



Анагаах Ухаан

1

1983

АНАГААХ УХААН

ЭРҮҮЛИЙГ ХАМГААЛАХ ЯАМ

12 дахь жилдээ

№ 1 (45)

1983 он

Эрдэм шинжилгээ практикийн улирал тутмын сэтгүүл

АГУУЛГА

Д. Сүхбаатар ба ардын эрүүлийг хамгаалах явдал 3

ЭРҮҮЛИЙГ ХАМГААЛАХЫН ЗОХИОН БАЙГУУЛАЛТ

Мо. Шагдарсүрэн—Жирэмсэн ба нялх биетэй эхчүүдийн амрах байрын үйл ажиллагааг боловсронгуй болгох асуудалд 5
П. Янсан—Малчдын эмнэлэг үйлчилгээний зарим асуудал 11
Г. Лхагважав, Б. Эрдэнэчулуун—Их эмчийн салбарын нөхцөлд эрчимт эмчилгээг зохион байгуулах нь 16
Д. Дашдорж—БНМАУ-ын эмгэг анатомын албаны одоогийн байдал, хэтийн төлөв 20

СУДАЛГАА ШИНЖИЛГЭЭ

Г. Зориг—Хойлгийн борцолсон махны биохимийн найрлагын зарим онцлог . . . 25
Г. Үүжээ, Г. Пүрэв, С. Санжмятав,
С. Хишигт, Ч. Цэндээхүү—БНМАУ дахь сальмонеллийн шалтгаан судлалын асуудалд 31
Б. Баасанжав, Г. Долгор—Тархины судасны эмгэгийг эрт үед нь илрүүлэхэд холбогдолтой гол зовиур шинжүүд, тэдгээрийн оношийн үнэлгээний асуудалд 36
А. Ламжав, А. Өлзийхутаг—Монгол халиун бугын цусан эвэр, цусыг эмнэлгийн практикт нэвтрүүлэх судалгааны асуудалд 43
Ц. Бундан, Д. Эрдэнэчулуун—Фаллогийн дөрвөлсөн гажгийн клиник, онош эмчилгээний асуудалд 46
А. Өлзийхутаг, Л. Чагнижав—Өндөр уулын бүсийн оршин суугчдад туссан уушгины хурц хатгалгаа өвчний клиник явцын онцлог . . . 50
Л. Мягмар, С. Сандаг—Бамбалзуурын шивлээд хийсэн фитохимийн судалгааны дүнгээс 54

МЭРГЭЖЛИЙН ЗӨВЛӨЛГӨӨ, ХЭВЛЭЛИЙН ТОЙМ

Ю. Л. Гирля, Л. Н. Гирля—Чихрийн шижин өвчний үед нүүрс-усны солилцоо өөрчлөгдөх нь 57
Г. Дэмид, Д. Мишигдорж—Түнхний төрөлхийн мултралтын эмчилгээ 59
Б. Лувсан-Ёндон, Ө. Жүгдэр—Хүчил шүлтийн тэнцвэрийн хазайлт түүнийг тогтворжуулан тэнцүүлэх асуудал 63
Г. Тунгалаг, Но. Дондог—Зүрхний булчингийн шигдээс өвчнийг зүрхний цахилгаан бичлэгээр оношлох 67

ТУРШЛАГА СОЛИЛЦЬЁ

Ч. Лхагва, Ц. Эрдэнэ—Ийлдэст гепатитаас сэргийлэх асуудалд 71
Я. Дондог, Б. Сэлэнгэ, Н. Гэндэнжав—Захын судасны эсэргүүцлийг тодорхойлохын холбогдол 74
Ц. Балжням, Х. Аюуш—Бамбай булчирхайн хордлогот томролт өвчний хүндрэлтийг эмчлэх асуудалд 77

МЕДИЦИНА

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Выходит с 1970 г

№ 1 (45)

1983 г

Научно-практический ежеквартальный журнал

СОДЕРЖАНИЕ

Д. Сухебатор и народное здравоохранение 3

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

- Мо. Шагдарсурен—К вопросу путей совершенствования деятельности пансионатов для беременных женщин и рожениц 5
- П. Янсан—Некоторые вопросы медицинского обслуживания скотоводов 11
- Г. Лхагважав, Б. Эрдэнэчулун—Организация реанимации в условиях врачебного пункта 16
- Д. Дашдорж—Состояние и перспективы развития патологоанатомической службы МНР 20

ИССЛЕДОВАНИЯ

- Г. Зориг—Некоторые особенности биохимического состава сублимированного мяса улара 31
- Г. Ужэ, Г. Пурев, С. Санжмятав,
С. Хишигт, Ч. Цэндэху—К вопросу изучения инфекций сальмонеллезной этиологии в МНР 36
- Д. Басанжав, Г. Долгор—Основные симптомы и их значение в ранней диагностике сосудистых заболеваний мозга 42
- А. Ламжав, А. Улзийхутаг—К вопросу изучения о внедрении в медицинскую практику препаратов из органов оленей обитающих на территории МНР 45
- Ц. Бундан, Д. Эрдэнэчулун—К вопросу клиники, диагностики и лечения тетрады-фалло 49
- А. Улзийхутаг, Л. Чагнижав—Особенность течения пневмонии в высокогорных условиях 54
- Л. Мягмар, С. Сандаг—Некоторые результаты фитохимического изучения хвоща полевого произрастающего в МНР 56

ОБЗОРЫ, ЛЕКЦИЙ, КОНСУЛЬТАЦИИ

- Ю. Л. Гирля, Л. Н. Гирля—Значение углеводов в норме и при некоторых заболеваниях 57
- Г. Дэמיד, Д. Мишигдорж—Лечение врожденного вывиха бедра 59
- Б. Лувсан-Ёндон, Ө. Жугдер—Коррекционные мероприятия при нарушении кислотно-щелочной равновесия 63
- Г. Тунгалаг, Но. Дондог—Значения ЭКГ в диагностике инфаркта миокарда 67

ОБМЕН ОПЫТОМ

- Ч. Лхагва, Ц. Эрдэнэ—К вопросу профилактики сывороточного гепатита 74
- Г. Дондог, Б. Селенге, Н. Генденжав—Значение определения степени сепротивления периферических сосудов 77
- Ц. Балжняам, Х. Аюуш—К лечению осложненного тиреотоксического зоба 79

Д. СҮХБААТАРЫН МЭНДЭЛСНИЙ 90 ЖИЛИЙН ОЙД

Б. ДЭМБЭРЭЛ

Д. СҮХБААТАР БА АРДЫН ЭРҮҮЛИЙГ ХАМГААЛАХ ЯВДАЛ

АНАГААХ УХААНЫ ДЭЭД СУРГУУЛЬ

МАХН, ардын төрийг үндэслэн байгуулагч, монголын ард түмний гарамгай хүү, бүх цэргийн жанжин Д. Сүхбаатар манай орны ард түмний түүхэнд шинэ эрин үеийг нээсэн ардын хувьсгалыг удирдан жолоодож, нам төрийн улс төр, үзэл суртал, зохион байгуулалтын тулгамдсан асуудлыг шийдвэрлэхдээ монголын ард түмний эрүүл мэндийг хамгаалах, шинэ цагийн шинжлэх ухааны боловсон эмнэлгийг дэлгэрүүлэн хөгжүүлэхэд жинтэй хувь нэмэр оруулж ардын эрүүлийг хамгаалах явдлыг цоо шинээр үндэслэн байгуулсан юм.

МАХН-ын анхны үр хөврөл болох хувьсгалт нууц хоёр бүлгэмийг нэгтгэн Монгол ардын нам (МАН) гэдэг хувьсгалт нэгдмэл байгууллагыг бүрэлдүүлж „намын хүмүүсийн дагаж явах тангараг бичиг“ хэмээх мөрийн хөтөлбөрийг баталж байсан 1920 оны дунд үед (6-р сард) монголын ард түмэн гадаад, дотоодын давхар дарлалд зовон зүдэрч, монгол орон дэлхий дахины соёл иргэншлээс олон зуун жилээр хоцрогдсон харанхуй бүдүүлэг хагас колонийн орон байлаа. Тэр үед хүн амын эрүүл мэндийг хамгаалах улс нийгмийн систем байтугай, шинжлэх ухааны мэдлэг боловсролтой эмнэлгийн боловсон хүчин, байгууллага байсангүй, хөдөлмөрчин ардын эрүүл мэндийг хамгаалах ажил феодалын төр, засгийн анхаарлаас хол хөндий, өлсгөлөн тахал, үхэл хагацал жил бүр олон зуун хүний амь нас, амьдрал жаргалыг бүрэлгэн сүйтгэж байлаа. Монголын ард түмний олон зуун жилийн амьдралын туршлагаар уламжлагдан тогтсон ардын эмнэлэг, монгол төвдийн анагаах ухааныг үндсэндээ шар феодалууд (лам нар)-ын гарт төвлөрч „оточ“ „домч“ „лам багш“, „өргөл барьц“ гэдэг нэрийн дор ард түмнийг хүлцэнгүй байлган дарлах зэвсэг, ашиг хонжоо олох хэрэгсэл болгон ашиглаж байлаа.

