмчилгээний боломжтой юм.

2. Уламжлалт аргатай харьцуулахад түлэнхий шарх хоёр дахин бага хугацаанд эдгэрч байна.

3. Шарх идээлж, үрэвсэх зэрэг хүндөөл гарахгүй, гаж нөлөө байхгүй.

4. Энэ тос нь үнэ хямдтай, антибиотик болон өвчин намдаах эм хэрэглэх шаардлагагүй.

5. «Битүү аргаар» эмчлэх боломжтой учир түлэгдсэн хүнийг зөөх буюу явуулж эмчлэх боломжтой.

6. Түлэгдэлтээс гадна бусад зарим шарханд ялангуяа хүүхдийн шүүдэст эмзэгшилд хэрэглэхэд зохих үр дүнтэйг ажигласан.

Эмчилгээний явцад өвчтөнийг шаналгаа багатай байлгах нь шарх.

түргэн эдгэрэхэд ач холбогдолтой юм.

Цаашид ажиглалт, судалгааг үргэлжлүүлэн хийх шаардлагатай.

УБТЗ-ын тээврийн төв эмнэлгийн мэс заслын их эмч
Ө. Сэрээтэр

Редакцид ирсэн 1989. 06. 27

ТАРВАГАНЫ ТОСЫГ ХЭРЭГЛЭСЭН ТУРШЛАГА

Манай хөдөрмөрчид тарваганы өөхийг шарх, хөлдөлт, түлэгдэлт болон бусад өвчнийг эмчлэхэд өргөн хэрэглэдэг.

Энэ тосоор суран эдлэл хатах, төмөрлөг зүйлийг зэврэхээс хамгаалж тосолдог. Эдүгээ гол төлөв тарваганы тосыг техникийн тос болон саван хийхэд ашиглаж байна.

Мөн хавар өвлийн улиралд ядарч доройтсон мал тэжээхэд ашиглана. Тарваганы тос ханаагүй хүчлүүдийг агуулсан байх учир чанар шингэц сайтай болно.

Тарваганы тос шингэн, шаравтар туяатай, цагаан өнгөтэй, бага температурт ($-2-4^{\circ}\text{C}$) хайлна. Ус гатах чанар сайтай. Профессор Коменецкийн судалгаагаар тарваганы тосны физик, химийн найрлагад чөлөөт өөхний хүчил 12,1—27,9, саармагжсан тос 72,1—82,9 хувь тус тус байна. Тарваганы тосны найрлагад ханасан хүчилстеорин 11,5 хувь, ханаагүй хүчил 74, линолын хүчил 1, линолейний хүчил 7, 2, саванжаагүй бодис 0,3 глицериний үлдэгдэл 6,6 хувь тус тус байгаагаас үзвэл тарваганы тос ургамал, амьтны гаралтай тосны заагт оршино.

Тарваганы тосыг эмчилгээний журмаар олон зүйлд ашигладгийг бид мэдэх билээ.

1985 оноос Сэтгэл мэдрэлийн өвчнийг эмчлэх улсын клиникийн эмнэлгийн лабораторт иммерсионы малыг орлуулан хэрэглэсэн билээ.

Уг тосоор цусны наалдацыг тослоход дүрст элементүүд тод харагдаж багажинд ямар ч гаж нөлөө үзүүлэх

гүй нь бидний хийж байгаа ажлаас харагдаж байна.

Иммерсионы масло нь гадаадаас авдаг үнэ ихтэй тос юм. Иймд тарваганы тосыг оруулан хэрэглэвэл эдийн засгийн болон хэрэглээний ач холбогдолтой юм. Иймээс манай орны нийт лабораториуд үүнийг туршин хэрэглэх нь зүйтэй мэт санагдана. Дээр дурдсан зүйлээс дүгнэлт хийж, цаашид нарийн судлан тарваганы тос улс ардын аж ахуйн аль ч салбарт нэлээд олон төрлийн хэрэгцээг хангах үнэт зүйл болох нь тодорхой байна.

Тосоо бэлтгэх арга. Намрын улиралд сайн таргалсан, бие гүйцсэн тарваганаас 1 кг орчим тос шахаж авах боломжтой юм.

Бид тусгай орон байр, тоног төхөөрөмж шаардахгүй, тосны физик, химийн найрлагад өөрчлөлт нөлөөлөхгүй хамгийн энгийн хялбар бага зардалтай аргаар боловсруулан гаргаж авч байна.

Тарваганы дотор өөхийг аль болох цэвэрхэн салгаж аваад жижиглэн хэрчиж махны машинаар машиндана. Машиндсан өөхөө саванд хийж дулаан газар ($+18^{\circ}+20^{\circ}$) тавьж хайлуулна. Буцалгаж хайлуулж болохгүй. Машиндсан өөхний тос нь холбоос эдгээсээ хялбар ялгардаг.

Хайлсан өөхний дээд хэсэгт ялгарч тунасан шингэн тосыг ялган авч жижиг нүхтэй төмөр шүүр буюу самбайгаар шүүж авна. Нэгэнт гаргаж авсан тосоо битүү тагтай саванд хийж сөрүүн газар хадгалж хэрэглэнэ.

Их эмч Б. Дэмбэрэл

ТУУРВИХ ЭРДЭМ

МОНГОЛЫН ОРЧИН ЦАГИЙН АНАГААХ УХААНЫ НЭР ТОМЪЕОНЫ ТУХАЙ ТОВЧХОН

Монголчууд эрт дээр цагаас аваад өвчин, эмгэг гэмтэл, согог засдаг өөрийн гэсэн өвөрмөц аргатай байсны дээр дорно дахины элдэв нарийн арга заслаас байнга суралцаар ирсэн ард түмэн тул хэлэнд нь анагаах ухааны уламжлалт нэр томъёо арвин байжээ. «Мэргэд гарахын орон», «Хааны зохиосон таван хэлийн толь», «Гучин зургаат толь», «Хорин нэгт толь», «Эмийн дөрвөн үндэс», «Дээрээс тогтоосон дүрсийн бичиг» болон эмийн жорын судар, хар домын судар тэргүүтэн, гарын доор бүхий ном бичгийн зүйлийг сөхөж үзэх төдийхөнд л энэ нь бэлэхэн мэдэгдэж байдаг.

1921 оны Ардын хувьсгал ялсны дараахан үеэс манай оронд Өрнөдахины анагаах ухааны мэдлэг нэвтэрч, «шинжлэх ухааны» гэж бидний нэрлэж хэвшсэн эмчилгээ, сувилгааны шинэ арга амьдралд зонхилдог болоод улмаар эмчилгээний аргын төрөл зүйл олширч аппарат техник, багаж хэрэгсэл ч жилээс жид нэмэгдэж, төрөл бүрийн мэргэжлийн эмч нарын тоо өсөн, эмнэлгийн байгууллагын тоо, цар хүрээ тэлж ирсэн төдийгүй шинжилгээ судалгааны ажил ч ихээхэн хөгжсөн билээ. Нэг үгээр хэлэхэд, манай оронд анагаах ухааны цоо шинэ систем бүрэлдэн тогтсон хэрэг. Нийгмийн хөгжлийн явцад бий болсон эл шинэ нөхцөл байдлын эрхээр, мөн шинэ цагийн анагаах ухааны олон салбарын нэр томъёо тогтоох явдал бодот чухал шаардлага болон тулгарч ирсэн байна. Энэ бол тийм ч амархан шийдвэрлэж орхих зорилт бишээ. «Доксийн дэсбэбси хэмээх гэдэсний өвчин», «дизинтэр» хэмээх гэдэсний халдвар», «грибб хэмээх халуун ханиад», «шприцу хэмээх зүүгээр тарилга хийх» (Ардын эрүүл мэндийн төлөөнөө» сэтгүүл, 1929, дугаар 1(2, 28—29-рт) гэх

1. 1953 толь	Анагаах ухаан	Н. Наваан-Юндэн
2. 1956 УНТКМ (№ 29)	Ясны зүй	Зохиогчийн нэргүй
3. 1957 УНТКМ (№ 34)	Шандас булчингийн сургаал	Зохиогчийн нэргүй
4. 1961 УНТКМ(№41—42)	Анагаах ухааны бичил—амь судлал	Г. Жамба
5. 1964 УНТКМ (№ 56)	Анагаах ухаан, эх барих, эмэгтэйчүүдийн судлал	С. Наваансамдан
6. 1966 УНТКМ, №64—65)	Анагаах ухаан, эх барих, эмэгтэйчүүдийн судлал (төгсгөл)	С. Наваансамдан С. Наваансамдан
7. 1967 УНТКМ (№ 70)	Арьс өнгөний өвчин	С. Наваансамдан
8. 1967 УНТКМ (№ 71)	Хүний өвчний ерөнхий нэр томъёо	С. Наваансамдан
9. 1967 НТЦБ (Ц. б.Ид.)	Мэс засал	Л. Гэпэл С. Наваансамдан
10. 1968 УНТКМ (№ 75)	Хэвийн физиологи	Э. Донгиндоо
11. 1968 НТЦБ (Шб, Шд)	Мэс засал	Л. Гэпэл С. Наваансамдан
12. 1969 УНТКМ (№76—77)	Чих, хамар, хоолой	Д. Шагдар С. Наваансамдан
13. 1971 УНТКМ (83)	Нүд	С. Наваансамдан Л. Гэпэл
14. 1973 УНТКМ (№ 91)	Эмзүй	М. Цэнджав С. Наваансамдан
15.1973 УНТКМ (№94—95)	Дотор өвчин	Онь. Лхасүрэн С. Наваансамдан
16. 1975 УНТКМ (№ 98)	Мэс засал (төгсгөл)	Л. Гэпэл С. Наваансамдан
17. 1975 УНТКМ (№ 100)	Нүүр амны өвчин	Д. Сэдээ С. Наваансамдан
18. 1982 УНТКМ (№ 122)	Нийгмийн эрүүл ахуй, эрүүдийг хамгаалах зохион байгуулалт	С. Наваансамдан
19. 1983 УНТКМ (№ 124—125)	Тойллого, рашаан, шавар эмчилгээ	С. Ядам
20. 1988 УНТКМ (№145)	Сэтгэн амьдруулах мэдээ алдуулах, эрчимт эмчилгээ	С. Наваансамдан

мэтээр бичиж эхэлж байсан маань их хэргийн үүсгэл байж дээ. Оновчтой боловсронгуй сайхан нэр томьёоны системийг бүрдүүлэх нь зөвхөн шинжлэх ухаан техникийн хүрээнд төдийгүй нийгэм-улс төр, улс ардын аж ахуйн аль ч салбарын хөгжилд чухал нөлөөтэй зүйлийн нэг байдаг жамтай.

Эл учир байдлыг ойлгож, мэдэрч тунгаасан, анагаах ухааны мэргэжлийн сэхээтнүүд олон жилийнхээ судалгаа шинжилгээ, ажил төрлийнхөө явцад уламжлалт нэр томьёогоо улируулан хэрэглэхийн сацуу эх хэлнийхээ үгээр шинэ нэр томьёо оноосор, 1953 оноос (зөвхөн УНТК-ийн шугамаар хэвлүүлснийг нь л хэлэхэд) толь бичиг 1, нэр томьёоны цуврал бичиг (НТЦБ)-ээр 2, Улсын нэр томьёоны комиссийн мэдээ (УНТКМ)-ээр 17, нийт 20 дэвтэр нэр томьёо хэвлүүлсэн байна. Тэдгээрийг сны дараалал, толийн төрөл болон сэдэв, боловсруулагчаар нь авч үзвэл:

Жич: 21 дэх дэвтэр буюу «Шүдсудлалын орос-монгол—латин нэр томьёо» (Боловсруулсан Б. Пүрэвсүрэн Чой. Лувсанжав) 22 дахь дэвтэр буюу «Клиникийн мэс заслын латин—орос—монгол нэр томьёо» (Боловсруулсан Ч. Батмөнх) одоо хэвлэлээс гарах гэж байна.

Энэ бол сайхан ололт мөн. Одоо Монголын орчин үеийн анагаах ухааны нэр томьёоны систем зөгсөн төлөвшин тогтнох тийшээ хандаж байна. Гэхдээ бид зөвхөн ололт амжилтаа биш, цаашид анхаармаар зүйлийнхээ талаар ярилцвал ажилд тустай бизээ. Хэвлүүлсэн, хэвлүүлж байгаа, дээр дурдсан 22 дэвтрийг боловсруулахад нийт 13 хүн оролцсоныг давтамжаар нь авч үзвэл: Ч. Батмөнх, Э. Донгиндоо 1, Г. Жамба 1, Онь. Ахамсүрэн 1, Н. Наваан-Юндэн 1, Б. Пүрэвсүрэн 1, Ж. Раднаабазар 1, Д. Сэлээ 1, М. Цэнджав 1, Д. Шагдар 1, С. Ядам 1, А. Гэпэл 2, С. Наваансамдан (бие дааж 6, бусадтай хамтран 7) 13 дэвтэр боловсруулахад тус тус оролцсон байна. Үүнээс үзэхэд (1953—88 онд буюу) 35 жилд Монголын анагаах ухааны салбарын мэргэжилтнүүд дотроос 13 хүн л бие дааж юмуу бусадтай хамтран мэргэжлийнхээ 20 гаруй чиглэлийн нэр томьёоны 22 дэвтэр боловсруулж, УНТК-оор батлуулан хэвлүүлжээ. Манай анагаах ухааны системд хэчнээн эмч, мэргэжилтэн, эрдмийн зэрэг цолтой хүмүүс ажиллаж байгаа билээ? 35 жилд 13 хүн салбарынхаа олон чиглэлийн нэр томьёог боловсруулж УНТК-оор батлуулан хэвлүүлсэн гэдэг хангалттай тоо юу, цөөвтөрхөн шиг байна уу? Та бүхэн бодож, болгоогоорой.

1970 онд өвчин, эмгэг, согог гэмтлийн талаар олон улсын ангилал гарч, халдварт өвчин, хортой, хоргүй хавдар, булчирхайн өвчин, сэтгэц мэдрэлийн өвчин хоол боловсруулах эрхтэний өвчин, шээс бэлгийн эрхтэний өвчин гэх мэтээр 17 ангид хуваагаад, дотор дотор нь их нарийвчилсан байна билээ. Түүнтэй харьцуулж үзэхэд, манайд тун олон зүйлийн нэр томьёог боловсруулах шаардлагатай юм байна даа гэж санагддаг юм. Тэр ангилал «Большая советская Энциклопедия»-гийн 18 дугаар дэвтрийн 95 дугаар нүүрт бий. Та бүхэн мэргэжил, мэргэжлийнхээ дагуу сайтар нягтлан тунгааж үзээрэй.

Нэгэнт тогтоож батлуулан нийтийн хүртээл болгосон нэр томьёоны дотор чэргэн харж, нягтлууштай зүйл бас цөөнгүй байна. Наад захын жишээ хэлэхэд л, гадаад нэг нэр томьёонд ойролцоо утгатай хэд хэдэн монгол нэр томьёо давхцуулан оноосон нь: «Зубной камень» шүдний хөгц (УНТКМ №98), шүдний хаг (УНТКМ №100), шүдний чулуу (УНТКМ №100, 103—104); «абсцесс»—бууглаа, өөрөс, хувилдас «ателектоз»—уушиг битүүрэх, уушигны хавчилз уушигны бөглөрөл, гм. Нерв, невро, нейро-гийн дунд манай мэдрэл мэдрүүл мэтийн үгс сүлжилдээд л байгаа. Оновч муутай, ойгож ухахад бэрх махгар, мээмгэр, хөхгөр, махан, бием гм; үг буруу бүтээж оноосон нүдтэс, хамартас, шүдтэс г.м. нэр томьёо ч бас цөөнгүй байна. Иймэрхүү жишээ олныг дурдаж болно.

Нарийн мэргэжлийн хүн л тэр чиглэлийнхээ нэр томьёог тогтоож байх нь чухал. Хэлний мэргэжлийн хүнтэй хамтарвал бүр ч сайн. Хэлний хүн бусад мэргэжлийн юмс үзэгдэл, ойлголт тэргүүтнийг төдий л сайн мэддэггүйчлэн, аль ч мэргэжлийн хүнд хэлний талын нарийн мэдлэг дутах явдал эрхбиш гарна. Дээр бидний хөндөн ярьсан эргэлзээтэй, гоомой зүйлийн уг шалтгаан нь үүнтэй их холбоотой. Тухайн зүйлд нарийн мэргэшээгүй хүн нэр томьёогийг нь онооход бас л хэцүү. Иймд хэн хүн өөрийн мэргэшээгүй аль нэг салбарын нэр томьёог шүүрэн авч оноодгийг болих, болиулах талаар аль аль талаасаа бодууштай юм.

Монголын орчин үеийн анагаах ухаан, харьцангуйгаар хамгийн арвин дэлгэр нэр томьёотой болж буй салбарын нэг мөн. Гагцхүү харамсалтай нь, нэр томьёоны шүүмж, маргаан тун хомс юм. 1960-аад онд С. Эрдэнэ гуай «Эрүүл мэнд» сэтгүүлийн харьцуулагатай нарийн бичгийн дарга байхдаа энэ талаар их санаа тавьж, их эмч Н. Дондог «Анагаах ухааны клиникийн нэр томьёоны асуудалд», Г. Жамба «Арьс өнгө, бэлэгсийн өвчнүүд гэдэг номын орчуулга», Д. Цагаанхүү «Анагаах ухааны орчуулгын нэр томьёоны асуудалд» зэрэг часхийсэн өгүүлэл нэлээд гаргаж байжээ. Гэтэл яваандаа, нэр томьёо нь жилээс жилд арвижаад байхад шүүмж, маргаан нь улам бүр хомсдоод байгаа юу даа гэж бодмоор байдалтай болжээ. Ганц жишээ хэлэхэд л, «Анагаах ухаан» сэтгүүлийн 1988 оны бүх дугаарыг үзэхэд их эмч Д. Болдцэрэнгийн бичсэн ганц өгүүлэл л (4 дүгээрт нь) тааралдаж байна. Иймэрхүү байдал нь анагаах ухааны салбарт нэр томьёондоо хэнэггүй, хайнга хандах зуршлыг нэг ёсондоо өөгшүүлж байна гэж хэлж болно. «Анагаах ухаан» сэтгүүлийн 1988 оны 1 дү-

гээрт анестезиолог эмч (58-рт), 2 дугаарт офтальмологч эмч (22-рт, офтальмохи-
рург эмч (23-рт) гэж бичсэнчлэн зүйл дугаар бүрт нь тааралдаж байгаа нь үүний
бэлээхэн гэрч юм.

Нэр томьёо бол тухайн ухаан, түүний олон салбар, чиглэлийн хөгжлийн жинхэ-
нэ нүүр царайг харуулдаг толь мөн гэдэг бол ухаантан мэргэдний нэгэнт маргаангүй
болгон нотолсон зүйл билээ. Шинэ нэр томьёо эх хэлээрээ тогтоохын сацуу нэгэнт
тогтоож, батлуулан нийтийн хүртээл болгосон нэр томьёогоо эргэж нягтлан, улам
оновчтой, зөв, ойлгомжтой системтэй болгон хөгжүүлэх явдал анагаах ухааны сал-
барын хойшлуулаггүй чухал зорилт болж байна. Үүний тулд юуны өмнө, УНТК-ийн
шугамаар болон бусад чиглэлээр сургалт, хэрэгцээнд зориулан хэвлүүлсэн бүх нэр
томьёогоо картлан «Анагаах ухааны нэр томьёоны сан» байгуулах явдал чухал. Тэ-
гэхдээ, эхлээд орос—монгол хэлээр картлан, нэг гадаад нэр томьёонд хэдэн ямар
монгол нэр томьёо оноосныг мэдэж аваад, аль оновчтойгий нь сонгон, оновчгүй, ойл-
гомжгүй ойролцоо утгат хувилбаруудыг нь ялгах хэрэгтэй юм Гэх мэтчилэнгээр
цаашид хэрхэн нарийвчлах талаар ШУА-ийн Хэл зохиолын хүрээлэнгийн Нэр
томьёоны сектороос зөвлөгөө, тусламж, аргазүйн дэмжлэг авч ажиллаж болох болол-
цостой. Анагаах ухааны хүрээлэнг ч юуу түшиглүүлэн байгуулах «Анагаах ухааны
нэр томьёоны нэгдсэн сан» нь ганцхан орчин цагийн анагаах ухааны нэр томьёог
бус, хажуугаар нь ардынхаа болон дорно дахины анагаах ухааны уламжлалт монгол
нэр томьёог уйгагүй сурвалжлан, шүүрдэж цуглуулах хэрэгтэй болно. Иймд, зөвхөн
нэр томьёоны санд ажиллах хүмүүс төдийгүй хот, орон нутагт ажиллаж байгаа эмч,
мэргэжилтэн бүр монгол бичгийн болон төвд хэлний сайн мэдлэг чадвартай болох
хэрэгтэй юм. Энэ бол наад захын шаардлага. Аливаа салбарын нэр томьёог мэдлэг
чадвар жигдэрсэн тоотой хэдэн хүн ч шийдэж байдаг зүйл бишээ. Цөөн хүн тог-
тоон хэвлүүлэх үе байдаг. Гэхдээ тухайн салбар, чиглэлийн нийт мэргэжилтний са-
нал, зөвлөгөө, шүүмж, маргаан зэрэг ажил хэрэгт, бүтээлч оролцоог эс ойшоовол
нэр томьёоны санд хайш яаш зүйл хуримталсаар, хаг буртаг нь дийлж ариутгахад
бэрх болдог балагтайг зөвхөн анагаах ухааны төдийгүй бусад аль ч салбарын га-
шуун туршлага бидэнд бэлээхэн харуулж байгааг нийтээр эрхбиш анхааран, шинэ
сэтгэлгээ, шинэ арга барилаар ажиллаж, шинэчлэлт өөрчлөлт хийх цаг болжээ.

Та бүхэнд амжилт хүсье!

«Монголын анагаах ухаан», «Эрүүл мэнд» сэтгүүлийн
50, 30 жилийн ойд зориулан хийсэн эрдэм шинжилгээний
бага хуралд тавьсан сонголоос)

ШУА-ийн Хэл зохиолын хүрээлэнгийн эрдэм
шинжилгээний ажилтан Ч. Догсүрэн

ЭМИЙН ҮЙЛДВЭР 60 ЖИЛД

Энэ оны 5-р сарын 5-нд УЭХҮГ-ын харъяа социалист хөдөлмөрийн эмийн үйлдвэрийн 60 жилийн ой болов.

Тус эмийн үйлдвэр нь 1923 онд байгуулагдсан анхны эмийн санг түшиглэн, 1930 онд ЗХУ-ын мэргэжилтэн Я. А. Кофманаар удирдуулсан эмийн жижиглэн савлах тасаг нэртэйгээр байгуулагдаж 1934 онд эм үйлдвэрлэх лаборатори, 1958 онд эмийн үйлдвэр болж өргөжиж биеэ даасан аж ахуйн тооцоот улсын үйлдвэр болжээ. Эм үйлдвэрлэх галены лаборатори нь хөдөлмөрчдийн хэрэгцээг хангаж чадахгүй байсныг харгалзан 1954—1958 онуудад одоогийн эмийн үйлдвэрийн барилгыг барьж ашиглалтад оруулж үндсэн гурван цехтэй (шахмал, туншилтэй эм, гален), жилд 6 сая төгрөгийн эм үйлдвэрлэх хүчин чадалтайгаар ажиллахаар тооцжээ. Энэхүү эмийн үйлдвэр нь өөрийн орны эмийн ургамал, эрдэс баялгийг ашиглан эмийн нэр төрлийг олшруулах, цаашид эх орны эмийн түүхий эдийг ашиглан эм үйлдвэрлэлийг хөгжүүлэх эхлэлийг тавьжээ.

Эмийн заводын хамт олон 1960-аад оны үед бүх цех тасгууд СХБ, сэхээтний нөхөрлөлийн хөдөлгөөнд хамрагдан 1964 онд социалист хөдөлмөрийн үйлдвэр гэдэг цол мандат авч эх орны социалист хөдөлмөрийн ууган үйлдвэрийн нэг гэгдэх болжээ.

Одоо эмийн үйлдвэр нь үндсэн туслах цех тасагтайгаар жилд шахмал эм 50 гаруй сая боодол, ороолт боолтын зүйлс 10 сая ширхэг, хандмал шингэн эм 250 тонн, тосон түрхлэг 20 гаруй тонн, үрлэн витамин 80,5 тонн, туншилтэй тарилга 10 сая ширхэг зэрэг 100 гаруй нэр төрлийн, бөөний үнээр 18 сая төгрөгийн бүтээгдэхүүн үйлдвэрлэж улсад 4,5 сая төгрөгийн ашигтай ажилладаг.

Тус үйлдвэр нь 300-аад ажиллагсадтай бөгөөд 70% нь 18—35 насны залуучууд юм.

Одоогоор ард түмний нийт хэрэгцээт эмийн 20 хувийг хангаж, дотоодын түүхийг эдээр бүх эмийнхээ 20 орчим хувийг үйлдвэрлэдэг.

60 жилийнхээ ойг угтаж бүтээгдэхүүний чанар, гадаад үзэмжийг сайжруулан шинээр глютамын хүчил, сод гарган авах, хэрэгцээ ихтэй, гадаадаас олоц багатай аскорутин триглицеробензоат, цитрамон зэрэг эм бэлдмэл хийх технологи эзэмшиж үр дүнд хүрчээ.

Цаашид бүх хэрэгцээт эмийн 50—60 хувийг өөрийн бүтээгдэхүүнээр хангах, Чехословак, Франц, Англи зэрэг улстай хамтран эм бэлдмэлийн чанарыг улам сайжруулах, шинээр зарим нэг эм, кеткутыг өөрийн оронд үйлдвэрлэж турших зорилт тавин ажиллаж байна.

Д. Баярсайхан

ШҮҮХ ЭМНЭЛГИЙН МАГАДЛАХ ТОВЧОО 30 ЖИЛД

Шүүх эмнэлгийн эмч, мэргэжилтэн хамт олон иргэдийн эрүүл мэнд, амь насны зэрэг гэмт хэргийг илрүүлэхтэй холбогдсон шүүх эмнэлгийн шинжилгээ, магадлагааны чанар үр дүнг сайжруулах, социалист хууль ёсыг бэхжүүлэх, хөдөлмөрчдөд үзүүлэх эмнэлгийн тусламжийг сайжруулах зорилготой ажиллаж байна.

Манай улсад 1960 он хүртэл шүүх эмнэлгийн биеэ даасан үйлчилгээ байгаагүй бөгөөд үүнийг шүүх эмнэлгийн тусгай мэргэжил эзэмшээгүй гадаадын болон үндэсний бусад мэргэжлийн эмч нар гүйцэтгэж байжээ.

БНМАУ-ын СнЗ-ийн 1960 оны IV сарын 20-ны өдрийн 193-р тогтоолоор ЭХЯ-ны харьяа Улсын шүүх Эмнэлгийн Магадлах Товчоог байгуулж, хуулийн болон эрүүлийг хамгаалах байгууллагуудад бүх талын мэргэжлийн туслалцаа үзүүлэх үүргийг хүлээлгэжээ.

Шүүх эмнэлгийн магадлах товчоо анхны жилүүдэд материаллаг баазаа бэхжүүлэх, үйлчилгээгээ өргөтгөн сайжруулах, мэргэжилтэй боловсон хүчин бэлтгэх зэрэг олон асуудал дэвшүүлж цаг тухайд нь амжилттай хэрэгжүүлжээ.

Манай улсад шүүх эмнэлгийн эмчилгээ үүсч хөгжихөд ЗХУ-ын мэргэжилтэн Б. Г. Петросян (1960—1963 он), Н. Н. Стрелец (1954—1965), Б. Н. Семенов (1967—1970), А. В. Маслов (1979 оноос) нар ихээхэн хувь нэмэр оруулсан билээ.

Жилээс жилд шүүх эмнэлгийн үйл ажиллагаа өргөжиж 18 аймаг, Эрдэнэт хот, Налайх, Багануурын районуудад шүүх эмнэлгийн салбар тасгууд, Ардын арми болон Дархан хотод Шүүх эмнэлгийн товчоо ажиллаж байна.

Шүүх эмнэлгийн магадлах товчооны анхны даргаар хүний их эмч О. Цэнд ажиллаж байв. Тэрчлэн анхны өдрөөс эх-

лэн он удаан жил үр бүтээлтэй ажиллаж байсан У. Даваа, С. Дэмбэрэлдорж, Б. Долгор, Ш. Дулмаа нар өндөр насныхаа тэтгэвэрт гарч аз жаргалтай амьдарч байна. Х. Лхагважав, И. Санжаадорж, Ц. Дугар, Ц. Өлзий, Ц. Мягмарсүрэн, Д. Тамжидмаа, Н. Мөрөн, П. Өлзийбаяр, С. Адъяа, Г. Гомбо-Очир нар удаан жил үр бүтээлтэй ажиллаж байна.

Эдүгээ шүүх эмнэлгийн магадлах товчоо нь задлан шинжилгээний тасаг, шүүх эмнэлгийн амбулатори, орчин үеийн аппарат багаж, төхөөрөмжөөр тоноглогдсон патогистологи, биологи, шүүх химийн лаборатори, физик техникийн лабораторитой болон ажиллаж сүүлийн жилүүдэд орон тоо 4,5 дахин, төсөв 55,4%-иар тус тус өсч, мэргэжлийн шинжээч, эд мөрийн баримт судлах биологи, патогистологи, шүүх хими физик техникийн шинжээч нар болон бага эмч, лаборант, туслах ажилчин нийт 31,5; орон нутгийн салбар тасгуудад шүүх эмнэлгийн шинжээч, бага эмч, лаборант, туслах ажилчин орон тоотойгоор ажиллаж байна. Манай улсад нутаг дэвсгэрийн өргөн уудам, хүн ам сийрэг оршин суудаг онцлогоос хамаарч 40000 хүн амд нэг шинжээч үйлчилдэг бөгөөд зарим хот хөдөөгийн больницуудад ажиллаж байгаа эмгэг-анатомийн мэргэжлийн эмч нар шүүх эмнэлгийн магадлагааг хавсран гүйцэтгэж байна.

Шүүх эмнэлгийн магадлах товчооноос шинжээч нарын үйл ажиллагаанд байнгын хяналт тавьж ажиллагсаас гадна орон нутагт гарсан онцгой тохиолдлуудад товчооноос дуудлагаар явж, шаардлагатай үед комиссын бүрэлдэхүүнтэйгээр экспертиз явуулдаг. 1989 оны байдлаар шүүх эмнэлгийн үзлэг шинжилгээг 1960 онтой харьцуулахад задлан шинжилгээ 4,9 дахин, хэргийн материалаар шүүх эмнэлгийн магадлагаа явуулах тоо 5,3 дахин, амбулаторийн үзлэг 5,7 дахин тус тус өсч, лабораториудад хийж байгаа шинжилгээний тоо 1965 оныхтой харьцуулахад шүүх химийн шинжилгээ 12,4 дахин, гистологийн шинжилгээ 8,1, биологийн шинжилгээ 22, 1970 оныхтой харьцуулахад физик-техник лабораторийн шинжилгээ 14,2 дахин тус тус өслөө. Ингэж шүүх эмнэлгийн магадлагаа, шинжилгээний тоо өсөж байгаа нь мөрдөн байцаах байгууллагуудаас гэмт хэргүүдийг илрүүлэхэд шүүх эмнэлгийн

шинжилгээний ач холбогдлыг зөв үнэлсэн, иргэдийн амь нас, эрүүл мэнд, эрх чөлөө, нэр алдрын эсрэг гэмт хэргүүдийн үед шүүх эмнэлгийн шинжилгээг томилон ажиллуулах нь ихэссэнтэй холбоотой юм.

Шүүх эмнэлэг нь зөвхөн социалист хууль ёсыг бэхжүүлэхэд хуулийн байгууллагад үйлчлээд зогсохгүй, хөдөлмөрчдөд үзүүлэх эмнэлэг, урьдчилан сэргийлэх тусламжийн чанарыг сайжруулах, эмч нарын мэргэжил дээшлүүлэх ажилд байнга тусалж ажилладаг.

Сүүлийн жилүүдэд ЗХУ-д шүүх эмнэлгийн нарийн мэргэжлээр хот хөдөөгийн 16 хүн суралцуулснаас 4 нь биологи, патогистологи, шүүх химийн нарийн мэргэжил эзэмшжээ.

Шүүх эмнэлгийн хот, хөдөөгийн эмч нарт мэргэжил олгох курсыг 1960 онд анх удаа зөвлөх, дэд эрдэмтэн Н. Г. Перосяны удирдлагаар хийснээс хойш эмч нарыг 3—4 жилд 1 удаа 3—5 сарын хугацаагаар мэргэжил олгох буюу дээшлүүлэх курсэд суралцуулж бусад мэргэжлийн эмч нарын нэгэн адил таван жилд 1 удаа шүүх эмнэлгийн эмч нарын аттестатчиллыг хийж байна.

Манай зарим багш, эмч нар эрдмийн зэргийг амжилттай хамгаалж, түүний үрдүнг амьдралд практикт нэвтрүүлж байна. Х. Лхагважав (1972 онд) «Шүүх эмнэлэгт монгол хүмүүсийн нас тогтооход холбогдох материалууд», И. Санжаадорж (1979 онд) «Шүүх эмнэлгийн материалаар эмч нарын зарим алдааг судалсан нь», Д. Тамжидмаа (1986 онд) «Хүний ялгаруулагчийн хязгаарыг АВО ба Льюис системээр тогтоох нь» тус тус сэдвээр дэд эрдэмтний зэргийг хамгаалжээ. Өнгөрсөн хугацаанд Шүүх эмнэлгийн гэмтэл судлал, гэнэт нас баралт, хордлого зэрэг шүүх эмнэлгийн чухал асуудлаар 70 гаруй шинжилгээ судалгааны өгүүлэлүүд нийтлүүлжээ.

Цаашид шүүх эмнэлгийн үйлчилгээний зохион байгуулалт, материаллаг хангамжийг сайжруулах, эмч, мэргэжилтний мэргэжил мэдлэгийг дээшлүүлэх, тогтвор суурьшилтай ажиллуулах, үзлэг шинжилгээний эмнэлгийн тусламжийн чанарыг улам боловсронгуй болгох, шинжлэх ухааны шинэхэн ололт амжилтуудыг практикт өргөн нэвтрүүлэх явдал чухал байна.

Анагаах ухааны дэд эрдэмтэн Д. Тамжидмаа
Шинжээч Ц. Мягмарсүрэн

МОНГОЛ АНАГААХ УХААНЫ ОНОЛ, ТҮҮХИЙН ӨВ САНГААС

ДОЛООН ТАМИР, ГУРВАН ХИР

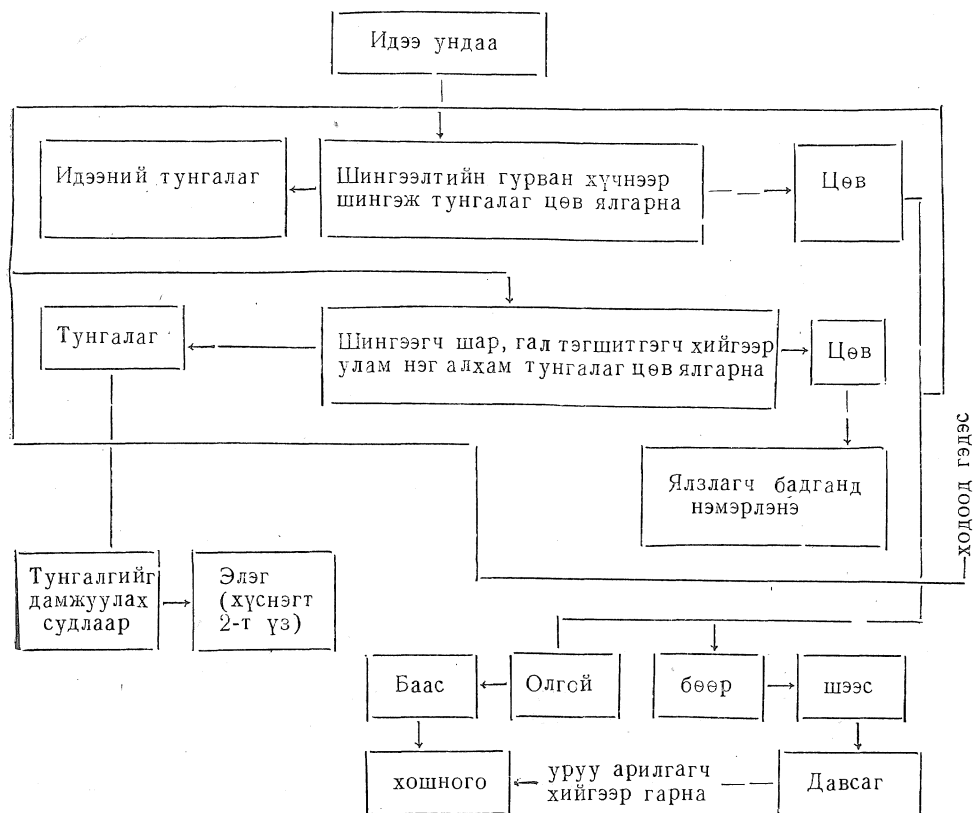
Б. Жигмэд

Хүний биеийн үндсэн бүрэлдэхүүн болох тунгалаг, цус, мах, өөх, яс, чөмөг, дусал эдгээр долоог цаг ямагт төлжүүлж байх шимийн тунгалгуудыг ерөнхийд нь долоон тамир, гол ялгадас болох баас, шээс, хөлсийг гурван хир гэнэ. Долоон тамир бол биеийн гурван махбодыг түшиглэн орших бодисын суурь мөн. Үүнд тунгалаг, цус, мах, өөх, яс, чөмөг, дусал долоог үндсэн долоон тамир идээ ундааны шингэлтээс ялгарч гарсан идээний тунгалаг, долоон тамир нэгбүрийн тунгалаг цөвийн ялгаралтаас гарсан цусны тунгалаг, махны тунгалаг, ясны тунгалаг, өөхний тунгалаг, чөмөгний тунгалаг, дуслын тунгалгийг шинийн долоон тунгалаг гэнэ. Үндсэн долоон тамир бол хүний биеийн аливаа эрхтэнийг бүтээж байх үндсэн бүрэлдэхүүн мөн. Шимийн долоон тунгалаг бол үндсэн долоон тамираа цаг ямагт төлжүүлдэг шим тэжээл мөн.