Энэ үеийн байдлыг манай авьяаслаг ард түмэн „зуд болоход нохой таргалдаг, зовлон тохиолдоход лам баяждаг“ гэсэн аргаархан боловч гүн утгатай зүйр үгээр оновчтой төгс илэрхийлсэн байдаг.

Олон зуун жил үргэлжилсэн гадаад, дотоодын дарлал өлсгөлөн гуйланчлал, үхэл тахал монголын хүн амын эрүүл мэндэд гүн гүнзгий хор уршиг ул мөр үлдээж хүн амын ерөнхий нас баралт 1000 хүн тутамд 25—30-д хүрч, ялангуяа, хүүхдийн нас баралт асар өндөр (төрсөн 1000 хүүхдийн бараг хагас нь 1 нас хүрэлгүй нас барж, жирэмсэн (1924 онд) эхчүүдийн 13% нь төрөхийн улмаас эндэж, тарваган тахал (1887—1908 онд 10 удаа тахал байдлаар гарч цагаан цэцэг өвчин зарим нутаг хушууны хүн амын 30—40%-ийг өвчлүүлж өвчлөгсдийн 50% гаруй

нь нас барж, арьс өнгөний зэрэг нийгмийн халдварт өвчний дэлгэрэлт асар их байжээ.

Хүн амын өвчлөлийн байдал болон эрэгтэйчүүдийн олонхи нь сүм хийдэд шавилан сууж шарын шашны мунхруулагч сургаалыг даган баясаж байсан нь хүн амын өсөлт төрөлтөд муугаар нөлөөлж байжээ. Хувьсгалын өмнөх болон хувьсгалын анхны жилүүдийн мэдээнээс үзэхэд хүн амын өсөлт эрс буурч зарим жил хүн амын нас баралт нь төрөлтөөсөө давж байснаас гадаадын зарим эрдэмтэд „гадаад монгол сөнөж болзошгүй тухай“ онолын томъёоллыг хүртэл гаргаж байжээ. Жишээ нь: 1862 оноос 1918 он хүртэл хугацаанд (Манжийн дарлалын үе) манай улсын хүн ам 4,5%-иар буюу 25000 хүнээр хорогдсон бөгөөд 1938 оны тоо мэдээгээр тус улсын 1000 хүн тутмаас 21 хүн төрж 20,5 хүн нас барж байсан нь жилдээ 2000 хүн тутмаас дөнгөж 1 хүн цэвэр өсч байжээ.

Хувьсгалын өмнөх монгол орны хүн амын эрүүл мэнд, ариун цэврийн соёл, эдийн засагт онц муугаар нөлөөлж байсан нийгмийн хүчин зүйлийн нэг нь ламын шашин байлаа.

Ламын шашин нь ард түмнийг нийгмийн дэвшил, хувьсгалт тэмцлээс холдуулах харанхуй бүдүүлэг, номхон хүлцэнгүй байлгахад феодал ангийн үзэл суртлын үндсэн зэвсэг болж байлаа.

Шашны олон арван сүм хийд, олон зуун лам нар (эрэгтэйчүүд) нийгмийн тустай хөдөлмөрт оролцохгүй хөдөлмөрчин ард түмний хөрөнгөөр амьдарч байсан нь улс, орны эдийн засагт асар их хохирол учруулснаас гадна шашны үйл, ёслол, хурал номын зардалд үлэмж хөрөнгө зарцуулж байлаа.

Шашны зарим үйл сургаал нь халдварт өвчин тархах, хүн амын ариун цэврийн соёлд муугаар нөлөөлж (рашаан тарнидах, хирээ угаавал буянаа угаах г.м) байснаас гадна лам нар санваартны ёсыг дагаж гэр бүлгүй амьдрах боловч хүн амын өсөлт төрөлтийг бууруулах, өнгөний өвчнийг тараах гол уурхайн нэг байлаа.

н. Ю. Цэдэнбал 1960 онд аж үйлдвэрийн комбинатын нэхмэлчдийн сонгуулийн тойргийн уулзалтын хурал дээр хэлсэн үгэндээ: „Хэрэв манайд ламын шашин дэлгэрээгүй байсансан бол одоо бид дор хаяхад арван саяас доошгүй хүн амтай байх байсныг хамгийн багаар бодож үзсэн тооцоо харуулж байна.

... Манай эрэгтэй ажилчин, албан хаагчдын тоо дөнгөж сая л 25—30-аад жилийн өмнө манайд байсан лам нарын тоонд хүрч байна.

Хэрэв бид одоо 100 мянган ажилчин албан хаагчдыг нэг жилийн хугацаагаар ардын аж ахуйн хүрээнээс гаргаад, хүн амын бусад хэсгийн хөдөлмөрөөр олсон мөнгөөр тэжээнэ гэвэл эдийн засгийн хичнээн хор хөнөөл учруулах байна вэ? Та нар хоромхон зуур ч гэсэн үүнийг бодоод үз» гэсэн бий. [1]

Манай орны удам дэлгэр нутаг, ард түмний амьдралын өвөрмөц (нүүдлийн) байдлаас шалтгаалан хүүхдийн зарим өвчин (улаан бурхан, сүрьеэ зэрэг) нас гүйцсэн том хүмүүст тохиолддогдоос үндэслэн „монгол хүн бие бялдар оюун сэтгэлийн хөгжлөөр хүүхдээрээ байна“ гэж үзэх, сэтгэл-мэдрэлийн ухаан санааны дутуу хөгжилтэй зарим өвчнүүдийг (Дауны өвчин №325/монголизм) өвчин гэж нэрлэх зэрэг биологчлох харгис үзэл, онолын илрэл гарч байжээ.

1921 оны хувьсгалаар ялсан манай ардын төр феодалын нийгмээс ард түмний эрүүл мэндийн хувьд иймэрхүү хоцрогдсон орныг хүлээн авсан билээ.

Үүгээрээ манай эрүүлийг хамгаалахын хөгжлийн түүх Европын социалист орнуудын эрүүлийг хамгаалахын хөгжлөөс өвөрмөц онцлогтой юм.

Тухайлбал европ, Азийн ихэнх социалист орнууд аль нэг хэмжээгээр капитализмыг дамжсан учраас хэдийгээр хувийн байсан ч гэсэн

уламжлан хөгжүүлэх эмнэлгийн байгууллага, боловсон хүчин, анагаах ухааны зохих хэмжээний хөгжилт байсан бол манайд тийм уламжлал байсангүй.

Манай ардын төр шинэ агуулгатай эрүүлийг хамгаалах явдлыг цоо шинээр бий болгож бүрэлдүүлэн тогтоох хэрэгтэй байлаа. Асар бэрхшээлтэй, нарийн түвэгтэй шинэ тулгар энэ зорилтыг Д. Сүхбаатар тэргүүтэй монголын хувьсгалчид МАХН-ын анхдугаар их хурлаар 1921 оны III сард батлагдсан намын анхны программ МАХН-аас түмэнд тунхаглан зарлах бичиг (эрмэлзэх арван зүйл)-ийн 9-рт " . . . ард амьтныг сувилах, эмчлэх, тэжээх тэтгэх зэрэг ба алба, үүргийг шударгаар хөнгөлөх, тэгшлэх мэтийн улс төр, ард иргэнд холбогдох олон зүйлийн хэргүүдийг чухам хэрхэн шийтгэвэл зохих явдлыг манай ардын намын газраас нягтлан хянаж зүйлчлэн бичээд дараа зарласугай [2] хэмээн шинээр байгуулагдах нам, төрөөс авч явуулсан нийгмийн арга хэмжээний гол чиглэлийг заасныг 1923 онд хуралдсан МАХН-ын II их хурал тодотгон дэлгэрүүлж" . . . Бас олон ард элдэв зүйлийн халдвартай өвчин шарх тэргүүтнээс үлэмж гэмтэж бүхий учир хүний эмчилгийн явдлыг хүндэтгэн үзэж, тарилга цэвэрлэгээ, үнэ төлөөгүй эмчилгийн орон байгуулах зэргийг эрхэм болгосугай" гэж тодорхойлсон билээ [3]

Ардын хувьсгал ялсны дараа Д. Сүхбаатар тэргүүтэй монгол ардын түр засгийн газар МАН-ын анхны программаар дэвшүүлсэн зорилтыг хэрэгжүүлэх практик арга хэмжээ авч 1921 оны 8-р сарын 15-нд бүх цэргийн зөвлөлийн хурлаар анагаах ухааны эмнэлэг байгуулах тухай асуудлыг хэлэлцээд шийдвэрлэсэн тогтоолыг сийрүүлбэл:

„23. АНАГААХ УХААНЫ ЭМНЭЛЭГ БАЙГУУЛАХ ТУХАЙ.

Европын 1921 оны 8 сарын 15
Нийслэл Хүрээний газар

Олноо өргөгдсөний 11 дүгээр он 7 сарын 12-ны өдөр.

Монгол ардын бүх цэргийн зөвлөлийн газар, бүх цэргийн жанжин Сүхбаатар, түшмэд . . . нар хуралдан тогтсон тавдугаар бичиг.

Зөвлөлдөх зүйл.

ӨВЧИНТЭЙ ХҮМҮҮСИЙГ ЭМЧЛЭХ ХОРОО БАЙГУУЛАХ ТУХАЙ

№	Зөвлөлдсөн нь	Тогтоосон нь
1.	Өвчтэй хүмүүсийг эмчлэх хороо байгуулах тухай.	1. Өвчтэй хүмүүсийг эмчлэх газрыг дэлгэрүүлж, 210 хүний суух байр болгов. 2. Энэхүү эмчлэх хороонд Совет (Зөвлөлт)-ийн Оросын ангийн цэргүүд Монголын ардын засгийн газрын бүх цэргүүд ба энгийн хүмүүст хүртэл нэгэн адил тусламж үзүүлэхээр тогтоов. 3. Аливаа өвчтэй хүн бүхнийг үнэгүйгээр эмчилнэ. 4. Энэхүү зөвлөн тогтсон зүйлийг тэргүүн сайдуудын хуралд өргөж батлуулна.

Бүх цэргийн жанжин СҮХБААТАР.

Монгол ардын бүх цэргийн зөвлөлийн газар.

Түшмэл . . . „Гэжээ.

(Улсын архивын дансны нэгдүгээр ангийн нэгдүгээр бүлгийн 43 дугаар бүсэнд)

Энэхүү тогтоолын дагуу тус улсын анхны эмнэлэг-ардын цэргийн эмнэлгийн хороо (госпиталь) байгуулагдсан бөгөөд манай оронд шинжлэх ухааны эмнэлгийн эхэн суурийг тавьсан энэхүү тогтоолын улс төр-нийгмийн ач холбогдлыг үнэлэн МАХН-ын Төв Хорооны Улс Төрийн Төвчооны тогтоолоор (1971 он) жил бүрийн 8-р сарын 15-ны өдрийг „БНМАУ-ын эмнэлгийн ажилчдын өдөр“ болгон тогтоож монголын анагаах ухааны эмнэлэг байгуулагдсаны ойн өдөр болгон тэмдэглэдэг билээ.

1921 оны ардын хувьсгалаар байгуулагдсан шинэ тулгар ардын төрийн өмнө дэвшигдэн тавигдсан улс төр, нийгэм-эдийн засгийн олон чухал асуудлыг шийдвэрлэж хэрэгжүүлэхэд пролетарийн диктатурын анхны орон зөвлөлт орос улс ахан дүүгийн өгөөмөр тусламж шийдвэрлэх үүрэг гүйцэтгэж, ялангуяа В. И. Ленин, Д. Сүхбаатар нарын шууд оролцоотойгоор байгуулагдсан найрамдал, харилцан туслах тухай гэрээ бичиг (1921 оны XI.5) монгол-зөвлөлтийн ард түмний ган бат найрамдлыг үндэслэсэн билээ.

Д. Сүхбаатарын үзэл санааны гол шугам нь ард ангийнхаа хүчинд итгэж, тэдний эрх ашгийг илэрхийлэн, ардын хувьсгалын ялалтыг хангахад Зөвлөлт Орос улсыг түших тууштай чиг бодлого баримтлан „Манай улсын тогтнож мандахад дотоод хүчин нь ард түмэн бөгөөд гадаад байдал дээр түшиг тулгуур нь зөвлөлийн засагт орос улс мөн“ гэж бат итгэж байжээ.

Үүний тодорхой жишээг БНМАУ-ын эрүүлийг хамгаалахын хөгжилд үзүүлсэн ЗХУ-ын ахан дүүгийн өгөөмөр тусламжаас үзэж болно.

Монгол оронд ардын эрүүлийг хамгаалах ажлыг үүсгэн зохион байгуулахад зөвлөлт орос улсаас үзүүлсэн анхны тусламж 1921 онд монголын хувьсгалт түр засгийн газрын хүсэлтээр монголд ирсэн зөвлөлтийн улаан армийн ангиудад ажиллаж байсан эмч нар манай ардын журамт цэрэг, иргэдэд анагаах ухааны эмнэлгийн тусламж үзүүлж эхэлснээр эх сууриа тавьжээ.

Ардын хувьсгалт түр засгийн газрын шийдвэр, жанжин Д. Сүхбаатарын шууд оролцоотойгоор (санаачилгаар) 1921 оны 4-р сард зөвлөлт орос улсын улаан армиас 10 гаруй цэргийн зөвлөх, сургагч мэргэжилтнүүдийг урьж ажиллуулсны дотор их эмч А. И. Ружицкий, Сергеев, Курсев нар оролцжээ. Эд нар 1921 оны 4-р сард Алтанбулагт цэргийн яамны хүн эмнэлгийн хэлтсийг байгуулж, хэлтсийн зөвлөх эмчээр (дараа нь даргаар) А. И. Ружицкий, эмч-сургагчаар Курсев, Сергеев нар ажиллажээ. Эдгээр хүмүүс цэргийн анхны эмнэлгийг байгуулалцжээ.

Мөн энэ үеэр жанжин Д. Сүхбаатарын командалсан ардын цэргийн ангиудад К. А. Нейманы командалсан улаан армийн ангиудын эмч нар, дэд жинжин Х. Чойбалсангийн командалсан баруун замын тусгай ангийн цэргүүдэд Ф. Т. Шетинкиний командалсан ангийн эмч нар, домогт баатар Хасбаатарын цэргийн ангиудад К. К. Байкаловын командалсан ангийн эмч нар тусламж үзүүлж 1921. IX—X сард Толбо нуурт болсон 42 хоногийн бүслэлтийн үед Байкаловын отрядын цэргийн эмч Кульков ердийн хугаар мэс засал хийж байжээ. [4]

Зөвлөлт буриадын Түнхийн хөндийд байрлаж байсан Владимирын 227-р хороо 1921 оны 5-р сард монголд бугшиж байсан цагааны дээрэмчидтэй тэмцэхээр Хөвсгөл аймгаар орж ирэхэд түүний эмчээр Александр Павлович Горяев (одоо 84 настай Москвад бий) ажиллаж 1921 оны зун Ханх, Хатгалд бага эмчийн салбар байгуулж цэрэг, иргэдэд эмнэлгийн тусламж үзүүлж байжээ. [5]

Их эмч Горяев өөрийнхөө дурдатгалд (1975 он) "... Д. Сүхбаатартай уулзсан уулзалт надад болон уулзалтад оролцсон бүх хүмүүст мартагдашгүй сэтгэгдэл үлдээсэн билээ. Сүхбаатар бол гадуур өмсдөг цамцан дээр мөрөвчтэй бүс бүсэлсэн энгийн байдлаар хувцалсан

даруу зантай хүн байлаа. Д. Сүхбаатар Монголын ард түмний шинэ амьдралыг зохиоход тусалсан, барон унгерийн дээрэмчдийг бут зохих хэрэгт үнэлж баршгүй туслалцааг үзүүлсэн зөвлөлтийн большевик нам, засгийн газар болон зөвлөлтийн ард түмэнд чин сэтгэлийн талархлыг илэрхийлсэн үгээр яриагаа эхэлсэн юм. Д. Сүхбаатар өөрийн ард түмний ирээдүйн хувь заяаны тухай ярихдаа В. И. Лениний заасан замаар зөвлөлтийн ард түмний замналыг удирдан жолоодож байгаа Большевикуудын нам, зөвлөлт засгийн газар, зөвлөлтийн ард түмний тусламж, найрамдлын бат холбоо бол монгол улсыг социалист улс болгон өөрчлөх, монголын ард түмний хувьсгалт тэмцлийн цаашдын амжилтыг шийдвэрлэх чухал нөхцөл болно гэж тэмдэглээд манай оронд 1921 оны 11 дүгээр сард „Монголын үнэн“ сонин гарч эхэлсэн явдал бол хувьсгалын хүчийг нэгтгэн зангидахад туслах чухал хүчин зүйл боллоо гэж хэлсэн юм. Д. Сүхбаатар ардын хувьсгалын амжилтын тухай өөр баримтуудыг бидэнд ярьж билээ“ гэж тэмдэглэсэн байна.

Нам, засгийн шийдвэрээр 1921 онд байгуулагдсан өвчтэй хүмүүсийг эмчлэх цэргийн эмнэлгийн хороо нь төвд, европ эмнэлгийг хосолсон бөгөөд анагаах ухааны боловсон эмчээр дутагдаж байсныг харгалзан 1923 онд монголын ардын засгийн газраас ЗСБНХОУ-ын засгийн газарт албан ёсны бичиг явуулж эмч мэргэжилтэн ирүүлж, манай оронд шинжлэх ухааны боловсон эмнэлэг хөгжүүлэхэд тусламж хүсчээ.