Тамир, хирийн шимтгэл, ялгаралт бол хүний биед тасралтгүй явж буй бодисын солилцоо мөн. Монгол анагаах ухааны өвөрмөц хэллэгээр бол тунгалаг цөвийн ялгаралт гэнэ. Энэхүү тунгалаг цөвийн ялгаралтаас гарсан шимийн долоон тунгалаг нь зөвхөн үндсэн долоон тамирыг төлжүүлж байх төдийгүй, нэн чухал нь гурван махбодын хорогдлыг тасралтгүй нөхвөрлөж байдаг юм. Өөрөөр хэлбэл махбод, тамир хоёулаа бодисын солилцооны явцад шимтгэл нэмэр олж хүртэнэ. Тэгэхдээ хүний биеийн бодисын солилцоо нь их төлөв идээний шингээлтийн тогтолцоо тамирын боловсролтын тогтолцоо хоёрт явагддаг юм. Ходоод, гэдэс, олгой тэргүүтэн идээний шингээлтийн тогтолцоонд явагдах бодисын солилцоо бол шингээлтийн гурван хүчний ажиллагаагаар хэрэгжинэ. Бодотой хэлбэл идээ ундааны шингээлтийн тогтолцоогоор өнгөрөхөд ялзлагч бадганы хүчинд нунтагнан жижигэрч шингээгч шарын илчинд хайлж, гал тэгшитгэгч хийн хөдөлгөлтөд ялгарч идээний тунгалаг үүсэх бөгөөд энэхүү явцдаа бас урьдаар амтлаг болж бадганыг дараа нь исгэлэн болж шарыг сүүлээр нь гашуун болж хийг үүсгэх болно. Зургаан амтат идээ ундааны шингээлтийн дүнд амтлаг, давслаг хоёр нь амтлагаар, исгэлэн нь исгэлэнгээр гашуун, халуун, эхүүн гурав нь гашуунаар шингэнэ. Тамирын боловсролтын тогтолцоонд болж өнгөрөх бодисын солилцоо бол идээний шингээлтийн тогтолцоонд болж өнгөрсөн тунгалаг цөвийн ял-

гаралтын үргэлжлэл мөн бөгөөд тэрхүү суурь дээр явагдах юм. Иймээс тамирын боловсролтын явцад шингээлтийн хүчний хувиар илчийг агуулсан нэн дээд хэмжээний нарийн будлиантай бодисын солилцоо явагдах бөгөөд үндсэн тамир нэгбүрийн дээр дараалан тунгалаг цөвийн ялгаралт болж нэмэрлэнэ. Үүнд идээний шингээлтийн тогтолцооноос ялгарсан идээний тунгалаг нь бас тунгалаг цөв хоёр болж ялгараад, тунгалаг нь тунгалгийг дамжуулах судлаар элгэнд хүрч өнгө урвуулагч шарын үйлдлээр боловсроод цусыг төлжүүлнэ. Цөв нь шингээлтийн мөрд үлдэж, ходоодны ялзлагч бадганыг төлжүүлэхэд нэмэр болно. Цус нь элгэнд тунгалаг цөв болж ялгараад цөв нь цөсний шингэн болж, цөсний гэрэнд орно. Цөсний шингэнээс дахин тунгалаг цөв ялгарч, тунгалаг нь шар усыг төлжүүлж, цөв нь гэдсэнд ороод идээ ундааны шингээлтийг хавсрахын хамт шээсний язмаг болно. Цусны тунгалаг нь махыг төлжүүлдэг боловч түүний дотор мах, өөх, яс, чөмөг, дусал зэргийг төлжүүлэх шим тэжээл бүрэн агуулж байдаг. Тэр нь зүрхээр дамжаад түгээмэл гүйгч хийн үйлдлээр бүх биед махны тунгалаг өөхийг төлжүүлж, цөв нь нуух, хулхи, нус, шүлс болно. Өөхний тунгалаг ясыг төлжүүлж, цөв нь хир буртаг, хөлс болно. Ясны тунгалаг чөмгийг төлжүүлж, цөв нь шүд, хумс, үс, шар үс болно. Чөмөгний тунгалаг дусал болж, цөв нь тосорхог өнгөр болно. Дусал нь самсид хураад түүний тунгалаг нь охь шим болно. Энэ бол амьдрах зүйн тасралтгүй явагдах ажиллагааны хөдөлгөөний хамгийн амьдлаг хүчин зүйл бөгөөд энэхүү эрүүл ахуйн хөгжил, ахицад байнгын эргэлт болсон шимтгэл, ялгаралтаар дамжиж буй болгосон тамирууд нь хүний биед долоон тамирын тогтолцоог бүтээгээд өөр өөрийн үйлдлийг төгс бадруулж байдаг. Үүнд идээний тунгалаг бол бусад тамирын төлжилтөд эх сурвалж болж, шимийн хангалтын суурь болох бөгөөд цусыг төлжүүлнэ. Цус бол шарын түшиглэж орших гол орны нэг нь мөн. Тэр нь тунгалгуудыг бүх биед зөвөөрлөж, цөвүүдийг ялгагдах оронд нь хүргэх тул амь насны ерөнхий түшиг болно. Мах бол цул сав зэрэг биеийн зөөлөн эд эрхтэн бүхний гол бүрэлдэхүүн болох бөгөөд түгээмэл гүйгч хийн зохирлоор биеийн хөдөлгөөнийг гүйцэтгэнэ. Өөх бол чухал болох зарим цул, сав, эрхтэнийг бүрхэвчлэн

ТУНГАЛАГ ЦӨВИЙН ЯЛГАРАЛТЫН ХҮСНЭГТ
1-р хүснэгт. Ходоод гэдсэн дэх тунгалаг цөвийн ялгаралт



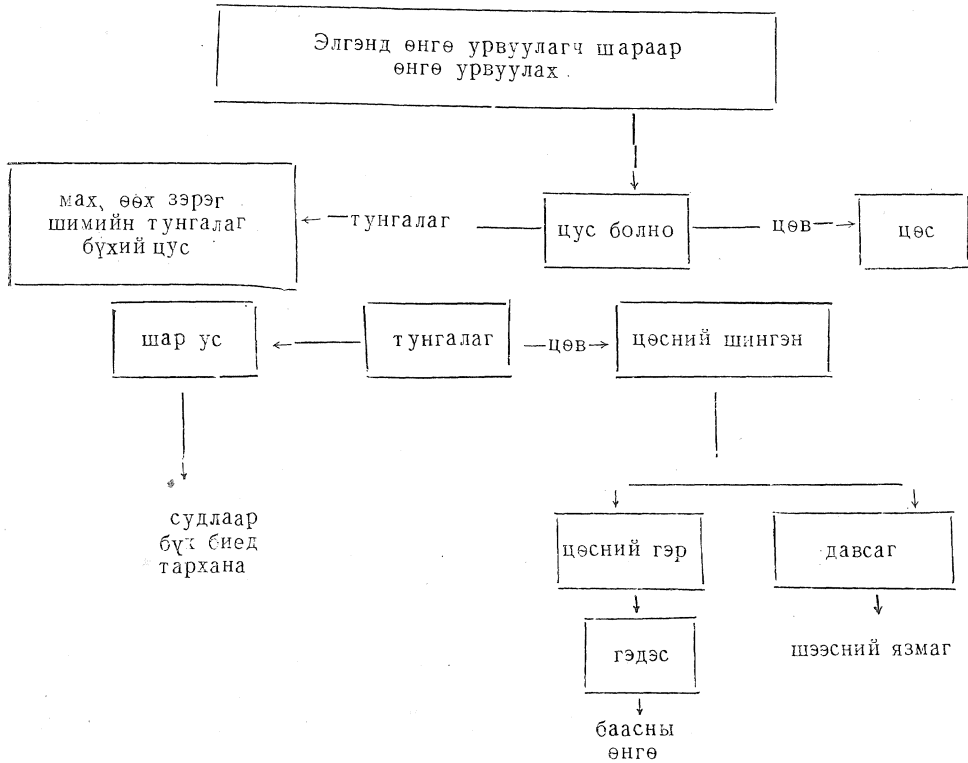
хамгаалж арьс хөрсийг тослог зөөлөн, уян хатан болгоно. Яс бол бие цогцод бэх найдвартай түшиг тулгуур болж, бүх биеийг хэлбэржүүлнэ. Чөмөг бол шимийг нөөцөлж, биеийг хүчжүүлнэ. Дусал бол биеийг өнгө жавхлантай болгох бөгөөд үр тогтох хөрөнгө болно. Дуслын охь шим зүрхэнд оршин бүх биед нийтэд тархаж, биеийн цог сүлд, өнгө жавхлантай төгөлдөржүүлэн насан хутгыг уртатгана. Үүний зэрэгцээгээр тамир нэгбүрээс ялгарч буй цөвүүд ч биеийн эл хэсэгт оmtгойлж болшгүй үйлдэл гаргаж байгаа болохоор биеийн эрүүл мэндэд дутагдаж болшгүй хэрэгцээтэй байдаг юм. Бодитой дурдвал язлагч бадганы үйлдэл нь «бадганы зурвас»-г ярьсан (өгүүлсэн Э.П.) мэт: цөсөн шингэн бол шингээгч шарын бодисын эх сурвалж болох бөгөөд баасны өнгө, шээснийязмаг болно. Нуух бол нүд, хулхи бол чих, нус бол хамрын сүвийг хамгаалж байх бөгөөд шүлс бол шингээлтийн хавсрагч мөн. Хир буртаг, хөрс бол биеийн гадаргууг хамгаалж, арьс хөрсийг зөөлрүүлэн осгортож хагарахаас сэргийлнэ. Шүд бол хагуу бүхэл идээг хэмхлэн бяцлах тээрэм мэт, хумс бол хурууны үзүүрийг хамгаалагч, үс бол тархийг хамгаалагч, шар үс бол илчийг тэнцүүлэгч мөн. Хир буртаг бол эрхтэнгүүдийг гулгамтгай болгож, арьсыг зөөлрүүлэх үйлдэлтэй.

Долоон тамирын ялгаралтын бүх явц бол харилцан нягт харьцаатай байдаг. Түүний урьдах нь гэмгүй байвал дараахдаа шим тэжээлийг нөхвөрлөж, урьдах нь гэмтвэл дараахаа гэмтээж байдаг. Иймээс тамирын ялгаралтыг бүхэл цогцын үзлээр үзэхийг оmtгойлж болохгүй юм.

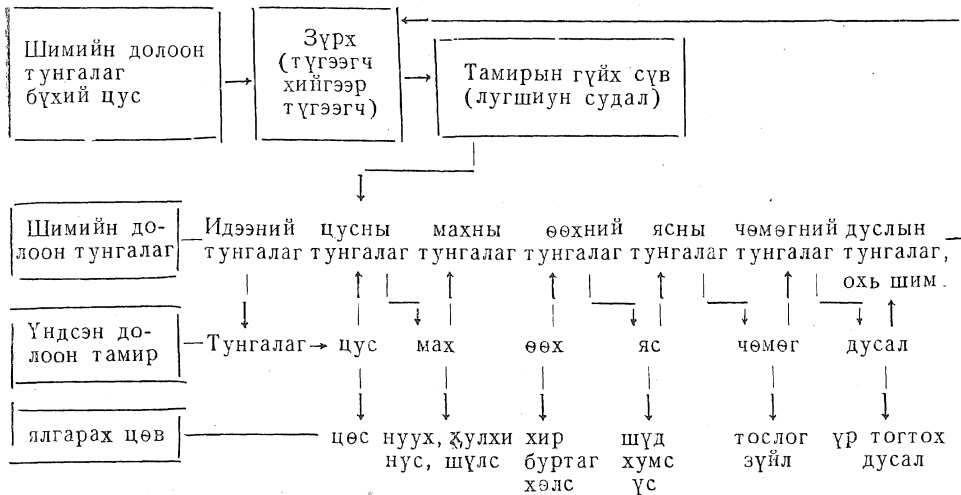
БИЕ МАХБОД

Биемахбод бол махбод хийгээд тамир хамтарч нарийн будлиантай амины хөдөлгөөн хийж байгаа зөрчилт нэгдмэл цогц мөн. Биемахбодын бэлгэ чанарт махбод хийгээд тамир (цөв багтана) гэж хоёр бүрэлдэхүүн байдаг. Энэ бол зөрчилт нэгдмэл цогцын хоёр тал мөн. Үүнд махбод нь хий, шар бадган зэрэг гурван махбодоор, тамир нь тунгалаг, цус, мах, өөх, яс, чөмөг, дусал зэрэг долоон тамираар бүрэлдсэн байдаг. Махбод бол бодисын хөдөлгөөн, биемахбодын амьдруулах хүчин болох тул түүнээс амьдрах зүйн ажиллагааны хувьд тамирын ажиллагаа бүхний хөдөлгөөн үүснэ. Тамир бол бодисын суурь биемахбодын үндсэн бүрэлдэхүүн болох тул биеийн бүтцийн хувьд эд эрхтэн бүхний бүтэц тамираар бүрэлдэнэ. Тамир үгүй бол махбод бие болох суурна алдах тул махбодын хөдөлгөөн байж чадахгүй. Махбодын хөдөлгөөн үгүй бол тамирын ажил-

Хүснэгт 2 Элгэн дэх тунгалаг дөвийн ялгаралт



Хүснэгт 3. Долоон тамирын ялгаралт, шимтгэл



лагаа байж чадахгүй, тамирын ажиллагаа үгүй бол тамирын шимтгэл, ялгаралт байж чадахгүй, тамирын шимтгэл, ялгаралт үгүй бол махбодын сурвалж хийгээд төлжилт үгүй болж амины хөдөлгөөн зогсох тул биемахбод ч оршин тогтнож чадахгүй юм. Иймээс махбод хийгээд тамир бол тийм ангид орших биш, харин хүний биеийн эл хэсэгт салшгүй нягт харьцаатай нөхцөлдөн оршиж, тамир нь махбодоо төлжүүлж,

махбод нь тамираа жолоодож нарийн будлиантай амины хөдөлгөөн хийж байдаг. Амины хөдөлгөөний хөврөл тогтох, амьдрал орших, өтөлж эвдрэх гурван явцын алинд нь ч махбод хийгээд тамираар суурь болгож тамирын шимтгэл ялгаралтаар үндсэн онцлог болгодог. Амины хөдөлгөөнд махбод хийгээд тамирын эзэлж байгаа байр суурь, үзүүлж байгаа үйлдэл, түүний хоорондох харьцаанаас үзвэл махбод нь зөрч-

лийн гол тал арга болох тул амины хөдөлгөөнд гол байрыг эзэлж, хөврөл тогтохоос эхлээд төрөх, өвдөх, өтлөх, үхэхийн гол шалтгаан болдог. Тамир нь зөрчлийн дэд тал билэг болох тул амины хөдөлгөөнд дэд байрыг эзэлж тамирын шимтгэл, ялгаралтын явц дунд махбодыг төлжүүлэн түүний тэнцвэрийг зохицуулж, амины хөдөлгөөн эрүүл явагдахыг баталдаг. Ерийн байдалд махбод нь харьцангуй тэнцүү байсан цагт тамир эрүүл байж, махбод тамирын хоорондох харьцаа харилцан түшиглэх зохицонгуй харьцаатай байдаг. Махбод тэнцвэрээ алдсан цагт тамир гэмтэж, махбод тамирын хоорондох харьцаа нь харилцан хорлох харшингуй харьцаатай болдог. Энэ бол амины хөдөлгөөнийг махбодын үүднээс тайлбарласан явдал мөн. Амины хөдөлгөөнийг тамирын үүднээс тайлбарлавал тамирын шимтгэл, ялгаралт эрүүл явагдаж байсан цагт махбод тэнцвэртэй байж, тамир махбодын хоорондох харьцаа ч харилцан түшиглэх зохицонгуй харьцаатай байдаг. Тамирын шимтгэл, ялгаралт хэвийн бус болсон цагт махбодыг тэнцвэрээ алдаж тамир махбодын харьцаа нь бас харилцан хорлох харшингуй харьцаатай болдог. Иймээс махбод хийгээд тамир зохицонгуй харьцаагаар оршиж байвал амины хөдөлгөөн эрүүл явагдаж, харшингуй харьцаа болон хувирвал амины хөдөлгөөн хэвийн бус болж биемахбод өвчилж цаашилбал үхэхэд хүрнэ. Үүнээс гадна амины хөдөлгөөнд үзүүлэх оюун ухааны харуу үйлдлийг бас олтгойлж болохгүй. Жишээлбэл: хүний оюун ухааны байдал эерэг байсан цагт амины хөдөлгөөнд зохицуулах нөлөө өгч хүний оюун ухааны байдал сөрөг байсан цагт амины хөдөлгөөнд харшлах нөлөө өгдөг. Иймээс амины хөдөлгөөнд соёл боловсрол, ёс суртахуун, зан суртал, нийгмийн байгуулал зэрэг цөм гүнзгий нөлөө үзүүлэх тул хүмүүсийн бодисын амьдрал хэдий зохицож байлаа ч гэсэн оюуны амьдрал зохицохгүй бол биемахбод мөн эрүүл оршиж чадахгүй гэснийг хүмүүсийн амьдралын үйлдэлг гэрчилж байна.

Амины хөдөлгөөний үндсэн онцлог бол махбод тамирын харилцан түшиглэн орших хэлбэр болох тул биений дотоодод махбод хийгээд тамирын харьцаа, биений гадаадад биемахбод хийгээд байгалийн харьцаа зохицох эсэх нь хүний бие эрүүл оршихын зангилгаа болно. Иймээс махбод хийгээд тамирын хоорондох харилцан түшиглэх харьцаа болон биемахбод хийгээд байгалийн хоорондох зөрчилт нэгдмэл харьцаа бол Монгол анагаах ухааны амины хөдөлгөөний тухай судлах үндсэн агуулга мөн. Үүнд хий, шар, бадганы дотоод хөдөлгөөнийг зохицуулах чадвар бол махбод хийгээд тамирын зохицонгуй харьцааг хамгаалан биемахбодын эрүүл чийргийг батлахад шийдвэрлэх нөлөө үзүүлэх юм. Жишээлбэл: сэрүүн нэмэгдснээр хийн тэнцвэр алдагдмаар болох үед шарын тослог (бүлээн чанартай) эедүүлэн зохицуулах чадвараа гүйцэтгэдэг болохоор хийн сэ-

рүүн дарагдаж, тухайн үеийн хийн тэнцвэр алдагдахгүй өнгөрч болно. Хурц арвйтсанаар шарын тэнцвэр алдагдмаар болох үед бадганы мохдог эедүүлэн зохицуулах чадвараа гүйцэтгэдэг болохоор шарын хурц дарагдаж, тухайн үеийн тэнцвэр алдагдахгүй өнгөрч болно. Хүйтэн арвйтсанаар бадганы тэнцвэр алдагдмаар болох үед шарын халуун эедүүлэн зохицуулах чадвараа гүйцэтгэдэг болохоор бадганы хүйтэн дарагдаж, тухайн үеийн бадганы тэнцвэр алдагдахгүй өнгөрч болно. Гурван махбодын ийм зохицуулах чадвар түүний бэлгэчанарын хорин бүрэлдэхүүний алинд нь ч байж, махбодын хоорондох харьцангуй тэнцвэрийг хамгаалдаг байна.

Тамирын шимтгэл, ялгаралт эрүүл явагдах эсэх бол махбод хийгээд тамирын харьцаанд мөн ч шиндвэрлэх нөлөө үзүүлнэ. Тамирын шимтгэл, ялгаралтад махбод бол идээг ялзлаж, хайлуулах, тунгалаг цөвийг ялгаруулах бөгөөд шимийн долоон тунгалгийг боловсруулах, түгээх үйлдлийг гаргадаг. Тамир бол гадаад орчны шимт бодисын тунгалгуудыг тасралтгүй шингээн авч өөрийнхөө шинэ бүрэлдэхүүн болгон шимтгэхийн хамт хуучин бүрэлдэхүүнээ ялган гаргахаар барахгүй нэн чухал нь махбодын хорогдлыг нөхвөрлөн түүнийг төлжүүлж тэнцүүрийг нь зохицуулах үйлдлийг гаргадаг юм. Махбод хийгээд тамир нь харилцан түшиглэх зохицонгуй харьцаатай байвал шингээл, боловсруулалтын хүчин сайн байж тамирын шимтгэл, ялгаралт эрүүл явагдах тул өвчнийг эсэргүүцэх хүчин сайжрахын хамт эрүүл амьдрахын гол шалтгаан болно. Махбод хийгээд тамир нь харилцан хорлох харшингуй харьцаа болж хувирбал шингээлт, боловсруулалтын хүчин доройтон, тамирын шимтгэл, ялгаралт хэвийн бус болох тул эс шинэ гэснээс болох өвчин бүхэн үүсэхийн үндсэн шалтгаан болно. Иймээс тамирын шимтгэл, ялгаралт хэвийн байдлаар явбал амины хөдөлгөөн эрүүл явагдаж, хэвийн бус байдалд орвол амины хөдөлгөөн хэвийн бус болж тамирын шимтгэл, ялгаралт зогсвол амины хөдөлгөөн зогсож хүн даруу үхэх болно.

Биемахбодын эрүүл орших эсэхийн гадаад нөхцөл бол биемахбод хийгээд байгалийн харьцаа зохицох эсэхэд байдаг. Тамирын шимтгэл, ялгаралт бол биемахбод хийгээд байгалийн харилцан зөрчилтэй, харилцан нэгдэлтэй нөхцөлдөн орших харьцааны дунд явагдах юм. Биемахбод хийгээд байгалийн харьцаа гэдэг нь гурван махбодын ширүүн, хөнгөн, сэрүүн, нарийн, чийрэг, хөлбөрөнгүй, тослог, хурц, халуун, хөнгөн, өмхий, нойтон, суулгах, тослог (бадганы), хүйтэн, хүнд, мохдог, зөөлөн, наалдангуй, бат зэрэг хорин бэлгэчанарын бүрэлдэхүүн, таван махбодын зөөлөн, хүнд, бүлээн, тослог, бат, хүйтэн, мохдог, сэрүүн, эелдэг шингэн, хуурай, хоржгор, халуун, хөнгөн, хурц, ширүүн, хөлбөрөнгүй зэрэг арван долоон эрдмийн харилцан төлжүүлэх, харилцан нөлөөлөх харьцааг хэлнэ. Биемахбодод байгалийг түшиглэн амьд-

рах наазгай нэг тал байхад байгаль дэлхийг өөрчилж ашиглах идэвхтэй бас нэг тал байдаг. Иймээс хүний биемахбод байгалиас шинэ соргог хий агаар, шим тэжээлт идээ ундаа зэрэг гадаад нөхцөлийг сонгон хүртэж, махбод тамирын харьцангуй тэнцвэрийг зохицуулах чадвартай мөртөө өөрийгөө байгаль ертөнцийн хувиралтай дсдалгажуулан зохицуулах чадвартай байдаг. Нэн чухал нь биемахбод нь байгаль ертөнцийн дунд биеэ даан оршин тогтнож бүтээлч хөдөлмөрөөрөө байгаль ертөнцийг өөрчлөн, тамираа төлжүүлэх хэрэгцээнд зохицуулах чадвартай байдаг. Иймээс хүн төрөлхтөн байгаль дэлхийг түшиглэж, өөрчилж, ашигласаар ирсэн түүхтэй билээ.

Биемахбод хийгээд байгалийн зохицонгуй харьцааг хамгаалан хүний биеийн эрүүд оршихыг батлах гэвэл тамирын шимтгэл, ялгаралтын явцад гадаад нөхцөлийн нөлөөг биедээ зохицуулах, хий мэдрэлийн зохицуулах чадварт түшиглэнэ. Хүмүүс амьдралын дунд эрүүл амьдрах эсэх нь дотоод шалтгаанд шууд буюу дамаар учирсан гадаад нөхцөлийн зохицох эсэхэд байдаг. Учир нь үр гарах бололцоотой шалтгаан байвч цаг улирал, идээ ундаа, явдал мөр, этгээд учрал зэрэг дөрвөн нөхцөлийн аль нэг зүйл нь учраагүйгээр шалтгаанаас үр гарна гэх буюу эсвэл үр гарах бололцоотой дөрвөн нөхцөл учравч хий, шар, бадган гурван махбодын тэнцвэр алдагдахгүйгээр үр гарна гэдэг нь цөм хэрэг бодисын хөгжиж хувирах жам ёсонд нийцэхгүй тул эрүүл амьдрахыг зоригчид эрүүл амьдрах гадаад нөхцөлийг сонгон эдэлж, биемахбодоо давтан боловсорч өвчин болох гадаад нөхцөлөөс сэргийлэн зайлах хэрэгтэй. Үүнд эрхтэний сэрлийг тодруулан мэдрэлийг сэдэж, хөдөлгөөнийг хамаардаг тус бүр хийнүүд ба цагаан судлыг түшиглэсэн хий мэдрэл нь гадаад нөхцөл ба дотоод шалтгааны харьцааг зохицуулах чухал үйлдлийг үзүүлнэ. Жишээлбэл: хий хэт арвитаж тэнцвэрээ алдмаар болсон цагт хий мэдрэл нь тэрхүү дохиог дамжуулан, хийг дарах гадаад нөхцөлүүдийг хүсэх бодлыг төрүүлдээд зохих нөхцөлийг сонгон эдэлснээр хийн тэнцвэрийг зохицуулдаг. Тэрчлэн шар, бадган хэт арвитаж тэнцвэрээ алдмаар болсон цагт хий мэдрэл нь мөн тэдгээрийг зохицуулах үүргээ гүйцэтгэдэг. Үүний эсрэгээр хий, шар, бадган хэт хорогдож тэнцвэрээ алдмаар болсон цагт хий мэдрэл нь бас тэдгээрийг төлжүүлэн зохицуулах үүргийг гүйцэтгэдэг юм. Хэрэв гадаад нөхцөл нь дотоод шалтгаанд эс зохицох нөлөөг өгвөл хий мэдрэл нь бас ч түүнээс зайлсхийх үүргийг биелүүлдэг байна. Энэ бол нөхцөл, шалтгааны харьцааг зохицуулах хий мэдрэлийн үйлдэл мөн. Энэхүү мэдрэлийн үйлдлийг бадруулах гэвэл тамирын шимтгэл, ялгаралтыг хэвийн явуулж махбодыг харьцангуй тэнцвэртэй байлгах хэрэгтэй.

Багцалбал, тамир бол биемахбодын оршин тогтнох бүтцийн хэлбэр мөн. Ийм

мээс махбод асран төлжүүлэх бодисын суурь болно. Махбод бол биемахбодын оршин тогтнох ажиллагааны хэлбэр мөн, иймээс тамираа жолоодон хөдөлгөх бодисын хүчин болно. Махбод тамир нь биемахбодын дотор хэдийгээр тус тусдаа биеэ даасан бодис боловч салшгүй нягт харьцаатай нөхцөлдөн оршиж тамирын хэвийн шимтгэл, ялгаралтыг дагалдан махбод улмаар төлжигдөн тамиртаа нэн сайн харуу үйлдэл үзүүлэх бөгөөд цаашилбал шийдвэрлэх чухал үйлдэл үзүүлнэ. Гэхдээ махбод нь тамиртаа хоёр зүйлийн адил бус үйлдэл үзүүлдэг. Харилцан харьцангуй тэнцүүртэй орших гурван махбод бол амьдрах зүйн шаардлагын хэрэгцээ ёсоор үүсч бий болсон бөгөөд оршин тогтнож байдаг. Тэр нь өөрийн бодисын суурь болох долоон тамирын бүрэлдэх, бэхжих явцад ахиулах үйлдэл үзүүлж, насан хутгийг уртатгах гол хүчин зүйл болно. Хэрэв гурван махбод нь өвчний урвалттай боловч тамирын шимтгэл ялгаралтыг шууд хорлож, гэдрэгээ өөрөө бас харну хор амсаж биемахбодыг өвчлүүлэн цаашилбал насан хутгийг хэврэг болгох гол шалтгаан болдог байна. Иймээс гурван махбодын хоорондох харьцаа махбод тамирын хоорондох харьцаа, биемахбод хийгээд байгалийн хоорондох харьцааг гүйцэд ойлгож биемахбодыг бүхэл цогцын үзлээр судлах явдал бол Монгол анагаах ухааны үндсэн үзэл мөн.

БИЕИЙН ӨВӨРМӨЦ ЧАНАР

Биемахбодын амьдрах зүйн талаарх төрөлх тогтсон өвөрмөц чанарыг биеийн өвөрмөц чанар гэнэ. Бас «биеийн мөн чанар» гэх ч бий.

Хүмүүсийн бие бялдар, мах-марна, галын илч, ой билэг, биеийн хөдөлгөөн, өнгөзүс, зан авьяас зэрэг нь төрөлх харилцан адилгүй тус тусдаа өвөрмөц онцлогтой байдаг. Энэ нь хүний биеийн гурван махбодын аль нэг нь голлохоос шалтгаална. Эртний анагаах ухаантан нар үүнийг хий, шар, бадганы онолоор суурь болгож хийн өвөрмөц чанартан, шарын өвөрмөц чанартан, бадганы өвөрмөц чанартан, хий шар хавсарсан өвөрмөц чанартан, хий шар хавсарсан өвөрмөц чанартан, бадган шар хавсарсан өвөрмөц чанартан хурмалын өвөрмөц чанартай гэж долоон зүйлд хураангуйлжээ. Биеийн өвөрмөц чанар бол хөврөн тогтож бойжих явцад үүсч бүрэлдэнэ гэж үздэг. Хүний биеийн хий, шар, бадганы хэмжээ харилцан адилгүй байдгийн шалтгаан бол голдуу эх эцгийн биеийн өвөрмөц чанарын удамшилда байдаг бөгөөд хөврөлийн бойжлалтын явц дахь эхний шүтсэн идээ ундаа, амьдралын нөхцөлтэй бас нэлээд холбогдолтой байдаг.

Хий, шар, бадганы аль нь голлож байвал хүний биед түүний бэлгэ чанарын онцлогийг харуулсан илэрлүүд харьцангуй товойж илэрдэг юм. Жишээлбэл: *хийн өвөрмөц чанартай* бол бие бялдар нь бага, бөөцгөрдүү, хатингар, арьсны өнгө нь ялихгүй хөхөвтөр, галын илч нь тэгшгүй боло-

хоор хүйтэнд бээрэг, хэвлий (шингээлтэйн зам) нь чийрэг тул туулгах чанар чадал бүхий идээ ундаа, эмт бодисыг харьцангуй даамхай, нойр бага, яримтгай, дуулах, бүжиглэх, мөрийцэх тэмцээнд бахтай, хөдөлгөөн нь хөнгөн шаламгай, амтлаг исгэлэн давслаг амттай, халуун чанартай идээ ундаанд дуртай зэрэг хийн бэлгэ чанарыг харуулсан онцлогтой байдаг. Шарын өвөрмөц чанартай бол бие бялдар нь дунд зэрэг, арьсны өнгө хийгээд гээг үс нь шаравтар, галын илч нь хурц болохоор өлчир бөгөөд шингээгч шарын хүчин давуу тул өлсөж ундаасах нь хялбар, хэвлий нь зөөлөн болохоор туулгах чанар чадал бүхий илээ ундаа, эмт бодист хялбархан туулгах, хөдөлгөөн болон оюуны тусгал нь харьцангуй хурцавтар, баахан омогтой, хөлс нь үнэрлэг, амтлаг гашуун эхүүн амттай сэрүүн чанартай идээ ундаанд дуртай зэрэг шарын бэлгэ чанарыг харуулсан онцлогтой байдаг. Бадганы өвөрмөц чанартай бол бие бялдар нь том бөгөөд цээж хангар, мах мариа сайтай өнгө зүс нь цайвар, галын илч нь мохдог болохоор биеийн гадаргуу нь ширүүвтэр бөгөөд халуунд гэсвэртэй, хэвлий тэгш, нойр сайтай, өлсөж ундаасах, хүчир бэрхшээлд гэсвэр хатуужилтай, уужуу тайван зөврүү зөөлөн зантай, гашуун исгэлэн, эхүүн амттай, ширүүн чанартай идээ ундаанд дуртай зэрэг бадганы бэлгэ чанарыг харуулсан онцлогтой байдаг.

Хий шар чацуу голлосон хүнийг хий шар хавсарсан өвөрмөц чанартай гэнэ. Хий бадган чацуу голлосон хүнийг хий бадган хавсарсан өвөрмөц чанартай гэнэ. Шар бадган чацуу голлосон хүнийг шар бадган хавсарсан өвөрмөц чанартай гэнэ. Энэ мэт хоёр махбод хавсарсан хүний бие дээр тэрхүү махбодуудын бэлгэ чанарыг харуулсан онцлогууд илэрдэг. Хий шар бадган гүгвүүлаа чацуу хурсан хүнийг хурмалын өвөрмөц чанартан гэх бөгөөд түүний бие дээр хий, шар, бадган гурвын бэлгэ чанарын онцлог тэгш чацуу илэрдэг юм. Дээр тодорхойлсон долоон зүйлийн өвөрмөц чанартныг амьдрал зүйн талаар харилцан харьцуулбал дээрээс дэс дараалан сүүлийнх нь өмнөхөөсөө давуулаг байдаг.

Эдгээр долоон зүйлийн биеийн өвөрмөц чанар бол төрөлх бүрэлдсэн бөгөөд бүх насны турш түүний онцлог нь хадгалагдах юм. Гэтэл насны ахихын дагуу зарим талаар зохих хувиралт гардаг. Тухайлбал хүний бүх насыг хүүхэд, идэр, хөгшин гэж гурван шатанд хуваавал, хүүхдийн үе бол шороо усан махбод дэлгэрэн шим тэжээлийг их хэмжээгээр шингээн авч өсөн бойжих шат болохоор түүнийг идэр, хөгшинтэй харьцуулбал бадган дийлэнгүй чанартай байдаг. Идэр нас бол бүх насны явцад тамир хүчин хамгийн төгөлдөржин галын илч хамгийн бадрангуй байх шат болохоор түүнийг хүүхэд, хөгшидтэй харьцуулбал шар дийлэнхүй чанартай байдаг. Хөгшин нас бол аажмаар галын илч нь бууран доройтож, биеийн шим нь хоргодож яваа шат болохоор түүнийг хүүхэд,

идэр настай харьцуулбал хий дийлэнгүй чанартай байдаг. Энэ мэтчилэн хүний насны хувиралтыг дагалдан илрэх энэхүү хувиралтыг үндэслэж бага нас бол бадган дийлэнгүй, идэр нас бол шар дийлэнгүй, хөгшин нас бол хий дийлэнгүй гэж гурав хуваадаг. Гэвч энэ нь хүний биеийн өвөрмөц чанартай зөрчилгүй юм.

ХЭВЛИЙН ӨВӨРМӨЦ ЧАНАР

Хоол боловсруулах эрхтэний хоол боловсруулах гурван хүчнээс болсон амьдрах зүйн талаарх төрөлх өвөрмөц чанарыг хэвлийн өвөрмөц чанар гэнэ.

Хүн нэгбүрийн биеийн өвөрмөц чанар нь харилцан адилгүй байдаг учраас хоол боловсруулах эрхтэний хоол боловсруулах чадвар нь ч харилцан адилгүй байдаг. Ялангуяа хүнд чанартай туулгуулах үйлдэл бүхий идээ ундаа, эмт бодисыг идэж уусны дараа үүсэх урвал нь ч харилцан адилгүй байдаг. Түүнийг ерөнхийд нь чийрэг, зөөлөн, тэгш гэж гурван зүйлээр ялгана. Тухайлбал хийн өвөрмөц чанартай бол биеийн гурван махбодын дотроос хий махбод голлож хоол боловсруулах гурван хүчний дотроос гал тэгшитгэгч хийн хүчин нь давуу байдаг тул хийн бэлгэ чанарын чийрэг, сэрүүн бүрэлдэхүүн нь төрөлх давамгай болж хэвлий нь чийрэг болно. Ийм хэвлий бол хялбархан туулгахгүй байдаг. Шарын өвөрмөц чанартан бол гурван махбодын дотроос шар голлож, хоол боловсруулах гурван хүчний дотроос шингээгч шарын хүчин давуулаг байдаг тул шарын бэлгэ чанарын чийгтэй, суулгах, бүрэлдэхүүн нь төрөлх давамгай байж хэвлий нь зөөлөн болно. Ийм хэвлий бол хүчин бага бөгөөд зөөлөн туулга буюу шороо усан махбодтой хүнд чанар бүхий идээ ундааг идэж уусан ч хялбархан туулгана. Бадганы өвөрмөц чанартай бол гурван махбодын дотроос бадган голлож, хоол боловсруулах гурван хүчний дотор ялзлагч бадганы хүчин давуу байдаг тул хийн бэлгэ чанарын чийрэг, ширүүн, шарын бэлгэ чанарын чийгтэй, суулгах зэрэг нь тэнцвэртэй болно. Ийм хүний хэвлий чийрэг ч биш, зөөлөн ч биш, харин тэгш байдаг юм.

Биеийн өвөрмөц чанарыг нийт долоон зүйлээр хуваадаг боловч бадган, хий хавсарсан өвөрмөц чанартны хэвлий нь чийрэг, бадган шар хавсарсан өвөрмөц чанартны хэвлий нь зөөлөвтөр, хий, шар хавсарсан өвөрмөц чанартны хэвлий нь тэгшивтэр, хурмалын өвөрмөц чанартны хэвлий нь тэгш байдаг. Энэхүү эрүүл хэмжээн дэх хэвлийн төрөлх өвөрмөц онцлогийг сайтар ойлгож эзэмшин явдал бол галын илчийг хамгаалах хоол боловсруулах тогтолцооны өвчнийг таних, сэргийлэх, эмчлэх, ядангуяа хэвлийн туулгыг хэрэглэхэд чухал ач холбогдолтой юм.

ГАЛЫН ИЛЧ

Галын илч гэдэг нь шингээгч шарыг заадаг бөгөөд аргад багтана, гал махбод-

той, бүх биеийн галын илчийн суурь болдог. Галын илчийг гол илч болон хуваарь илч гэж хуваана. Гол илч нь ходоод гэдсэнд орших боловч хуваарь илч нь бүх биед түгэж байдаг. Шингээгч шар нь ялзлагч бадган, гал тэгшитгэгч хийтэй хамт идээ ундааг шингээхийн хамт хуваарь илчийг үүсгэх болохоор энэ гурвыг шингээлтийн гурван хүчин гэдэг. Бүх биед түгэж байгаа хуваарь илч бол өнгө урвуулагч шарын боловсруулах үйлдэл, түгээгч хийн хөдөлгөх хүчний хавсарлагатайгаар шинийн долоон тунгалгийг боловсруулан, тунгалаг цөвийг ялгаж, үндсэн долоон тамирыг төлжүүлнэ.

Идээ ундааны шингэлт хийгээд тамир хирийн ялгаралтын явцад гал махбод голлосон чанартай идээ ундааны тунгалгийн халуун бүлээн, тослог хурц, эрдмээр галын илч нь тасралтгүй төлжиж, хорогдлоо нөхнө. Үүний эсрэг хүйтэн, сэрүүн, хүнд чанартай идээ ундааны эрдэм, явдал мөр бол галын илчийг хорогдуулна. Иймээс идээ ундаа, явдал мөрийн халуун хүйтэн, бүлээн ширүүнийг тэнцүүлэх, идээний шингэлт хийгээд тамир хирийн ялгаралтын саадгүй явагдахыг батлах явдал бол галын илчийг эрүүл байлгахын чухал нөхцөл болно. Галын илч хүчин тэгш байвал идээний шингэлт хийгээд тунгалаг цөвийн ялгаралт сайн байж, үндсэн долоон тамир хийгээд биеийн гурван махбод төлжиж өнгө жавхлан, оюун ухаан, тамир хүчин төгөлдөржин бие эрүүл оршино. Хэрэв галын илч арвитал тамируудыг шатааж сүйтгэх бөгөөд галын илч буурвал идээ эс боловсрох, тунгалаг эс шингээсэн өвчнүүдийг үүсгэнэ.

Хүмүүсийн биеийн өвөрмөц чанарын адилгүйгээс болж галын илчийн хүч нь мөн ч төрөлхийн адилгүй байдаг. Түүний харилцан адилгүй байдлыг үндэслэн ерөнхийд нь галын илч тэгшгүй, галын илч хурц, галын илч мохдог, галын илч тэгш гэж дөрвөн зүйлд хуваадаг.

Хийн өвөрмөц чанартны галын илч нь төрөлх тэгшгүй байдаг. Учир нь түүний биед хий голлож байх тул гал тэгшитгэгч хийн хүчин харьцангуй их байж хийн хөнгөн, хөлбөрөнгүй бэлгэ чанар нь шингээгч шарыг нөлөөлөхөөс галын илч нь хааяа ихдэж, хааяа багасах мэт тогтворгүй болно.

Шарын өвөрмөц чанартны галын илч нь төрөлх хурц байдаг. Учир нь түүний биед шар голлож байх тул шингээгч шарын хүчин харьцангуй их байж шарын халуун, хурц бэлгэ чанар нь давуу байрыг эзлэхээс болж галын илч аяндаа хурц болно.

Бадганы өвөрмөц чанартны галын илч нь төрөлх мохдог байдаг. Учир нь түүний биед бадган голлож байх тул ялзлагч бадганы хүчин харьцангуй их байж бадганы хүнд, хүйтэн, мохдог бэлгэ чанарын нөлөөгөөр шингээгч шарын халуун, хурц, бэлгэ чанар нь харьцангуй бага болохоос болж галын илч нь аяндаа мохдог болно.

Хурмалын өвөрмөц чанартны галын илч нь төрөлх тэгш байдаг. Учир нь түү-

ний биеийн гурван махбод нь чацуу байдаг тул ялзлагч бадган, шингээгч шар, гал тэгшитгэгч хийн хүчин нь мөн чацуу байхаас болж галын илч нь аяндаа тэгш байдаг. Түүнчлэн хий, шар хавсарсан өвөрмөц чанартны галын илч нь хурцавтар, хий, бадган хавсарсан өвөрмөц чанартны галын илч нь мохдог шиг, шар, бадган хавсарсан өвөрмөц чанартны галын илч нь тэгшивтэр байдаг. Хүний биеийн өвөрмөц чанарыг долоон зүйлээр хувааж байвч галын илчийн ялгад нь дөрвөн зүйлд багтана.

ХӨВРӨЛ.

Эцэг эхийн цагаан, улаан дусал нийлэлдээд умайн дотор тогтсоноос эхлэн таван гаригийн доторх хөврөлийг өндөглөг хөврөл гэнэ. Түүнээс хойшхи нярайлах болтолхийг хөврөл хүүхэд гэнэ.

Хөврөл тогтох: шороо, ус, гал, хий, огторгуй-таван махбодын хураангуйлал болох хий, шар, бадган гурван махбод харьцангуй тэнцүү бүрэлдсэн цагаан, улаан дусал бол хөврөл тогтох шалтгаан мөн. Хэрэв цагаан, улаан дусал нь хий, шар, бадган, цус зэрэг өвчнөөр гэмтсэн бол хөврөл тогтож чадахгүй буюу тогтсон ч хачин дүрст хөврөл болно. Хөврөл тогтоход заавал таван махбод бүрэлдэх ёстой. Үүнд шороо махбодоор яс, мах зэрэг чийрэг бүрэлдэхүүн бүрэлдэж, усан махбодоор хуралдаж, гал махбодоор боловсорч, хий махбодоор арвитаж, огторгуй махбодоор арвитахын суурь болгоно.

Хөврөл тогтох цаг: Сарын эхнээс сарын дундах нэг гариг болно. Нэг удаагийн сарын хир ирсэн өдрөөс эхлэн дараа удаагийн сарын хир ирэх өдөр болтолхи нэг сарын хугацааг сарын хирийн сар гэнэ. Сарын хирийн сарын дээд хагас сард аргын хүчин тэнцрэнгүй байдаг бөгөөд улаан дусал аажмаар боловсорч самснийд хурна. Сарын дунд үед улаан дусал нь боловсорч гүйцээд самснийгаас улаан дусалыг дамжуулах гуурс (эртний зохиолд: «хүүхэн хэвтшийн зүүн, баруун хоёр их судал» гэдэг)-аар дамжиж умайд орно. Хэрэв энэ үед цагаан дусалтай учирвал хөврөл тогтоно.

Хөврөлийн бойжилт: цагаан, улаан дусал нийлж умайн дотор байрлаж, анхны таван гаригийн дотор аажмаар өсч өндөглөг хэлбэртэй болохдоо хөврөлийн хүйс бий болно. «Хөх биндэръяа»-д «умайд (хүүхэн хэвтшид) тогтсон хөврөлийн өсч төлжихийн нөхцөл нь хөврөлийн хүйс мөн» гэж тэмдэглэсэн байдаг. Хөврөлийн хүйснээс хүй бий болж, хойтход (эхэст) залгана. Энэ бол эхийн биед болон хөврөлийн хоорондох цус нэвтрэх цорын ганц дамжуулагч болох бөгөөд бодисын солилцоо нь мөн үүгээр дамжиж явагдана. Тэр бол мушгирсан дээслэг хэлбэртэй хоёр судлаар бүрэлдэж нэг нь намжуун судал болох бөгөөд эхийн биеэс хөврөлд цус, шим тэжээл хангадаг. Нөгөө нэг нь лугшуун (хий, цус нийлэлдсэн) судал бөгөөд хөврөлийн тамируудын цөв агуулсан цусыг

эхийн биед хүргэнэ. Эртний хүмүүс аль эрт мянга гаруй жилийн өмнө энэхүү харьцааг олж таньсан байдаг. «Онолын үндэс»-ийн бие тогтох гэсэн бүлэгт: «Хүүхэн хэвтэшийн баруун, зүүн судал нь хүйстэй барилдаж, мөн тэр хоёр судал нь самсаагийн шимийн шүтээн лугаа холбогдсон байдаг» гэж тэмдэглэжээ. Хөврөлийн хүйсэн судлаас үндсэн гурван судал болох арга судал, билиг судал, төв судал бий болно. Энэ гурван судлыг бас тогтох судал гэдэг.

Арга судал бол гал махбод хийгээд цус гүйдэг судал болно. Хүйснээс үүсэж хөврөлийн биеийн гол шугамын баруун талд байрлаж дээд үзүүр нь толгойн орой хүрч, доод үзүүр нь нууц хүрнэ. Цусны судас бүхэн нь цөм энэхүү судлаас үүсэх юм. Тус судал бол элэг хийгээд тунгалгийг авах судал, амины гол улаан судал хийгээд зүрхийг бүрэлдүүлж цусны судал бүхэн нь зүрх хийгээд амины гол улаан судсаас салж гарна. Арга судал бас хөврөлийн шарыг төлжүүлнэ. Шар нь хөврөлийн биеийн дунд хэсэгт оршсон галын илчийн үүсэх суурь болохын хамт илчээр хөврөлийн тамируудыг боловсруулна.

Билиг судал бол усан махбод гүйдэг судал болно. Хүйснээс арга судалтай зэрэгцэн үүсч, хөврөлийн биеийн гол шугамын зүүн талаар байрлаж дээд үзүүр нь толгойн оройд хүрч, доод үзүүр нь нууц хүрнэ. Хөврөлийн тархи, нугас, цагаан судал бүхэн билиг судлаас үүснэ. Тухайлбал, хүйснээс салбарлан гарсан дээд үзүүр нь хөврөлийн биеийн гол шугамын зүүн талаар өгсөж толгойн орой хүрээд цагаан судлын далай болох тархийг бүрэлдүүлнэ. Нугас болон цагаан судал бүхэн цөм тархинаас салбарлан гарна. Билиг судал бас хөврөлийн бадганыг төлжүүлнэ. Бадган нь биеийн дээд хэсэгт ороншоод усны үйлийг гүйцэтгэхийн хамт хөврөлийг шимжүүлнэ.

Төв судал бол арга билиг хосолсон чанартай бөгөөд хий махбод гүйдэг судал болно. Тэр нь хүйснээс арга билиг хоёр судалтай зэрэгцэн өгсөөд биеийн гол шугамаар байрлаж дээд үзүүр нь толгойн орой хүрч доод үзүүр нь нууц хүрнэ. Хөврөлийн хийн гүйдэл бүхэн төв судлаас үүснэ. Төв судлын доод үзүүрийг түшиглэн хөврөлийн нууц зэрэг үржлийн эрхтэн тогтоно. Төв судал бас хөврөлийн хийг төлжүүлнэ. Хөврөлийн хий нь нууц, бөөр, бэлхүүсийг түшиглэн биеийн доод хэсэгт ороншоод хөврөлийг бойжуулах чухал хөдөлгөгч хүчин болно.

Хөврөлийг төлжүүлэх шим тэжээл бол эхийн шимийн долоон тунгалаг бүхий цус болно. Эхийн идсэн таван махбодын чанар бүхий зургаан амтат идээ ундаа шингээлтийн гурван хүчин хийгээд өнгө урвуулагч шарын үйлдлээр боловсрон цус болж цусны судлаар умайд хүрээд эхсээр дамжин хөврөлийн хүйсэнд орно. Хөврөлийн хүйсэнд орсон цус нь хийн хөдөлгөх хүчээр арга судал хийгээд цусны судлаар хөврөлийн бүх биед тархаж түүнийг төлжүүлнэ. Хөврөлийн төлжилтийг таван

махбодын үүднээс тайлбарлавал: шороо махбодын эрдмээр яс, мах зэрэг чийргийн хувь бүрэлдэхийн дагуу хамрын эрхтэн бүтэж, түүний орон-үнэрийг мэдэх болгоно. Усан махбодын эрдмээр цус хийгээд хэлний эрхтэн бүтэж, түүний орон зургаан амт, нойтон чийгтэй зүйлийг мэдэх болгоно. Гал махбодын эрдмээр илчийг үүсгэж биеийн өнгө зүсийг тодруулж нүдний эрхтэн бүтэж, түүний орон-хэлбэр дүрсийг таних болгоно. Хий махбодын эрдмээр, гадар, дотор амьсгаа хийгээд түүний хуваариуд бүрэлдэх бөгөөд хүрэлцэх мэдрэлийн эрхтэн бүрэлдэж, түүний орон-хүрэлцэхүйний мөн чанарыг мэдэх болгоно. Огторгуйн эрдмээр биеийн гадаад дотоод сүв ба амь, тамирын гүйх сүвнүүд бүрэлдэхийн дагуу чихний эрхтэн бий болж, түүний орон дууны-мөн чанаруудыг сонсох болгоно. Биеийн эл хэсэг болон эрхтэнүүд нь энэ мэтээр тус тусын жам ёсоороо бүрэлдэж, мэдрэлүүд нь алхам алхамаар түгээмэлждэг юм.

Хөврөлийн бойжилтын явц: хөврөл тогтсоноос эхлэн хөврөлийн хүйс бий болтолх эхний таван гаригийн хөврөлийг өндөглөг хөврөл гэж, зургадугаар гаригаас нярайлах хүртэлх хөврөлийг хөврөл хүүхэд гэнэ.

Нэгдүгээр сард цагаан, улаан дусал нэгдэж умайн дотор тогтсон өндөглөг хөврөл нь тараг мэт байснаа аажмаар бойжсоор өндлөг хэлбэртэй болж хүйсний ором үүснэ. Хоёрдугаар сард хөврөлийн хүйс тогтох, цаашид хөврөлийн арга судлыг түшиглэн амины гол улаан судал хийгээд түүний гол салаанууд салбарлан гарч, нүд, толгой, биеийн үндсэн хэлбэр бүрэлдэнэ. Энэ үед хөврөлийн хэлбэр нь загастай төсөөтэй болдгоор нь эртний хүмүүс түүнийг хөврөлийн бойжилтын загасан шат гэжээ. Гуравдугаар сард дөрвөн мөч анх цухуйж, ясан сүв, таван цул, зургаан савын дүрс тодорно. Дөрөвдүгээр сард дөрвөн мөч бүрдэж хорин хурууны дүрс их төлөв гарна. Бүх биеийн цагаан, улаан судсууд нь тогтож, хүүхэд хөдөлж эхэлнэ. Энэ үед хөврөлийн толгой, дөрвөн мөч бүрдээд яст мэлхийн дүрстэй болдгоор нь эртний хүмүүс түүнийг хөврөлийн бойжилтын яст мэлхийн шат гэжээ. Тавдугаар сард булчин, шөрмөс, өөхлөг эд, цөмөг, яснууд, бүх биеийн арьс тогтоно. Зургадугаар сард таван эрхтэн, есөн сүв тодорхой нээгдэж үс, хумс ургана. Хийн гүйдэл нэвтэрч таван цул, зургаан сав зэрэг дотор эрхтэний ажиллагаа бүрдээд зүрхний цохилт сонсогдох болж, анхны мэдрэл орно. Долдугаар сард бүх биеийн эрхтэн бүхэн улам бойжин төгөлдөржинө. Наймдугаар сар бол хэвлий дэх хүүхэд хөврөлийн шээс зэрэг хирүүдийн агуулагдсан хэгэйн ус—ариун бус зүйлийн дунд оршдог учраас эртний хүмүүс түүнийг хөврөлийн бойжилтын гахайн шат гэжээ. Есдүгээр сард бойжиж гүйцээд эхийн уруу арилгагч хийн гүйдлээр нярайлж гарна. Сая нярайлж гарсан хүүхдийг нярай хүүхэд буюу нялх хүүхэд гэнэ.

Биеийн өвөрмөц чанарын үүсэлт: Биеийн өвөрмөц чанар бол хөврөл тогтох үед үүснэ. Үүнд хөврөл тогтох цагаан, улаан дуслын доторх хий, шар, бадган бол биеийн өвөрмөц чанарыг үүсгэх үндсэн шалтгаан болно. Жишээлбэл: цагаан улаан дуслын дотор хий, шар, бадган гурвуулаа харьцангуй тэнцүү бүрэлдсэн урьтал доор хий гөллох, шар голлох, бадган голлох, хий шар чацуу голлох, хий бадган чацуу голлох, бадган шар чацуу голлох, хий шар бадган гурав чацуу хурах зэрэг долоон зүйлийн аль нэг нь байж болно. Энэ бол биеийн өвөрмөц чанарын үүсэлт болох бөгөөд адил бус долоон зүйл болохын гол шалтгаан мөн. Цагаан улаан дуслын дотор хий, шар, бадганы аль нь голлох нь эцэг эхийн биеийн өвөрмөц чанар лугаа шууд холбогдолтой байдаг. Ер нь үр хүүхэд нь эцэг эх буюу өвөг дээдсийнхээ биеийн өвөрмөц чанарыг дуурайх нь олон байдаг гэж үздэг. Энэ бол удамшлын ухааны тухай Монгол эмнэлгийн үндсэн үзэл мөн. Гэтэл хөврөл тогтсоноос хойш бойжилтын явцдаа эхийн идээ ундааны шим тэжээлээр өсдөг учраас эхийн идээ ундаа, явдал мөр нь хөврөлийн анх тогтоход үүссэн биеийн өвөрмөц чанарын тогтворжихыг нөлөөлөх нөхцөл болж мэдэх юм. Жишээлбэл: эхийнх нь эдэлсэн идээ ундаа, явдал мөр нь хөнгөн, ширүүн зэрэг хийн бэлгэ чанарын бүрэлдэхүүнүүдийг төлжүүлэх зүйл голлосон бол хөврөлийн биеийн хийг нэмэгдүүлэн төлжүүлнэ. Халуун, хурц зэрэг шарын бэлгэ чанарын

бүрэлдэхүүнүүдийг төлжүүлэх зүйл голлосон бол хөврөлийн биеийн шарыг нэмэгдүүлэн төлжүүлнэ. Хүнд, хүйтэн зэрэг бадганы бэлгэ чанарын бүрэлдэхүүнүүдийг төлжүүлэх зүйл голлосон бол хөврөлийн биеийн бадганыг гол төлжүүлнэ. Үүнд хий, шар, хий бадган, шар бадган зэрэг хавсран голловол ямар болохыг дээрх гурваас жишин мэдэж болох юм. Бас хий, шар, бадган гурвыг чацуугаар төлжүүлэх зүйлийг эдэлвэл хөврөлийн биеийн хий шар бадган нь мөн чацуугаар төлжинө.

Хөврөлийн дагалдах эрхтэн: Үүнд хойтох (эхэс) болон хэгэй багтана. Эхэс бол хөврөлийн бие, эхийн биеийн хооронд бодисын солилцоо хийх чухал эрхэн болно. Түүний дотор маш арвин, нарийн судал торлож, дундаа зузаан, хөвөө нь нимгэн хавтгай тойрог хэлбэртэй, голч нь 10—20 см, зузаан нь 1,5 см байдаг. Эхсийн нэг тал нь умайг ханатай наалдаж, нөгөө талын төв дунд нь хөврөлийн хүй барилдана. Эхийн цус, хөврөлийн цус нь энэхүү хүйгээр нэвтэрнэ.

Хэгэй бол хөврөлийн гадуур бүрхэж байгаа нэгэн давхар хальслаг гэр мөн. Бас хөврөлийн гэр ч гэнэ. Хэгэйн хөндий дотор хэгэйн ус дүүрэн байдаг. Тэр бол хөврөлийг хамгаалах, нярайлах үед төрөх замыг угаан гулгамтгай болгох үйлдэлтэй. Сар гүйцсэн хөврөлийн хэгэйн ус нь бараг 1000—1500 мл байдаг.

Дараагийн дугаараас цагаан судал, хар судал, сүв цул сав, таван цул зэргийг уншина уу.

Хэвлэлд бэлтгэсэн их эмч Э. Сүхбаатар, Ж. Буянцог, Э. Пүрэвдаваа

ХЯТАДЫН АНАГААХ УХААНЫ ХӨГЖЛИЙН ТҮҮХЭН УЛАМЖЛАЛ

Хятад ардын эмнэлэг өнө эртний түүхтэй. Хятад эмнэлгийн анхны эх суурийг бөө мөргөлийн домнох аргын үндсэн дээр тавьсан гэж үздэг. Анх МЭӨ 77—6 оны үед Лю шяны (Баруун хань улсын зохиолч, хэлзүйч) туурвисан «Сургаал бичлэг» гэдэг бичигт «Эрт дээр үед мяо омгийн мяо фү гэдэг бөө хүн байсан бөгөөд «арван үсэгт тарнийг» хойт зүгт уншиж даатгаад хүнд хөнгөн өвчнийг домнох (заслын) аргаар засдаг байсан тухай тэмдэглэсэн байдаг.

Бөөгийн заслын гол нь домын аргаар тай түйтгэрийг арилгахыг даатгах арга байсан боловч яваандаа архи болон ургамлаар хийсэн эмийг хэрэглэж байсан баримт бий.

«Уул усны судрын аас баруун орны бичиг»-т «Лин шань (одоогийн Вьетнамын төв хэсэгт буй) гэдэг газар байх бөгөөд шань (мэрэг төлгийг үндэслэгч, зурхайч). Ү нь пень нарын арван бөө Лин шань гэдэг газарт ирж олон эм (ургамал) түүж авсан, бараг тэд нар эмийн ургамлыг анх хэрэглэж эхэлсэн байж болох агаад Шань

улсын үед дээрх хоёр хүний нэрний Шянь пень гэдэг хоёр үг нь бөө гэсэн нэр үг болж хэрэглэгдэж байсан тухай дурдсан байхаас гадна Зүүн Жоу улсын үед (МЭӨ 770—256) бөөгийн домнох арга, эмчлэх арга хоёр салж, эмнэлэг нь тусгай эмээр өвчнийг эмнэдэг болсон тухай» тэмдэглэсэн байдаг.

Хятад эмнэлгийн түүхэнд бөө мөргөлийн домнож засах аргаас эмээр эмнэх аргад аажмаар шилжин, домнох, эмнэх хоёр ухаан биеэ дааж салснаар Чин (МЭӨ 221—206), Хань (МЭӨ 206—220) улсын үед хятад эмнэлэг хөгжлийнхөө шинэ шатанд орсон гэж үздэг.

Зүүн Хань (МЭӨ 25—220) улсын үед Жан Жунжин гэдэг нэгэн сайн эмч байжээ. Тэр үед халдварт тахал, хижиг өвчин их дэлгэрснээс үндэслэн Жан Жунжин «Нэй-жин», «Нань-жин» гэдэг нэрт судруудыг судлахын зэрэгцээгээр ардын хэрэглэж ирсэн уламжлалт жоруудыг цуглуулж нэгтгээд «Томуу өвчнийг тайлбарлах нь» гэдэг бичгийг туурвижээ. Энэхүү бүтээлийн дотор хятад эмнэлгийн зүй,

түүнийг эмчлэх зарчмын үндсийг тайлбарласнаараа хятад эмнэлгийн эмчлэн засах эх суурийг тавьж өгснөөр барахгүй энэ номд бичсэн 3—400 эмийн жорын ихэнхийг тэр хэвээр нь нийтээрээ хэрэглэхээр өнөө хүрчээ.

Энэ номд халуун, хүйтэн, хий ба бие, гадна, дотно, арга билгийн онолыг тайлбарлаад хөлс, шүлс, ялгадас, халах, хөрөх зэрэгт тулгуурлан эмчлэх аргыг буй болгосноороо Хань улсын үеийн эмнэлгийн баялаг арга туршлагаар Хятад эмнэлгийн хөгжилд чухал хувь нэмэр оруулсан хүн гэж үздэг тул хойч үеийнхээ дотор «оточ багш» гэж алдаршжээ.

Хань улсын Хуа тую (МЭӨ 208) бол Хятадын нэртэй эмчийн нэг юм. Хуа тую эмнэлгийн олон төрөлд нэвтэрхий мэргэжсэн, зүү эмчилгээ, мэс заслыг илүү сонирхдог хүн байжээ. Мансууруулах болон мэдээгүйжүүлэх эм бүтээгээд өвчтөнд мэс засал хийхийн өмнө архиар хийсэн эмээр мэдээгүйжүүлээд бүх бие мэдээ алдсаны дараа мэс засал хийдэг байжээ. Энэ нь өвчтөний зовуурийг багасгах гол арга болж байжээ. Энэ аргыг нээснээрээ дэлхийд анх түрүүн өвчтөний бүх биеийг мэдээгүйжүүлэх арга хэрэглэсэн хүний тоонд зүй ёсоор ордог билээ.

Тэрээр өвчтөнд зориулсан дасгалыг бар, буга, баавгай, сармагчин, жигүүртэн зэрэг таван төрлийн амьтны хөдөлгөөнийг дууриан дүрсэлж зохиосон нь хүний биеийг хөдөлгөөнд оруулахад ихээхэн тохиромжтой дасгал болсон ажээ.

Лу улс (МЭӨ —256)-ын дээд түшмэд Жи Канз гэдэг хүн Кунзэд (МЭӨ 551—479) нэгэн эм илгээсэнд «Би эмийн хүчийг мэдэхгүй тул амсаж үл чадна» гэж хэлсэн байдаг. Байлдаанч Хятад улсуудын үеийн (МЭӨ 475—403) Тэн улсын «Тэн вэнь гүн» гэдэг сударт Баруун хань улсын үеийн Шан шү гэдэг бичигт «хүн эмийг уухад өвчтөн хүний дотор эвгүй оргихгүй бол өвчин үл эдгэрнэ» гэсэн байх бөгөөд «эмч эм барих, өвчтөн эмийг хүртэх нь нарийн учир холбогдолтой байдаг тул эзэн хүн эмийг хүртэхэд сайд нь эхлээд амсана, эцэг эх нь эмийг хүртэхэд хүү нь эхлээд амсах хэрэгтэй, энэ нь өвчтөн хүнд учрах аюулыг арилгана» гэсэн буй. «Шүй Да гүн гэдэг хүнд хумхаа өвчин туссанд эм хүртэхдээ эхлээд том хүү Шүй жи-д амсуулаагүй, тул Шүй Да гүн эмэндээ хордоод нас барсан тул том хүү Шүй жи бүтэн жил үйлж байгаад нас баржээ» гэж тэмдэглэжээ. Үүнээс үзэхэд эм бий болсон нь дэвшилттэй боловч эм нь хүчтэйн дээр харьцангуй бүдүүлэг байсан учир хүнд эм болохын зэрэгцээгээр хордуулах муу нөлөөтэй байсан нь харагдаж байна. Гэвч эмээр өвчнийг засах нь зөв юм гэдгийг ойлгосны үндсэн дээр эм хийсэн нь ихээхэн амжилтад хүрсэн нь мэдээжийн хэрэг юм.

Байлдаанч улсуудын эхэн үед (МЭӨ 455—395) Ли-Ли гэдэг хүний тооцоолсноор «жирийн нэгэн тариачин өрхийн зардалд эмчилгээний зардал багтдаг байсан» гэсэн нь овгийн байгуулал устсаны дараах үеэс ч эмчлэх дадлага туршлага улам

их хөгжиж ирсэн тухай дурдсан хэрэг юм.

«Түүхэн тэмдэглэл» (Хань ү ди-гийн үед МЭӨ 104—31 онд эмхэтгэж зохиогдсон)-д «Байлдаанч улсуудын үеийн нэртэй эмчийн нэг Бянь чүэ бол судасны засалзүйг анх нээсэн хүн юм. Тэрээр хүний царай зүс, дууны өнгө, хөдөлгөөнөөр өвчний хүнд хөнгөнийг мэддэг, тэр үеийн улсуудын (байлдаанч улсууд) том хотуудын хооронд тэнүүчлэн явж эмчилж, эм барьдаг хүн байв. Яаа улсын нийслэл Хань дань хотод байхдаа эмэгтэйчүүдийн эмнэлгийг бий болгоод, Жоу улсын нийслэл Луо ян хотод байхдаа настангуудыг хүндэтгэн үздэг заншлыг үндэслэн, нүд, чихний эмнэлгийг бий болгож, Чинь улсын нийслэл Шянь ян хотод байхдаа хүүхдийн эмнэлгийг бий болгожээ. Гэтэл Чинь улсын эмч Ли-ши гэдэг хүн мэдлэг мэргэжлээр түүнд хүрэхгүй гэдгээ мэдээд Бянь чүэг хорлож алсан» гэж тэмдэглэсэн байдаг.

«Түүхэн тэмдэглэл»-д нэртэй сайн эмч нарын нэрийг дурдахдаа Бянь чүэгийн нэрийг хамгийн эхэнд бичсэн байдаг нь учир холбогдолтой юм. Бянь чүэ бол бөөгийн домбын аргыг эсэргүүцдэг байсан бөгөөд «эмчилж үл болох зургаан төрлийн өвчин байгааг дурдаад «бөөд итгээд эмнэлэгт үл итгэх нь» эмчилж үл болох өвчний нэг мөн» гэж хэлсэн байдаг.

Бянь чүэ-гийн туурвисан «Нань-жин»-д (Хятад эмнэлгийн тулгуур бичиг бүгд 81 боть) хүний цогцсыг задлан шинжлэх аргаар судасны засалзүй, өвчнийг тодорхойлох аргыг нээснээрээ анагаах ухааныг чөтгөр бурханд бишрэх ойлголтоос бүрмөсөн ангижруулснаараа дэвшилттэй юм.

Бөө, эмнэлэг хоёрыг заагласнаас хойш хятад эмнэлгийн аога туршлагыг нэгтгэн дүгнэсэн анхны хүн бол Бянь чүэ мөн бөгөөд судас барих заслыг үндэслэгч юм. Байлдаанч улсуудын үеийн «Нэй-жин», «Сү-вэнь», «Лүн-шү». «Жэнь-жин» зэрэг хятад эмнэлгийн дээж бичгүүдэд цогцсын задлаж ажиглаат хийгээд өвчний учрыг тогтоох, зүү, төөнүүрээр засах аргыг хөгжүүлэх аргыг тодорхойлсон байдаг.

Гэвч тэр үед цогцост задлан шинжилгээ хийх арга нь харьцангуй бүдүүлэг байсан тул өвчний учир шалтгааныг тодорхойлохдоо арга билэг, таван махбодын онолыг хэрэглэхээс өөр аргагүй байжээ.

«Жоу улсын (МЭӨ XI зуун) ёс заншл» эмгэх сударт «ордны эмнэлгийн ёсонд их эмч, дотрын эмч, мэс заслын эмч, хоол хүнсний эмч, малын эмч гэж байсан» тухай дурдсан байдаг.

«Хань улсын бичиг»-т анагаах ухааныг ерөнхийд нь анагаахын онол, эмнэлгийн гэсэн хоёр бүлэгт хувааж, дотор нь эмийн жор, дотор эмэгтэйчүүд, хүүхэд, сэтгэл мэдрэл гэсэн таван хэсэгт ангилна. Өвчнийг эмээр засах, хоолоор засах хоёр арга гол нь болно. Үүнээс гадна өрх гэрийн дотор хурьцлыг зохицуулж урт нашлах, иллэг хийх, хөдөлгөөнт дасгал хийж урт наслах бурхан сахнусын аргууд бас байдаг» гэж дурдсан бий.

Хятадын түүх шаштирт бичсэнээс үзэхэд анагаах ухаан, эм хоёр бий болсон тухай олон баримт байх бөгөөд анагаах ухаан, эм хоёр салшгүй холбоотой, нэгэн үед үүссэн нь тодорхой.

Дээрх баримтууд бол хятадын анагаах ухааны үүсэл хөгжлийн түүхийг тов тодорхой өгүүлж байгаа боловч дурдан буй түүхэн баримтаас үзвэл эмгүй эмнэлэг байдаггүй, эмнэлэггүй эм байдаггүйн дээр эм, эмнэлэг хоёр харилцан холбоотойгоор үүсч хөгжиж ирсэн нэг юмны хоёр тал юм. Үүгээрээ бөөгийн (домнох, тарнидах) ёсыг ялж гарч ирсэн онцлогтой ажээ. Эм, эмнэлэг хоёр үүсч хөгжихийн зэрэгцээгээр эмийн бус эмчилгээг ардын уламжлалт арганд тулгуурлаж хослуулан хэрэглэж байсныг нэгэнт нотолсон ажээ.

Түүхэнд нэг хүн (баатар, удирдагч)-ийн үүрэг, нөлөө чухал боловч ер нь түүх бол ард түмний түүх байх бөгөөд түүхийг ард түмэн бүтээдгийн адил анагаах ухааны үүсэл хөгжилд нэг хүн (шинэ нээлт бүтээл гаргах, ном бүтээл туурвих зэрэг)-ийн үүрэг, нөлөө байдаг боловч угтаа анагаах ухааныг ч, эмийг ч, эмийн бус эмчилгээг ч ард түмэн бүтээдэг, ард түмний олон зууны мянган жилийн туршлага дээр тулгуурлан үүсч хөгждөгийг дээрх түүхэн баримтууд гэрчилж байна. Тийм ч учраас ноёдын (эзний, ажилчны, сэхээтний) анагаах ухаан гэж хэлдэггүй,

«ардын эмнэлэг» гэдэг үг бий болсон нь санамсаргүй зүйл биш юм.

Хүн төрөлхтөн эрүүл энх, сайн сайхан аж төрөхийг хүсдэг тул эмнэлэггүй улс гүрэн гэж байсангүй. Г. Ф. Осборн (АНУ), В. Е. Ларичев (ЗХУ), В. Д. Мэтью (АНУ), Лүй Жэнь юй (Хятад) зэрэг эрдэмтдийн нотолгоогоор Монгол газар бол Төв Азид хүн анх үүссэн өлгий нутаг гэж үздэг. Тэгвэл Монголын уламжлалт эмнэлэг нь хятад ардын эмнэлэг үүсэхээс өмнө бий болсон байх нь мэдээж юм. Гэгцхүү түүнийг нарийвчлан судлах асуудал учир дутагдалтай байгаагаас гадна уламжлалт эмнэлгийг хүн ардын эрүүл мэндэд ашиглаж, суралцаж, хамгаалж, баяжуулан хөгжүүлж байх учиртай юм.