Монголын засгийн газрын урилгаар 1923 онд Эрхүүгээс П. Н. Шастин Москвагаас цэргийн эмч А. В. Байков, А. С. Орлов, Дора Николаевна, Л. К. Ковирин, Гопон нарын 10 гаруй эмч хүрэлцэн иржээ. Засгийн газрын удирдлага, П. Н. Шастины санаачилгаар (1921 онд байгуулагдсан цэргийн эмнэлгийн хороог өөрчилж) 1924 онд „Улаан цэргийн лазарета“ гэдэг нэртэйгээр 36 ортой, дотор, мэс засал, яр хүйтний 3 тасагтай шинжлэх ухааны эмнэлгийг байгуулж 16 ортой мэс заслын тасгийг П. Н. Шастин, 10 ортой дотрын тасгийг Дора Николаевна, 10 ортой арьс өнгөний тасгийг Гопон нар эрхлэн ажиллаж байсан нь одоогийн цэргийн төв нэгдсэн эмнэлгийн үндэс суурь болжээ. [6]

Энэчлэн монголын засгийн газрын шийдвэр, зөвлөлтийн хүмүүсийн шууд оролцоо туслалцаатайгаар 1923 онд цэргийн эмнэлгийн харьяанд анхны эмийн сан, 1925 онд улсын төсвөөр ажиллаж хүн ардад эмнэлгийн тусламж үзүүлэх иргэний эмнэлэг (одоогийн улсын клиникийн төв эмнэлгийн эх үүсвэр) байгуулагдаж ардын эрүүлийг хамгаалахын эхний байгууллагуудын үндэс суурь тавигджээ.

Ингэж манай нам, төрийг үндэслэгч, монголын ард түмний гарамгай хүү Д. Сүхбаатарын үндэслэсэн шинэ цагийн шинжлэх ухааны эмнэлгийн байгууллага, ардын эрүүлийг хамгаалах явдал МАХН-ын зөв мэргэн удирдлага, ЗХУ, ах дүү социалист орнуудын хамтын ажиллагаа, ахан дүүгийн тусламжийн ач үрээр орчин цагийн социалист эрүүлийг хамгаалах систем болон өргөжин хөгжиж ард түмнийхээ эрүүл мэндийн манаанд баттай зогсож „хувьсгалын байлдагч“-ийн хүндтэй хариуцлагатай үүргээ нэр төртэй гүйцэтгэж байна.

Тус улсын эрүүлийг хамгаалахын хөгжлийг МАХН-ын XVII их хурал“ . . . Эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээний хүртэмжийн гол гол үзүүлэлтээр манай орон ах дүү социалист орнуудын дундаж хэмжээнд хүрч, хөгжингүй капиталист нилээд олон орноос түрүүлж байна“ 1 гэж дүгнэсэн билээ.

МАХН-ын Төв Хорооноос Д. Сүхбаатарын мэндэлсний 90 жилийн ойг тэмдэглэн өнгөрүүлэх тухай гаргасан тогтоолдоо МАХН, Ардын төрийг үндэслэн байгуулагч Д. Сүхбаатарын үзэл санаа, үйл хэрэг нь өнөөгийн социалист монголын бахдам сайхан ололт амжилтанд биелэлээ олж ялан мандсаар байгааг тэмдэглэж Д. Сүхбаатарын мэн-

дэлсний 90 жилийн ойг МАХН-ын XVIII их хурлаар дэвшүүлсэн социалист байгуулалтын ээлжит зорилтыг амжилттай хэрэгжүүлэн биелүүлэх уриан дор өргөнөөр тэмдэглэхээр заасныг манай ард түмэн, түүний дотор эрүүлийг хамгаалахын ажилтнууд баяртай хүлээн авч МАХН-ын XVIII их хурлаас тус улсын социалист эрүүлийг хамгаалах системийг улам бүр бэхжүүлэн хөгжүүлэх талаар дэвшүүлсэн зорилтыг хэрэгжүүлж эмчилгээ үйлчилгээ, урьдчилан сэргийлэх нийт ажилд чанарын дэвшилт хийж үйлчилгээний соёлыг дээшлүүлж байна.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. Ю. Цэдэнбал Илтгэл. Өгүүлэл. хэлсэн үг. УБ. 1967 он II боть. 413—414
2. Д. Сүхбаатар. Захидал, бичгүүд. УБ. 1952 он 61
3. МАХН-ын программ, дүрэм. УБ. 1980. 265
4. Кунгуров А. А. Соровиков. Аратская революция, г. Иркутск. 1957. 172
5. Г. Туваан „Дурсан санахад“ Монголын ард түмэнд тусалсан зөвлөлтийн эмч нар УБ. 1977. 161
6. БНМАУ-ын зөвсөгт хүчний түүхийн төв архив фонд №1, тусгай хадгаламж инд Заря сонины 1923. X. 4 № 10, 12.

ЭРҮҮЛИЙГ ХАМГААЛАХЫН ЗОХИОН

БАЙГУУЛАЛТ

Мо. ШАГДАРСҮРЭН

ЖИРЭМСЭН БА НЯЛХ БИЕТЭЙ ЭХЧҮҮДИЙН АМРАХ БАЙРЫН ҮЙЛ АЖИЛЛАГААГ БОЛОВСРОНГУЙ БОЛГОХ АСУУДАЛД

ЭХ НЯЛХСЫГ ХАМГААЛАХ ЭРДЭМ ШИНЖИЛГЭЭНИЙ ХҮРЭЭЛЭН

Жирэмсэн ба нялх биетэй эхчүүдийн амрах байр нь хөдөө аж ахуйн нэгдлийн гишүүд, сангийн аж ахуйн ажилчин жирэмсэн эмэгтэйчүүдэд зориулагдсан, хөдөө аж ахуйн байгууллагаар санхүүждэг амралт-сувиллын байгууллага мөн.

БНМАУ-ын Эрүүлийг хамгаалах хуулийн 57 дугаар зүйлд: «Сангийн аж ахуй, хөдөө аж ахуйн нэгдэл жирэмсэн ба нялх биетэй эхчүүдийн амрах байрыг өөрийн зардлаар байгуулж, бусад үйлчилгээгээр үнэ төлбөргүй хангана» гэж заасан байна [1]

БНМАУ-ын Сайд нарын Зөвлөлийн 1973 онд баталсан хөдөө аж ахуйн нэгдлийн үлгэрчилсэн дүрмийн 65 дугаар зүйлд ч «нэгдэл эхчүүдийн байр байгуулж, эхчүүдийг төрөхийн өмнө, төрсний дараа 14 хоног амруулж, хоол унд соёл ахуйн үйлчилгээгээр үнэ төлбөргүйгээр үйлчилж, зардлыг тэтгэвэр тэтгэмжийн фондоос гаргана» гэж заажээ [2]

„Хүүхэд эхчүүдийн эрүүл энхийг хамгаалах арга хэмжээний тухай“ МАХН-ын Төв Хсроо, БНМАУ-ын Сайд нарын Зөвлөлийн 1962 оны 83/85 дугаар тогтоолд „сумдын төрөх салбаруудын дэргэд жирэмсэн эхчүүдийг амруулах байртай болгох“, БНМАУ-ын Сайд нарын Зөвлөлийн 1971 оны „Хүүхдийн эрүүл мэндийн байдал, цаашид авах арга хэмжээний тухай“ тогтоолд „хөдөө аж ахуйн нэгдлийн гишүүн, сангийн аж ахуйн ажилчин жирэмсэн эмэгтэйчүүдэд эмнэлэгт төрөх, эхчүүдийн байранд зохих хугацаагаар амрах бололцоо олгохын тулд хэрэв шаардагдвал ар гэрт нь хүн хүчний тусламцаа үзүүлж байх, эрүүлийг хамгаалах байгууллагаас эхчүүдийн амрах байрыг түшиглүүлэн эхчүүдэд хүүхдийг асарч сувилах мэдлэг, дадлага эзэмшүүлэх ажил зохиох“-ыг заав.

Одоогийн байдлаар улсын хэмжээгээр 267 амрах байр 922 ортой ажиллаж, 10322 жирэмсэн эх амарч, жилдээ 122541 ор хоног ашиглан, хөдөө аж ахуйн байгууллагаас 3070,5 мянган төгрөг зарцуулсан байна. Нэг эхэд амрах хугацаанд дунджаар 297 төгрөг 47 мөнгө, нэг ор хоногт дунджаар 25 төгрөг 06 мөнгө зарцуулжээ. Энэ нь хөдөө аж ахуйн байгууллагаас эх, нялхсын эрүүл мэндийг хамгаалахад үзүүлж байгаа жинтэй хувь нэмэр мөн.

Амрах байр нь хөдөө аж ахуйн үйлдвэрлэлд ажиллаж байгаа жирэмсэн эмэгтэйчүүдэд эмнэлгийн нарийн мэргэжлийн тусламжийг ойртуулах, жирэмсний сүүлийн 7—10 хоногт эмнэлгийн шууд хяналтанд байлгаж, эмнэлэгт 100 хувь амаржуулах, жирэмсний болон төрөлтийн үеийн эмгэг хүндрэлээс урьдчилан сэргийлэх түшиц газар юм.

Жирэмсэн ба нялх биетэй эхчүүдийн амрах байрыг тохижуулж үйл ажиллагааг боловсронгуй болгох зорилгоор Монголын эмэгтэйчүүдийн хороо, БНМАУ-ын Эрүүлийг хамгаалах Яам, Хөдөө аж ахуйн Яам, Нэгдлийн холбооны дээд зөвлөл хамтран 1979 онд жирэмсэн ба нялх биетэй эхчүүдийн амрах байрны ажиллагааны заавар батлан гаргаж мөрдүүлэв.