Орчин үед хятад эмнэлгийн давуутай сайн тал нь ардын эмнэлгийн эмнэн засах уламжлалт аргыг европын эмнэлэгтэй хослуулан хэрэглэснээр мэдэгдэхүйц үр дүн өгч байгааг туршлага нотлож байна.

ӨМӨЗО-д ч монголын уламжлалт эмнэлгийн эмчлэх, засах аргыг өвлөн хадгалааар орчин үеийн анагаах ухааны шилдэг ололт туршлагатай хослуулан хэрэглэснээр амжилт олж байгаа олон баримт байна. Иймд монгол анагаах ухааны уламжлалт аргуудыг нягтлан судалж, орчин үеийн анагаах ухаантай хослуулан хэрэглэвэл үр өгөөжөө өгнө.

Дорно дахины судлалын хүрээлэнгийн эрдэм шинжилгээний ажилтан Г. Гунгаа

МОНГОЛЫН АНАГААХ УХААНЫ НЭГЭН ЧУХАЛ СУРВАЛЖ БИЧИГ

Монголын анагаах ухааны хөгжилд нэлээд түлхэц өгсөн гэхээр ховор нэндэн ном зохиолын дотроос монгол эмнэлгийн мэргэжилтэн эмч судлаачдын ширээний номын эхэн байх «Дээрээс тогтоосон дүрс тус бүрийг бүртгэсэн бичиг» номыг эхээс нь хуулж, манай буурал эрдэмтэн, доктор, профессор Б. Ринчен агсан эрхлэн 1971 онд таван зуун хувь хэвлүүлсний оршилдоо «...Монголч эрдэмтэн Бертольд Лауфер монгол манж бичиг зохиолын тухай бичсэн нэгэн зүйлдээ latinaас монгол хэлэнд орчуулсан анагаах ухааны нэгэн бичиг буйн сураг гаргаад чухам буй үгүйгий нь олж үзээгүй гэж тэмдэглэсэн». Сүүлд уг эх бичиг нь номын санд шилжин ирээд, энэ завсар тэргүүн дэвтэр нь алдагдсан учир, эл сонин чухал бичгийг тэргүүн дэвтрийн нь Жамъян гуайн хуулсан, Лисовскийн зурсан зурагт дэвтрээр, бусдыг нь уг эх бичгээс зураг татан үүнээ нийтлэхдээ, анх ялж олсон түүхий нь дурдан тэмдэглэж, судлан үзэх хүмүүст уламжилаа гээд анх 1929 онд булчин гэдэг нэрийг хэрхэн хэрэглэх бэлсныг дурьдаад ... гэтэл монгол хэлнээ мах гэдэг үг, дан ганц булчин махаар зогсохгүй, тарбусын мах гэх зэргээр жимсийн бүтсэн зөөлөн хувийг нэрлэдэг нэр бичгийн болон аман хэлэнд байсныг

анзаарсангүй, бас европод Польш хэлнээ миенсо гэж орос хэлний мясо гэдэгтэй дүйх үг нь анагаах ухааны хэлэнд нь даруй мускулус гэдэг латин нэр, мышца гэдэг орос орчуулга, мускелн гэдэг латин хэлнээс герман хэлэнд хэрэглэсэн хэлбэртэй дүйдэг утгатай байгаа нь даруй монгол хэлээр мах гэдгийн утгатай нийлэхийг мэдээгүй байлаа гэснээс үзвэл энэ номыг нарийвчлан нягтлан судлах явдал хэчнээн чухлыг харуулсан ганц жишээ боловч харамсалтай нь хэвлэснээс хойш хорь шахам жилд уг номын талаар ямар ч судлагч юу ч бичээгүй мөнөөх хуучны хоцрогдсон гэх хомхсон бодол захиргааны уршгаар хойш тавьсаар өнөө хүрчээ.

«Дээрээс тогтоосон дүрс тус бүрийг бүртгэсэн бичиг» номыг анхааран уншиж нарийвчлан авч үзвэл уг зохиол дээд боть, тэргүүн дэвтэр нь хүний чанар биеийг товчлон өгүүлсэн 60 тал хуудас, нөгөөх дэвтэр нь (үргэлжлэл) 135 хуудас, гуравдугаар дэвтэр нь (үргэлжлэл) 138 хуудас, дөрөвдүгээр дэвтэр нь (үргэлжлэл) 188 хуудас, «Дээрээс тогтоосон дүрс тус бүрийг бүртгэсэн бичиг» доод боть, тэргүүн дэвтэр нь хүний өвчин эмгэгийн уг шалтгааныг эхлэн өгүүлсэн 173 хуудас, дэд дэвтэр нь (үргэлжлэл) 175 хуудас

бөгөөд толгой, нүд, хамар, чих, элэг гэх мэт бүхий л эрхтэний өвчнийг бичсэн боловч хүүхэд эмэгтэйчүүдийн өвчнийг нэг их өгүүлээгүй нийт хоёр боть 6 дэвтэр байгааг бодоход үргэлжлэл бий бололтой санагдана.

Энэ зохиолын дотор хүний бие бүтцийн онцлогийг машинд нарийвчлан тодорхойлж бичихдээ урьд үеийн олон мөргэдийн бүтээл болон өөрийн үеийн судлагчдын нүдээр үзэж шинжилж тогтоосныг иш татахдаа нэгэн мэргэн ард ингэсэн байхад нөгөө мэргэн ард ингэсэн гэх зэргээр тухайлбал: Зарим ард амьд нохойг яраад дэлүүг огтолж авсан тэр нохой үл үзэн мөнхүү амьд агсан ажгуу. Тиймийн тул дэлүүг асар чухал хэрэгтэй бус болгон өгүүлжээ. Тийм боловч дэлүүн доторх судал дор алдах өтгөнүүд тогтож дэлүү нь тосож авсан тэрхэн гаргахуй мөр бөглөрвөөс нэлдээ цэр, неж цус тэргүүтэн муу зүйлээр дор тогтожу өвчин болох болмой (3-р дэвтрийн 134—137-р хуудас) гэх зэрэг баримт олон олдоно.

Өнөө үед монголын анагаах ухааны түүхэнд тун ховор нандин дурсгалт бичиг болох эл номыг олон талаас нь сайтар бясалгаж бусад олон ном судартай харьцуулан үзээд байвал уг номыг бүтээгч нь өрнө дорно зүгийн олон эрдэмтний бүтээлийг сайтар уншиж бодит баримтад тулгуурлан монгол анагаах ухааны утга зохиолын хэл найруулгаар нэр томъёог чадмаг хэрэглэн маш яруу тодорхой бичиж чаджээ. Тийнхүү тун чадварлаг бичсэн мөртөө зохиогч нь тодорхойгүй байгаагаас үзэхэд нэлээд түрүү үеийнх болов уу гэж бодогдуулах бөгөөд монгол эмнэлэгт хэрэглэсээр ирсэн дорно дахины уламжлалт олон ном судраас эрс шинэлэг бүтээл болсныг үзвээс зохиогч нь монгол хэл бичиг, зан заншил, найруулгавийн аргыг сайтар эзэмшсэн бичгийн өндөр соёл боловсрол, анагаах ухааны болон шинжлэх ухааны өргөн дэлгэр мэдлэгтэй онош, эмчилгээний хийгээд эм тан найруулах аргыг ч мэдэх учраас гадаад үг хэллэгт нэг их баригдалгүй унаган монгол хэлээр утга төгөлдөр бичсэн бололтой. Түүнээс жишээ татвал: шээсийг шингэн мөр, баасыг өтгөр мөр гэсэн нь манай ард түмэн өтлөх өвдөхийн цагт өтгөн шингэнтэйгээ холилдох бий дээ гэж болгоомжлон ярьдагтай агуулга нэгэн буй.

Энэхүү зохиолыг хэвлүүлэх үедээ профессор Б. Ринчен гуай XVIII зууны үес анх латин хэлнээс монгол хэлэнд буулгасан анагаах ухааны зохиол бөгөөд тэр үеийн зураг бүхий хосгүй ховор бичмэл ном гэж үзээд, «Дээрээс тогтоосон дүрс тус бүрийг бүртгэсэн бичиг» дотор орсон монгол нэрийн бүгд хэлхээнд латин нэрийг нь оноон хадаж, бас эргүүлэн латин нэрийн цагаан толгойн дэсээр монгол нэрийн бүгд хэлхээ хийж тус бичигт ямар латин нэрийг монголоор яг орчуулан хийсний нь шинжин түүж яг бичгийг нягтлан үзэж, монгол хэлнээ анагаах ухааны хэл найруулга боловсрол гарсан түүхнээ энэтхэг, төвдийн анагаахуйн зохиолын хэл, латин хэлнээс орчуулсан зохиолын анагаахуйн

хэлний тухайд судлах хүнд үзэн сөхөхөд дөхөм болно гэжээ.

Хэрэв монгол латин нэр томъёог тулгаад нарнийн судлаад ирвэл уг зохиолыг яг хэдүйд хэн орчуулсан хийгээд цаад эх зохиол нь ч тодорхой болж юу магад мэт бодогдоно.

Одоо ховорхон боловч олдож байгаа хувьнас нь уншихад хүний бие толгойн 60, хүзүү 7, арын 12, нуруу 5, ууц 10 сүүж 6, өвчүү оморуттайгаа 5, хавис 24, гар 62, хөл 60 нийт 251 яс буй гээд гарын алгыг 4 ястай, хөлийн өлмийг 5 ястай гэснээс үзэхэд XV зууны дундуур бичигдсэн А. Везалийн номын ангиллаас нэлээд өөр байх бололтой нь анхаарал татлаа.

Мөн номыг бичих үеийн монголын болон бусад орны шинжлэх ухаан нэн ялангуяа анагаах ухааны онол практикийн мэдлэгийн түвшин хэр зэрэг байсныг авч үзэхэд хэрэгтэй баримт ч байж мэдэх билээ.

Уг зохиолыг анхааран уншиж суухад өнөө хэрдээ яагаад тэгж нэрлэсний нь ухан ойлгоход хэцүү нэр томъёо ганц нэг байгаагаас жишээ татвал: Нугас мэдрэлийн ширхгийн хамт байгааг 3-р дэвтрийн 20-р хуудсанд дахь зургийн о-тайлбарт морины сүүл дор адилсан нугарсан энэ буй гэж бичсэнээс үзэхэд латинаар адууны сүүл шиг гэдгээс ялгавартай мэт бөгөөд уг зураг латин номын зурагтай ижилгүй шиг санагдана. Ер нь энэ номонд нугасны нигурсан гэж бичээд байгаа нь ч анхаарал татаж байна. Мөн эр эм бэлгийн (хүйсний) булчирхайг сархаж буюу сархана гэж бичээд байгаа нь ямар учиртай нэршил болох нь тодорхойгүй. Цаашилбал шор гэдэг нь нойр булчирхайн цоргоор ялгардаг эсгэлэн ус гэсэн бөгөөд түүнийг ялган танихын тулд (4-р дэвтрийн 41-р хуудсанд бичихдээ) нугасны өдний гуурсны нэг үзүүрийг нохойн нойрын судсанд хатгаад нөгөө үзүүрийг болор лонхны амсар дор оруулж сугарахааргүй батлан боогоод нохойн гэдсийг үдэж нэг хоёр өдөр болсон хойно лонхыг авч үзвэл лонхон дотор нойроос цуварсан шортой ус буй ажугу гэх буюу цэсний хүүдийг шүлсний гэр гэж нэрлээд цэсний цоргоор ирэх шингэнийг гашуун ус хэмээж эдгээр нь дээд гэдсэнд нэгэн газар нийлээд ордгийг харуулсан зураг (46-р хуудсанд) байгаа, цааш 84-р хуудсанд бичихдээ Бөөрний хоёр этгээд дор бүтсэн хар шүлсний гэр хавтага мэт болоод өөхөнд хулдагдсан хавтаны төдий, байдал нь бөөрөнхий хавтагай, баруун нь зүүнээс өчүүхэн их. Тэр нь зөөлөн дотор нь тунгаагдсан шүлс мөнхүү гэдэргэ цус хуриахуй судасны салаагаар гэдэргээ цус хураах их судсаар буцамай. Басжүү дээд ботийн нөгөөх дэвтрийн 84-р хуудсанд өвчүүний тус нэгэн булчирхай өчүүхэн цаг дор ихээхэн болоод өсөхүй дор улмаар хатан хумбиж өчүүхэн болмой. Усан чанартай хүмүүний булчирхай ихээхэн буй, Энэ булчирхай чухам тараагч хураагч хоёр их судлын шинийн судлыг тосоод, бас биед тус болох нэгэн зүйл усыг тунгаамай. тунгаахан ус биед хэрхэжү тус болохыг тодорхой гарган эс

өгүүлжээ гэснээс үзэхэд одоо хэр нь бүрэн судалж гүйцээгүй дотоод шүүрлийн булчирхайн бүтэц үйл ажиллагааг ялган танихыг хичээж байсан баримт гэлтэй.

Хүний бие, эрхтэний хэмжээг алд, сөөм, ямх, хуруу, хусам зэргээр тооцон бичсэн нь монголчуудын эртний уламжлалт хэмжих ухааны нэг юм.

Доод ботийн тэргүүн дэвтрийн эхэнд өгүүлсэн нь: хойно герен-сийн олны эсхонд лаб нэрт хүмүүний үе дор хүрч ирсээр чин үнэн сэтгэлээр эмчийн ёсыг хичээж хүний өвчнийг зассаар нэр алдаршсан бөлгөө. Түүний өнгөрсний хойно хамаг хүмүн гомдон гэмшиж чулуугаар дүрсийг үүдэж тахибай. Түүний ахмад хүү Ма ка онг эцгийн ёсыг залгамжлан үеийн үе дор уламжлан өвчнийг засаж мянган он болсны хойно, түүний 18-р үеийн ач эи бо гев ратний үе дор мөн түүний элэнцээс уламжилсан зүйл бүрийн аргыг хураагаад нэгэн газар нийлүүлж бас өөрийн тэнсэж зассан аргыг нэмж бүлэг хэсэг болгон өөр өөрөөр ялгаж тулгар бичиг зохиогоод сурагч ард дор өөр өөрийн зааж сургаснаар эмчлэн засах ёсоор ертөнц дээр тодорч нэр нь нэн алдаршвай. Эи бо гев рат нэгэн зуу насалсан бүлгээ. Түүний өнгөрснөөс янагш эдүгээ хоёр мянга тавин зургаан он болвой. Үүний хөвгүүн ач нар бас хоёр зуун он

илүү энэ ёсыг дагаж явсаар газар газар өвчин засаж сургууль байгуулж шавь нарыг сургаж өвчний зүйл ба эмийн чанарыг ялган өгүүлэлдэж хичээн танижухай. Зарим өвчин танихад бэрхийн тул амьд гөрөөс жигүүртнийг яраад хэвлийг нь хагалж зүрх, уушги, элэг, гэдэс, дотор ширбүсэн судал тэргүүтнийг барилдагсныг нарийвчлан үзэвэй. Хүмүн адгуус лугаа адил бусын тул басхүү, цаазаар алагсан хүмүүнийг хагалж үзэн дүрсийн тус бүрийг бүртгэсэн бичгийг сая үүнээс үүсгэвэй (доод боть тэргүүн дэвтрийн 9—12-р хуудас) гэж бичсэнээс үзэхэд манай дэлхийн анагаах ухааны түүхэнд хэрэг болох ч зүйл байж болохгүй гэх газаргүй болов уу.

Шинэчлэл өөрчлөлтийн өнөө үед олон ургальч бодлын учиг хөндөн өрнө, дорно дахины анагаах ухааны бичиг судар номыг харьцуулан судалж ашиг тус өгөх анагаах эмчлэх ёсыг хөгжүүлэх эмч, бичиг ном зохиох, эрдэм судлалын ажилтан, эмчлэх ёсонд элэгтэй монгол анагаах ухааныг хөгжүүлэн баяжуулах үнэнч зүтгэлтэн цөм өөр өөрийн холбогдолтой зүйлийг уншиж хэлэлцвээс зохистой энэ номд буй монгол эмнэлгийн түүхэнд холбогдох зарим зүйлийг тодруулан мэдэж болох сонин баримт сэлт байгааг энэ удаад цухас дурдав.

Б. Дагданбазар (АУДС-ийн ахлах багш)
Д. Амгаланбаатар (Д/Э, АУДС-ийн багш)
Б. Пүрэвсүрэн (Э/Ш-ний дэд ажилтан)

ЭРҮҮЛИЙГ ХАМГААЛАХЫН СТАТИСТИК

БНМАУ-ЫН ХҮН АМЫН НӨХӨН ӨСӨХҮЙН АСУУДАЛ

Р. Гур

Эдийн засгийн хүрээлэн

Хүн амын нөхөн өсөхүй* нь үе удам тасралтгүй халагдаж, солигдох процесс билээ. Хүн амын нөхөн өсөхүйн хэв шинжийг тооны талаас өргөтгөсөн, энгий, явцуу гэсэн гурван хэв шинжид хуваадаг. Хэрэв залгамж үе болох хүүхдийн тоо эцэг эхээс олон байвал хүн амын өргөтгөсөн нөхөн өсөхүйг хангах бөгөөд тооны хувьд тэнцүү байвал энгийн, эцэг эхийн тооноос цөөн байвал явцуу хэв шинжийн нөхөн өсөхүй болно. Өргөтгөсөн нөхөн өсөхүйн үед хүн амын тоо өсч байхад явцуу нөхөн өсөхүйд хорогдож байдаг таатай.

Хүн амзүйн ухаан бол хүн амын нөхөн өсөхүйн нэлээд хэдэн үзүүлэлтийг боловсруулсан юм. Эдгээрийн дотроос гол төлөв хүн амын нөхөн өсөхүйн брутто-коэффициент, нетто-коэффициентийг ашиглана. Эдгээр үзүүлэлтийг эрэгтэй, эмэгтэй гэдэг хүйсээр, өөрөөр хэлбэл эцэг буюу эхийг төлөөлөн халах залгамж үеийн хэмжээгээр тус тусад нь тодорхойлдог боловч ихэвчлэн эхнийхийг хэрэглэдэг.

Хүн амын нөхөн өсөхүйн брутто-коэффициент (буюу эмэгтэйн залгамж үе) бол нэг эмэгтэйн хүүхэд төрүүлэх (бэлгийн бойжилт эхэлсэн тэр үеэс эхлэн хүүхэд төрүүлэх үйл ажиллагаа зогсох үе хүртэл барагцаалахад 15-аас 50 хүртэл насанд) насандаа дунджаар төрүүлэх охидын тоо юм. Энэхүү үзүүлэлтийг тооцоход төрөх чадварын нийлбэрийн коэффициентыг төрсөн хүүхдийн доторхи охидын хувийн жингээр үржүүлэн гаргана.

1956 оны байдлаар тус улсын нэг эмэгтэй 15—49 насандаа буюу 34 жилд 4,6 хүүхэд төрүүлэх боломжтой байсан бол 1963 онд 7,0 болон нэмэгджээ. Нэг эмэгтэйн төрүүлэх хүүхдийн тоо буюу нөхөн өсөхүйн нийлбэр үзүүлэлт ахар богино хугацаанд юуны өмнө нэмэгдсэн нь хүн амын насны бүтэц залуужсан, эмэгтэйчүүд, эрэгтэйчүүдийн үргүйдэлт эрс багассан зэрэг нь нөлөөлжээ. Хүн амын гэрлэлтийн түвшин дээшилснээс гадна гэр бүл нийтээр батжих үр хүүхэд төрүүлэх чадвартай нягт холбоотой (1956, 1963 онд уул үзүүлэлтийг гурван аймгаар нэгтгэж тооцсон) юм.

1969 онд төрөлтийн нийлбэр үзүүлэлтийг бүх аймгуудаар тодорхойлсон бөгөөд уул үзүүлэлт 1963 оныхоос нэмэгджээ. Дорнод аймгийн хүн амын төрөлтийн нийлбэр үзүүлэлт 1963 онд Хэнтий, Сүхбаатар аймгийн хүн ам нөлөөгөөр нэмэгдсэн бол 1969 онд хэт их буурчээ. Дархан хот салсантай холбоотойгоор энэ үзүүлэлт Сэвгэнгэ аймагт 1969 онд мөн буурчээ.

1970-аад оны эхэнд хүн амын төрөлтийн түвшин хамгийн дээд цэгтээ хүрч нөхөн өсөхүйн нийлбэр үзүүлэлт түүнийг дагалдан дээд түвшиндээ хүрсэн гэж баттай хэлж болно.

1979 оны байдлаар олонхи аймгуудад төрөлтийн нийлбэр үзүүлэлт 1969 оныхоос буурч, улсын хэмжээнд 7,0 болжээ. Сүүлийн 10 жилд төрөлтийн нийлбэр үзүүлэлт буурах хандлага улам ч эрчимжих болжээ. 1969 онд нийлбэр үзүүлэлт бүх аймгуудад буурч улсын хэмжээгээр 7,0-аас 5,3 болжээ.

Тус улсын хүн амын төрөлт нийтдээ аль нутагт ялгаагүй буурах хандлагад орсон гэдэг дүгнэлтийг хийхэд эргэлзэх зүйлгүй билээ.

Брутто-коэффициент нь чадварыг тодорхойлдог. Гэтэл төрсөн эмэгтэй хүүхэд бүхэн нас бие гүйцэтлээ бойжин амьдардаггүй. Мөн 15 нас хүрсэн охид төрөх чадвар бүхий насны эхчүүдийн дундаж насыг наслаан амьдарч хүн амын нөхөн өсөхүйн процесст оролцдог гэж магадлах боломжгүй нь ойлгомжтой. Ийм учраас хүүхэд төрүүлэх насанд эндэж болзошгүй эмэгтэйчүүдийн тоог төрөх чадвар бүхий (15—44) насны эмэгтэйчүүдийн наслаалтын хүснэгтийг зохион тооцоолон гаргадаг. Үүнийг Нетто-коэффициент гэж нэрлэнэ. Энэ үзүүлэлт төрөх чадвар бүхий насны эмэгтэйчүүдийн төрүүлсэн охин бүр нь эхийн насыг наслах хүртэл амьдрахдаа хэдэн охидын дунджаар төрүүлэх боломжтой илэрхийлнэ.

Хүн амын нөхөн өсөхүйн нетто-коэффициентийг тооцохдоо төрөх чадвар бүхий насны эмэгтэйчүүдийн насны бүлэг тус бүрийн төрөлтийн коэффициентийг тухайн насны бүлгийн амьдарсан эмэгтэйчүүдийн тоогоор (Lx) үржүүлэн 1000-д хувааж гаргана.

Зохиогч нөхөн үйлдвэрлэл гэж бичсэнийг нөхөн өсөхүй гэж авлаа. Аль нь оносон нэр томъёо болох талаар саналаа ирүүлнэ үү.

БНМАУ-ын хүн амын нөхөн өсөхүйн нийлбэр үзүүлэлт

Аймаг	1956	1963	1969	1979	1989
А	1	2	3	4	5
АР			7,8	7,5	5,8
ӨВ	5,1	7,4	8,0	7,9	6,1
ХӨ			7,8	6,9	5,4
БӨ			9,0	8,8	7,1
УВ	5,9	7,7	7,5	7,9	6,1
ХО			8,1	7,9	6,3
ЗА			7,9	7,2	4,7
ГА	5,1	7,2	7,0	7,5	5,0
БХ			7,4	7,4	6,2
УБ	4,5	6,0	6,3	4,8	3,8
ДД	3,8	7,2	5,8	6,9	5,1
СҮ			7,6	7,5	5,7
ХЭ			7,0	7,3	5,1
ӨМ			7,1	7,4	5,4
ДО	5,5	7,0	7,6	6,9	4,7
ТУ			8,2	8,5	5,9
БУ			8,1	5,4	4,7
СЭ	3,6	7,1	6,1	5,7	5,1
ТӨ			7,0	7,2	5,6
ДА			6,3	5,7	3,6
ЭТ				4,5	3,9
ДҮН	4,6	7,0	7,3	7,0	5,3

Хэрэв нетто-коэффициентийн хэмжээ нэгээс их байвал өөрөөр хэлбэл, төрүүлсэн охидын тоо нь эхчүүдийн тооноос давуу

байвал хүн амын нөхөн өсөхүйг өргөтгөсөн, бага бол явцуу, нэгтэй тэнцүү байвал энгийн нөхөн өсөхүй гэж үзнэ.

2-р хүснэгт

Дэлхийн гол бүс өсөхүйн нутгийн хүн амын нөхөн үзүүлэлт (жилийн дундаж)

	Брутто-коэффициент					Нетто-коэффициент	
	1960—1964	1965—1969	1970—1974	1975—1979	1980—1984	1975—1979	1980—1984
	Дэлхийн хэмжээнд	2,40	2,31	2,16	1,92	1,77	1,57
Хөгжилтэй орнуудад	1,31	1,19	1,07	1,00	0,98	0,96	0,95
Буурай хөгжилтэй орнуудад	2,92	2,82	2,62	2,27	2,04	1,81	1,67
ЗХУ-д	1,28	1,22	1,06	0,96	0,93	0,93	0,90
Европ	1,28	1,22	1,06	0,96	0,93	0,93	0,90
Ази	2,75	2,67	2,49	2,12	1,90	1,74	1,59
Африк	3,17	3,16	3,13	3,13	3,10	2,25	2,31

Хүн амын нөхөн өсөлтөөс төрөгчид, нас барагсдын тооны зөрөөг харуулдаг хүн амын ердийн цэвэр өсөлтийг ялгах хэрэгтэй. Тэр нь төрөлт, нас баралтын харьцааны цэвэр дүнг тодорхойлохын зэрэгцээ ердийн цэвэр өсөлтийн коэффициентийн хэмжээний хувьд төрөлт, нас баралтын явцад төдийгүй хүн амын насны бүтцийн онцлогт нөлөөлнө. Тухайлбал, хүн амын бүрэлдэхүүнд залуучууд хэдийчинээ их байвал төдийчинээ олон хүүхэд төрүүлж, төдийчинээ цөөн тооны нас баралттай (ялангуяа манай одоогийн) нөхцөлд хүн амын цэвэр өсөлт их байна. Хэ-

рин хүн ам хөгшрөх процессод давамгайлж бүрэлдэхүүнд хижээл, хөгшин настны хувийн жин нэмэгдээд төрөлтийн коэффициент багасч, нас баралтын коэффициент ихсэж хүн амын ердийн цэвэр өсөлт хорогдоно.

Манай орны хүн амын нөхөн өсөхүйн нетто-коэффициентыг шинжлэхэд хүн амын насны бүрэлдэхүүн, түүнчлэн тухайн цаг үед насны бүтцэд бодитойгоор бий болсон онцлогт нөлөөлөөгүй ажээ. Учир нь үүнийг хүн амын насны зогсонго бүтэц гэж нэрлэсэн таамналыг үндэслэж тооцсон болно.

**БНМАУ-ын хүн амын нөхөн өсөхүйн
брутто, нетто үзүүлэлт**

	Брутто коэффициент					Нетто коэффициент				
	1956	1963	1969	1979	1989	1956	1963	1969	1979	1989
АР			3,8	3,7	2,9			2,6	3,1	2,5
БӨ	2,4	3,5	4,0	3,9	3,0	1,8	3,0	3,4	3,3	2,5
ХӨ	—	—	3,9	3,4	2,7	—	—	3,3	2,9	2,3
БӨ	—	—	4,5	4,3	3,3	—	—	4,0	3,3	2,9
УВ	2,8	3,6	3,7	3,9	3,0	2,1	3,1	3,3	3,3	2,6
ХО	—	—	4,0	3,9	3,1	—	—	3,6	3,3	2,6
ЗА	—	—	3,9	3,5	2,3	—	—	3,4	2,8	2,0
ГА	2,5	3,4	3,5	3,7	2,5	1,7	2,9	3,0	3,1	2,1
БХ	—	—	3,7	3,6	3,0	—	—	3,1	3,0	2,5
УБ	2,3	2,9	3,1	2,4	1,9	1,8	2,3	2,5	2,0	1,6
СҮ	—	—	3,7	3,7	2,8	—	—	3,0	3,1	2,4
ДТ	2,0	3,5	2,9	3,4	2,5	1,5	2,9	3,2	2,8	2,1
ХЭ	—	—	3,5	3,6	2,5	—	—	2,9	3,0	2,1
ӨМ	—	—	3,5	3,7	2,7	—	—	3,0	3,0	2,2
ДГ	1,8	3,3	3,7	3,4	2,3	1,4	2,8	3,3	2,8	2,0
ДУ	—	—	4,0	4,2	2,9	—	—	3,4	3,5	2,6
БУ	—	—	4,0	2,7	2,3	—	—	3,4	2,3	2,0
СЭ	1,8	3,4	3,0	2,8	2,5	1,5	3,0	2,7	2,4	2,0
ТӨ	—	—	4,0	3,6	2,8	—	—	2,7	3,0	2,3
ДН	—	—	3,1	2,8	1,8	—	2,3	2,5	2,4	1,5
ЭТ	—	—	—	2,3	1,9	—	—	—	1,9	1,7
Дүн	2,2	3,4	3,6	3,5	2,6	1,6	2,9	3,1	2,8	2,2

Энэ хүснэгтээс үзэхэд брутто-коэффициент нь 1956 оноос 1969 он хүртэл тасралтгүй нэмэгдэж, цаашдаа буурчээ (2,2 нас 3,6 ба 2,6 болтол).

Нетто коэффициент нь 1956 онд 1,6 байсан бол 1963 онд 2,9 болж нэмэгдээд 1969 онд дээрх хурдац эрс буурч 3,1 болон нэмэгджээ. Харин тэрхүү үзүүлэлт нь 1989 онд улсын хэмжээнд 2,2 хүртэл буурчээ.

Хүн амын нөхөн өсөхүйн явц нь ерөнхийдөө манай улсад төрөлт нөхөн өсөхүйн түвшин нэмэгдэх хандлагад ороод ахар богино хугацаанд туйлын цэгтээ хүрч, эцэст нь эргэлтгүй буурах хандлагад орсон нь харгагдаж байна.

Манай улсад нас бараалт нь нийгэм эдний засгийн дэвшлийн үр дүнд буурах нь зайлш-

гүй бөгөөд харин түүний цаана төрөлт өндөр түвшинд л байх болно.

Хүн амын нөхөн өсөхүйн брутто-коэффициент 2000 онд 2,2, 2010 онд 1,9 болох төлөвтэй. Нетто коэффициент нь 1,9 1,6 байх юм. Нетто-коэффициентын энэхүү хэмжээ нь төрөлт 1000 хүн амд 29, 20, харин 15—49 насны эмэгтэйчүүдийн төрөлт 130, 110 байх тийм хэмжээтэй тэнцүү байна.

Дэлхийн хүн амын өсөлтийн хурдац нийтдээ удааширч эхэлжээ. Энэ нь 1980—1982 онд дэлхийн хэмжээнд хүн амын нөхөн өсөхүйн нетто-коэффициент 1,47, энэ зууны эцэст 1,29 хүртэл, 2025 онд 1,09 хүртэл буурах төлөвтэй байна.

МЭРГЭЖЛИЙН ЗЭВЛӨГӨӨ, ТОЙМ, ЛЕКЦ

КАМПИЛОБАКТЕРИОЗ

(Хэвлэлийн тойм)
Г. Үүжээ, С. Хишигт, Г. Пүрэв

Бактериологийн төв лаборатори

Сүүлийн жилүүдэд кампилобактерийн төрөл бичил биетнүүд гэдэсний цочмог халдварын тодорхой хэсгийн шалтгаан болдгийг маргаангүй баталж, кампилобактериозын өвчлөл дэлхийн олон орны бактер-судлагч, эмнэлзүйчдийн анхаарлыг татаж, зарим орнуудад кампилобактер салмонеллез, улаан суулга өвчний үүсгэгчээс 2 дахин их ялгарч байна (3).

Энэ асуудалд өөрийн орны эмч нарын анхаарлыг хандуулах зорилгоор бид гадаадын хэвлэлийн материалаар кампилобактериоз өвчний талаар товч мэдээлэл хийхээр шийдвэрлэв.

1947 оноос гэдэсний халдвар үүсгэсэн кампилобактер бүртгэгдсэн (3) боловч 1980-аад оны эх гэхэд хүний вибриозын (кампилобактериоз) зөвхөн 100 гаруйхан тохиолдол бичигдсэн байжээ (1).

1970-аад оны сүүлчээс вибрионыг ялган дүйх үр дүнтэй арга нэвтэрч (6) кампилобактериозын үүсгэгчийг илрүүлэх шинжилгээг өргөн хүрээтэй хийж, өвчин үүсгэдэг дүрсүүдийг нь олон улсын хороогоор танин мэдэж энэхүү төрөл бактерийн нэршил, ангиллыг албан ёсоор батлан тогтоож кампилобактерийг төрлөөр 7 зүйлд, *S. fetus* 2 доод зүйл, *S. sputorum* 3 доод зүйл болж байна (Хүснэгт 1).

Энэ хүснэгтэд байгаа хашлаганд бичсэн 6 зүйлийн нэр нь албан ёсоор батлагдаагүй байна. Кампилобактерийн зүйлүүд нь ерөнхийдөө каталаз эсрэг, сөрөг кампилобактер гэж хоёр бүлэг болдог. Хүнд өвчлөл байнга үүсгэдэг кампилобактерийн омгууд нь каталаз эсрэг байдаг. Каталаз эсрэг кампилобактерууд нь ургах температурын түвшингээрээ дотроо бүлэг болдог. Үүнд дулаансаг кампилобактеруудад ургалтын тохиромжтой температур 42°C бөгөөд 25°C -д ургахгүй. Эдгээр дулаансаг кампилобактерууд хүний өвчлөлтэй холбогддог бөгөөд үүнд *S. jejuni*, *S. coli*, *S. laridis* орно.

Кампилобактерийн зүйлүүд нь шувуу, нохой, муур, хонь, үхэр зэрэг бусад амьтны үржлийн эрхтэн, ходоод гэдэсний замд хэвийн оршиж болдог бага агаарсаг (микроаэрофил) бактер юм.

Халдварыг голдуу дамжуулдаг хүчин зүйл нь пастерчилаагүй буюу дутуу пастерчилсан сүү гэж үзэж байна (6).

Кампилобактерууд олон тооны хөхтөн, шувуудын хэвийн бичил биетэн юм.

Кампилобактериозоор ямар ч насны хүмүүс өвчилж болно. Гэвч ихэнхдээ хүүхдэд

тохиолдож байна. *Campylobacter jejuni* нь шинэхэн мэдэгдсэн эмгэг төрөгч бөгөөд хүний цочмог суулгат халдварын байнгын үүсгэгч болдог. Энэ өвчний үед хэвлийгээр өвдөх, халуурах, бөөлжих, огих, цустай баах зэрэг шинж тэмдэг илэрдэг. Эдгээр бичил биетнүүд нь гэрийн тэжээмэл эрүүл амьтдын гэдэсний хэвийн бичил биетэн тул баасаар нь байнга ялгарч байдаг. Тахиа, цацагт хяруул, үхрийн бааснаас 50—100% ялгарчээ. (4) Ил задгай уснаас их хэмжээтэй ялгардаг.

S. coli нь *S. jejuni*-ийн адил хүнд өвчин үүсгэнэ. Гэвч одоогоор эмнэлзүйн ихэнх бактерсудлалын лабораториудад *S. jejuni*, *S. coli*-г хооронд нь ялгаж чадахгүй байгаа учир энэ хоёрын аль нь өвчин үүсгэсэн болохыг ялган тогтоож чадахгүй явдал байна. Канад, Англид хийсэн судалгаанаас кампилобактерийн үүсгэсэн хүний халдвар дотор *S. coli* нь 3—5%-ийг эзэлдэг гэж үзжээ. *S. coli* нь эрүүл гахайнаас байнга ялгардаг.

S. laridis шувууд, хөхтөн, амьтад, хүнээс ялгарсан дулаансаг дүрс гэдгийг саявтар тогтоожээ. Ихэнхдээ далайн цахлайгаас ялгардаг. Кампилобактерийн лавлах төвд (Бельги) шинжилсэн *S. laridis*-ийн бүх өсгөврийн зургааны тав нь *S. jejuni*-гээр халдварлахад үүсдэг шинж тэмдэгтэй адил гэдэсний цочмог хямралтай өвчтөнүүдээс ялгарчээ. Гэвч энэ өвчтөнүүдийн халдварын эх уурхай далайн цахлайтай холбогдохгүй байжээ.

S. fetus subsp *fetus* заримдаа хүнд гэдэсний бус өгөрмөц цусан үжлийн шалтгаан болдог. Үүгээр өвчилсөн өвчтөнүүдийн ихэнх нь суулгат халдварын шинж тэмдэггүй байв. Бас үхэр, хонины хээл хаялтын шалтгаан болдог.

S. fetus subsp *venalis* хүнд өвчин үүсгэдэггүй гэж үздэг боловч үхрийн хээл хаялтын үүсгэгч болж бэлгийн замаар дамжлагийг тогтоожээ.

S. sputorum-ийн гурван доод зүйл нь одоогоор хүний өвчлөлтэй холбогдолгүй боловч *S. sputorum* subsp *sputorum* хүний амны хөндийгөөс ялгарчээ. *S. sputorum* subsp *hibulus* нь үхэр хонины шээс бэлгийн замаас ялгарсан боловч өвчин үүсгэсэн явдал гараагүй байна. *S. sputorum* subsp *mucosalis* гахайн гэдэсний өвчлөлтэй холбогдон ялгарчээ. *S. concisus* нь шүдний өвчтөний хүний буйлнаас ялгарсан боловч одоогоор эмгэгтөрөгч эсэхийг тогтоогоогүй байна.

Кампилобактерийн төрөл бактерийн ангилал (4)

Батлагдсан нэр	Хэвлэлд бичсэн нэр нь	Хүн амьтанд үүсгэх өвчин
1. <i>C. jejuni</i>	<i>C. fetus</i> subsp <i>jejuni</i> , <i>Vibrios</i> , <i>vubrio jejuni</i>	Хүнд цочмог суулгат халдвар, заримдаа цусан үжил үүсгэнэ. Хонины хээл хаях, үхэрт энтеритес өвчний шалтгаан болдог.
2. <i>C. coli</i>	<i>Vibrio coli</i>	Хүнд цочмог суулгат халдвар үүсгэнэ
3. <i>C. laridis</i>	Налидиксийн хүчилд тэсвэртэй дулаансаг кампилобактерийн бүлэг	Хүний цочмог суулгат халдвартай холбоотой
4. <i>C. fetus</i> subsp <i>fetus</i>	<i>C. fetus</i> subsp <i>inrestinalis</i> <i>Vibrio fetus</i> var <i>intestinalis</i>	Хонь, үхэр хээл хаяна. Хүнд цусан үжил
5. <i>C. fetus</i> subsp. <i>venerealis</i>	<i>C. fetus</i> subsp <i>fetus</i> <i>vibrio fetus</i> var. <i>venerealis</i>	Үхэр хээл хаях, сувайрах
6. <i>C. sputorum</i> subsp. <i>sputorum</i>	<i>C. sputorum</i> , <i>Vibrio sputorum</i>	Үгүй
7. <i>C. Sputorum</i> subsp. <i>bubulus</i>	<i>C. subulus</i> , <i>Vibrio sputorum</i> var. <i>bubulum</i> <i>V. bubulum</i>	Үгүй
8. <i>C. sputorum</i> subsp. <i>mucosalis</i>		Гахайд гэдэсний хорт хавдар үүсгэдэг
9. <i>C. concisus</i>		Үгүй
10. <i>C. nitrofigilis</i>		Үгүй
11. „ <i>C. fecalis</i> “	<i>Vibrio fecalis</i>	Үхэрт гэдэсний цочмог халдвар
12. „ <i>C. hyointestinalis</i> “		Гахайнд бүдүүн гэдэсний үрэвсэл
13. „ <i>C. cinaedi</i> “	CLO-1	Гомосексуал хүмүүст гэдэсний цочмог халдвар
14. „ <i>C. fennelliae</i> “	CLO-2	Гомосексуал хүмүүст гэдэсний цочмог халдвар
15. „ <i>C. pyloric campylobacter</i> “		Хүний гастрит
16. „ <i>Aerotolerant campylobacter</i> “		Үхэр, гахайны хээл хаялт, үхрийн мастит

C. nitrofigilis байгаль дахь давстай уснаас ялгардаг боловч хүн амьтанд эмгэгтгөрөгч болох нь батлагдаагүй байна.

«*C. fecalis*» хүнээс ялгараагүй, эрүүл хонь, гэдэсний өвчтэй үхрийн бааснаас ялгарчээ.

«*C. hyointestinalis*» гахайн бүдүүн гэдэсний үрэвслийн үед ялгарсан «*C. cinaedi*», «*C. fennelliae*» гомосексуал хүний шулуун гэдэснээс, «*C. cinaedi*» нь гэдэсний хямралтай гомосексуал хүний цуснаас ялгарчээ.

Эдгээр зүйлийн хүний өвчлөлд үүрэгтэй эсэх нь эцсээ хүртэл тодроогүй байна.

«*Pyloric campylobacters*» ходоодны үрэвсэл, ходоод, дээд гэдэсний шархлаатай хүмүүсийн биопсийн шинжилгээнээс ялгарсан байна. «*Aerotolerant Campylobacter species*» нь үхэр гахайн хээл хаях, үнээний дэлэнгийн үрэвслийн үед ялгарчээ. Анхны ялгаатыг бага агаарсаг нөхцөлд сонгомол тэжээлт орчинд хийсэн боловч сэлгүүлсний дараа агаартай үед ургав.

АНУ-ын зөвхөн нэг лабораторийн дүнгээс үзэхэд бүх шинжилсэн баасны 17%-иас кампилобактер ялгарсан бол салмонеллийн зүйлүүд бүх эерэг баасны 10%-д нь олджээ.

АНУ-д кампилобактерийн гэдэсний халдвараар жил бүр 2 сая илүү хүн өвчнэдэг гэж тэмдэглэжээ. Кампилобактерийн зүйл нь хэд хэдэн янзын хоруу чанартай болох нь мэдэгдэв. Цусархаг суулга үүсгэдэг, энэ бактер гэдэсний хучуур эсийн дотор орж үрждэг инвазив шинжтэй гэж үзэж байна. Мөн цитотоксин, энтеротоксин ялгаруулдаг болох нь мэдэгдээд байна (5).

C. jejuni-гээр үүссэн суулгатай өвчтөнүүдэд эмчилгээ хийгээгүй үед 97% нь 4—7 долоо хоногтоо бичил биетнийг ялгачаа зогсож, үлдсэн өвчтөнүүд нь удаан хугацааны турш (жил, хэдэн жил) бичил биетнийг ялгаруулж байв (5).

Иймээс C. jejuni өвчлөөгүй эрүүл халдвар хадгалагчаас олдож болно (5).

Wales, Northern нарын судалгаагаар Англид 1980 онд хоолны хордлогын шалтгааны 13%-ийг кампилобактер эзэлж 1981 онд салмонеллээс илүү тоотой ялгажээ. (6). АНУ-д 1980 оны төгсгөлд C. fetus subsp jejuni-ийн халдварын дэгдэлт түүхий сүү, тахиа, гахайн махан зуушнаас шалтгаалан гарсан байв. Японд 1980 онд цуунд дарсан гахайн махтай хоол идсэнээс шалтгаалан 2500 хүүхдийн 800 нь өвчлэв (6).

Bytzler нөхдийн хамт суулга өвчтэй 800 хүүхэд, 100 насанд хүрэгчдийн баасыг шинжилж 52 сорьцоос вибрион ялагсны 41 нь хүүхдээс, 4 нь насанд хүрсэн хүнээс ялгарчээ. 1000 эрүүл хүүхдийн баас шинжлэхэд 13-д нь вибрион одов (1).

ЗХУ-д кампилобактерийн өвчлөөлөөр мэдээлэл цөөн байна (2-3).

Т. Б. Сафонова нөхдийн хамт (1989) гэдэсний цочмог хямралтай энтероколит, гастроэнтерит оноштой хэвтсэн 338 хүүхдийг шинжлэхэд 5 өдөртэйгээс 14 насны 85 хүүхэд кампилобактер ялгарч байжээ. Үүнээс кампилобактер дангаар 34 буюу 10%-д нь, 15%-д нь шигелл, салмонелл, эмгэгтөрөгч гэдэсний савханцрын аль нэгтэй холимог халдвар үүсгэсэн байжээ. Л. Д. Хазенсон нөхдийн хамт (1986) 1984 оны IV—VI сард гэдэсний цочмог хямрал оноштой хэвтсэн 80 насанд хүрэгчдээс баасны 140 сорьц шинжлэхэд шигелл 2 (2,5%) салмонелл 4 (5%), эмгэгтөрөгч гэдэсний савханцар 8 (10%), C. jejuni 8 (10%) д нь ялгарчээ. Эдгээр судлагдахид практикийн лабораториудад C. jejuni-г ялгах өсгөвөрлөх аргыг эзэмшин энэ микро-организмыг шинжлэх нь янз бүрийн орон нутагт оршин суугчдын нас, нийгмийн мэр-гэжлийн бүлгийн дунд тархалтыг тогтоох, энэ өвчний эпидемиологийн үндсэн зүйл тогтолыг тайлбарлах, урьдчилан сэргийлэх арга хэмжээг зорилго чиглэлтэй зохион байгуулах ач холбогдолтойг тэмдэглэжээ.

Улаанбаатар хотын Арнун цэвэр халдвар судлаалын станцид 1988 онд кампилобактерийг өсгөвөрлөх, ялгах, дүйх аргыг эзэмшсэний дүнд анхны шинжилгээнд тахианы 10 гэдэс авч хсёр өсгөвөр, дараах шинжилгээнд тахианы 5 гэдэс авч таван өсгөвөр ялагсны дөрөв нь C. jejuni, нэг өсгөвөр нь C. coli болохыг нотлов. Иймд цаашид Улаанбаатар хотын хэмжээнд өвчлөлийн тархалт тогтоох, өөрийн оронд кампило-бактерийг шинжлэх шинжилгээний аргыг

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. Голиков А. В. Вовк А. С. Полупанова В. В. Кампилобacterиоз (вибриоз человека)

ЖМЭИ 1986 № 7 стр 17—21

2. Сафонова Т. Б. Спирина Т. С. Таранинко Л. А. Тимина В. П. Павлова Л. А. Скуратовская В. В. Соболев В. Р. Выделение Campylobacter jejuni и Campylobacter coli от детей с острыми кишечными заболеваниями.

ЖМЭИ 1989 № 9 стр 8—12

3. Хазенсон Л. Б. Сафонова Н. В. Матвеева З. Н. Белаева Н. В. Голутва Н. К. Романенкова Н. Н. Опыт выделения Campylobacter jejuni от больных с острыми кишечными заболеваниями

ЖМЭИ 1989 № 1 стр 30—33

4. George Morris K. and Charlotte Pallou M. Campylobacter in the book, 3 v Manual of Clinical Microbiology, fourth edition

1985 p 302—307

5. Sydney M. Finegold and Ellen jo Baron, Bailey and Scott's Diagnostic

1986 461—466

6. С. Н. Collins, Patricia M. Lyne. Microbiological Methods 5 th edition

1985. p 317—319

ЕРӨНДӨГ

Хүн амзүйн зохистой бодлого явуулж, гэр бүлийн төлөвлөлтийг шинжлэх ухааны үндэстэй зөв шийдэх нь нийгэм эдийн засгийн төдийгүй эх, хүүхдийн эрүүл мэндийн эрх ашигт нийцсэн чухал арга хэмжээ юм.

Эх, хүүхдийн өвчлөл эндэгдэлд нөлөөлж байгаа хүчин зүйлсийн

нэг бол эхчүүд хэт ойрхон хугацаанд хүүхэд олж, тээж, төрүүлж байгаа явдал учраас жирэмслэхээс сэргийлэх эмнэлгийн арга хэмжээг өргөжүүлэх, энэ талаарх хөдөлмөрчдийн мэдлэгийг дээшлүүлэх нь нэн чухал байна.

Энэхүү асуудлыг шийдвэрлэх үүднээс ерөндөг хэрэглэх заалтыг

өргөжүүлж, жирэмслэхээс сэргийлэх, эм хэрэгслэлийг жил тутам нэмэн захиалж байна.

Жирэмслэхээс сэргийлэх аргуудаас манай орны нөхцөлд ерөндөг тавих аргыг нэлээд өргөн хэрэглэж байгаа юм.

1976 оноос эхлэн ерөндөгийг заалтын дагуу эмэгтэйчүүдийн эмч нар тавьж байна.

Энэ хугацаанд нийт 35863 эмэгтэй эмнэлгийн заалтаар ерөндөг тавиулсны 32046 нь буюу 89,3 хувь нь эмчийн тогтмол хяналтад байжээ. Эдгээрээс 789 эмэгтэй буюу 2,2 хувь нь жирэмсэлж, 177 (0,4 хувь)-ынх ерөндөг нь унаж, хугацаа дууссан болон бусад шалтгаанаар 6000 гаруй эмэгтэй ерөндөгөө авахуулж, одоогийн байдлаар 28523 эмэгтэй ерөндөгтэй байна.

Ерөндөгтэй эмэгтэйчүүдийн 70,9 хувь нь 1—3 жил; 22,2% нь 4—6 жил; 6,1% нь 7—9 жил; 0,8% нь 10 түүнээс дээш жилийн хугацаанд ерөндөг тавиулжээ.

Энэ байдлаас ерөндөгтэй байх хамгийн зохимжтой хугацааг 5 жил хүртэл хэмээн үзэх үндэстэй юм.

Ерөндөгтэй эмэгтэйчүүдийн 29,6% нь хотод, 70,4% нь аймаг сумын төв, бригадад ажиллаж, амьдарч байгаа нь жирэмслэхээс сэргийлэх эмнэлгийн арга хэмжээг хөдөөгийн эмэгтэйчүүдийн дотор давуутай хэрэглэж ирснийг харуулж байна.

Ерөндөгтэй эмэгтэйчүүдийн эрүүл мэндэд хийсэн судалгаанаас үзэхэд 74,5% нь ямар ч зовиургүй байхад 14,9%-д нь үтрээний үрэвсэл, 6,5%-д нь умайн хүзүүний улайлт, 2,2%-д өндгөвчний үрэвсэл, 1,6%-д нь биений юмны мөчлөг алдагдсан байна.

Үтрээ, өндгөвч үрэвсэж, умайн хүзүүний улайлт нь ерөндөгнөөс

биш харин өвчтэй байсан эмэгтэйчүүдийг урьдчилан эмчлэлгүй ерөндөг тавьсантай холбоотой байна. Ерөндөг тавиулсны эхний жилд биений юмны мөчлөгт зарим өөрчлөлт ордгийг дурдууштай. Энэ нь биений эрүүл мэндэд нөлөөлж, анхаарал татахуйц хүндрэл биш, яваандаа хэвийн байдалд шилждэг түр зуурын хямрал юм.

Ерөндөгтэй эмэгтэйчүүдийн 0,25%-д ерөндөг умайн хананд шигдсэн, 0,05%-д умайн ханыг нэвтэлсэнээс авахуулах юмуу эсвэл мэс засал хийлгэжээ. Үүссэн энэхүү хүндрэл нь ерөндөгийн хэлбэр, хийсэн материалаас хамаарсан байх талтай.

Нийлэг, уян хатан чанар сайтай материалаар хийсэн, эмэгтэйн биед хор нөлөөгүй, үр хөврөл тогтоохгүй үйлчилгээ сайтай зэс болон дааврын орцтой ерөндгийг олноор захиалан авч байгаа нь үр ашиг өгч байна.

Бидний судалгаанаас үзэхэд ерөндөг тавиулсан эмэгтэйчүүдийг жилд 2-оос доошгүй удаа сэргийлэх үзлэгт хамруулах, ерөндөг тавьж болохгүй заалтыг нягтлан дагаж мөрдөх, энэ талаар эмнэлгийн ажилтан нарын мэдлэгийг дээшлүүлэх, нийт хөдөлмөрчдийн ариун цэврийн соёлын түвшинг эрс сайжруулах шаардлагатай байна.

Ерөндгийг дунджаар 3—5 жил тавьж шаардлагатай бол шинэчлэж байх нь зүйтэй болохыг мөн судалгаа харуулав.

Манай орны эх барихын практикт хэрэглэж байгаа ерөндөг нь жирэмслэхээс найдвартай хамгаалж (97,8%) эмэгтэйн эрүүл мэндэд хортой нөлөөлөхгүй байгаа бөгөөд цаашид өргөн хэрэглэх боломжтой гэж үзэж байна.

АУДЭС-ийн дэд эрдэмтэн **Б. Жав**, Их эмч **С. Дэмбэрэлсүрэн**

ХҮҮХДЭД БЦЖ ВАКЦИНЫГ ТАРИХ ТЕХНИК

В. А. Рушак, Г. Цогт, Д. Цэрэндэжид, Л. Цэцэгэ

Сүрьеэ уушгины эмгэг судлалын нэгдсэн төв

Сүүлийн арван жилд Улаанбаатар хот болон улсын хэмжээнд хүүхэд, өсвөр үеийнхний дунд сүрьеэгийн халдвар судлалын үндсэн үзүүлэлтүүд (өвчлөл, тархалт, нас баралт зэрэг) буураагүйгээр барахгүй, харин ч ихсэх хандлагатай байна. Хүүхдийн сүрьеэгийн өвчлөлд хүндэрсэн, тархмал хэлбэр давамгайлж байгаа бөгөөд нэлээд хувийг нь уушгины бус хэлбэр, сүрьеэгийн менингит эзэлж байна.

Улаанбаатар хотын төрөх газрууд, ясли, цэцэрлэгүүдэд хийсэн судалгаанаас үзэхэд нярайд хийж байгаа сүрьеэгийн эсрэг тарилгын чанар, үр дүн хангалтгүй байгаа нь хүүхдийн сүрьеэгийн халдвар судлалын байдалд мугаар нөлөөлж байгаа нэг хүчин зүйл болох нь харагдлаа. Сүрьеэгээс урьдчилан сэргийлэх тарилгын дараах сорвийг 450 хүүхдэд шалгахад дөнгөж 244 хүүхдэд (54,2%) сорвитой, үүнээс жижиг хэмжээтэй (2—3 мм) сорвитой 111 (24,7%) том хэмжээтэй (4 мм-ээс дээш) сорвитой 133 (29,5%) байлаа.

Сүрьеэгээс урьдчилан сэргийлэх тарилгыг зөв хадгалж, тарих арга техникийг зөв мөрдөж чадвал тариулсан бүх хүүхдийн 90—95%-д нь БЦЖ вакцин тарьсан хэсэгт сорви үүсдэг юм.

Дээрх байдлаас дүгнэлт хийж үзэхэд төрөх газруудын БЦЖ вакцин тарих сувилагч нарыг вакцин тарих арга, техникт зөв сургаж, тэдний ажилд районуудын хүүхдийн сүрьеэгийн өмч, АЦХССтанцын халдвар судлагч эмч нар хатуу хяналт тавих шаардлагатай байна.

БЦЖ вакцинжуулалтын чанарыг сайжруулахын тулд дараах зөвлөмжийг мөрдөх хэрэгтэй:

1. БЦЖ вакциныг хөргүүрт 0—+4° хэмд хадгална.

2. Хуурай БЦЖ вакциныг тарихын өмнөхөн ариутгасан физиологийн уусмалаар найруулна. Вакцин

болон физиологийн уусмалтай ампулын хүзүүг спиргтэй хөвөнгөөр арчиж хөрөөдөөд, хөрөөдсөн хэсгийг марлиар ороож болгоомжтой хугална. Хуурай вакцин агаарт цацагдахаас болгоомжилж хугалсан хэсгээ хэдэн хормын дараа авна.

3. Хуурай БЦЖ вакциныг 2 мл физиологийн уусмалаар найруулж, 0,1 мл уусмалд 0,05 мг БЦЖ вакцин агуулсан тунг гаргаж авна. Урт зүүтэй 2—5 граммын тариураар 2 мл физиологийн уусмалыг соруулж (илүүг нь асгана) вакцинтай ампулд хийж, 2—3 удаа тариураар соруулж холиод, ампултай вакциныг хар цаасаар ороож тавиур модонд бэхэлнэ.

4. Найруулсан вакциныг нарны гэрлээс хамгаалж 2—3 цагийн турш хэрэглэх бөгөөд үлдэгдлийг шатааж, буцалгаж эсвэл ариутгах уусмалд хийж устгана.

5. Вакциныг богино огтлолтой нарийн зүүтэй нэг граммын эсвэл туберкулины тариураар тарина. Хүүхэд нэг бүрт ариутгасан зүү, тариур хэрэглэх хэрэгтэй.

6. Тарилгад хэрэглэсэн тариур, зүүг сайтар угаасны дараа ариутгана (халуун уураар эвсэл нэрмэл усанд 40 минут буцалгаж ариутгана).

7. БЦЖ вакцин тарьсан тариур, зүүгээр туберкулины сорил тавихыг хориглодог учир зүү, тариурт тэмдэг тавьж тодорхой хаягтай саванд хадгалах хэрэгтэй.

8. Тариур, зүүг буцалгаж ариутгасны дараа усыг хатаах зорилгоор сараалжин торон дээр тавина. Эхлээд тариураараа 2—3 удаа соруулж хатаагаад дараа нь БЦЖ вакцинаа соруулна.

9. Вакцин хийхийн өмнө зүүг тариуртаа сайн бэхэлж, зүү бөглөрсөн эсэхийг шалгана. Тариурын цилиндрт шахуурга нь нягт орж байх шаардлагатай.

10. Нэг хүүхдэд БЦЖ вакцин тарихын тулд 0,2 мл (2 тун) шин-

гэрүүлсэн вакцин соруулаад тариурын доторхи хий, илүүдэл вакциныг шахаж гаргана. Илүүдэл вакциныг зүүний үзүүрт барьсан ариутгасан марлид шингээж шахуургыг 0,1 мл хуваарьт байрлуулна. Вакциныг тарилга бүрийн өмнө маш сайтар хольж найруулсны дараа соруулна.

11. Вакциныг зүүн гарын бугалганы гадна хэсгийг гурав хуваасны дээд дунд хэсгийн заагт арьсан дотор тарина. Тарих талбайгаа 70°-ын спиртээр арчиж ариутгана.

12. Вакциныг тарихдаа халдвар хамгааллын дэглэмийг нарийн баримталж арьсан дотор тарих хэрэгтэй. Арьсан дор таривал хүйтэн буглаа үүсч болно. Вакциныг хэтэрхий дээр (мөрний үений орчим) тарьснаас вакцины дараа илэрдэг хэсэг газрын урвалт өөрчлөлт (келлоид сорви үүсч болно) илэрнэ.

13. Нярай хүүхдэд БЦЖ вакциныг арьсан дотор тарих үед гарч болзошгүй алдаа, хүндрэлээс сэргийлэхийн тулд дараах аргачлалыг мөрдөнө. Үүнд:

— Вакцинжуулагчид тусалж байгаа сувилагч нь нярай хүүхдийг ширээн дээр хэвтүүлж, баруун хажуугаар нь нүүрийг даавуугаар хааж, хоёр гарыг нь цээжинд нь ойртуулж барина.

— Вакцинжуулагч сувилагч хүүхдийн нурууны талд зогсож, эх-

лээд тарих талбайгаа 70° спиртээр арчиж дараа нь зүүн гараараа хүүхдийн зүүн бугалганы дотор хэсгээс арьсыг татаж тэнийлгээд тарилгыг үйлдэнэ. Арьсыг сайн татаж тэнийлгэхгүй бол зүү хатгах үед нугалаас үүсч тарилгын чанарт муугаар нөлөөлнө.

— Зүүний огтлолыг дээш харуулж, зүүг бугалганы гадаргыг дагуулан огтлолыг арьсанд ортол хатгана.

— Эхлээд бага зэрэг вакцин шахаж зүү арьсан дотор орсон эсэхийг шалгана. Зүү арьсан дотор орсон үед бүх вакциныг хийнэ.

— Вакцин тарьсан хэсгийг спирт, иод зэрэг ариутгагч уусмалаар боож, арчихыг хориглоно.

14. Вакциныг зөв тарьсан бол тэр хэсэгт цайвар өнгөтэй 5—6 мм голчтой гүвдрүү үүснэ. 15—20 минутын дараа гүвдрүү арилж арьс хэвийн өнгөтэй болно.

Сүрьеэтэй тэмцэх бусад арга хэмжээний (химийн урьдчилан сэргийлэлт, тусгаарлах гэх мэт) зэрэгцээ хүүхэд өсвөр үеийнхэнд хийдэг өвөрмөц урьдчилан сэргийлэлтийн чанарыг сайжруулахгүйгээр Улаанбаатар хот болон улсын хэмжээнд бий болсон хүүхдийн сүрьеэгийн өвчлөл, тархалтын үзүүлэлт буурахгүй юм.

Редакцид ирсэн 1989. 09. 27

БЦЖ ВАКЦИНЖУУЛАЛТ, ДАВТАН ВАКЦИНЖУУЛАЛТЫН ДАРААХ ХҮНДРЭЛИЙГ ЭМЧЛЭХ АРГА

Д. Цэрэндэжид, В. А. Рушак, Т. Улзаа
Сүрьеэ уушгины эмгэг судлалын нэгдсэн төв
Анагаах ухааны хүрээлэн

БЦЖ вакциныг арьсан дотор тарьсны дараа нярай хүүхдэд 4—6 долоо хоног, давтан вакцинжуулалтын дараа 7—14 хоноод хэсэг газрын урвал илэрч 2—4 сая болоод эдгэрч 2—10 мм голчтой гялгар цагаан сорви үүсдэг. Үүнийг хэвийн урвал гэж үзнэ. Хэвлэлд бичсэнээс үзэхэд БЦЖ вакцинжуулалтын дараа хүндрэл гарах нь ховор,

ойролцоогоор 0,02% юм. Одогоор манай улсад вакцинжуулалтын дараа хүндрэл гарсан эсэхийг бүртгээгүй байна.

Вакцинжуулалтын хүндрэл нь: хүйтэн буглаа, томхон шарх үүсэх (10 мм-ээс том); орчны тунгалгийн булчирхай үрэвсэж, цоорох, келлоид сорви тогтох зэрэг болно.

1. **Хүйтэн буглаа.** БЦЖ вакциныг арьсан дотор тарих техникийг зөрчсөнөөс 1—8 сарын дараа буглаа үүсч, 2—3 сарын хугацаанд шимэгдэх буюу зөөлөрч хагараад үнэргүй идээ гарч, шарх нь эдгэрэхдээ од хэлбэрийн сорви үүснэ.

Хүйтэн буглааг гидрокортизоноор бсож, зөөлөрсөн үед нь 2—3 хоног тутам идээг соруулж, 5%-ийн салюзидыг хүүхдийн жинд нь тохируулж буглааны орчимд тарьж эмчилнэ. Буглаанаас үүссэн шархыг тубазид (изониазид) цацаж эмчилнэ. Хэсэг газрын эмчилгээгээр 2—3 сарын хугацаанд эдгэрээгүй буглааг мэс заслын аргаар авна.

2. **Өнгөц шархлаа.** БЦЖ вакциныг тарьсны дараа 3—4 долоо хоноод арьсны өнгөн давхраа шархлаж болно. Энэ шарханд тубазидын (изониазид) цацлага хийхээс гадна хоёрдогч халдвар орохоос сэргийлж антибиотиктой тосоор цэвэрлэнэ.

3. **Тунгалгийн булчирхайн үрэвсэл.** Нярай хүүхдэд вакцин тарьснаас хойш 3—4 долоо хоноод тунгалгийн булчирхай үрэвсэж болно харин давтан тарилгын дараа хүйтэн буглаа үүсвэл орчны тунгалгийн булчирхай үрэвсдэг. Энэ нь тодорхой шинж тэмдэггүй учир томрсон булчирхайг санаандгүй олж мэддэг. Уг үрэвссэн булчирхай нь зарим үед цоорч, үнэргүй идээ гарч эдгэрдэг. Хэрэв эдгэрэхгүй бол хүүхдийг 3—6 сарын хугацаагаар хүүхдийн жинд тохируулж сүрьеэгийн эмээр эмчилнэ. Энэ үед туберкулины сорил зэрэг байна. Сүрьеэгийн эмийг гаргахын зэрэгцээ булчирхайг хатгаж идээг гаргах, 5%-ийн салюзидыг жинд нь тохируулж тарих зэрэг хэсэг газрын эмчилгээг хийнэ.

БЦЖ вакцин тарьсан орчны тунгалгийн булчирхай үрэвсэж, шохойжих үед хүүхдэд хордлогын шинж тэмдэг (үе үе бага зэрэг халуурах, хоолонд дургүй болох, захын тунгалгийн булчирхай томрох, турах, элэг томрох гэх мэт) илэрч болно.

Гэрлийн шинжилгээнд тунгалгийн булчирхайд 1 см-ээс жижиг шохойжилт илэрсэн боловч хордлогын шинж тэмдэг илрээгүй бол

эмчилгээ хийх шаардлагагүй. Хэрэв 1 см-ээс том шохойжилттой, хордлогын шинж тэмдэгтэй бол өвөрмөц эмчилгээний явцад булчирхайг мэс заслын аргаар авах шаардлагатай.

4. **Келойд сорви.** Вакцинжуулалтын дараа хэсэг газрын урвал эдгэрч, холбогч эдээс бүтсэн маш хатуу, овгор, цайвар ягаан өнгөтэй сорви үүсдэг. Энэ нь арьсны бусад гэмтлийн үед (хатиг, мэс засал, түлэгдэлт гэх мэт) үүсдэг сорвитой ижил байдаг. Келойд сорви нь ихэвчлэн шилжилтийн болон өсвөр насны хүүхдэд, эсвэл БЦЖ вакциныг хэт дээр (мөрний үений орчимд) тарьснаас болж үүсдэг.

Вакцинжуулалтын дараах келойд сорви томордоггүй. Гэтэл заримдаа сорвины орчимд хатгаж өвдөх, загатнах, хорсох, сорвины гадуур ягаан хүрээ үүсч, өнгөц судсууд тодрох шинж тэмдэг илэрдэг. Нэг сантиметрээс бага хэмжээтэй ийм сорвийг нэг жил диспансерийн хяналтын «0» группэд хянаад томрохгүй бол хяналтаас хасна. Үүнээс том хэмжээтэй сорвийг 0,5%-ийн гидрокортизоны эмульс, 0,5%-ийн новокайнаар тойруулан хатгалт хийх аргаар эмчилнэ.

Хатгалтыг туберкулины шприцээр долоо хоногт 1 удаа 1 мл. уусмалаар сорвины 5—6 хэсэгт гүн хатгаж хийнэ (Хатгахын өмнө сорви болон сорвины орчны спирт, иодоор ариутгана). Курс эмчилгээ нь 5—10 хатгалт болдог.

12 наснаас дээш гидрокортизоныг 64 ед, 7—11 насанд 32 ед-ээр бодож, лизадтай ээлжлэн хийж болно.

Келойд сорвийг сэдэрээгүй үед нь эмчилбэл үр дүн сайтай.

Дээрх эмчилгээний дүн хангалтгүй эсвэл эмчилгээний үед дахин томорч эхэлбэл пирогенал, лизадыг гидрокортизонтой хамт хэрэглэнэ. Пирогеналыг 25 МПД эхэлж өдөр бүр булчинд тарина. Хүүхдэд 10 хоногт 150 МПД хүртэл, өсвөр насанд 200 МПД хүртэл ихэсгэж тарина. Цаашид хамгийн их тунгаар нь курс эмчилгээ (30 удаа) дуустал тарина. Долоо хоног завсарлаад 64 ед лизадаар өнжөөд

бүгд 10 удаа тарина. 1, 4, 7, 10 дахь өдрүүдэд лизадтай шприцэнд 25 мг гидрокортизон соруулж тарина.

Келойд сорвийг мэс заслаар авахыг хориглодог. Учир нь 1—3 сарын дараа дахин томорч, анхны хэмжээнээсээ 2—3 дахин том келойд сорви үүсдэг.

Келойд сорви үүсэхээс сэргийлэхийн тулд БЦЖ вакциныг зүүн бугалганы гадна хэсгийг гурав хувааж дээд дунд хэсгийн заагт тарих хэрэгтэй.

Эмнэлэг урьдчилан сэргийлэх байгууллагуудын эмч, сувилагч нар

БЦЖ вакцинжуулалтын дараах хэсэг газрын урвалыг байнга шалгаж, сорвины хэмжээ, урвалын явцыг хүүхдийн өсөлтийн түүх (тооцооны маягт № 55) урьдчилан сэргийлэх тарилгын картанд (тооцооны маягт № 36) 1, 3, 12 сартайд нь тэмдэглэж байх нь вакцины дараах хүндрэлийг цаг үед нь бүрэн гүйцэд илрүүлэх чухал нөхцөл мөн.

БЦЖ вакцинжуулалтын дараах урвал нь хүндрэлтэй байгаа хүүхдийг эмчилгээ, шинжилгээ хийлгэх зорилгоор сүрьеэ эсэргүүцэх диспансерт илгээх нь зүйтэй.

ЭМЧИЙН ЁС ЗҮЙ, ДЕОНТОЛОГИ

ЭМЧ, ЭРҮҮГИЙН ЭРХ ЗҮЙ

Ц. Санжаадорж (ЭХНХЯ), Г. Мөнхбат (АУДэС)

Д. Намсрайжав (Улсын прокурор)

Хүн амын эрүүл мэндийг сахин хамгаалах, элдэв өвчин эмгэгээс урьдчилан сэргийлэх, эмчлэн эдгэрүүлэх үйлсэд манай эрүүлийг хамгаалах байгууллагын хамт олноос хийж гүйцэтгэсэн ажил багагүй билээ. Гэвч эмч, эмнэлгийн ажилчдын үйл ажиллагаатай холбоотой гарах санал гомдлын тоо төдий л буурахгүй байна. Гарч буй гомдлын нэлээд нь эмч, эмнэлгийн ажилчдын зан харилцаа, ёс суртахууны доголдолтой холбоотой байдаг боловч эмч, эмнэлгийн ажилчдын хууль эрхийн мэдлэг тэдний хууль ёсыг чанд сахин мөрдөх дадал хүмүүжил хангалтгүйгээс санаатай буюу болгоомжгүйгээс гэмт хэрэгт холбогдох явдал цөөнгүй гарсаар байна.

Иймд бид эмч, эмнэлгийн ажилчдын хуульзүйн мэдлэгийг дээшлүүлэхэд өчүүхэн ч болов нэмэр болгох зорилгоор энэхүү цуврал өгүүллийг толилуулж байна.

Анагаах ухаанд эмч, эмнэлгийн ажилчдын мэргэжлийн үйл ажиллагаанд илрэх алдаа доголдлыг эмч, эмнэлгийн ажилчдын санаатай үйлдсэн гэмт хэрэг, болгоомжгүй үйлдэл, эмчийн мэргэжлийн алдаа, золгүй тохиолдол гэж дөрөв хуваадаг (1, 2, 3).

БНМАУ-ын шинэчлэн найруулсан эрүүгийн хуулийн 7-р зүйлд «Гэмт хэрэг үйлдсэн этгээд өөрийн үйлдэл буюу эс үйлдлийн нийгэмд аюултай шинж чанарыг ухамсарлаж түүнээс унрч болох нийгэмд аюултай хор уршиггүй урьдаас мэдсээр атал хүссэн, эсвэл тэр хор уршигт зориуд

хүргэсэн бол гэмт хэрэг санаатай үйлдсэн гэж үзнэ» гэж заажээ. Эмчийн санаатай үйлдсэн гэмт хэрэгт 1. Хүний амь бие, эрүүл мэндийн эсрэг гэмт хэрэгт өвчтөнд тусламж үзүүлэхгүй байх, хууль бусаар үр хөндөх, бусдын биемахбодод санаатай гэмтэл учруулах, 2. Хүн амын эрүүл мэндийн эсрэг гэмт хэрэгт тахал болон гоц халдварт өвчинтэй тэмцэх талаар тогтоосон журам зөрчих, хүчтэй үйлчлэх хорт болон мансууруулах бодисыг хууль бусаар бэлтгэх, олж авах, хадгалах, тээвэрлэх, илгээх, борлуулах, 3. Албан тушаалтны гэмт хэрэг эрх мэдэл буюу албан тушаалын байдлаа урвуулах, хэтрүүлэх, хайнга хандах, хээл хахууль авах, хуурамч баримт бичиг үйлдэх зэрэг асуудал тус тус хамаарна (3, 4).

ХҮНИЙ АМЬ БИЕ, ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ЭСРЭГ ГЭМТ ХЭРЭГ

1. Өвчтөнд тусламж үзүүлэхгүй байх (эрүүгийн хуулийн 108-р зүйл) БНМАУ-ын Эрүүлийг хамгаалах хуульд «гэнэтийн өвчин, осол гэмтлээс болж эмнэлгийн яаралтай тусламж авах шаардлагатай хүмүүст, нутаг дэвсгэр, ажлын газрын харьяалал харгалзахгүй аль ойролцоох эмчлэн сэргийлэх байгууллага тусламж үзүүлнэ» (43-р зүйл). «Эмнэлэг, эмзүйн ажилтан нар амь насанд нь аюул учирсан иргэдэд эмнэлгийн хойшлуулшгүй анхны яаралтай

тусламжийг хаа хэзээ боловч үзүүлэх хэрэгтэй» (44-р зүйл) гэж заасан байдаг. Ийнхүү зөвхөн их эмч төдийгүй, сувилагч, бага эмч, эмзүйч нар нь эмнэлгийн анхны тусламжийг үзүүлэх үүрэгтэй юм.