Жирэмсэн ба нялх биетэй эхчүүд, эмэгтэйчүүдийн хөдөлмөр хамгаалал, эрүүл мэндийн холбогдолтой хууль эрхийн мэдлэгийн түвшинг дээшлүүлэх зорилгоор Монголын эмэгтэйчүүдийн хороо, БНМАУ-ын Эрүүлийг хамгаалах Яам, Нэгдлийн холбооны дээд зөвлөл, Сангийн аж ахуйн Яамнаас 1980 онд жирэмсэн ба нялх биетэй эхчүүдийн тэргүүний ажиллагаатай амрах байрыг шалгаруулах болзолт уралдааныг нэг жилийн хугацаагаар зарлаж, дүгнэдэг болов.

Хөдөө аж ахуйд ажиллаж байгаа жирэмсэн эмэгтэйчүүдийг эхчүүдийн амрах байранд амруулах нь тэдгээрийг эмчийн зөвлөлгөө, эхчүүдийн сургуульд хамарч, эмнэлэгт амаржуулан жирэмсний болон төрөлтийн хүндрэлээс урьдчилан сэргийлэхэд чухал хүчин зүйл болж байна. Сум дундын эмнэлэг, их эмчийн салбар жирэмсэн ба нялх биетэй эхчүүдийн амрах байранд байгаа жирэмсэн, нялх биетэй эхчүүдэд эмнэлэг ариун цэврийн хяналт тогтоож, ариун цэвэр эрүүл ахуйн шаардлага хангуулж, шаардлагатай эмчилгээ сувилгааг явуулна. Эмч, эх барих бага эмч нар жирэмсэн, нялх биетэй эхчүүдийн дунд ариун цэвэр гэгээрийн ажил, сэтгэл санааны урьдчилсан бэлтгэл, хүүхдээ асран сувилах, хооллох, чийрэгжүүлэх арга барилыг эхчүүдийн сургуулийн хөтөлбөрийн дагуу зохион байгуулж явуулна.

Хөвсгөл аймгийн хөдөө аж ахуйн нэгдлийн зөвлөл өөрийн хөрөнгөөр Мөрөн хотод нэгдлийн гишүүн эмэгтэйчүүдэд зориулан жирэмсэн ба нялх биетэй эхчүүдийн амрах нэгдэл дундын байр барьсан нь шаардлагатай жирэмсэн эхчүүдийг сумдаас авчирч, нарийн мэргэжлийн эмчийн хяналтанд төрүүлж байгаа учраас төрөх үеийн хүндрэл эрс багасах боломжтой болов.

Ийнхүү жирэмсэн ба нялх биетэй эхчүүдийн амрах байр нь төрөхийн өмнөх хэд хоногт диспансерийн үйлчилгээг явуулах, төрөх үе, төрсний дараах үеийн хүндрэлээс урьдчилан сэргийлэх, эмчлэн сувилах ихээхэн боломжийг хөдөөгийн эрүүлийг хамгаалах байгууллагад бий болгосон юм. Жирэмсэн ба нялх биетэй эхчүүдийн амрах байр нь эмнэлэг үйлчилгээний зай хэмжээ их, хүн ам сийрэг оршдог, хөдөө аж ахуйн үйлдвэрлэл зонхилдог зарим газар зам, харилцаа холбооны байдлаас болж жирэмсэн эхийг төрөлт эхэлсэн үед эмнэлгийн газар руу цаг тухайд нь тээвэрлэхэд бэрхшээлтэй байдаг тус улсын хөдөөгийн эрүүлийг хамгаалах ажилд тохиромжтой эмнэлэг үйлчилгээний дэвшилттэй хэлбэр болсон юм.

Архангай аймгийн Хашаат, Говь-Алтай аймгийн Тонхил, Баян-уул, Булган аймгийн Баян-Агт, Увс аймгийн Сагил, Өвөрхангай аймгийн Зүүнбаян-улаан сумдын эхчүүдийн амрах байрын тэргүүн туршлагын дагуу, эмнэлэг үйлчилгээний дэвшилтэт хэлбэр болох жирэмсэн ба нялх биетэй эхчүүдийн амрах байрын материаллаг баазыг бэхжүүлэх, үйл ажиллагааг боловсронгуй болгоход дээрх дөрвөн байгууллагаас баталж гаргасан жирэмсэн ба нялх биетэй эхчүүдийн амрах байрны ажиллагааны зааврыг бүрэн хэрэгжүүлэх нь чухал байна.

Орны байршилтыг хянан үзэж хугацаа өнгөрсөн жирэмсэн, төрөлтийн үед болон тухайн жирэмсний үед хүндрэлтэй эмэгтэйчүүдийг нарийн мэргэжлийн тусламжинд цаг үед нь ойртуулан хамруулж төрүүлэхийн тулд хөдөө аж ахуйн нэгдэл, сангийн аж ахуйн эхлэл санаачилгаар аймгийн төв болон төвлөрсөн суурин газар, сум дундын эмнэлэг байршиж байгаа газруудад нэгдэл дундын жирэмсэн ба нялх биетэй эхчүүдийн амрах байрыг байгуулж ажиллуулах нь зүйтэй байна.

Эрүүлийг хамгаалах байгууллага жирэмсэн ба нялх биетэй эхчүүдийн амрах байрын үйлчилгээнд тавих ариун цэвэр эрүүл ахуйн хяналтыг өндөржүүлэн, тэнд амарч байгаа эхчүүдийн дунд зохиох ариун цэвэр гэгээрлийн ажлыг системтэй болгож, социалист аж төрөх ёсыг хэвшүүлэх, ариун цэвэр эрүүл ахуйн соёлжилтыг түгээн дэлгэрүүлэх, эх нялхсын зөвлөлгөөний төв болгож ажиллуулах шаардлагатай байна.

Эхчүүдийн амрах байр нь манай орны нэгэн адил хүн ам сийрэг оршдог дэлхийн бусад улс оронд хэрэглэж болох эмнэлэг үйлчилгээний дэвшилтэт хэлбэр учир жирэмсэн ба нялх биетэй эхчүүдийн амрах байрын үйл ажиллагааг шинжлэх ухааны үндэслэлтэй шийдвэрлэхийн тулд байгаль газар зүйн бүслэлийн дагуу хэд хэдэн аймагт эрдэм шинжилгээ, судалгааны ажил явуулж нийгэм эдийн засаг, анагаах ухааны үр ашгийг тогтоох, үйл ажиллагааг боловсронгуй болгох арга зам, хэтийн төлөвийг боловсруулах шаардлагатай байна.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. БНМАУ-ын Эрүүлийг хамгаалахын хууль УБ. 1977. 28.
2. Эмэгтэйчүүд, эх нялхсын эрхийн талаархи хууль тогтоомжийн системчилсэн эмхэтгэл. УБ. 1980. 10. 42.
3. Мо. Шагдарсүрэн —Эх барих тусламжийн зохион байгуулалт УБ. 1930. 42

П. ЯНСАН

МАЛЧДЫН ЭМНЭЛЭГ ҮЙЛЧИЛГЭЭНИЙ ЗАРИМ АСУУДАЛ

АНАГААХ УХААНЫ ХҮРЭЭЛЭН

Манай улс орны эдийн засгийн үндсэн хэсэг нь хөдөө аж ахуй бөгөөд үүний дотроос зонхилох салбар нь мал аж ахуй юм. Малчдын эрүүл мэндийг хамгаалах талаар нам засгаас онцгой анхаарч олон чухал арга хэмжээ авсаар байна. Хөдөөний хүн ам, ялангуяа хөдөө аж ахуйн нэгдлийн малчдын эмнэлэг үйлчилгээг сайжруулахыг МАХН-ын XVIII их хурлаас онцлон заалаа. Нийт хүн амд хөдөөний хүн амын эзлэх хувийн жин 1990 он хүртэл үндсэндээ хэвээр байх бөгөөд хөдөөний хүн амын 50 гаруй хувь нь мал аж ахуйн үйлдвэрлэлтэй холбогдон нүүдэл хийж байна.

Малчдад үзүүлэх эмнэлгийн тусламжийг зохион байгуулахад дор дурдсан хүчин зүйл, онцлогийг харгалзан үзэх ёстой.

1. Манай малчид байгаль газар зүйн харилцан адилгүй бүсэд цаг уурын эрс тэс нөхцөлд мал аж ахуйн үйлдвэрлэл эрхэлдэг.

2. Тээврийн хэрэглэлийн тохиромжтой зам, холбоо харилцааны сүлжээ хангалтгүй нь эмнэлгийн яаралтай ба түргэн тусламжийн үйлчилгээнд бэрхшээл учруулдаг.

3. Хөдөөний хүн ам ялангуяа говь, уулархаг бүсэд сийрэг оршин суудаг (1 км²-д 0,16—0,94) сум, бригад суурь хоорондоо алслагдсан, эмнэлэг үйлчилгээний радиус ихтэй.

4. Мал аж ахуй, хүн амын байршил нутагшил харилцан адилгүй.

5. Суурин орон сууц, ахуй үйлчилгээний цэг салбар цөөн, эрүүл ахуй ариун цэврийн соёлын түвшин төдий л хангагдаагүй.