Энэ заалтыг зөрчих нь хүн ардад ямар ч нөхцөлд эмнэлгийн тусламж үзүүлэхэд хэзээд бэлхэн байхаа нам засаг, ард түмнийхээ өмнө чин сэтгэлээсээ тангарагласан эмч нарт ёс суртахууны нь хувьд хамгийн уучилж болшгүй гэмт хэрэг юм.

Эмнэлгийн дунд мэргэжилтэн, эмчилгээний ажил эрхэлдэггүй эмч нар нь яаралтай тусламжийг бүрэн дүүрэн үзүүлж чадахгүй байлаа ч дуудлаганд заавал очиж цус тогтоох, зүрхэнд иллэг хийх, зохиомлоор амьсгалуулах, түргэн тусламж дуудах, өвчтөнийг эмнэлэгт хүргэх зэрэг эмнэлгийн анхны тусламжийн шаардлагатай арга хэмжээг авна. Тусламж үзүүлэхээс татгалзах төдийгүй, өнгөцхөн үзлэг хийх, зайлшгүй хэвтүүлж эмчлэх өвчтөнийг оргүй, харьяаллын бус гэх зэргээр хэвтүүлэхээс татгалзах нь эрүүгийн хэрэг үүсгэх үндэс болно. Харин тусламж үзүүлээгүй буюу зохих ёсоор үзүүлээгүй нь гэм буруугийн шууд ба шууд бус санаатай хэлбэрээр илэрнэ. Иргэдийн амь насанд аюул учирсан, анхны тусламж хойшлуулшгүй хэрэгтэй болсныг мэдмэгц эмнэлгийн мэргэжилтэй хүн нь заавал уриулж дуудуулахгүйгээр очиж өөрийн бололцооны хэрээр тусламж үзүүлнэ. Ийм үед өөрийгөө эмч, эмнэлгийн ажилтан гэдгээ илчлээгүй, тусламж үзүүлээгүй бол гэмт хэрэг үйлдсэн гэж үзнэ (2, 6).

Мэргэжлийн биш эмч нараас хийвэл зохих мэс ажилбар болон түүнтэй адилтгах бусад үйлдлийн жагсаалтыг ЭХЯ-наас 1969 онд баталсан бөгөөд одоо болтол мөрдөж байгаа юм. Үүнд: Шархны мэс заслын анхны цэгцлэлт хийх, цус бүрмөсөн тогтоох, үений мулгархай, ясны хугархайг засч эвт нь оруулж, хөдөлгөөнгүй болгон чиг тавих, давсагт шээлүүр тавих буюу хатгалт хийж шээс авах, хэвлий цээжний хөндийг хуралдсан идээ, шингэн зэргийг хатгалт хийж авах, умайн хөндийг гараар шалгах, эхсийг гардах, хүүхэд хөлөө, өгзгөөр төрөх үед үзүүлэх бүх туслалцаануудыг гардан хийх, амьсгал боогдлын II—III үед цагаан мөгөөрсөн хоолойд гуурс тавих, үхэхдийн уналт түүний аль үед байгааг ялган таньж түүнээс гаргах арга хэмжээг авах зэрэг үйлдлүүдийг багтаасан байдаг. Эдгээр үйлдлийг ямар ч мэргэжлийн эмч хийвэл зохих бөгөөд хийж чаддаг байх ёстой.

Энэ гэмт хэрэгт зөвхөн яаралтай анхны тусламж төдийгүй ажил үүргийн хувьд байнга үзэж хүн эмчилж, сувилж, асарч байнга эмнэлгийн хүмүүс тухайлбал: эмнэлэг, амбулатори, диспансер, хэсэг цехэд ажиллаж байгаа эмч нар ажлын цагаар байгаагүй, өвчтөнөө үзээгүй, тусламж үзүүлээгүй буюу зохих ёсоор үзүүлээгүй анхаарал хариуцлагагүй салан задгай хайнга хандсан бол хэргийн төгсгөл, нөхцөл байдлаас шалтгаалан эрүүгийн хариуцлага,

сахилга батын арга хэмжээ авна. Эмчилгээ, үйлчилгээг зохих ёсоор хийсэн эсэх, хийх ёстой юуг буруу дутуу хийсэн, үүнд нөлөөлсөн нөхцөл, үүссэн хор уршгийн шалтгаант холбоо зэрэг асуудлуудыг зохих нарийн мэргэжлийн эмч нарын хамтран гаргасан шүүх эмнэлгийн магадлалаар тогтоодог.

Хэрэв энэ хэргийн улмаас өвчтөн нас барсан буюу түүнд хүнд хор уршиг учирсан бол ялыг хүндрүүлж ногдуулах тухай эрүүгийн хуулийн 108-р зүйлийн 2-р зүйлд заажээ. Хүнд хор уршиг гэдэг нь өвчтөн тахир дутуу болсон, хүнд гэмтэл учирсан өвчин хүндэрч ужигшсан зэрэг хамаарна. Эмнэлгийн тусламж үзүүлээгүй буюу зохих ёсоор үзүүлээгүй нь хүндэтгэх шалтгаантай бол эрүүгийн хариуцлагаас чөлөөлнө. Хүндэтгэн үзэх шалтгаанд а) эмч, эмнэлгийн ажилтан нь тухайн тэр үед хүнд өвчтөнийг сахиж эмчилж байсан, б) өөрөө хүнд өвчтэй байсан (6, 7, 4), в) тусламж үзүүлэхээр явах зам эмчийн амь насанд бодит аюултай байх, г) зайлшгүй шаардлагатай эм мэс заслын багаж байхгүй байсныг багтаан тооцдог (8, 9). Харин ээлжийн амралттай байсан, ердийн хөсгөөр явж чаддаггүй, эмийн чөлөөтэй байсан зэрэг нь хүндэтгэн үзэх шалтгаан болдоггүй.

2. *Хууль бусаар үр хөндөх* (Эрүүгийн хуулийн 103-р зүйл) Манай улсад үр хөндөх ажилбарыг эмэгтэйчүүдийн өөрсдийнх хүсэлтээр жирэмсний эхний гурван сарын дотор эмнэлгийн зохих тусгай зориулалттай ариун нөхцөлд эх барих эмэгтэйчүүдийн мэргэжлийн эмч хийнэ (10). Үүнийг зөрчсөн үед хууль бус үр хөндөлт болно. Харин жирэмсэн эмэгтэйн эрүүл мэнд, амь насанд аюул тулгарсан үед тэвэрлэх, мэргэжлийн эмнэлэгт хүргэх бололцоогүй үед түүний амь насыг аврах зорилгоор ямар ч мэргэжлийн эмч үр хөндөж цэвэрлэж болох бөгөөд үүнийг эрүүгийн гэмт хэрэг гэж үзэхгүй (11, 12). Тэгэхдээ жирэмсэлтийн хүндрэл нь үр хөндөлтөөс үүсч болох хүндрэлээс илүү аюултай байх ёстой. (Гарцаагүй байдал, эрүүгийн хуулийн 13-р зүйл).

Хууль бус үр хөндөлтийг удаа дараа буюу эмнэлгийн дээд мэргэжилтэй хүн хийсэн, эсвэл хохирогч нас барах, архаг өвчтэй, тахир дутуу, хүүхэд төрүүлэх чадваргүй болох зэргээр хүнд хор уршиг учруулбал ялыг хүндрүүлэн үзэх тухай эрүүгийн хуулийн 103-р зүйлийн 2, 3-р зүйлд заажээ. Практикаас үзэхэд хууль бус үр хөндөлтийг эмнэлгийн ямар нэг мэргэжилтэй хүмүүс үйлдэж байгааг эмнэлгийн удирдлагууд анхаарч үзүүштэй. Хууль бус үр хөндөлтийг хийлгэхгүй байх нэг нөхцөл бол үр хөндөх багажийг гадуур хэрэглэх боломжийг гаргахгүй байх явдал юм. Уг багажуудыг лац тэмдэгтэй, цоожтой сав шүүгээнд хадгалж, тодорхой хүн хариуцаж, шаардлагатай үед нь гарган өгч тооцож байх нь чухал юм.

3. *Бусдын биемахбодод санаатай буюу болгоомжгүйгээс гэмтэл учруулах, бусдыг санаатай ба болгоомжгүй алах.* М. Д. Шар-

городский (1962), И. Ф. Оборков (1966), И. Санжаадорж (1979), И. М. Гальперн (1984), А. Р. Денъковский, А. А. Матышев (1985), В. В. Томилин (1987), Ж. Авхиа (1989) зэрэг эрдэмтдийн үзэж байгаагаар эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээний үед эмч, эмнэлгийн ажилтны зориуд санаатай буюу болгоомжгүйгээс хүн гэмтэх нас барах юм бол эрүүгийн хуулийн 90, 92, 94, 96, 98 (бусдын махбодод хүнд хүндэтгэр хөнгөн гэмтэл учруулах 85 88, бусдыг санаатай болгоомжгүй алах) зүйлүүдээр эрүүгийн хариуцлага хүлээлгэж болох юм. Жишээ нь эмч хэвлийн хөндийд мэс заслын эмчилгээ хийх үедээ эмэгтэй хүний үр дамжуулах сувгийг хэн нэгний гуйлтаар эмнэлгийн заалтгүй байхад боох, тасдах, эсвэл өндгөвчийг авах, төмсөг өндгөвчийг туяагаар шарах зэргээр хүнийг үргүй болговол бусдын биед санаатай хүнд гэмтэл учруулсан гэмт хэрэг болно. (1, 3). Манай улсад хүнийг үргүй болгох ажилбарыг эмнэлэгт хяналтын комиссын шийдвэрээр мэс заслын аргаар шийднэ. Тухайлбал оюун ухааны хомсдолын хүнд хэлбэр, сэтгэл мэдрэлийн органик өөрчлөлттэй өвчнүүд, төрөлхийн ухаан хомсдолтой хүүхэд төрүүлдэг эцэг, эх хоёр түүнээс дээш давтан кесеров хагалгаа хийлгэх үед эх өөрөө хүсвэл үр дамжуулах сувгийг боох буюу тасдаж үргүй болгож болно. Манай орны эрүүлийг хамгаалах хүмүүнлэг энэ сайхан системд бусдыг, тэгэх тусмаа өвчтэй хүний ам насыг санаатайгаар хороох гэмт хэрэг гардаггүй бөгөөд гарах нийгмийн үндэс ч байхгүй билээ.

II. ХҮН АМЫН ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ЭСРЭГ ГЭМТ ХЭРЭГ

1. *Тахал болон гоц халдварт бусад өвчинтэй тэмцэх талаар тогтоосон журам зөрчих (эрүүгийн хуулийн 252-р зүйл).* Манай оронд зарим халдварт өвчин гарах нь эрс цөөрч цагаан цэцэг бүрмөсөн устсан билээ. Гэвч гадаад харилцаа өргөжиж, хот суурин газарт хүн ам төвлөрөхийн зэрэгцээ тарваган тахал, галзуу зэрэг гоц аюулт өвчний байгалийн байнгын голомт байгаа явдал нь халдварт өвчинтэй тэмцэх ажлыг улам сайжруулах хариуцлагыг чангатгахыг зүй ёсоор шаардаж байна. Халдварт өвчинтэй тэмцэх талаар БНМАУ-ын Сайд нарын Зөвлөл, ЭХНХЯ, УАЦХС СБШ Газраас батлан гаргасан дүрэм заавар болон ариун цэвэр-эрүүл ахуйн талаар тогтоосон журмыг зөрчвөл буруутай этгээдэд сахилга бат захиргааны буюу эрүүгийн хариуцлага хүлээлгэхийг эрүүлийг хамгаалах хуулийн 21-р зүйлд заасан байдаг. Дээрх зөрчлөөс гоц ба тахал (тархвар) халдварт өвчин ямар нэг хэмжээгээр дамжин халдсан эсвэл тархах аюулд тулгарсан үед эмч эмнэлгийн ажилтан төдийгүй гэм буруутай ямар ч иргэн эрүүгийн хариуцлагад татагдах юм. Энд эмч, эмнэлгийн ажилтны санаатай үйлдэл, эс үйлдэл нь шууд бус хэлбэрээр илэрдэг.

66

Жишээ нь: ариутгал, урьдчилан сэргийлэх тарилгыг бүх хүн амыг хамруулахгүй дутуу хийх, халдварт өвчин эхийн болон нярайн эндэгдэл, хоолны хордлогыг АЦ ХСС-д хожуу мэдээлэх (цочмог халдварт өвчнийг 3—12 цагт, сумдаас 24 цагийн дотор, архаг халдварт өвчнийг гурван хоногийн дотор мэдээлэх ёстой) гэх мэтээр шууд бус санаатай байна. Харин манай улсын хүчин чадлыг сулруулах зорилгоор гоц, тахал халдварт өвчнийг зориуд санаатай тараасан, тараах нөхцөлийг бүрдүүлсэн бол хорлон сүйтгэх хэрэг үйлдсэнээр тооцож шийтгэнэ. (Эрүүгийн хуулийн 64-р зүйл).

Тахал (тархвар) халдварт өвчинд богино хугацаанд олон хүнд халдан тархаж, өвчлүүлэх аюул бүхий салхинцэцэг, сахуу, цусан суулга, балнад, иж балнад, полимиелит гэх мэт өвчнүүдийг оруулна (9,6).

Гоц халдварт өвчинд олон улсын хөл хориот тарваган тахал, урвал тахал, шар чичрэг, цагаан цэцэг, түүнчлэн хүндрэл эндэгдэл ихтэй галзуу, боом, дархлал хомсдол хамшинж зэрэг халдварт өвчнүүд хамаарна (13). Гоц аюулт халдварт өвчнүүдээс тарваган тахал нь Булган, Сэлэнгээс бусад аймагт байгалийн байнгын голомттой, тэдгээр нь 10—30 жилийн үечлэлээр идэвхжиж байдаг өвчин юм.

Зөвхөн 1982—1987 онуудад 15 аймгийн 80 гаруй сумдын нутагт тарваган тахлын байгалийн голомт идэвхжсэн байна (19). Тарваган тахал нь хэдийгээр байгалийн голомтод хүнд хурдан явцтай, нас баралт ихтэй, халдах зам олонтой боловч вирус, риккетсээр үүсдэг зарим халдварт өвчинтэй харьцуулахад оношлох, эмчлэх, сэргийлэх аргууд тодорхой учир анх уг өвчнийг оношилж мэдээлсэн эмчийн үйл ажиллагаанаас түүний халдварлалт, явц ихэвхэн шалтгаалдаг.

Тарваган тахал зэрэг гоц халдварт өвчнийг анх оношилсон эмч нь халдвар хамгааллын дэглэмийг чанд сахиж засаг захиргаа, эрүүлийг хамгаалах байгууллагад яаралтай мэдээлнэ. Сум аймаг, районы гоц аюулт халдварт өвчтэй тэмцэх онцгой комисс хүн, хүч дайчлах төлөвлөгөө гарган улс, хоршоолол, олон нийтийн бүх байгууллага, иргэдийг уг өвчинтэй тэмцэхэд зохион байгуулж удирдана. Онцгой комиссын өгсөн үүрэг даалгаврыг биелүүлээгүй буюу хангалтгүй биелүүлсэн, гоц халдварт өвчнийг нуусан, урьдчилан сэргийлэх тарилгаас зайлсхийсэн, хорио цээрийн журмыг зөрчсөн хэнийг ч болов эрүүгийн хуулийн энэ зүйл ангиар авч үзнэ. Бас тахал, гоц халдварт өвчинтэй тэмцэх журам зөрчихөөс гадна бусад халдварт өвчин урьдчилан сэргийлэх тарилга, хил, усан сан, хүнсний бүтээгдэхүүн, цэвэрлэх байгууламжийн талаар гаргасан ариун цэвэр-эрүүл ахуйн дүрэм журмуудыг зөрчиж халдвар тараавал энэ гэмт хэрэгт хамаарна.

2. *Хүчтэй үйлчлэх болон хорт бодисыг хууль бусаар бэлтгэн олж авах хадгалах, тээвэрлэх, илгээх, борлуулах,* (Эрүүгийн

хуулийн 253-р зүйл). Хүний биед хүчтэй нөлөөлөх хордуулах, мансууруулах бодисыг зөвхөн эмчилгээ, эрдэм шинжилгээний зорилгоор хэрэглэдэг. Хүчтэй үйлчлэх бодис гэдэгт бага тунгаар хэрэглэхэд эрүүл мэндэд хор учруулах нойрсуулах, өвчин намдаах гэх мэт эм, бодисууд ордог. Хорттой бодисуудад ялимгүй бага тунгаар ч үхүүлэх хүртэл хор нөлөө үзүүлэх (14) цианист нэгдэл, прозерин, сульм, строфантин, стрихнин нитрат зэрэг олон эмүүд орно. Хорттой эмийн бодисыг ихэвчлэн граммыг мянга хуваасны нэгж тунгаар хэрэглэдэг бол хүчтэй үйлчлэх бодисыг арав, зуу хуваасны нэгжээр бодож хэрэглэдэг (15).

Эдгээр бодисыг хууль бусаар олж авах, хадгалах, тээвэрлэх илгээх, борлуулах гэдэг нь дээрх бодисуудыг худалдаж борлуулах болон бусад шунахай зорилгоор тусгай зөвшөөрөлгүйгээр найруулах, олж авах, хадгалах борлуулах зэргийг ойлгодог. Эрүүгийн хуулийн 253-р зүйлийн 2-р зүйлд мансууруулахаас бусад хүчтэй үйлчлэх болон хорт бодисуудыг үйлдвэрлэх, олж авах, хадгалах, тавьж олгох, бүртгэх тээвэрлэх, илгээх талаар тогтоосон журам зөрчсөн бол эрүүгийн хариуцлага хүлээлгэх тухай заажээ. Энэ хэрэгт эмнэлгийн ажилчид юуны өмнө эмийн үйлдвэр агуулах, эмийн сангийн ажилчидтай шууд холбогдох бөгөөд энэ тухай тогтоосон журам дүрмийг санаатай буюу болгоомжгүйгээр ноцтой зөрчвөл эрүүгийн гэмт хэрэг болох юм. Энэ талаар «Эм, эмнэлгийн барааг хадгалах ерөнхий заавар» (УЭХҮГ-ын даргын 1978 оны 1-р сарын 30-ны 10 тоот тушаалаар батлагдсан) «Хорт, мансууруулах эмийн зарцуулалтад тавих хяналтыг сайжруулах зарим арга хэмжээний тухай» (ЭХЯ-ны сайдын 1987—2—19-ны А (24), «Шинэ эмийн зүйлийг түрших шалгах эмчилгээнд нэвтрүүлэх, захиалах үйлдвэрлэх ерөнхий заавар» (ЭХЯ-ны сайдын 1978—12—12-ны 335 тоот) «Эм эмнэлгийн барааны гадаад захиалга үйлдэх, импортын барааг баазаас хүлээн авах, зарцуулах, журмын тухай заавар» (ЭХЯ, Сангийн яамны сайдын 1967 оны 254 (541 тоот), «Хорттой зарим эмийн бодисыг устгах журам» (ЭХЯ-ны сайдын 1969 оны 223 тоот), «Сэтгэцийн нөлөөт эмийн зарцуулалтад тавих хяналтыг сайжруулах тухай» (ЭХЯ-ны сайдын 1980—4—15-ны 93 тоот), «Эм тээвэрлэлтийн талаар авах зарим арга хэмжээний талаар» (ЭХЯ, Тэвэрийн Яам, Батлан хамгаалах Яамны сайдын хамтарсан 1971—2—22-ны 507/403 тоот), «Эмийг онгоцоор тээвэрлэх заавар» (УЭХҮГ даргын 1979 оны 111 тоот), «Хүн эмнэлгийн хялбар гэмтэх зарим төрлийн багаж хэрэгсэл, тоног төхөөрөмж эм барааг машинаар тээвэрлэх, ачих буулгах журам» (ЭХЯ, ТЯ-ны сайдын 1971—6—22-ны 157/260 «Эмнэлгийн хүчилтөрөгч тээвэрлэх нөхцөл», «ЭХЯ ТЯ-ны сайдын 1980—9—18-ны 233/276), эмийн жор бичилтийг журамлах тухай» (ЭХЯ-ны сайдын 1980—6—24-ны 156 тоот) гэх мэт заавар журмуудыг мөрдөж байна.

Эдгээрт зааснаар эмийн санд хорт, мансууруулах эмийг фармакопейн А шүүгээнд, хүчтэй үйлчлэх эмийг Б шүүгээнд хадгална. Онц хортой эмүүдийг (мөнгөн усны оксиданид, цианид дихлорид, дийодид бэлдмэлүүд, хүнцлийн ангидрид, натрийн арсенат стирхинин, синилийн хүчил) А шүүгээн дотор давхар саванд тусгайд нь битүүмжлэн хадгална. А шүүгээний тулхүүрийг ажлын үед ээлжийн ахлах шалгагч нар, ажлын дараа эд хариуцагч лацны тэмдгийг эм шалгагч тус тус хариуцан авч явна. Зөвхөн эмнэлгийн байгууллагад эмчилгээний ажил эрхэлдэг эмч нар хортой, мансууруулах эмийг батлагдсан индексстэй тусгай маягт дээр үрэл, шахмал, тугнагдсан нунтаг бол 12 ширхэг, хандмал уусмалыг 20 мл, тун шилтэй тарилгыг 10 ширхэг хүртэл хэмжээгээр нэг жороор бичих бөгөөд эмч гарын үсгээ зурж хувийн тэмдгээ дарсан байхаас гадна ерөнхий эмч гарын үсгээ зурж байгууллагын тамга дарсан байна. Харин өмнө хавдартай өвчтөнд эмнэлгийн байгууллагын тодорхойлолтоор хорт, мансууруулах эмийн тус хэмжээг нэг жоронд хоёр дахин их хэмжээгээр бичиж олгохыг зөвшөөрдөг. Эмийн сангуудаас жор бичсэнээс хойш 10 хоногийн дотор энэ эмүүдийг олгох бөгөөд жорын тунг шалгаж уул эмийн нэрийн доогуур улаанаар зурж эм найруулагч, эм шалгагч нар тунг хамт хэмжиж найруулан шалгаад тэр дор нь битүүмжилж онц хортой эмүүдийг «хорт анхаар!» гэсэн анхааруулга буюу амь насанд аюултайг онцолсон дүрс тэмдгийг дээр нь нааж олгох ёстой.

Яаралтай тусламжинд хэрэглэх хорт, мансууруулах эмийг хүлээн авах тасагт битүүмжилсэн цоожтой саванд эмнэлгийн үйлчилгээний онцлог, орны тооноос шалгаалан тодорхой тоо хэмжээгээр хадгалах бөгөөд үүнийг жижүүрийн сувлагч хариуцна. Хэрэв тасагт олгох бол жижүүр эмчийн зөвшөөрсөн тоо хэмжээг захиалгын маягтад бичгээр бичиж олгон тооцоог хийнэ.

3. Мансууруулах бодисыг хууль бусаар бэлтгэх, олж авах, хадгалах, тээвэрлэх, илгээн борлуулах (Эрүүгийн хуулийн 254-р зүйл). 1961 оноос 1987 оны VII сарын 1 хүртэл мөрдөж байсан эрүүгийн хуулинд ийм биеэ даасан зүйл анги байгаагүй бол шинэчлэн найруулж баталсан эрүүгийн хуулинд ийнхүү тусгайлан авч үзжээ. Энэ нь сүүлийн үед элдэв төрлийн мансууруулах үйлчилгээ бүхий бодисыг зарим хүүхэд, залуучууд сонирхон хэрэглэх болсонтой холбоотой юм. Мансууруулах бодист сэтгэцэд нөлөөлөн сэтгэл хөөргөн, ухаан балартуулж улмаар удаан хэрэглэвэл дасаж, бие, сэтгэцийн хувьд хараат болон үгүйлэгдэх гашин, морфин, промедол, фентанил гэх мэт эм бодис орно.

Одоогоор манай эрүүлийг хамгаалахын практикт 10 орчим мансууруулах эмийн бодис хэрэглэж байгаа юм. Эдгээртэй харьцах журам нь хортой эмийнхтэй адил. Энэ талаар тогтоосон журам зааврыг зөр-

чих, түүнчлэн борлуулах зорилгогүйгээр хууль бусаар бэлтгэсэн, олж авсан, хадгалсан, тээвэрлэсэн, илгээсэн бол эрүүгийн хуулийн 254-р зүйлийн 3-т зааснаар хариуцлага хүлээнэ.

Мансууруулах, хорт, хүчтэй үйлчлэх бодисыг «олж авах» гэдэг нь бусдаас худалдан авах, өрөнд, бэлгэнд авах зэргээр өөрийн мэдэлд шилжүүлснийг «хадгалах» гэдэг нь өөрийнхөө эзэмшилд ил далд байлгахыг, «борлуулах» гэдэг нь худалдах, солих, бэлэглэх, зээлээр өгөх зэргээр ашиг хонжоо олсныг ойлгодог (8).

4. *Хууль бусаар эмчлэх (Эрүүгийн хуулийн 251-р зүйл)*. БНМАУ-ын эрүүлийг хамгаалах хуульд анагаах ухааны дээд болон тусгай мэргэжлийн дунд сургууль төгсөн мэргэжил эзэмшсэн хүмүүсээр эмнэлэг, эмзүйн ажил эрхлүүлэхийг зааж, тогтоосон журмаас гадуур эрхлэхийг хориглоно» (13-р зүйл), эмнэлгийн зохих мэргэжилгүй хүмүүс түүнчлэн эмчлэх эрхгүй эмнэлгийн ажилтан бусдыг эмчлэх ажлыг эрхэлбэл түүнд хууль тогтоомжид зааснаар хариуцлага хүлээлгэнэ. (19-р зүйл) Эрүүгийн хуульд зааснаар бол хууль бусаар эмчлэх гэдэг нь эмнэлгийн зохих мэргэжилгүй этгээд эмчилгээний ажлыг байнга эрхлэхийг хэлнэ. Энэ нь нийтэд хүртээмжтэй, үнэ төлбөргүй, нарийн мэргэжлийн эмнэлгийн тусламж, хүн амын эрүүл мэндийн эсрэг чиглэсэн ноцтой гэмт хэрэг бөгөөд хөнгөн хийсвэр, сүжиг бишрэлтэй болон ужиг өвчинд шаналсан хүмүүсийг төөрөгдүүлж эмнэлгийн тусламжийг ойртуулан өвчнийг хүндрүүлдэг муу үр дагавартай юм. Түүнчлэн эмнэлгийн мэргэжилгүй атлаа эмчлэх явдлыг байнга эрхлэгчид нь бусдын өвчин шаналгааг далимдуулан хувьдаа байнга буюу нэмэгдэл орлого олох эх үүсвэр болгодог нь олонтаа байх бөгөөд хэргийг зүйлчилж ангилахад энэ нь нэг нөхцөл болно. Харин эмчлэх ажлыг байнга эрхлээгүй ганц нэг удаа бусдад ургамал амьтны гаралтай, эмийн чанартай зүйл өгсөн, эмчлэх гэсэн үйлдэл хийсэн нь бусдын амь нас эрүүл мэндэд хохирол учруулаагүй бол энэ гэмт хэргийн бүрдэл болохгүй.

Манаг малчид, зарим ахмад хүмүүс малын яс хэмхрэхэд засч эвэнд нь оруулах, чиг тавьж боох талаар дадлагатай байдаг төдийгүй яс бэртсэн хүмүүсг анхны тусламж үзүүлдэг. Энэ мэт анхны тусламжийг хүний амь нас, эрүүл мэндэд аюул учирсан үед нэг нь нөгөөдөө үзүүлж байх үүрэгтэй (Эрүүлийг хамгаалах хуулийн 10-р зүйл 9). Үүнийг зөрчвөл «бусдын амь биед аюултай нөхцөлд орхисон» гэж эрүүгийн хуулийн 109-р зүйлд зааснаар хариуцлага хүлээх юм.

Өөрчлөлт шинэчлэлийн өнөө үед үндэсний ухамсар ёс заншил сэргэн ардын эмнэлгийн тодорхой мэдлэгтэй хүмүүс мэддэг чаддагаараа ард түмэндээ тус болох боломжтой болж байна. Сүүлийн үед бариагч гэгчид ч олшрох боллоо. Гагцхүү тэднийг судалж бүртгэн үнэнхүү авьяастай мэдлэг чадвар бүхий хүмүүсийг эрүүлийг хамгаалах хуулинд зааснаар эрх олгож, хүн үзэж эмчлэх нөхцөл бололцоогоор хангах нь зүйтэй юм. Одоогоос 40 шахам жилийн тэртээ 1950-иад оны дундуур эрэл сурал хийж байж зарим бариагч нарыг олж хүн барих эрхийн үнэмлэх олгож байсан нь ямар ч үр ашиг өгөөгүй байна (16). Үүний нэгэн адил одоогийн «гарын дүйтэй, «бариагч» гэж алдаршигчдын дотор ардын эмнэлгийн ямар ч мэдлэггүй зөвхөн хувийн нэр төр ашиг хонжоо хөөцөлдөгч этгээдүүд байж болохыг анхаарахгүй орхиж болохгүй юм.

Эрүүлийг хамгаалах хуульд зааснаар хууль бусаар эмчлэх гэмт хэргийн субъект нь заавал эмнэлгийн мэргэжил боловсролгүй хүн байх албагүй, эмчилгээ үйлчилгээний тодорхой чиглэлийг хийх эрхгүй сувилагч, бага эмч, дунд мэргэжилтэн, их эмч байж болно. Өөрөөр хэлбэл эмчлэх эрхээ хасуулсан мэс засал, эх барих эмэгтэйчүүд мэт нарийн мэргэжлийн эмчийн зарим ажилбарт мэргэшээгүй эмч нар нь энэ хэргийн субъект болно. Гэхдээ яаралтай шаардлагатай үед дээрх нарийн мэргэжлийн тусламжаас өөрөөр өвчтөний амь насыг аврах боломжгүй үед (гарцаагүй байдал, эрүүгийн хуулийн 13-р зүйл) гэмт хэрэг болохгүй

Үргэлжлэл бий

ОРЧИН ҮЕИЙН ӨВЧТӨН

Профессор Г.И. Царегородцев

Эрин үе бүхэн өвчтөний нийгэм-эрүүл ахуйн дүр төрх болон эмчтэй харилцах харилцаанд өөр өөрийн ул мөрийг үлдээдэг. Өвчтөнөөс эмчид хандах харилцаа бол тухайн цаг үе, соёл болон тухайн нийгэмд ноёрхож буй нийгэм-улс төр, ёс суртахууны харилцааны тусгал юм.

XIX зуун болон XX зууны эхний арван жилийн өвчтөний дүр төрх нь эмчийн зөвлөгөө, зааварт үг дуугүй, хүлцэнгүй итгэдэг байснаараа онцлог юм. Харин орчин үеийн өвчтөн бол соёлын өн-

дөр түвшинтэй, шинжлэх ухаан-техникийн төдийгүй эрүүл ахуй болон анагаах ухааны асуудлаар ихээхэн мэдээлэл авч байна. Тэр ч байтугай шүүмжлэлтэй хандаж, үнэлж цэгнэж, эмнэлэг үйлчилгээний зарим онцлогийг эмнэлгийн ажигтнуудаас дутахгүй ойлогоор барахгүй урьдчилан сэргийлж, шинжилгээ хийх, эмчлэх зэрэгт тус дөхөм үзүүлдэг эмчийн түнш нь болж байна. Хүмүүсийн олонхийн боловсрол соёлын түвшин өсөн нэмэгдэж, тэд эрүүл мэнд юутай ч эгнэшгүй үнэ цэнтэй зүйл

гэдгийг улам бүр гүнзгий ухамсарлаж байгаа болохоор эмч, өвтөний хоорондын харилцааны шинж өөрчлөгдөж байна. Өвчтөн өөрийн эрүүл мэндтэй холбоотой асуудлаар шийдвэр гаргахад оролцохыг улам их өрмөлзөх боллоо. Эмчлэх үйл ажиллагаанд эмч тэргүүн ээргийн үүрэгтэй байсан, одоо ч тийм байна. Гэхдээ эмч өнөөгийн өвчтөний өөрчлөгдөж буй ухамсар, сэтгэлзүйг харгалзан үзэх ёстой. Анагаах ухааны талаар хэтэрхий «боловсрон гэжээрсэн» өвчтөнүүд өөрсдийгөө хохироох удаа цөөнгүй гардаг.

Их юм уншиж, заримдаа өөрийгөө анагаах ухааны талаар бүгдийг мэддэг болсон мэтээр бодож өөрийгөө эмчлэх төдийгүй эмчийн ажилд оролдох, онош тавихад хушуу дүрэх, эмчлэх аргыг зааж сургахад хүртэл хүрдэг тал бий.

Хүн амын ерөнхий болон ариун цэвэр-эрүүл ахуйн соёлын түвшин дээшилж, мэдээлэл асар их өсөн нэмэгдсэн одоогийн нөхцөл дэх энэхүү өөрчлөлт нь эмч, өвчтөний хоорондын харилцаа болон тэдгээрийн хоорондын сэтгэлзүй, ёсзүй-деонтологийн харилцааны механизмд эерэг ба сөрөг талуудын аль алийг үүсгэдэг. Өвчтөн анагаах ухааны олон тооны ерөнхий асуудал, өөрийн өвчний үүссэн шалтгааныг гүн гүнзгий, сайн мэддэг болсон төдийгүй эмч наын санал, зөвлөгөө, үнэлэлт дүгнэлт болон гадаад дотоод түүний дотор ёсзүй, хэл ярианы соёлд шүүмжлэлтэй ханддаг болсон байна. Шаналж эмзэглэсэн өвчтөн өөрөөсөө илүү их цар хүрээтэй мэддэг боловсролтой эмчээр эмчлүүлэхийг хүсдэг. Өвчтөний энэхүү хүсэл эрмэлзлийг хангахын тулд эмч, эмнэлгийн нийт ажилтан мэргэжил, ерөнхий соёл, хууль эрх, ёс суртахууны түвшингээ уялдаа холбоотой, цэгц тогтолцоотой дээшлүүлэх шаардлагатай. Орчин үеийн нөхцөлд өвчтөнд үйлчлэх соёл улам бүр ихээхэн учир холбогдолтой болж байна.

Эдгээр нөхцөл байдалтай уялдуулж анагаах ухааны хэд хэдэн сургуульд тухайлбал Глазгогийн их сургуульд өвчтөнтэй, ер нь хүн амын янз бүрийн давхаргатай харилцах сэтгэлзүйн болон нийгмийн судалгааны хуулийг хэрэглэж, суртах зорилготой тусгай хичээл орж байна. Иймэрхүү хичээлийг эмнэлгийн сувилагчид ч судалж байна. Тэдэнд тэр байтугай өвчтөний өөдөөс инээмсэглэж сурахыг хүртэл заан сургаж байна. Өвчтөний биеийн байдлыг асууж лавлах эвдүй, уран чадвар эзэмшүүлэхэд ч анхаарч байна.

Эмч, эмнэлгийн ажилтны хууль эрх, ёсзүй-деонтологийн соёлыг дээшлүүлэхийн зэрэгцээ нийт хүн амын болон эмчлүүлэгчдийн соёлын түвшинг дээшлүүлж, боловсронгуй болгох хэрэгтэй байна.

Хүн амын соёлын түвшин өсөн нэмэгдэхийн хэрээр онош тогтооход өвчтөний өвчин үүссэн нөхцөл байдлын тухай мэдээ сэлтийн үүрэг ихсэж байна. Өвчтөний хэлж буй үг амьдралынх нь нөхцөл байдлыг гүн гүнзгий оновчтой тогтоох буюу өвчний бас бус байдлыг мэдэхэд тус дөхөм болохуйц найдвартай мэдээлэл болж байна. Эмч, өвчтөн хоёрын харилцааны

түвшин ч дээшилж байна. Г. А. Захаринь тэмдэглэснээр бол боловсролтой өвчтөний хэлж байгаа үг, боловсролгүй өвчтөнийнхөөс найдвартай, лавтай мэдээлэл байдаг байна.

Гэхдээ хүн амын соёл дээшилж буй нөхцөлд эмчийн тавьсан онош, өвчтөний өөрийн нь тавьж байгаа «оноштой» таарахгүй байх үе бий. Эдүгээ эмчийн зүгээс өвчтөнд өгч буй мэдээллийн шинж чанар, түвшин одоо сэтгэл санааны асар их эрүүлжүүлэх ач холбогдолтой байна. Онош, эмчилгээний болон бусад дэг журмыг өвчтөн янз бүрээр хүлээн авч байна. Урьдчилан сэргийлэх болон эмчилгээний ажлын чанар нь өвчтөний ойлголт, итгэл үнэмшил, ухаалаг мэдээллээс олон талаар хамаардаг. Эмнэлгийн газруудад гарч байгаа түвэг бэрхшээл, хэл амын олонх нь өвчтөн өөрийн биеийн байдлыг сайн мэдэхгүйгээс үүсэж байна.

Эмч нарт цаг зав бага байдгаас болж өвчтөний биеийн байдал, эмчилгээний чанарын талаар тэднээс хангалттай мэдээлэл авч чаддаггүй ночтой дутагдал гарах нь цөөнгүй бий. Үүнээс болж өвчтөн маань эмчийн заавар зөвлөгөөг ягштал биелүүлэхгүй, хайнга хандах байдалд хүргэдэг. Мэдээлэл авах явц дахь иймэрхүү алдаа дутагдал нь эмч, эмчлүүлэгч хоёрын хооронд тэртээ тэргүй байгаа хөндий бишүүрхүү (харилцааг лавшруулж, эмнэлэг, анагаах ухааныг сорьсон бодол санаа газар авахад л «нэмэр» болдог эмчилгээний асуудлыг авч хэлэлцэх шийдвэрлэхэд өвчтөн ямар эрхтэй (өөрийн мэдлэгийн хүрээнд) байх ёстой вэ?

Эмчтэй харилцахдаа хэлсэн бүгдийг нь зөвшөөрөн хүлээж бүх тохиолдолд идэвхгүй байх ёстой юу? Өрнөдийн орнуудад эмч нар эмнэлэг, анагаах ухааны мэдлэгийг монополчилж, өөрсдийн давамгайл байр суурийг хадгалж, гаргасан шийдвэрээ бүрэн хянаж байхын тулд өвчтөнүүдэд өгөх мэдээллийг хязгаарладаг гэж багагүй ярьдаг. Ийм зэмлэлийг манай эмч нарт ч тодорхой хэмжээгээр хамааруулж болно.

Хувиараа эмчилж байгаа нөхцөлд өвчтөнийг бүрэн бус мэдээлэлтэй байлгах нь эмчийн зүгээс ашиг хонжоо олох зорилгоор өвчтөнд хяналт тавих явдлыг хүчтэй болгоход нөлөөлж байна. Эмч өөртөө материаллаг талын ашиг хонжоо олохын тулд өвчтөнд тус болохгүй өөртөө л хэрэг болох онош тавьж, эмчилгээний дэг журам тогтоохын тулд өвчтөнийг ийнхүү бүрэн бус мэдээлэлтэй байлгадаг.

Бид эмч, эмнэлгийн ажилтнуудад тавих шаардлагыг өндөржүүлэх талаар сүүлийн үед үндсэндээ ярьж байна. Гэтэл өвчтөн маань эмчтэй тэр бүр зүй зохистой харьцаж чадаж байгаа билүү?!

Миний эрүүл мэндийн байдал ердөө дан ганц миний хувийн хэрэг гэж олон хүн үзэж байгаа нь юуны өмнө туйлын алдаатай бодол мөн. Өөрийн эрүүл мэндийг үл ойшоох нь нийгмийн эрх ашгийг үл ойшоож байна гэсэн үг шүү дээ. Иймэрхүү санаа бодолтой хүмүүс өвчлөх нь их

байна тэд өвчлөхөөрөө нийгмийн даатгалаас хувь хүртдэг. Ийм хүмүүс тахирдуу болох эсвэл өвчний улмаас наснаасаа эрт тэтгэвэрт гарах нь элбэг байдаг. Эрүүл саруул байх эрх, биеийн эрүүл мэндээ хамгаалан бэхжүүлэх, чийрэгжүүлэх үүрэг хоорондоо нягт холбоотой. Чухамхүү энд л хүний эрүүл мэндийн нийгмийн болон хувийн учир холбогдол салшгүй диалектик нэгдэлтэй болж байгаа юм.

Хүнээс өөрөөс нь, түүний зан араншингаас хамаардаг эрүүл мэндийн тэр нөөцийг бага анхаарч байна. «Таны эрүүл мэнд өөрөөс тань хамаарна» гэдэг зарчмыг хангалтгүй хэрэгжүүлж байна. Ханиад хүрсэн цэргийг даргатай нь хамт шийтгэдэг байсан А. В. Суворовын цэргийн журмыг дээрх байдалтай холбон санахад сонин байна.

Гэтэл өвчтөний эмнэлэг-гэгээрлийн талаар дуулж мэдсэн юм, түүний өдөр тутмын амьдралын дэглэмийн хоорондын зөрүү арилах нь байтугай ихсэж байгаа нь харамсалтай байна. Архи, тамхины хор гэх мэт олон зүйлийн мэдлэг нь түүнийг хэрэглэхгүй байхад тус дөхөм болохуйц оюун санааны дотоод үндэс болж чадахгүй байна. Заримдаа бүр шал хачин тохиолдол ч гарч байна. Эмнэлэг-аринуу цэврийн талаарх мэдлэг нь нэмэгдэж, өргөжихийн хэрээр зарим хүн өдөр тутмын дэглэмээ түүний дагуу зохицуулах нь бүү хэл, харин ч харш үйлдэл хийх нь их болдог байна. Соёлын тухай, тодруулбал эмнэлэг-эрүүл ахуйн төсөөллийг хялбарчилж, эмнэлгийн практикийн арга хэрэгслийг үгүйсгэж буй тийм бүдүүлэг байдлыг халах хэрэгтэй байна. *Жинхэнэ соёл гэдэг зөвхөн оюун санаа, боловсрол төдийгүй нигүүлсэнтэй чиг баримжаатай байхыг хэлнэ. Соёл гэдэг зөвхөн хүний мэдлэгийн хүрээ, түүний урам, боловсролыг механикаар өртөжүүлж байдаг идэвхгүй мэдлэгийн бөөгнөрөл биш, түүний үзэл бодол, санаа сэтгэл, итгэл үнэмшилгүй төлөвшүүлж хамгийн гол нь хүний өдөр тутмын үйл ажиллагаа, аж төрөх хэлбэр маягийг тодорхойлж байдаг тийм мэдлэг юм.* «Соёл» гэдэг ухагдахуунаас одоо бид түүний нэн чухал бүрэлдүүлбэрийн нэг болсон эрүүл ахуйн соёлыг гээгээд байна.

Одоо манай аринуу цэвэр-эрүүл ахуйн суртал нэвтрүүлэгт ноёрхож байгаа гэгээрүүлэх дидактизм, өөрөөр хэлбэл өвөрмөцөөр хялбарчилж бүдүүвчилсэн сургаал айлдаж, уншигч сонсогчдод хэн хүнд ойлгомжтой илэрхий зүйлийг нурушиж байгаа нь өвчтөнийг эрүүл мэнддээ зөв зохистой, ухаалаг ханддаг болгож чадахгүй, харин ч сурталчилж байгаа зүйлдээ хайнга, ёс төдий хандах дарлалыг бататгах нь олонтаа байна. «Никотины нэг тун» нь адууг ч үхүүлж чадна гэсэн уйтгартай нэгэн хэвийн зүйлийг хэдэн ч жил давтах юм билээ дээ, энэ чинь тамхи татахтай хийх тэмцэлд тус болох нь бага байна. Нэг үгээр хэлэхэд манай анагаах ухаан хэд хэдэн өвчинтэй тэмцэх арифметикийг ямар нэг хэмжээгээр эзэмшээд одоо эрүүл хүмүүсийн эрүүл мэндийг бэхжүүлэх алгебрийн өмнө тулж ирээд арга ядан зогсжээ.

Анагаах ухааны суртал нэвтрүүлгийг бие хүний төлөвшилт оюун санаанд учир зүйн төмөр бетонон загвар, хуурай дүгнэлтээр төдийгүй сэтгэхүйн ертөнцийн бүхий л бүрэлдүүлбэрт нь нөлөөлөх замаар хийх учиртай. Анагаах ухааны мэдлэгт ялгавартай хандах нь чухал. Мөн өвчтөний эрүүл ахуйн хэвшлийн гүн гүнзгий учир шалтгаанд нь нөлөөлөх хэрэгтэй. Жишээлэхэд зөв боловсон хооллохын ач холбогдлыг залуу хүмүүст сурталчлаахдаа урт насалдаг юм гэсэн улир домог болсон зүйлтэй холбож тайлбарлахаасаа илүү зөв боловсон хооллох нь хүний биеийн хөгжил, гадаад төрх, хичээл сурлага, спорт гээд өдний төдий зүйлд нөлөөлдгийг онцлон хэлэх учиртай. Харин нас тогтсон хүмүүст бол өнөөх урт наслахтай нь холбож ярих нь зүйтэй. Орчин үеийн өвчтөний эрүүл мэнддээ хандах хандлага нь дээр дурдсан хэнэггүй хайхрамжгүй байдлаас эхлээд биеэ чагнах хүртэл өргөн хүрээг хамарна. Хүмүүсийн нэг хэсэг нь давын өмнө эрүүл саруул байхыг л зорилгоо болгож, эрүүл мэндээ хэт их үнэлэн өргөмжилж байна.

Хүмүүсийн эрүүл мэндээ бэхжүүлэхэд туслах учиртай анагаах ухаан нь тэрхүү эрүүл мэнд байхын үүрэг, хувь хүний амьдрал ахуйд болоод нийгэмд тэр нь ямар учир холбогдолтой вэ гэдгийг зөв зүйтэй ойлгуулахыг иш үндэс болгох ёстой. Эрүүл мэндийг янз бүрээр ойлгож, янз бүрээр дүгнэж явдал цөөнгүй байна. Зарим нь эрүүл саруул л байвал боллоо гэж хэт шүтэж амьдралын зорилгоо болгож байна. Нэгэн яруу найрагчийн хошигносноор ийм хүмүүс эрүүл мэндийнхээ төлөө амьдралаа золиослож үрэхээс буцдаггүй. Ингэвэл эрүүл мэнд байхыг нь бүхнийг бүрхэгдүүлэн залгисан үнэт зүйлийн хэмжээнд тавихад хүрнэ.

Гэтэл зарим нь аж амьдралд болон амьдралын үнэт зүйсийн системд нь эрүүл мэндийн гүйцэтгэх үүргийн бас нөгөө туйл руу нь хэлбийлгэн үзэх нь ч байна. Ийм хүмүүс эрүүл мэнддээ хайхрамжгүй хандаж, хор хүргэдэг.

Зугаа цэнгэл, сэтгэл ханамжийг амьдралынхаа дээд зорнигоо, ахуй байдлынхаа үндсэн хандлага болгохоор л эрүүл мэнддээ ингэж хайхрамжгүй үрэлгэн харалган хандах болдог юм. Ийм хүмүүс жишээлбэл амарлаа гэхэд идэж, унтаж, зүгээр сууж идэвхгүй байхыг л зорилгоо болгоно, энэ чинь эрүүл мэндэд хортой зүйл шүү дээ. Ийм хүмүүс төдийгүй ер нь хүмүүс арчаагүй болоод тартагтаа тулаад ирэхээрээ эрүүл мэнддээ бодож, түүнийг үнэлж цэгнэж эхэлдэг.

«Эрүүл мэнддээ муудах тусам л эрүүл саруул байхын учир утгыг улам улам мэддэг» гэсэн шиг иймэрхүү байдал манай нийгэмд нэлээд тархмал үзэгдэх болсон нь харамсалтай.

Орчин үеийн хүний оюун санааны болон материаллаг үнэт зүйлс нь зугаа цэнгэл, сэтгэл амирлангуй байдлын өнгө аястай байх нь цөөнгүй болжээ. Олон хүн ялангуяа залуучууд аль болохоор сэтгэл хангалуун байхыг л амьдралын утга учир гэж

үзэж байна. Алсдаа ашигтай, одоохондоо сэтгэл хангах ийм хоёр зүйлийн аль нэгийг сонго гэвэл сүүлчийнхийг нь олонх нь сонгоно. Хэтрүүлж идэх, тамхи татах, согтуурах зэрэг нь мөн л сэтгэл ханамжтай байгаа хэрэг юм гэнэ лээ.

Хүмүүсийн нэлээд хэсэг нь чөлөөт цагаа ердөө л дэл сул өнгөрөөх зорилго тавиад эрүүл мэнддээ хор хүргэж байна. Харин тааламжтайг ашигтайтай хослуулах, эрүүл мэндэд ашигтайг яваандаа тааламжтай болгох, заримдаа ашигтайн төлөө тааламжтайгаас татгалзаж чаддаг байх нь эрүүл байхын угтал мөн.

Үнэт зүйлсийг ухаалгаар үнэлж цэгнэдэг байх нь хүний амьдралын бүхий л үйл ажиллагааг сэргээж сайн нөлөөлдөг, түүгээр ч барахгүй өвчтөний эдгэрч илаарьшихад ч тус болдог. Өвчтөний оюуны ядуурал, эдийн шунал, бүдүүлэг хүсэл сонирхол нь өвчнөөс хурдан ангижрахад нь чухал хэрэгтэй дотоод хамгаалах хүчээ дайчлахад нь тус болохгүй.

Хүний эрүүл мэнд бол хүнийг боловсронгуй болгох хэрэгсэл юм гэж Спиноза үзэж байсан юм. Тэрбээр ашигтай, тааламжтай хоёрыг зөв хослуулах сэтгэлийн тэнхээ эрүүл мэнд байхын чухал нөхцөл гэдэг. Эрүүл мэнд сахин хамгаалахад хангалттай хүрэлдэхүйц хэмжээгээр сэтгэл ханамжтай ашиглах ёстой.

Аливаа хүний тэр тусмаа өвчтөний эрүүл мэнд бол түүний нийгэм-эдийн засаг, сэтгэл хөдлөл-сэтгэлзүйн сайн сайхан байдлын хэмжүүр байдаг. Эрүүл мэнд гэдэг бол ерөөсөө өвчин эмгэггүй бие төдийгүй, ухаан санаа бие цогцосын сайн сайхан зохицол мөн. Эрүүл мэнд бол хүний бүх талын хөгжлийн угтвар нөхцөл, хөдөлмөр болоод нийгэм, хувийн амьдралдаа түүнээ үр бүтээлтэй илрүүлэх угтвар нөхцөл мөн. Эрүүл мэнд бол социалист нийгмийн нийгмийн үнэт зүйлсийн дотроос чухлын чухал нь бөгөөд тухайн нийгмийн эдийн засаг, хүн амзүй, соёл, оюун санаа, батлан хамгаалалтын чадавхи, нийгмийн нийгэм-эдийн засаг, хүрээлэн буй байгаль орчны тэнцвэрт харьцааны толь, улс орны хөгжлийг хурдасгах нэн чухал угтвар нөхцөлүүдийн нэг юм. Нийгмийн болон бие хүний эрүүл мэндийг хамгаалах материаллаг сонирхлыг дэвшүүлэхэд чиглэсэн эрхний болон захиргаа-эдийн засгийн чанартай арга хэмжээ боловсруулах хэрэгтэй байна. Үүний дээр өвчилж хө-

дөлмөрийн чадвараа түр алдаагүй, эрүүл аж төрөх хэвшилд суралцсан хүмүүст ээлжийн амралт дээр нь хэд хоногийн цалинтай чөлөө олгодог болмоор байна. Ийм улс амралтан дээр нь нэмж өгсөн цалинтай чөлөөнөөс илүүг нийгэмд оруулчихсан байдаг.

Хэд хэдэн оронд ниймэрхүү арга хэрэглэж байна. Жишээлбэл: АНУ, Японы хэд хэдэн пүүс ажилтнуудаа биеийн тамир, спортоор тогтмол хичээллэсний төлөө, бас тодорхой зайнд гүйсэн хүмүүст тодорхой хэмжээний мөнгө өгч байна. Өвчлөлтөөс урьдчилан сэргийлэх нь өвчилсний дараа эмчилж, эмнэлгийн хуудсаар мөнгө авч байснаас хямд төсөр тусдагийг тэд иш үндэс болгодог байна.

Хэрэв өвчтөн цаг алдаагүй үзлэгт орж, шинжилгээ хийлгэвэл олонх өвчнийг ихэнхэд нь зөв оношилж, богино хугацаанд эмчлэх боломжтой нь тодорхой, Гэтэл тусгай урилга, эмч нарын дуудлага өгөөд байхад үзлэгээс зайсхийгээд ирдэггүй хүн олон бий. Ийм хүмүүс өөрсдөө буруутай. Тэднийг хөдөлмөрийн чадвар түр алдахад нь олгодог тэтгэмжийг нь хасаж болохгүй гэж үү? Ингэж гэмээж нь цаг алдахгүй үзлэгт орж, биеийн байдалаа мэдэж байхад нь тустай.

Социалист зарим оронд төрөхийн өмнөх амралтын мөнгийг тэр үедээ эмэгтэйчүүдэд зөвлөгөө өгөх газрын бүхий л үзлэг тэндээс хийж байгаа сорил шинжилгээг цөмийг нь хийлгэж, байнга зөвлөгөө авч байсан эсэхтэй хамааруулан тогтоож байна. Нялхсын эндэгдэл их, эмэгтэйчүүдийн маань тодорхой хэсэгт эмнэлэг-эрүүл ахуйн соёл хангалтгүй байгаа манай орны нөхцөлд ийм эрхзүйн арга хэмжээ авбал тодорхой хэмжээний нааштай үр дүнд хүрнэ. Тэр ч байтугай архичин, тамхичин өвчтөний эмнэлгийн хуудсаар авах тэтгэмжийг хасаж, харин ч архи уудаггүй тамхи татдаггүй хүмүүст материаллаг урамшуулал өгвөл зохистой биш үү?

Манай амьдралын бүхий л хүрээнд өөрчлөн байгуулалт хийж байгаа өнөөгийн нөхцөлд хүмүүст, тэр дундаа өвчтөнд аж амьдралын эрүүл саруул зөв зохистой хэвшил төлөвшүүлэх нь манай эрүүлийг хамгаалахын төдийгүй нийгэм, хотлын эрүүл ахуйн болон нийгэм-нигүүлсэхүйн нэн чухал зорилт мөн.

Орчуулсан Ц. Сүхбаатар

ВЕГЕНЕРИЙН МӨХЛӨГӨНГӨРТӨЛ (ГРАНУЛЕМАТОЗ) ӨВЧИН

Д. Самбуунүрэв, Л. Чойжоохүү

Анагаах ухааны хүрээлэн
Улсын эмгэг анатомын товчоо

Вегенерийн мөхлөгөнгөртөл өвчин (ВМӨ) нь тогтолцоот харшлын судасны үрэвслийн бүлэгт багтдаг ховор өвчин бөгөөд бид тус улсад энэ өвчний оношийг анх тогтоов.

1936—1939 оны үед анх Вегенер (8) уг өвчний 3 тохиолдлыг эмнэлзүй болон бүтэцзүйн хувьд нарийн судалсны үндсэн дээр зангилаанцарт периартерийт өвчний нэгэн хувилбар, хамрын хөндийн мөхлөгөнгөр гэсэн нэр өгөөд биеэ даасан өвчин мөн болохыг тогтоожээ. Тэр үеэс эхлэн анагаах ухааны хэвлэл мэдээлэлд «Вегенерийн хамшинж», «Судасны түгээмэл үхжил бүхий амьсгалын дээд замын үхжилт мөхлөгөнгөртөл», «Хамрын мөхлөгөнгөртөл», «Амьсгалын замын аварга эст мөхлөгөнгөр» гэх мэт хэд хэдэн нэрээр бичих болжээ. (3,8)

Хожим 1954 онд Godman, Chur нар (8) хэвлэлд нийтлэгдсэн 22 өөрсдийн 7 бүгд 29 тохиолдлын бүтэцзүйг нарийвчлан судлаад энэ өвчнийг ВМӨ хэмээн нэрлэжээ.

ЗХУ-д А. И. Струков, В. В. Бадмаева (6) нар 1957 онд ВМӨ-ийг анх оношилсноос хойш 1960—1975 онуудад 95 тохиолдлыг судалсан тухай хэвлэлд мэдээлжээ (1, 2, 5)

Хэдийгээр ВМӨ-ийг биемахбодын дотор дархлалын эргэшгүй хямрал буй болсноос үүссэн цусны судасны хэт сэдээгдэлтийн хариу нэрвэгдэл хэмээн үзэж байгаа боловч өнөө хэрнээ уг өвчний үүсэл, шалтгааныг бүрэн судлаж тогтоогоогүй, хэд хэдэн таамаглалаар тайлбарлаж байна.

Нэг хэсэг эрдэмтэд (7,8) энэ өвчний анхны шинж нь ихэнхдээ амьсгалын зам гэтлэх байдлаар эхэлдэг учраас амьсгалахад орж буй гаднын хүчин зүйлс, магадгүй нян, вирус

нь салстад нөлөөлж байж болох юм гэж үзэж байхад, нөгөө хэсэг нь (8) антибиотик болон бусад эмийг удаан хэрэглэснээс буюу голомтот архаг халдварын нөлөөгөөр биемахбодын дотор дархлалын хямрал үүсэж болох юм гэжээ. Нянгийн хор, эм зэрэг нь тодорхой нөхцөлд биемахбодын тухайн эдийн дотор чанарын хувьд өөрчлөгдсөн буюу хэвийн уургийн бүрэлдэхүүн хэсэг болох эсрэг бодис (антител) үүссэний хариу хэлбэрээр өөрөөсөө эсрэгтөрөгч (антиген) үүсгэж улмаар энэ нь судасны ханын бүтцийг эвдэж гэмтээдэг гэж үзжээ.

ВМӨ-ий дахилт, хурцдал нь цус сэлбэх, вакцин хийх, гэмтэх, хэт даарах, цочмог халдвараар өвчилсний дараагаар ажиглагдаж байгаа нь магадгүй эдгээр нь судасны үрэвсэл, эдийн үхжил байдлаар илэрч буй дархлах урвалыг сэдээгч хүчин зүйлийн үүргийг гүйцэтгэж байж болох юм гэж тайлбарлаж байна.

Олонх эрдэмтэд ВМӨ-ий эмгэг жамыг хэт мэдрэгшилтэй холбон үзэж байна.

Ном хэвлэлд бичсэнээр (4, 9) ВМӨ-ий үеийн бүтэцзүйн хамгийн гол өөрчлөлт нь дунд, нарийн судасны хананд үхжил, шүүдэст үрэвсэл, эсүүд үржиж бөөгнөрөх, сорвижин хатуурах, эцэст нь бүлэн үүсэж судас бөглөрөх зэрэг шат дараалсан явцаар илэрнэ. ВМӨ-ий үед судасны хана сийвэнгээр дэвтээгдэж, ширхэглүүрт үхжилд нэрвэгдэхийн хамт олон бөөмт цагаан эсийн задрал, хайлан уусалт, эсвэл эсийн үржил бөөгнөрөл-мөхлөгөн гүвгэр үүсэж голломтлон байрлах өөрчлөлт харагдана. Голдуу эрхтний дотно, гадна байрласан булчинлаг хэлбэрийн артерийн

дунд, нарийн судас илүү гэмтэнэ. Нарийн судасны хана бүрэн эвдэрч гэмтсэн үед олон дүрст эсийн мөхлөгөн гүвгэр үүснэ. Венийн судас гэмтэлд өртвөл хамрын болон ойролцоох хөндий, төвөнх, цагаан мөгөөрс, гуурсан хоолой, уушги зэрэг амьсгалын зам, хоол боловсруулах эрхтэний зам, нүд, нүүрийн зөөлөн эд зэрэг гадаад орчинтой харьцдаг эрхтнүүдэд венийн судасны бүх ханыг хамарсан олон тооны эвдэрсэн буюу эвдрэл-бүтээцтэй, эсвэл бүлэнтэй үрэвсэл давамгайлдаг. Мөн бичил эргэлтийн судсууд үрэвсэлд хамрагдахаас гадна үрэвслийн голомтод мөхлөгөн гүвгэр үүсэх нь ВМӨ-ий нэг гол шинж мөн. Мөхлөгөн гүвгэр нь бүх эрхтнээр тархах бөгөөд янз бүрийн хэмжээтэй, эхний үедээ олон дүрст цагаан эс, эсийн задрал, үхжиллийн зууршнаас сүүлдээ тунгалагийн ба тэнэмэл эс, саармагсаг, өозинсэг, хучуур төст эс, ширхэг үүсвэр, сийвэнт, олон бөөмт аварга эсүүдээс тогтдог.

Эмнэлзүйн хувьд ВМӨ нь өвчлөлийнхөө эцэс төгсгөлд бөөрний буюу уушги-зүрхний эргэшгүй гүн дутмагшилд шилждэг амьсгалын дээд зам, уушгины мөхлөгөн гүвгэр, үхжилийн сонгомол өөрчлөлт бүхий түгээмэл хэлбэрийн судасны үрэвсэл, ихэнхдээ бөөрний түүдгэнцрийн үрэвсэлтэй хавсран байх шинжээр илэрнэ. Энэ өвчнийг түгээмэл, хэсэг газрын гэсэн хоёр хэлбэрт хуваадаг (8).

Бидэнд анх ажиглагдсан ВМӨ-ий нэгэн тохиолдлыг эмч та бүгдийн сонгоход толилуулъя.

18 настай өвчтөн эмэгтэй Д-ин II, УКТЭ-ийн нүдний тасагт «иридомиклит» оноштойгоор 1989 оны II сарын 16-нд хэвтжээ. Уг өвчин нь 1988 оны XII сарын дундуураас нүдний салст улайх, нулимс гоожих, гэрэлд гялбах байдалтайгаар эхлэн нүдний дусаалга хэрэглэсэн боловч баруун нүдний хараа нь эрс муудаж тус эмнэлэгт шилжин иржээ. 1987 онд зүүн хөндий шилбэ ясны идээд өвчний улмаас эмчлүүлж байсан.

Хэвтэх үед нүдний салст улайсан, нулимс гоожих, нүд рүү хатгаж өвдөх, толгойгоор хатгуулах хамар битүүрэх, найтаах зовиуртай, үзлэгээр баруун нүд 0,04, зүүн нь 08-ын хараатай баруун нүдний эвэрлэг захаараа шархалсан, хордлогын илрэл бага байсан нүдний тасагт 112 хоног антибиотик, нүдний дусаалга, биеийн эсэргүүцлийг сайжруулах эмээр эмчлүүлсэн, мөн нүдний эвэрлэгээс арчдас авч шинжлэхэд эхлээд нянгийн ургалтгүй

байснаа сүүлдээ стафилококк илэрсэн. Цус шээсний ерөнхий болон биохимийн шинжилгээнд онцлох өөрчлөлт гарсангүй. 1989 оны IV сард гэртээ чөлөөгөөр гарах үед уул өвчтөнд халуурах, толгой өвдөх, хамар битүүрэх зовиурал илэрч улмаар нүдний зовиур арилахгүй V сарын 20-нд хамар хоолойн зөвлөх эмч үзэж Венегерийн өвчин байж болзошгүй биопсийн шинжилгээгээр архаг үрэвслийн үеийн эсүүд, үхжил, аварга эс харагдана. Сүрьеэ өвчин байгаа эсэхийг тодруулахыг заажээ.

V сарын 7-оос ханиалгах, цээжээр өвдөх, цустай цэр гарах, зовиур нэмэгдэж судасны цохилт минутад 124, амьсгал 24—30 болж олшрох, чагнахад уушгинд нойтон хэржигнүүр сонсогдох, арьсаар цусархаг тууралт гарах зэрэг өөрчлөлт илрэх болсон бөгөөд сүрьеэгийн мэргэжлийн эмчийн зөвлөснөөр (цээжний гэрлийн зурагт 8 (V—89 г) баруун уушгины нэвчдэст сүрьеэ, эдэмцэрт үхжилт хатгалгаа байж болзошгүй гэсэн оношоор уушгины сүрьеэг эмчлэх больницид VI сарын 9-нд шилжиж сүрьеэгийн эсрэг эмчилгээ хийлгэж 4 хоноод амьсгал зүрх судасны гүн дутагдлаас насан эцэслэжээ. Өвчтөн маань УКТЭ, УСАБ-д нийтдээ 116 хоног таамаг оноштойгоор эмчлүүлжээ.

Задлан шинжилгээгээр нэлээд туранхай, арьсаар түгээмэл цэгчилсэн хүрэн өнгийн цус харвалттай, баруун нүдний алим хатингаршиж эвэрлэг нь цайсан, хамрын хянга хотойж суусан, зүүн шилбэндээ 6х8 см хэмжээний сорвижилтэй.

Дотор эрхтэний гадаргуугаар олон тооны цэгчилсэн цус харвалтуудтай гялтанга хальс цээжний баруун талд зузаарч наалдсан, хоёр уушги нийтдээ хийжилтээр бага, барихад хүнд, том, зүсэхэд хүрэн бараан, хатуувтар-нягт 0,2—1 см хэмжээний олон тооны бүдэг цайвар голомтуудтай гуурсан хоолойн салст улайсан, зарим хэсэгт идээт өнгөр тогтсон байв. Бөөрний гадаргуугаар янз бүрийн хэмжээний хонхорууд, цус харвалтууд гарчээ.

Бичил шинжилгээнд хамрын хөндийн салстын шархлаат хэсгээс авсан эдийн дотор хялгасан судасны хана нь задрал, хайлан уусалт бүхий олон дүрст цагаан эсээр нэвчигдэж, ханын эвдрэл, судсанд бүлэн үүссэн байсныг ажиглав.

Мөн олон бөөмт аварга эс, тунгалагийн ба тэнэмэл, хучуур төст, ширхэг үүсвэр эсүүдээс тогтсон мөхлөгөн гүвгэр харагдав. Бичил бүтцийн энэ зураглал нь тухайн үед Венегерийн мөхлөгөнгөртөл өвчин байж болох санааг бидэнд анх төрүүлсэн юм. Уушгинаас авсан эдийн дотор дуранбайн шинжилгээгээр нарийн гуурс, ихэнх цулцангийн ханын эсийн хэт үржил олон бөөмт аварга, бусад эсүүдтэй холилдон байрлаж нүх, хөндийг дүүргэсэн байсны хажуугаар цулцан, түүний завсар хоо-

роны эдийн хялгасан судасны хана үхжих, бүлэн үүсэж судас бөглөрөх, мөн олон дүрст цагаан эсийн задрал, үхжилийн зууршнаас үүссэн буглаа болон тэнэмэл, хучуур төст, сийвэнт саармагсаг эсээс тогтсон мөхлөгөн гүвгэр байх нь ажиглагдав. Бөөрөнд хялгасан судасны ханын шилжил (пиалиноз), бүлэн, бөглөрөл, түүдгэнцрийн судлагын ширхэгдүүрт үхжил харагдав.

Ийнхүү тухайн үед амьсгалын дээд зам (хамар, хамар-злагуур), уушги, бөөр, нүдийг түлхүү гэмтээсэн түгээмэл хэлбэрийн Вегенерийн мөхлөгөнгөртөл өвчин байсныг тогтоов. Уг эмгэгтэйд зүүн шилбэний ясны архаг идээт үрэвсэл байсан нь тухайн энэ өвчнийг сэдээгч хүчин зүйл байж болох талтай байна.

Харшлын гаралтай судасны үрэвслийг эрт үед нь илрүүлэн стероид гормон, хавдрын эсрэг үйлчилгээтэй эмийг хослуулан хэрэглэхэд үр дүнг өгч байгааг бичсээр байна (8).

Энэ тохиолдлоос санаа авахад судасны харшлын өвчнийг эрт үед нь илрүүлэн таних, эмчлэх нь эмч бидний анхаарлын төвд байнга төвлөсөх асуудлын нэг боллоо.

НОМ ЗҮЙ

1. Авцын А. Б. и соавторы. Болезнь Вегенера-Вестн. оторинолар, 1959, 6, стр. 110—111
2. Бочкаров М. В. и соавторы. Здравоохранение (Кишинев) 1976, 6, стр. 31—41
3. Ганджа И. М. и др. Коллагеновые болезни, Киев, 1978 стр. 162—170
4. Международная гистологическая классификация опухолей
5. Пирогова Е. П. и др. Вестник оторинолар, 1960, 6, стр. 51—62
6. Струков. А. И. Бадмаева В. В. Архив патологии, 1957, 5, стр. 77—93
7. Ярыгин Н. Е. Архив патологий, 1975, 1, стр. 44—51
8. Ярыгин Н. Е. и соавторы. Системные аллергические васкулыты, Москва, М., 1980, стр. 129—174
9. Ткачук В. И. и др. Случай гранулематоза Вегенера. Архив патологии, 1984, 3, стр. 70—72 № 19, ВОЗ, Женева, 1978, стр. 15

ВЕГЕНЕРИЙН ХАМ ШИНЖ

Ц. Норжмаа (УКТЭ)

Холбогч эдийн эмгэгт олон тооны хамшинжүүд багтдагийн нэг нь Вегенерийн хамшинж юм. Энэ эмгэгийг ховор тохиолддог гэж хэвлэлд мэдээлдэг авч манай оронд оношилж бичсэн удаагүй билээ. Клиникийн практикт ховор тохиолдсон хоёр тохиолдлыг мэргэжил нэгт эмч нартаа мэдээлье.

Уг эмгэг нь биемахбодын аль нэг эрхтэний судсыг гэмтээдэг учраас зарим эрдэмтэд зангилаат периартеритын нэг хэлбэр гэж үздэг тал бий. Гэвч эмгэгийн биеэ даасан нэршил болгон хүлээн зөвшөөрч нэрлэжээ.

Энэ эмгэгийн үед амьсгалын замын дээд хэсэг, уушги, бөөрний судсыг үрэвсүүлж гурвалсан хамшинж өгдөг, ихэвчлэн хөдөлмөрийн насны эрэгтэйчүүд, эмэгтэйчүүдээс хоёр дахин их өвчилнө.

Өвчин үүсэхэд амьсгалын замын архаг голомтот үрэвсэл нөлөөтэй.

Зарим судлагчид вирус нөлөөтэй гэж ч үздэг. Өвчнийг өдөөгч өвөрмөц бус хүчин зүйлд харшлын урвал, эмэнд нэн ялангуяа антибиотикт харшиж, эмийг зүй зохисгүй хэрэглэснээс үүсч болно. Дээрх хүчин зүйлийн нөлөөгөөр биемахбодын дархлал өөрчлөгдөх эмгэгийн шинж тэмдэг илэрчээ. Уг шинж дөрвөн үе шаттай явагдана.

I үе: Хамар, хамар-залгиур, самалдагийн салст үрэвсэж улмаар шүд, завжны салстыг гэмтээнэ. Нүүр, үе мөч орчмын арьсанд судаслаг тууралтууд гарна. Хамрын хянган яс үрэвсэж идэгдсэнээс хамар суух байдал илэрнэ.

II үе: Мөгөөрсөн хоолой, уушгины судас гэмтсэнээс ханиалгах, цустай цэр гарах улмаар уушгины цус алдалт гарч болно. Уушгины судсыг үрэвсүүлж гэмтэсэнээс судаслаг хөндийнүүд үүсч мэднэ. Өвчтөн халуурна. Тэгэхдээ тогтворгүй их халуурна. Үе үрэвсэн хавдаж,

үений хурц үрэвслийн шинж илэрнэ.

III үе: Бөөрний судас гэмтсэ- нээс цочмог үрэвслийн шинж илэрч лабораторийн шинжилгээгээр уу- раг, цус гарах, шээс тундасжих зэрэг эмгэгт өөрчлөлт гарна. Мөн зүрх, мэдрэлийн судсыг гэмтээснээс эмгэг шинжүүд илэрнэ.

IV үе: Дотор эрхтэний судсуу- дыг гэмтээж тэдгээр эрхтэний үйл ажиллагаа тэнцвэрээ алдаж улмаар үхэлд ч хүргэж болно.

Бидний практикт тохиолдсон тохиолдлоо товч танилцуулъя.

Өвчтөн Г. эр, 18 настай, Зав- хан аймгийн харьяат, ТМС-д сур- даг. Өвчин 1988 оны хавар халуурч, үе мөч өвдөж, хөлөөр улаан туу- ралтууд гарч, амьсгаадаж, зүрх дэлсэх, бөөр өвдөж хавагнах зө- вуурьтайгаар орон нутаг, клини- кийн III эмнэлэгт удаа дараа хэв- тэж эмчлүүлсэн боловч засрал авалгүй намар нь нас баржээ. Өвч- төний шинжилгээнд: УЭТХ их (36— 40 мм/ц), цагаан эс олширсон, цу- санд уураг 1,36, цагаан улаан эс, шээсний шинжилгээнд бөөрний эсүүд гарсан. Уушгины зурагт зу- раглал бүдгэрсэн, хоёр талын доод хэсэгт судаслаг хөндийнүүд үүсч зөгийн үүр мэт байдалтай болсон, зүрхний цохилт түргэссэн.