6. Хүн амын зүйн үзүүлэлт—төрөлт, өвчлөл харьцангуй их, нас хүйсний бүрэлдэхүүн харилцан адилгүй, өндөр настан болон хүүхдийн эзлэх хувийн жин дийлэнхтэй.

7. Мал аж ахуйн үйлдвэрлэлд механикжилт цахилгаанжилт бүрэн нэвтрээгүй, бат тогтвортой тэжээлийн ба материаллаг баазаар хангагдаагүй.

Дурдсан эдгээр хүчин зүйл, онцлог нь орон нутаг газар зүйн бүс бүрт өөр өөр байдаг нь эмнэлэг үйлчилгээг түүнд зохицуулан өвөрмөц хандахыг шаарддаг билээ.

Нэгдэлч малчид бригадын бага эмчийн салбараас эхлэн их эмчийн салбар, сум дундын эмнэлэг, аймаг, улсын нэгдсэн ба тусгай мэргэжлийн эмнэлэгт холбогдох эмнэлгийн тусламжийг шат дараалсан байдлаар авдаг онцлогтой.

Судалгаанаас үзэхэд хөдөөний хүн амын дөнгөж 23,6 % нь төвлөрсөн суурины, 76,4 % нь төвлөрөөгүй сууринд оршиж байна. (1)

Эмнэлэг үйлчилгээний радиус ихээс болж төвлөрсөн бус суурины хүн амын эмнэлэгт үзүүдэх нь төвлөрсөн сууриныхаас 2 дахин бага байгаа билээ. Эмнэлэгт үзүүлэлт цөөн байгаа нь хөдөөний хүн амын өвчлөл бага байгаад биш юм. Харин ч хүн амын эмнэлэгт үзүүлэлт цөөнөөс болж өвчлөл бүрэн илрэхгүй өвчин даамжрах, архагших явдал их болно. Эмнэлэгт үзүүлэлтээр илэрсэн өвчлөл хөдөөд 1000 хүн амд 611,7, эмгэгт байдал 687, урьдчилан сэргийлэх үзлэг ба эмнэлэгт ирэлтээр илэрсэн өвчлөл 1180,1 байгаа нь харьцангуй их юм. Манай орны нийт сум, суурин газарт их эмчийн салбар байгуулах нийгэм улс төрийн их ач холбогдолтой ажлыг өнгөрсөн 5 жилд дуусгаснаар хөдөөний хүн ам их эмчийн үйлчилгээнд бүрэн хамрагдсан билээ. (2)

Сүүлийн жилүүдэд улсын төлөвлөгөөгөөр нэмэгдсэн эмнэлгийн цэг салбар, орны 80 % нь хөдөө орон нутагт байгуулагдан ажиллаж байна. Гэвч эмнэлгийн нарийн мэргэжлийн тусламжийг хөдөөний хүн амд улам ойртуулах, малчдын эмнэлэг үйлчилгээний өсөн нэмэгдэж буй хэрэгцээг дүүрэн хангахын тулд эмнэлэг үйлчилгээний зохион байгуулалт, арга хэлбэрийг боловсронгуй болгох, шаардагдах боловсон хүчин, ор тоног төхөөрөмж, аппарат хэрэгсэл, машин унаагаар хангах, барилга байгууламжийг барих, хэтийн чиглэл, хэрэгцээ, байршлыг зөв тогтоох нь чухал байна.

БНМАУ-ын байгаль даг уурын янз бүрийн бүсэд бэлчээрийн мал аж ахуй эрхэлдэг малчдын хөдөлмөр ахуйн нөхцөлийг сайжруулах асуудлаар судалгаа туршилтын ажил явуулах даалгаврын дагуу яам тусгай газар, салбарын эрдэм шинжилгээний байгууллагууд оролцож байгаа билээ. Судалгаа туршилтанд Говь—Алтай аймгийн Цогт, Булганы Орхон, Өмнөговийн Ханхонгор, Хэнтийн Дархан, Төв аймгийн Өндөрширээт сумд орж байгаа юм. Бид эдгээр сумдын малчдын эмнэлэг үйлчилгээний зарим үзүүлэлтийг судалсан юм.

Судалгааны зорилго нь: Малчдын эмнэлэг үйлчилгээний одоогийн байдлыг судлан анализ хийх, цаашид авах арга хэмжээний чиглэл, зохион байгуулалтын арга хэлбэрийг тодорхойлох, сумын эмнэлгийн үлгэр жишээ салбарын загвар боловсруулж бусад сумдад туршиж нэвтрүүлэх, малчдын өвчлөлийг судлан тогтоох, улмаар эрүүлжүүлэх арга хэмжээг авах явдал юм.

Эдгээр сумд аймгийн төвөөс харилцан адилгүй зайд оршиж байгаагийн зэрэгцээ айл өрх, суурь нь сумаасаа нилээд алслагдсан нь эмнэлэг үйлчилгээг зохион байгуулахад бэрхшээлтэй юм.

Сумдын нутаг дэвсгэр, нэгж салбар, мал аж ахуйн байдал (1931 он)

Хүснэгт 1.

Д/Д	Сумын нэр	Нутаг дэвсгэрийн хэмжээ (кв, км)	Алслагдсан зай (км)			бригадын тоо	Үүнээс мал аж ахуйн бригад	хэсэг	суурь	ерх	Малын тоо (мянгаар)	зонхилох мал
			аймгийн төвөөс сум	сумаас холын бригад хүртэл	сумаас холын суурь хүрэлт							
1	Цогт	1683	187	115	125	6	5	12	158	714	140,9	хонь
2	Орхон	2863	22	75	115	5	4	=	135	625	77,7	хонь
3	Ханхонгор	1140	25	58	88	5	4	=	129	563	109,6	хонь
4 5	Дархан Өндөр— ширээт	1470	145	45	60	4	3	9	115	320	115,0	ямаа хонь
		1300	180	20	80	4	3	=	115	523	76,6	хонь ямаа
	дундаж	1601	111,8	62,6	93,6	4,8	3,8	=	130,4	549	83306	

Хүн амын байршлын үзүүлэлт (1981 он)

Хүснэгт 2.

Д/Д	Сумын нэр	Хүн амын нутаг байршлын үзүүлэлт					Ойртолтын дундаж радиус
		Нэг бригад, төвлөрсөн газар байгаа хүн амын дундаж тоо	Ойртолтын радиус (км)	Геометрийн радиус (км)	Дундаж радиус (км)	Их радиус (км)	
1	Цогт	583	16,7	23,1	43,1	125	38,4
2	Өндөр—ширээт	399	18,0	20,3	27	80	18,7
3	Орхон	427	23,9	30,2	41,2	115	27,6
4	Ханхонгор	455	15	19,2	32,1	58	37,3
5	Дархан	274	20,6	21,6	30	60	30,4
	5 сумын дундаж	427,6	18,8	22,8	34,7	87,6	30,4

Хүн амын байршилтаас хамаарч эмнэлэг үйлчилгээний радиус харьцангуй ихтэй бөгөөд отор нүүдлийн үед бүр ч холдож байна.

Хүн амын зүйн зарим үзүүлэлт

Хүснэгт 3.

Д/Д	Сумын нэр	Бүх хүн ам	Үүнээс			Хүн амын хөдөлгөөн 1000 хүн амд		
			0—16 хүртэлх насны хүүхэд	15—49 насны эмэгтэй	60-аас дээш насны хүн	төрөлт	нас баралт	Цэвэр өсөлт
1	Цогт	3525	2049	499	302	36,0	10,0	26,90
2	Орхон	2633	1353	508	243	34,6	11,8	22,8
3	Ханхонгор	2411	929	360	396	35,1	12,1	23,0
4	Дархан	1382	583	180	160	50,1	14,3	35,5
5	Өндөр-ширээт	1995	1001	665	326	43,1	14,5	28,6
	Сумын дундаж хувь	2389,2	1183 49,5	442,4 18,5	285,4 11,9	39,7	12,5	27,2

Эдгээр суманд төрөлт харьцангуй өндөр, бүх хүн амд 16 хүртэлх насны хүүхэд тал хувийг нь эзэлж байна. Гэтэл сүүний газар байхгүй, ясли цэцэрлэг хүрэлцээгүй байна.

Эмнэлэг үйлчилгээний зарим үзүүлэлт
(1980 он)

Хүснэгт 4

Д/Д	Сумдын нэр								
1	Орхон	374	40	9,3	3,75	1068	358	67,3	100
2	Дархан	346,4	32,6	9,3	2,1	953	468	74,0	100
3	Ханхонгор	478	41,5	11,4	2,1	641	347	85,4	93,8
4	Өндөрширээт	332,7	34,0	8,7	4,3	1098	521	51,9	100
5	Цогт	334	15	15	3,4	1766	241	52	100
	5 сумын дундаж	373,0	32,6	10,7	3,1	989	387	66,1	98,8

Үүнээс үзэхэд эдгээр сумдын эмнэлгийн орны жилд ажилласан хоног нь харьцангуй олон, одоогийн ор нь хүрэлцээ муутай, түргэн тусламжийн дуудлагын нилээд хувь нь алсын, амбулаторийн үзлэгт бага эмчийн үзлэгийн хувь 66,1 % байна. Эдгээр сумдад нэг их эмч ажиллаж байгаа ба эмнэлгийн үйлчилгээний машин, байшин барилга материаллаг бааз нь одоогийн шаардлага хангахгүй байна.