Бодит үзлэгээр: Өвчтөний би- ейин байдал маш хүнд, амьсгаад- сан, амьсгал олширсон, хагас суу- гаа хэвтэрт, хоёр хөлийн шилбэнд хуучин тууралтаас үлдсэн хүрэн толботой, минутад 32 удаа амьс- гална. Чагнахад амьсгал суларсан, доод дэлбүүдэд нойтон хэрчигнүүр- тэй, зүрхний хэмжээ томорсон, цо- хилт нь түргэссэн, уушгины артери дээр 11 авиа өргөлттэй, АД 140— 100 мм, судас минутад 112 удаа лугшина. Хоёр талдаа Пастернац- кийн шинж тод илэрнэ. Шээс бага хэмжээтэй, маш өтгөн гарч байсан.

2. Өвчтөн П. эр 21 настай, Өвөр- хангай аймаг, тахир дутуугийн груп- пэд, УКТЭ-ийн нүдний тасагт 2 удаа нийт 115 хоног хэвтсэн. Зө- вуурь: нүдний хараа муу, нүд гял- бана, халуурна, ханиаж цустай цэр гарна, толгой хүчтэй өвдөнө, нүд

өвдөнө. Өвчтөн 1987 онд остеомие- литээр өвдсөн.

Бодит үзлэгт: өвчтөний биеийн байдал дунд, арьс цайвар, амны хөндийн салст шархтай, зовхи нь хавдартай, баруун нүдний хар нү- дийг тойрсон цайвар ногоон хүрээ тогтсон, нүдний хараа ОД-0,04, ОС-05—0,1 харна. Дотор эрхт- ний талаас илрэх эмгэг өөрчлөлт- гүй. АД-120—80 мм. Шинжлэхэд: цусны шинжилгээ эхлээд эмгэггүй. VI сарын 8-ны шинжилгээнд цус багадаа шинж (гемогл-75 гд, ца- гаан эс $7,9 \times 10^9$ УЭХ 64 мм/ц, шээ- сэнд бага зэрэг уурагтай, цагаан эс 8—9, биохимior тимол 9,5, альбумин 45,0, альфа-10, бета-14, гамма-24, ДФА-0,210 нэгж, Ваалер- Роуза (+) АСЛО—1:400 (++) ЦИК-40.

Мэдрэлийн эмчийн зөвлөгөө авч шинжлэхэд өөрчлөлтгүй, нүднээс арчдас авч 3 удаа шинжлэхэд III сарын 2-нд грамм сөрөг савханцар, IV сарын 3-нд мөөгөнцөр ургасан. Уушгины зураг 3 удаа авахад VI сарын 8-нд түгээмэл сүрьеэгийн шинжтэй, тархины зурагт тархины дотоод даралт ихэссэн, хамрын зу- раг авахад хамрын хоёр талын хөн- дийд сүүдэр гарчээ. V сарын 25-нд хамрын салстаа биопсийн шинжил- гээ авч шинжлээд сүрьеэ гэдэг хар- риу өгсөн. Эмчилгээний хугацаанд нүдний эмгэгийн эсрэг эмчилгээ хийсээр байсан боловч хараа нь улам муудсаар гэрэл харах төдий болсон, биеийн ерөнхий байдал дордож цус багадаалтын шинж ил- рэх, бие, уруулаар тууралт гарах, эрүүний доорх булчирхай томрох, зүрхний цохилт түргэсэх, уушгинд хэрчигнүүр гарах зэргээр дотор эрхтэний үйл ажиллагаа алдагдаж нас барсан байна.

Эдгээр тохиолдлуудаас үзэхэд өвчин түргэн давших явцтай. дотор эрхтэний судсуудыг гэмтээж амьс- гал, зүрх судасны үйл ажиллагааг муутгаж нас барахад хүргэжээ. Эдгээр хоёр тохиолдлыг дүгнэн үзэхэд өвчтөн Г-гийн өвчин арьс, үе мөчний илэрлээр эхэлж, өвчтөн П-гийн өвчин нүдний өвчнөөр эхэлж тус бүр оновчтой төгс эмчилгээгүй, хугацаа алдаж өвчин даамжран

дотор эрхтэнийг гүнзгий гэмтээний улмаас нас барахад хүргэжээ. Эндээс үндэслэн Вегенерийн хамшинжийн талаар нийт, ялангуяа нарийн мэргэжлийн эмч нар зохих мэдлэгтэй байж, гарч байгаа өвчний шинжийг гүнзгийрүүлэн үндсэн оношийг тогтоож, эмгэг жамын оносон эмчилгээг хийх шаардлага зүй ёсоор гарч байна. Хэрэв дотор, хамар-хоолой, нүд, мэдрэл, арьс, гэрэл, сүрьеэгийн эмч нар уг өвчнийг эрт оношлоод зохих эмчилгээг хугацаа алдахгүй хийж чадвал өвчин эмчилгээ авч болдог тухай ном хэвлэлд тодорхой бичжээ.

Өвчний төгсгөл оношийг хэдийд тавьж, яаж эмчилсэнээс шууд шалтгаална. Энэ өвчин оношлоход ярвигтай боловч холбогч эдийн өвчний талаар зохих мэдлэгтэй байж, өвчтөнөө гүйцэд судалж чадвал танигдахгүй өвчин биш бөгөөд өвчний төгсгөлийг сайн тал руу эргүүлж болох боломжтой гэдгийг мэргэжил нэгт нөхөддөө зөвлөмөөр байна.

Орчин үед эмийг оноцгүй хэрэглэх нь аливаа харшлыг үүсгэж улмаар өөр нэгэн эмгэг өвчин гаргаж болзошгүйг санаж явахад илүүдэхгүй.

ӨӨРЧЛӨЛТ ШИНЭЧЛЭЛТ, САНАЛ БОДОЛ

ЭМНЭЛЭГ ДЭХ ӨӨРЧЛӨН БАЙГУУЛАЛТ

Нийгэм, аж төрөх ёсны хувьсал, хувьсал дагаж эрүүл мэндийн тухай, түүнийг хамгаалах тухай орчин үеийн ухаарал өөр боллоо. Эрүүл мэндийн гурван багана болсон бие, орчин, сэтгэхүйд хувьсал гарч байна. Тогтоон барьж болшгүй түрж байгаа нийм хувьслын аясаар эмнэлгийн өнгө зүс, эмч хүн ам, тэднийг тойрсон нийгмийн харилцаа, эрүүлийг хамгаалахын удирдлагын арга хэлбэрт өөрчлөлт шинэчлэлт гарч байх зүй тогтолтой билээ. Эрүүлийг хамгаалахын өөрчлөн байгуулалт, шинэчлэлийн үндэс бол хүн амын эрүүл мэндийн түвшинд гарсан өөрчлөлттэй холбоотой.

Эрүүл мэнд, ил тод байдал. Судалгаагаар хүн амын гуравны хоёр нь ямар нэг эмгэг өвчтэй байгаа боловч тэдний тэн хагас нь өвчнөө газар авсан, үгдэрч хүндэрсэн хойно эмнэлэгт ирж байна.

Хүн амын эмгэг байдлын түвшин бүтэцэд эрс өөрчлөлт гарч, өвчин эмгэг үүсэх, хөгжих, илрэх, эдгэх, төгсөх жам харсаар байтал хувирч байна. Манай ахмад үеийнхний сайн мэдэх цаг үедээ хамгийн элбэг байсан цагаан цэцэг, хижиг, өнгөний өвчний зарим хэлбэр, бэтэг өвчин бараг тохиолдохоо болилоо.

Өвчин үүсгэх нянгийн хоруу чанар хувирч, зарим нь сөнөж, зарим нь шинээр буй болж түүнийг хүлээж авах биемахбодын урвалж чанар, эмчлэх эм тунгийн төрөл, хэмжээ өөрчлөгдөж, цочмог тод илэрдэг түргэн язцтай олон өвчний нэлээд нь «нуугдмал» төрхтэй болжээ.

Нийгмийн хотжих, үйлдвэржих, хоршооллох хувьсал хүний оюун ухааны чадавхыг сэргээж, аж төрөх ёс, хэв заншил, хүн-хүн хүн-байгаль, хүн-соёл иргэншилд шинэ шинэ харьцаа төлөвшиж, хүний сэтгэн бодох хүрээнд эерэг, сөрөг голомт хуримтлагдлаа. Хүний эрүүл мэндийн хүчин зүйлийн тэн хагасаас илүү хувийг эзлэх аж төрөх ёсонд гарсан энэ огцом өөрчлөлт манай хүн амын дунд хорьдугаар зууны тахал болсон зүрх судасны өвчин, мэдрэл харшил, хавдар, амьсгалын замын өвчин зэргийг эхний байранд авч иржээ. Бидний судалгаагаар насанд хүрсэн хүн амын 20—25 хувь нь зүрх судасны, 15% нь хоол боловсруулах эрхтэний өвчтэй эмэгтэйчүүд, хүүхдийн 30—40% нь «суурь» өвчтэй байна. Хот, хөдөөд язуулсан судалгаагаар нэг хүнд хоёр архаг өвчин оногдож байна. Жил бүр хавдар, сүрьеэ өвчнөөр таван мянга шахам хүн шинээр өвчилж байна.

Энэ зууны шувтрага, дараа зууны эхэнд манай орны нийгэм, соёл иргэншлийн хөгжлийн онцлогт тохирсон хөг-

жиж байгаа (халдварт өвчин, хоол боловсруулах эрхтэний өвчин г. м.), хөгжингүй оронд гарч байгаа (зүрх судас, хавдар, бодисын солилцооны г. м.) хүн амын эрүүл мэндийн хоёр сөрөг үзэгдэл давхцаж, эрүүлийг хамгаалахад тааламжгүй нөлөө үзүүлсээр байх таамнал гарлаа.

Ийм нөхцөлд эрүүлийг хамгаалахын өөрчлөлт шинэчлэлд шинжлэх ухааны үндэстэй хандах хэрэгтэй. Өвчнөөс сэргийлэх ажилд улс, хоршоолол, олон нийт, гэр бүл, бие хүний эрх, үүргийг сурталчлахаас жинхэнэ үйл хэрэг болгох явдал үгүйлэгдэж байна. Хүн бүрийг ядахдаа хэсэг, сумын эмч, мэргэжлийн эмчийн үзлэгт оруулж, мэргэжил, нас, хүйсний онцлогт нь тохирсон зарим шинжилгээг хийгэдэг хэвшил тогтоох хэрэгтэй боллоо. Юуны өмнө эрүүлийг хамгаалахын үзүүлэлтийг ил тод болгох, гарч байгаа бэрхшээлийг ард түмэнтэйгээ цаг тухайд нь хамтран хэлэлцэж шийдэж байгууштай.

Саяхан болтол цочмог, архаг халдварт өвчин, эх нялхсын эндэгдэл, хөдөлмөрийн чадвар түр алдах өвчлөл, түүгээр ч барахгүй мэргэжлийн өвчин, хорт хавдрын тухай «нууц» байсан нь эрүүлийг хамгаалахын ажилд үнэн зөв үнэлгээ өгөх, авах арга хэмжээг тодруулахад зарим бэрхшээл учруулж байлаа. Хүүхдийн эндэгдлийг багасгасан улс орны туршлагаас үзэхэд төрөлтийг зохицуулах талаар багагүй ажил зохиосон байдаг. Манай оронд энэ асуудлыг эрүүлийг хамгаалах байгууллага сэдэж тавих цэг болсон.* Шинэ гэр бүл болж байгаа 500 хос залуусаас асуулга судалгаа авахад ихэнх нь хоёр хүүхэдтэй байх хүсэлтэй боловч бараг бүгдээрээ төрөлт зохицуулах арга мэдэхгүй байна. Долоогоос арван хоёр үеэ мэдэж, удам угсаагаа цэвэр арвун байлгаж ирсэн уламжлалт монгол ёс мартагдаж, «бугач» хүүхэд олширч, хөдөөнөөс хот руу, хотоос хөдөө тийш чиглэх хүн амын механик хөдөлгөөн тэнцвэр алдагдах явдал гарч байна. Үүнтэй холбоотойгоор ураг төрлийн цус ойртсоноос хүн амын зүй, хүний генийн санд нөлөөлөхөд хүрч болох юм. Судалгаагаар зарим орон нутагт ухаан хомсдолын шинж тэмдэг хүн амын 1—2%-д илэрсэн баримт бий (Ц.Мухар, Д. Баасанжав, 1988).

Эрүүл мэндийн идэвхтэй хяналт. Сүүлийн жилүүдэд диспансерчлал буюу эрүүл мэндийн идэвхтэй хяналтын тухай их ярих боллоо. «Монголын анагаах ухаан» сэтгүүл, онол-практикийн хуралд диспансерчлалын тухай манай эрдэмтдийн санал бодол, өгүүлэл, илтгэл тавьж, эмч, эрдэмтэд диспансерчлалын талаар маргац хэ-

лэлцэж нэг мөр болсон ухагдахуун, төсөөлөлтэй, өөрийн гэсэн арга барилтай болсон нь дэвшил мөн.

Диспансерчлалыг өргөжүүлэх, нийт хүн амыг аажмаар үе шатлан диспансерчлах тухай зорилт бол эрүүлийг хамгаалахын, нийгмийн нэгдмэл ойлголт болохыг онцлон тэмдэглэх нь зүйтэй.

Зарим эрдэмтэд, мэргэжлийн хүмүүс нийт хүн амыг диспансерчлах явдлыг удаашруулах, эсвэл ганц дайралтаар хялбарчлах, загварчлахын аль аль нь үр нөлөөгүй гэж үзэж байна. 1988 оны байдлаар улсын хэмжээгээр өвчний учир 316,0 мянга, 194,0 мянган хүн эрүүл боловч диспансерын хяналтад хамрагдсан нь бүх хүн амын 25,5% болж байна.

Диспансерчлалыг өргөжүүлэх асуудалтай хамт эрүүлийг хамгаалахын хувьд амбулатори-поликлиникийн тусламж, лаборатори, нөхөн сэргээх эмчилгээ, эм хангамж, эрүүл ахуй, халдвар судлал, рашаан сувиллын арга, цаашилбал стационарын тусламж, боловсон хүчний ёс суртахуун, хүмүүжил мэргэжил-мэргэшил, нийгэм эдийн засгийн хувьд хүний аж төрөх ёс, нийгмийн асуудал өргөн хүрээнд хөндөгдөж байна. Манай оронд хүний нийгмийн асуудлыг шинэ шатанд авч үзэх болсон нь эрүүлийг хамгаалах, юуны өмнө хүн амын диспансерчлалд зохистой боломж бүрдүүлж байна. Бидний судалгаагаар хүн амын 44,8—61,8% нь өвчний учир диспансерын хяналтад байх хэрэгцээ гарч байна. Одоогийн байдлаар өвчний учир диспансерын хяналтад байзал зохих гурван хүний нэг нь л байна.

2000 он хүртэлх хугацаанд архаг өвчтэй бүх хүнийг эмчийн хараа хяналтад авах зорилт тавиуштай юм.

Гэвч диспансерчлалыг өргөжүүлэх, чанаржуулахад объектив, субъектив зарим бэрхшээл гарч байна. Үүнд:

1. Эмч, эмнэлгийн ажилтан нар, нэгэнт өвчлөөд эмнэлгийн тусламж авахаар ирсэн хүмүүст тусламж үзүүлэх, өвчтөн ирэхийг хүлээж суудаг «хуучин сэтгэлгээ» хэвээр байна.

2. Манай хөдөлмөрчид ч өвдсөн үедээ эмчид очдог хуучин сэтгэлгээнээсээ салахгүй байгаа учраас эмч нарын үзлэгт дуудсан хот суурин газрын хүмүүсийн 30—50% ирэхгүй байна. Энэ нь хүн амын өргөн давхаргын дунд диспансерчлалын сурталчилгааг зохиож чадахгүй байгааг харуулж байна.

3. Эмч нарын поликлиникийн сэтгэлгээ нь «стационарын» сэтгэлгээнээс хоцорч байна. Оюутны сургалт, эмчийн мэргэжил дээшдүүлэх онол, дадлагыг стационарын өвчтөн үзэж судлахад голчилж байна.

Хүн амын дунд элбэг байгаа архаг өвчин, эмэгтэйчүүд, бага насны хүүхдийн суурь өвчин бүдэг явцтай учраас ихэнх нь идэвхтэй үзлэгээр илэрдэг. Хавдар өвчний далаад хувь нь хожуу үедээ илэрч байгаа нь үүнийг гэрчлэх нэгэн жишээ юм.

Хүүхдийн эндэгдлийн гол шалтгаан болсон амьсгал хоол боловсруулах, эрхтний, халдварт өвчний цочмог үе дарагдсаны дараа нөхөн сэргээх, биеийн өсөргүү-

цэл, дархлалыг тэтгэх эмчийн идэвхтэй үйлчилгээ үгүйлэгдэж байна.

4. Нутаг дэвсгэрийн томоохон поликлиник барьж байгуулах, поликлиникийн нарийн мэргэжлийн болон дотор, цех, хүүхэд, эх барих, эмэгтэйчүүдийн эмчийн нэгдмэл үйл ажиллагаа хангалтгүй байна.

5. Лаборатор-гэрэл-үйл оношийн шинжилгээ алба их хоцронгуй байна. Одоо манай орны нэг иргэнд жилд дунджаар 2,7 шинжилгээ оногдож байгаа нь ЗХУ-аас 2—3 дахин цөөн юм. ЗХУ-ын эрдэмтэд (Г. З. Демченкова, Л. М. Полонский 1987) нийт хүн амыг диспансерчлах асуудлыг бүрэн шийдэх үед нэг хүнд оногдох шинжилгээг 13 хүртэл өсгөх ёстой гэж үзэж байна.

6. Эмчилгээний төрөл, ялангуяа эмийн бус эмчилгээ, рангаан сувилал, зарим эмийн бэлдмэл ч хүрэлцээ муутай байгааг үгүйсгэх аргагүй юм.

Манай оронд диспансерчлах ажлын ач холбогдлын талаар хуримтлуулсан туршлагаа эргэн санахад илүүдэхгүй. Арьс өнгөний болон сүрьеэ өвчнийг илрүүлэх эмчлэх талаар ЗХУ-ын тусламжаар томоохон ажил хийсэн. Зөвлөлтийн эмч нарын оролцоотойгоор 1952—1956, 1958—1960 онд арьс өнгөний болон сүрьеэ өвчнийг илрүүлэх үзлэгт бүх хүн амын 82,9—95,8% хамрагдсан. Ийм үзлэгийг өрхөөр зохион байгуулсан туршлага байна. Гэвч энэ үзлэгийн дүнд нэгтгэн судалж, цаашид авах арга хэмжээг тусгасан эрдэм шинжилгээний зөвлөмж, бүтээл нийтлэгдээгүй өнгөрчээ. Мөн сүрьеэ өвчинтэй тэмцэж ирсэн ажлынхаа туршлага дээр тулгуурлан боловсон хүчний материаллаг баазыг төдий л бэхжүүлж чадаагүй учраас энэ өвчнийг илрүүлж, оношлох эмчлэх, сэргийлэх ажил хоцронгуй байна.

Сүрьеэ өвчнийг эрт илрүүлэхэд хэсгийн болон амбулатори-поликлиникийн эмч нарын хүчийг муу ашиглаж, улс аймаг, хотын сүрьеэгийн диспансерт энэ өвчний хувь заяаг даатгасан явдал алдаа мөн. Ер нь тусгай мэргэжлийн олон диспансер байгуулснаар тэр чиглэлийн өвчин эмгэгийг илрүүлэх, урьдчилан сэргийлэх, эмчлэхээс нутаг дэвсгэрийн эмнэлгийн нэгж салбар хөндийрч байгааг юуны өмнө өөрчлөн шинэчлэхийг амьдрал нотлов.

Дөчөөд жилийн өмнө бүх хүн амыг арьс өнгөний болон сүрьеэ өвчний бүрдмэл үзлэгт хамруулж байсныг бодсон ч, одоо манай улсын нэг иргэн жилд 6—8 удаа эмчид үзүүлэх боломжтой байгааг үзсэн нь ч «хүн бүрийг жил болгон диспансерын үзлэгт оруулах» боломжийг эрэлхийлэх хэрэгтэй.

1987 оноос эхлэн аймаг хот, районы поликлиник, амбулаториудын дэргэд урьдчилан сэргийлэх үзлэгийн тасаг, кабинет байгуулсан явдал энэ зорилтыг хангах зохион байгуулалтын зөв хэлбэр болсон юм.

Эрүүл мэнд, тоо чанар. Анагаах ухааны орчин үеийн арга технологи; тоног төхөөрөмжийг ашиглахын хамт дорно дахины анагаах ухаан ялангуяа эмийн ургамал, амьтны гаралтай бэлдмэлийн үйлдвэрлэлийг түргэн хөгжүүлэх нь зүйтэй.

Эмнэлгийн шинжлэх ухааны танин мэдэх хүрээ хурдан тэлж байна. Энэ шинжлэх ухаан саяхан болтол гэрлийн ба дуран авайг хамгийн оньч мэргэн зэвсэг гэж үзэж байсан бол одоо залуурзүй, цахим тоолуурыг өргөн ашиглаж байна. Арван мянган хүнд оногдох эмнэлгийн ор, эмчийн тоо, нэг хүнд ногдох шинжилгээний тоо, эмнэлгийн орны зардал, эмчилгээний үр дүн, шинэ бүтээл, нээлт, эмнэлэг хүн амыг ойртуулсан зохион байгуулалтын хэлбэр тооны өндөрлөгөөс хоцорчээ. Эмнэлгүүдийн 35,5% нь зориулалтын барилгагүй байхад эмнэлгийн орыг бараг 1,5—2 дахин шахуу тавьсан, **орны өртөг, нэг орны эзлэх талбайн хэмжээ социалист орнуудаас олон дахин бага**, хөдөөгийн эмнэлгийн 56—84% нь оношлол, лабораторийн тоног төхөөрөмжгүй байна.

Манай оронд лаборатори-поликлиникт өдөрт 53,3 мянган үзлэг хийх хэрэгцээ бий. 1988 оны байдлаар 18,9 мян (35,4%) үзлэг хийх барилгаар хангагдсанаас үзвэл эрүүлийг хамгаалах салбар материаллаг баазын хувьд хоцрогдсон болох нь харгаж байна. Ялангуяа Улаанбаатар хотод амбулатори-поликлиникийн барилга байгууламж хэрэгцээнээс 3—4 дахин дутуу байна.

Улаанбаатар хотод эмнэлгийн 100 гаруй цэгт өдөрт дунджаар арав гаруй мянган хүн эмчид үзүүлж байна. Хэрэв боломжтой бол нутаг дэвсгэрийн 30—40 мянган хүн амаар бодож 14—16 томоохон поликлиникт энэ үзлэгийг төвлөрүүлж болох юм. Ийм поликлиникт хэсгийн 30, нарийн мэргэжлийн 40 шахам эмч ажиллаж, орчин үеийн багаж тоног төхөөрөмжөөр хангах, эмийн бүс эмчилгээ, шинжилгээний төрлийг өргөжүүлэх, олон дамжлагаг удирдлагын нүсэр аппаратыг цомхотгох боломж гарах юм. Нийслэл мэт хотуудад хэсгийн эмнэлгийг хүн амд ойртуулах нэрээр цацаж, нарийн мэргэжлийн албадаас холдуулснаас хүн ам сэтгэл дундуур байдаг болжээ. Үүнээс болж хөдөлмөрдийн дунд сайн эмнэлэгт үзүүлэхэд бэрхшээлтэй мэт буруу ойлголт төрж, «танил нүүр», «арын хаалга» гэсэн гомдлын үг гарах шалтаг болж байна.

Жилд манай дөрвөн хүний нэг нь эмнэлэгт 10—15 хоног хэвтэж эмчлүүлж байгаа ч гэсэн эмнэлгийн ор хүрэлцээгүй гэсэн хаяг хэвээрээ, ойрын 10 жилд эмнэлгийн орыг өсгөхөөр төлөвлөж байна. Ихэнх улс оронд эмнэлгийн орноос рашаан сувиллын орыг илүү нэмж байгаа нь архаг өвчин ихэдсэн энэ зууны сүүлийн хагасын бодит байдалтай нийцүүлсэн хэрэг юм. Ор хүрэлцээгүй байхад нөлөөлөх бас нэг хийсвэр хүчин зүйл бий. Энэ бол поликлиникээр эмчлүүлэхэд эм үнэтэй, хэвтэж эмчлүүлэхэд эм, хоол үнэгүй болохоор зарим хүн эмнэлгийг хоёрдогч «амрайт» болгох, рашаан сувиллын ор хүрэлцээгүйгээс архаг өвчтэй хүмүүс олон дахин хэвтэж, орны ачааллыг зохиомлоор ихэсгэх хандлага байна. Эмнэлэгт хэвтэгчдийн 78,3% архаг өвчтэй, 18,5% олон дахин хэвтдэг, хижээл насны хүмүүс байгаа нь рашаан сувилал.

гэрийн болон өдрийн эмнэлэг, үйлдвэр, хоршооллын сузилгыг өргөжүүлэхийн чухлыг гэрчилж байна.

Нутаг дэвсгэрийн эмнэлгийн үйлчилгээтэй яам, тусгай газрын харьяа эмнэлгийн үйлчилгээ давхцан материаллаг бааз, мэргэжилтний хүч ихээхэн тарамдаж байна. Манайх шиг таруу байрласан цөөн хүн амтай улсад салбарын эрх ашиг хамгаалсан нйм явцуу эмнэлгийн хэлбэр заавал байх ёстой гэж үү?

МАХН-ын Төв Хорооны V (1988) бүгд хурал намын зохион байгуулалт үзэл суртлын ажлыг сайжруулах шинэ зорилтыг анх удаа нийт ард түмний оролцоотойгоор авч хэлэлцэж «одоо манай ээлжит гол зорилт бол нийгмийн амьдралын бусад бүх хүрээг хамарсан өөрчлөлт шинэчлэлтийн ажилд цаашид шилжин орох явдал мөн» гэсэн дүгнэлт хийсэн билээ.

«Улс хоршоолол, олон нийтийн байгууллагын удирдлага төвдөө хэт төвлөрснөөс дунд болон доод шатанд биеэ дааж, асуудлыг шийдэх чадваргүй, дээд газрын ам харж амарлингуй, хүлцэнгүй, идэвхгүй уур амьсгал даамжрах явдал» манай эрүүлийг хамгаалах салбарт ч амь бөхтэй байсан, байсаар ч байна. Үүнээс болж чиглэсэн зорилготой амьд бодит ажия зохиохын оронд бичиг цаасны ачаалал, шил шилээ дарсан олон үзлэг шалгалт, нүд хуурсан мэдээ мэдээлэл, шийдвэр багатай сунжирсан хурал семинар бүрэн арилаагүй байна.

Эрүүлийг хамгаалахын удирдлага, зохион байгуулалтын захиргаа-эмч-хүн ам гэсэн хэлхээг мэргэжил-эмч-хүн ам гэсэн нэгдмэл систем болгох хэрэгтэй боллоо. Улсын дөрвөн хүн амын нэг нь суурьшдаг нийслэл хотын эмнэлгүүдэд Ардын Эрүүлийг Хамгаалах Яам, хотын эрүүлийг хамгаалах газар, районы эмнэлгийн хэлтэс, эмнэлгийн захиргаа, аймаг хотод эрүүлийг хамгаалах газар, нэгдсэн эмнэлгийн захиргаатай зэрэгцэн ажиллаж, эмнэлгийн мэргэжлийн өзөрмөц уян хатан ажилд захиргаадах арга газар авсанд дүгнэлт хийвэл зохино.

Гэр бүл, хүн ам, эмч. Гэр бүл эрүүт мэндийн холбоо гүнзгий юм. Гэр бүл нийгэм-байгалийн голомттой холбоотой удамшлын өвчин дэлхийд гурван мянга шахам бөлсныг (Ю. П. Лисыцин 1987) тэмдэглэжээ. Цусны даралт ихдэх, зүрхний цус тасалдах, ходоодны шарх, чихрийн шижин мэт олон өвчнийг гэр бүлийн аж төрөх ёс, төрөл төрөгсдийн ураг төрлийн хэлхээг дагаж удамших хандлагатай гэж үзэх боллоо. Гэр бүл бол аж төрөх ёсны агуулга, хэлбэр болдгийн хувьд ч гэсэн, удамшлын ба удамших хандлагатай өвчнийг сэргийлэх, танин мэдэх, эмчлэх утгаараа ч гэсэн эмнэлгийн идэвхтэй яналтын (диспансерчлалын) цэг болж байна. Ингээд бодоход нэг гэр бүлийг, гишүүдийн ажлын газраар нь юмуу, эсвэл хүүхэд, дотор, эх барих эмэгтэйчүүдийн хэсгээр «ангилан салгаж» эмчлэн сэргийлэх ажлыг зохион байгуулж байгаа аргыг дахин харж үзэмэр. Хөгжилтэй орон, ах дүү социалист зарим орны туршла-

гаар ерөнхий мэргэжлийн эмчийг нэг баг болгоод нугаг дэвсгэрийн поликлиникт нэгтгэн, хамтран ажилладаг хэлбэрийг бүрдүүлбэл зүйтэй. Эмчийг гэр бүл өөрөө сонгож авдаг, итгэл хүлээсэн, нэр хүндтэй мэргэжил, хүмүүжил сайтай, самваачилгатай эмчийн хөхүүлэн дэмжих эдийн засгийн урамшууллын санг бүрдүүлдэг болох талаар ч санах цаг болжээ.

Ийм системд шилжихийн тулд зохион байгуулалт, сургалт мэргэшүүлэлтээр хэд хэдэн жилийн бэлтгэл хэрэгтэй учраас цаг алдаж боломгүй байна. Эрүүл аж төрөх ёсыг хэвшүүлэх (ариун цэвэр гэгээрлийн) ажил юуны өмнө гэр бүлээс эхэлбэл үр дүнгээ өгнө. Эмчилдэг, сэргийлдэг, ухуулан еэнхрүүлдэг, эрүүл ахуйн хэвшлийг гардан сургах эрх үүрэг нэг хүнээр дамжин хэрэгждэг байсал итгэл үнэмшлийг олж чадна.

Эмнэлэг, эмч нарыг хэвлэл мэдээлэл, дээд газарт мэдээлж, шүүмжлэх явдал багагүй байна. Өөрөөр хэлбэл, эмч, ард түмний сэтгэл, итгэлийн холбоо суларч байна. Хүний эрүүл мэндийн тухай эцсийн үр дүнгийн хариуцлага олон мэргэжлийн эмч нарын дунд «эзэнгүйдэж» гэр бүл, хувь хүн тэдний амин эрх ашгийг хамгаалсан ерөнхий мэргэжлийн эмчийг бэлтгэх асуудлыг тэргүүн шугамд тавивал зохино. Эрүүлийг хамгаалахад ерөнхий мэргэжлийн (ерхийн) эмч бэлтгэх явдал ямар ч асуудлын ерөнхий талыг эхлэн тодруулж байж тусгай руу хандах хөгжил, танин мэдэхүйн диалектикаас ч тодорхой юм. Ерөнхий мэргэжил, нарийн мэргэжлийн эмчийн харьцааг тооны хувьд тэнцүүлж, чанарын хувьд нэгдүгээрт нь илүү анхаарах хэрэгтэй болжээ. Эмч, эмнэлгийн ажилтан нарт нийгмийн ёс суртахуун, гоо сайхны хүмүүжил, эмчийн ёс

зүй илт дутагдаж байна. Өвчтэй хүний сэтгэлд хүрч, өвчнийг танин мэдэх эмчийн сэтгэлгээг боосон элдэв бичиг цаас, элдэв шалгалт зэрэг захиран тушаах арга эмчийн ажилд ч нөлөөлсөн байна. Заарим эмч захиргааны хүнд аппарат, хүн амын хэл аманд хавчигдан өөрийн бодол, чөлөөт сэтгэлгээгүй болж хувирах бий.

Хөдөлмөрчдийн санал, сэтгэгдэл бүрийг эмчийн ур чадварын туйлын үнэлгээ гэж үзэж хараахан болохгүй. Эмчийг зөвхөн шүүмжлүүлсэн шүүмжлүүлээгүйгээр нь үнэлж дүгнэх нь бас учир дутагдалтай. Ажлаа маш сайн хийчихээд гүндүүгүйхэн явж байгаа эмч нарт олны нүд, ам хүрэхгүй үлдэхийг үгүйсгэхгүй. Олны үнэлгээгээр юуны өмнө эмчийн зан суртахууныг хэмжихэд оновчтой.

Ард түмэндээ «гологдох» болсон нэг шалтгаан бол эмч нар биеэ дааж мэргэжил, ур чадвараа дээшлүүлэх талаар муу анхаарч байгаа явдал юм. Сайн эмч болно гэдэг хялбаргүй. Онолын суурь мэдлэг, дадлага, туршлага, ажигч гярхай чанар хэрэгтэй. Сургалтад ч өрөөсгөл тал бий. Өвчин өнгө зүсээ хувиргаж, бүдгэрч байхад, хэвтрийн хурц өвчнийг судалж, орчин үеийн эмгэгийг поликлиникийн нөхцөлд оношлох, эмчлэх сэргийлэх арга барилыг эзэмшүүлэх гаршуулах сургалт чамлалттай байна.

Эмчийг бие дааж мэргэжлээ дээшлүүлсэн байдал, хэдэн хүн эмчилсэн, далд явцтай хэдэн өвчтөнийг илрүүлж хяналтад авч эдгэрүүлсэн, үйлчлэх харьяаллын хүн амын өвчлөл, эндэгдэл яаж багассан, тахир дутуу болсон, хөдөлмөрийн чадвар алдсан өвчлөл буурсан... зэрэг ажлын эцсийн үр дүнгээр үнэлж урамшуулдаг удирдлагын систем бүрдүүлэх нь зүйтэй.

Анагаах ухааны дэд эрдэмтэн Ц. Мухар
Редакцид ирсэн 1989. 06. 01

(Редакцид ирсэн 1989. 06. 01.)



Улсын шуух эмнэлгийн алба үүссэний 30 жилийн ойг салхан тэмдэглэв. Тус шуух эмнэлгийн хамт олны тухай сурвалжлагыг манай идэвхтэн Х. Ариунаа ирүүлэв.

-Тэргүүний ажилчин Гомбо-Очир

-Химич их эмч /эвун гараас/ Нягмарсүрэн, лаборант С.Өлзий

-Задлан шинжилгээний бага эмч /баруун гараас/ С.Адъяа, Г.Өлзийбаяр нар

-Шуух эмнэлгийн эмч нар зөвлөгөө хийж байна./Баруун гараас/ С.Түндэврэнцэн, Э.Ганбат, Г.Мөнхбат, Ц.Нягмарсүрэн, Н.Мөрөн, Н.Зоригт.

-Ерөнхий эмч Д. Тамжидмаа, Т.Баатар нар





... Өнөөдөр Нүүрэнтийн хөндийд сүндэрлэн босч цэцэглэн хөгжиж байгаа Багануур хотын анхны шавийг 1978 оны VII сард тавьсан. Анхны эмнэлэг нь 5 ортой 2 гэр бүхий 5 ажилтантай нээгдэн ажиллаж эхэлсэн гэж анхны асрагч Б. Бавуубадам дурсан ярьж байна. Одоо Б. Бавуубадам хотынхоо шинэ эмнэлэгт ажилладаг.

Гэрэл зургийг Д. Доржсүрэн

ШИНЭ ЭМ

СЕНЗИТ /В/

N-2-Бензгидрил-этил-N-1-фенил-этил/ аминок гидрохлорид: фенидилин гидрохлорид, феноксазон, Фендилин, Феноксан.

ФАРМАКОЛОГИЙН ҮЙЛЧЛЭЛ

Химийн бүтцээрээ фенилолкиламинтай төстэй. Титэм судсыг тэлж, цус хангамжийг сайжруулснаар зүрхний булчингийн хүчилтөрөгчийн дутагдлыг тэсвэрлэх чадварыг нэмэгдүүлнэ.

ХЭРЭГЛЭХ ЗААЛТ: Титэм судасны тэжээлийн архаг дутмагшлын үед зүрхний бах сэдрэхээс сэргийлнэ.

ТҮН: 0,05 г /50 мг/ өдөрт 3 удаа ууна.

ГЭЖ НӨЛӨӨ: Ходоодны салст бүрхэвчийг почроох, толгой өвдөх, дотор муухайрах, тайван бин болж харшлын урвал өгөх зэрэг гаж нөлөөтэй.

ХОРИГЛОХ ЗААЛТ: Зүрхний шигдээс өвчний хурц үед болон жирэмсэн үед хэрэглэхгүй.

АНХААРАХ ЗҮЙЛ: Элэгний өвчний үед болгоомжтой хэрэглэнэ. Адреноблокаторуудтай нэг зэрэг хэрэглэж болохгүй.

ЭМИЙН ХЭЛБЭР: савлалт 0,05 /50 мг/ меклегийг 50 ширхэгээр савлана.

ХАДГАЛАХ: "Б" дансанд хадгална.БНУАУ үйлдвэрлэсэн.