5 сумын хүн амын ерөнхий өвчлөл
(1980 оны тайлангийн материалаар)

Хүснэгт 5.

	Орхон	Дархан	Ханхон-гор	Өндөр ширээт	Цогт
1000 хүнд ногдох ерөнхий өвчлөл	508,0	740,0	830,0	370	688,0
Ангиллаар эхний 5 байранд байгаа өвчлөл					
а. Амьсгалын эрхтэний	I	I	I	I	I
б. Хоол боловсруулах	II	II	II	II	II
в. Мэдрэлийн систем	IV	III	V	III	III
г. Цусны эргэлт	V	V	III	IV	V
д. Шээс бэлэг	III	IV	IV	V	IV

Нэрлэлээр авч үзвэл амьсгалын дээд замын цочмог үрэвсэл, уушгины хатгалгаа, ходоодны ба элэг цэсний үрэвсэл зэрэг өвчнүүд зонхилж байна. Хүн амын өвчлөл үнэн хэрэгтээ өндөр байгаа боловч анхан шатны бичиг баримтыг бүртгэн хөтлөх явдал эдгээр сумдад хангалтгүй байгаагаас өвчлөл бага мэт харагдаж байна. Иймд өвчлөлийг судлан тогтоож түүнийг бууруулах арга хэмжээ авах нь зүйтэй.

ДҮГНЭЛТ. Эдгээр сумын эмнэлэг үйлчилгээг үлгэр жишээ болгож, туршилт судалгааны ажлыг үр дүнтэй явуулахын тулд дор дурдсан арга хэмжээг авч хэрэгжүүлэх нь зүйтэй юм.

1. Сумын эмнэлгийн зохион байгуулалт, бүтэц, орон тоо, үйл ажиллагааг харуулсан загварыг зураглал, схем тооцоогоор хийж түүний дагуу туршин үр дүнг тооцох;

2. Эдгээр сумын эмнэлгийн барилга, ясли цэцэрлэгийн комбинат, сүүний газар, эмийн сан, бригадын бага эмчийн салбарын барилга, цэг салбарыг улсын төлөвлөгөөгөөр туршилтын хугацаанд буй болгон барьж байгуулах;

3. Шаардагдах мэргэжлийн орон тоо, эмнэлгийн ор, багаж хэрэгсэл, тоног төхөөрөмжөөр хангах, клиник лаборатори-физик эмчилгээний цэгийг шинээр буй болгон ажиллуулах;

4. Аймаг, улсын нэгдсэн ба тусгай мэргэжлийн больниц диспансеруудын үзлэгийн бригадыг эдгээр суманд ажиллуулж малчдад эмнэлгийн нарийн мэргэжлийн тусламжийг ойртуулах, өвчлөлийг тогтоон эрүүлжүүлэх;

5. Эмнэлгийн түргэн тусламжийн ба хөдөлгөөнт үйлчилгээг сайжруулж үр дүнг тооцох;

6. Эмнэлгийн боловсон хүчнийг тогтвор суурьшилтай ажиллуулж их эмч нарыг хос мэргэжил эзэмшүүлэх, эрдэм шинжилгээ-практикийн хамтлаг байгуулан сэдэв, төлөвлөгөөтэй ажиллуулах;

7. Эдгээр сумын хүн амын өвчлөлийг эмнэлэгт үзүүлэлтийн ба эмч нарын үзлэгийн материалаар судлан тогтоож бууруулах, эрүүлжүүлэх арга замыг тодорхойлох;

8. Сумын эмнэлгийг үлгэр жишээч болгож малчдын эмнэлэг үйлчилгээг сайжруулахад сум нэгдэл, аймаг, улсын зүгээс авах арга хэмжээний төлөвлөгөө жагсаалт гаргаж, хамтын гэрээ үүргээр тооцож хэрэгжүүлэх;

9. Судалгаа туршилтын ажлын үр дүнг бүс тус бүрийн бусад сумын эмнэлэгт шууд нэвтрүүлэх, ялангуяа эмнэлэг үйлчилгээний цагийн хуваарь, хөдөлмөр зохион байгуулалт; үзлэг эмчилгээ, хяналтын журам, эмнэлгийн орны төрөлжилт, анхан шатны бүртгэл хөтлөлт, өвчлөлийг бууруулах, эрүүлжүүлэх арга зам, ахуйн соёлжилт хоол тэжээлийн боловсронгуй горим, түргэн тусламжийн ба явуулын эмнэлэг үйлчилгээний үр дүн зэргийг судлан нэвтрүүлэхэд онцгой анхаарах юм.

10. Эмнэлэгт үйлчилгээнд ЗХУ-ын ба социалист орны эмнэлгийн туршлага, анагаах ухааны ололт амжилтыг тууштай нэвтрүүлэх зэрэг болно.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. Ц. Мухар Автореферат диссертации 1977. 12.
2. МАХН-ын XVIII их хурлын материал. 1981. УБ.

Г. ЛХАГВАЖАВ, Б. ЭРДЭНЭЧУЛУУН

ИХ ЭМЧИЙН САЛБАРЫН НӨХЦӨЛД ЭРЧИМТ ЭМЧИЛГЭЭГ ЗОХИОН БАЙГУУЛАХ НЬ

УЛСЫН КЛИНИКИЙН ТӨВ ЭМНЭЛЭГ

Хөдөөний хөдөлмөрчдөд нарийн мэргэжлийн тусламжийг улам ойртуулж төрөлжсөн нарийн мэргэжлийн эмчилгээ хийхийн тулд нэгдсэн эмнэлэг, сум дундын эмнэлгүүдийг байгуулж, орчин үеийн эмнэлгийн багаж, аппаратуудаар хангаж байна.

Манай орны газар зүйн байдал, хөдөөний хөдөлмөрчдийн эрхэлж байгаа ажлын онцлогоос хамаарч төрөлжсөн нарийн мэргэжлийн тусламжийг тухай бүр үзүүлэх боломж муу байна.

Хөдөөний хөдөлмөрчдөд эмнэлгийн тусламж, ялангуяа яаралтай сэхээн амьдруулах тусламжийг үзүүлэх үндсэн нэгж нь их эмчийн салбарууд болох юм.

Яаралтай тусламж, эрчимт эмчилгээг газар дээр нь буюу суурь хот айл, үйлдвэрлэлийн газар дээр хэрхэн үзүүлснээс цаашдын эмчилгээний байдал их шалтгаалдаг. Зарим салбарын туршлагаас үзэхэд нилээд нарийссан эрчимт эмчилгээг их эмчийн салбарын нөхцөлд хийж амжилт олж болох байна. Ердийн хүнд өвчлөл, ялангуяа хүүхдийн өвчлөл, төрөл бүрийн осол гэмтэл, эх барихын хүндрэлийн үед үзүүлэх тусламж зэрэг нь яаралтай эрчимт эмчилгээ, сэхээн амьдруулах тусламж шаардах гол эмгэгүүд олж байгаа юм.

Их эмчийн салбарт эрчимт эмчилгээг зохион байгуулахдаа газар дээр нь болон салбартаа үзүүлэх тусламж гэж 2 хэсэгт хувааж болно.

1. Газар дээр болон тээвэрлэх үеийн, өвчлөл, осол гэмтэл болсон газарт үзүүлэх тусламжид зориулан эм, эмчилгээний багаж хэрэгслийг тохиолдол бүрд төрөлжүүлэн бэлтгэж тусламж үзүүлэхэд бэлхэн байлгана. Үүнийг дотор нь гэмтэл осолд, ердийн өвчлөлд, төрөх үеийн тусламжид зориулсан гэж төрөлжүүлсэн байвал зохино. Гэмтэлд зориулсан тусламжийн багцад орох зүйлсэд хугаралд тавих чиг, чангалуур, ороох боох материал, өвчин намдаах, цус бүлэгнэлт сайжруулах, зүрх амьсгалын ажиллагааг дэмжих эмүүд орно.

Ердийн өвчлөлийн багцад: зүрх, амьсгал дэмжих, гистамины эсрэг эм, хлорт буюу глюконат кальц, адреналин, атропин, кордиамин, строфантин, коргликон, норадреналин, багажаас: ороох материал, шээсний катетер, ходоодны зонд орно.

Төрөлтийн тусламжинд зориулсан багцад: хлорт буюу глюконат кальц, сав агшаах эмийн зүйлс, витамин К, строфантин, кордиамин, адреналин, норадреналин, багажаас: цус тогтоох хавчуур, пинцет шээсний катетер, ороох боох ариутгасан материал, хайч, мэс заслын хутга зэрэг зүйлсийг оруулан бэлтгэж тус тусад нь металл буюу модон хайрцагт хийж түүнд хагарч хэмхрэхгүй, бохирдохгүйгээр хадгалсан байна. Газар дээр нь аль болох чанартай тусламжийг үзүүлбэл цаашдын эмчилгээний үр дүн сайн болно. Энэ үед цаг хугацаа богино, нөхцөл хүнд байдаг учир эмчээс их мэдлэг сэтгэлгээ, ур чадвар шаардах нь мэдээж юм. Тээвэрлэх үед бололцооны хирээр тохитой нөхцөл хангах, өвчин намдаах эмчилгээ хийх боломжтой байхыг санах нь зүйтэй.

Хүнд өвчлөл гэмтэлтэй өвчтөн тээж яваа эмч үргэлж өвчтөний дэргэд сууж, биеийн байдлыг нь үзэж, хэрэгцээтэй үед эмчилгээ хийж байх ёстой. Сайн зохион байгуулсан тээвэрлэлт нь өвчтөний биеийн байдлыг муутгахгүй байхын хамт эмч явуут тусламж үзүүлж яваа учир эмнэлэг дэх тусламжаас төдий л дордохгүй байх ёстой байна. Манай орны уулархаг нутаг бартаа ихтэй учир тээвэрлэлтийн явцад үе үе зогсож эмчилгээ, сувилгаа хийж, өвчтөний байдалд дүгнэлт хийж байх нь чухал юм.

2. Салбар дээр явуулах эрчимт эмчилгээ, сэхээн амьдруулах тусламж. Энэ тусламжийг мөн ердийн өвчлөл, осол гэмтэл, төрөх гэсэн 3 хэсэгт хувааж төрөлжүүлэн үзүүлэх нь сайн үр дүнтэй байна. Их эмчийн салбарын хэмжээнд энэ тусламжийг үргэлж шаардах хүмүүс хэвтэх нь цөөн байвал нэг тасалгааг ээлжлэн ариутган цэвэрлэж ашиглаж болох юм. Эрчимт эмчилгээ сэхээн амьдруулах тусламж зайлшгүй шаардагдах өвчнүүдэд муурч унах, ухаан алдах амьсгалын хурц дутагдал, зүрхний булчингийн шигдээс болон бусад өвчнөөс болсон зүрхний хурц дутагдал, харшлын хүнд хэлбэр, хүндрэлтэй төрөлт цус алдалгууд, идээт хүнд өвчнүүд багтана. Тухайн салбарын онцлог байдалд тохируулан энэ жагсаалтыг өөрчилж болно. Харин архаг хүнд өвчнөөс болон үгдэрч байгаа өвчтөнийг аль болохоор энэ эмчилгээний хэсэгт оруулахгүй үндсэн палатуудад эмчлэх нь зүйтэй юм.

Зарим эмнэлгийн туршлагаас үзэхэд эрчимт эмчилгээ, сэхээн амьдруулах палатад үхэл эндэгдэл их байх нь эмнэлгийн ажилчид, өвчтөний сэтгэл зүйд муугаар нөлөөлөх явдал үзэгддэг байна. Иймд энэ палатад хурц өвчлөлөөс хүндэрч байгаа хүмүүсийг авч эмчлэхэд онцгой анхаарах хэрэгтэй. Эмнэлгийн боломж байр зэргээс хамааран янз бүрээр зохион байгуулж болох боловч уул палатыг наран талд дулаан, хөл хөдөлгөөн багатай хэсэгт аль болох саруул тасалгааг шилж авч 1 оронд 10 ам метрээс багагүй талбай ногдохоор зохион байгуулаад, орыг бүх талаас нь тойрон үйлчилж болох боломжтойгоор байрлуулна.

Сэхээн амьдруулах эрчимт эмчилгээнд зориулан палатыг төхөөрөмжлөхдөө багаж аппаратуудаас:

Хүчилтөрөгчийн баллон редукторын хамт, хүчилтөрөгч чийглэх төхөөрөмж, сорох аппарат (цахилгаан буюу хөлөөр ажиллах), зохиомол амьсгал АМБУ буюу түүнтэй төстэй аппарат, төрөл бүрийн катетерууд, ходоодны зондууд, ариутгагч, бөөрөн таваг, багаж тавих ширээ, цусны даралт үзэх аппарат, шингэн сэлбэх систем, тавиур, шээс болон бусад шингэн цуглуулах шилүүд, трахеостоми хийх багаж, венесекци хийх багаж, Эмийн зүйлээс; адреналин 10 ам, Норадrenalин 5 ам, атропин 5 ам, хлорт кальц 5 ам, строфантин 5 ам, кордиамин 5 ам, глюкозын уусмал 5 ам, преднизолон 5 ам, полиглюкин 2 фл хуурай плазм 2 фл, хлорт натри 3 фл, витамин К 5 ам, кокорбоксилаза 5 ам, кофейны уусмал 6 ам, маннитол 2 фл, спирт 70% 50 мл. иодын уусмал 2 мл.

Бусад эмийг бололцоо болон салбарын онцлог байдлаас хамааран бэлтгэж эмийн зарлага, орлогыг нарийн хөтөлж үндсэн эмийн фондыг ямагт бэлэн байлгахад анхаарч ажиллана.

Их эмчийн салбарын нөхцөлд эрчимт эмчилгээ, сэхээн амьдруулах тусламж үзүүлсэн байдлыг Ховд аймгийн Зэрэг сумын их эмчийн салбарын ажиллагаан дээр авч үзье.

Тус суманд 1977—1981 он хүртэл хийсэн ажиглалтаас үзвэл хэвтэгчдийн 8%, төрөлтийн 6%, эрчимт эмчилгээ, яаралтай хойшлуулшгүй тусламжинд хамаарагдах алсын дуудлагын 7%, ойрын дуудлагын 5%-ийг яаралтай хүнд тохиолдол эзэлж, бүх хүнд тохиолдлын 64% нь хүнд хэлбэрийн өвчин, 23% нь хүнд хэлбэрийн гэмтэл бэртэлт, 13% нь хүндрэлтэй төрсөн эмэгтэйчүүдийн яаралтай өвчин эзэлсэн байна. Сумын нутгийн ихэнх хэсэг нь Алтайн өндөр ууланд хамаарагдаж бүх хүний 60% нь тэнд амьдарч байна. Зарим тохиолдолд эмнэлгээс алс хол нөхцөлд яаралтайгаар газар дээр нь иж бүрэн тусламж үзүүлэх зайлшгүй шаардлага гарч байна. Сумын их эмчийн салбар 1977 оноос ердийн өвчлөлийн, гэмтэл, төрөлтийн гэсэн 3 хэсгээс бүрдсэн эрчимт эмчилгээ яаралтай тусламжийн цэг байгуулан ажиллалаа. Эрчимт эмчилгээний хэсэг чухал хэрэгцээний 40 шахам эм, 10 гаруй багажийг их эмчийн мэдэлд байлгаж хүнд өвчтөнүүдийг эмчлэхэд ашигладаг. Эмийг сард эмийн сангаас авч палатанд сайрлуулж тусгай тооцооны хуудсаар 24 цагийн турш ээлжийн сувилагчаар дамжуулан зарцуулж байна.

Энэ хугацаанд 134 хүнд өвчтөнд эрчимт эмчилгээ сэхээн амьдруулах тусламж үзүүлсэн байна. 1977—1981 онд эрчимт эмчилгээнд хамаарагдсан өвчтөнүүдийн өвчний ангилал ба эмчилгээний үр дүнг үзвэл:

Эрчимт эмчилгээнд орсон 134 өвчтөний өвчний түүхэнд ажиглалт хийхэд бага насны хүүхдийн хүнд хэлбэрийн мэдрэл-хордлого, давс усны гүн алдагдалтай гэдэсний хордлого, насанд хүрэгчдийн зүрх судасны өвчин, цус алдалтыг их эмчийн салбарын нөхцөлд эмчлэхэд их бэрхшээлтэй байна. Бүх эмчлүүлэгчдийн 77% нь эдгэж, үхлийн шалтгааны 45%-ийг мэдрэлийн 70 хувийг бага насны хүүхдийн өвчин эзэлж байна.

Хүнд өвчтэй хүмүүс, гэмтэл, хүндрэлтэй төрөлтөд үзүүлэх тусламжийн эм багажийг тус тусад нь тээвэрлэх бололцостой багц болгон төрөлжүүлэн тавьж эмчилгээнд хэрэглэж ирлээ.

Гэмтлийн багц нь том ясны хүндэрсэн ил хугаралд хүрэлцэхүйц хэмжээний ороох боох материал, багаж хэрэгсэл, шокоос гаргах 20 гаруй эмийг дэс дараатай хийж, зарцуулсан үед нь нөхөн тавьж дүн бүртгэгч ээлжийн сувилагчийн мэдэлд байлгаж байнгын үйлчилгээнд хэрэглэж байна.

Өвчний ангилал ба эмчилгээний үр дүн

	Өвчний онош	Тоо	Эзлэх хувь	Эдгэрэлтийн хувь
Нярай	Төрөлхийн хүнд гэмтэл	2	1,5	50
	Уушгины үрэвсэл	5	3,7	8
	Үжил	1	0,75	100
Бага насны хүүхдийн	Амьсгалын замын өвчин	41	30	83
	Гэдэс ходоодны өвчин	23	17,2	82
	Мэдрэлийн хордлого	23	17,2	65
Насанд хүрэгсдийн	Зүрх судасны өвчин	12	9	75
	Мэдрэлийн яаралтай тусламж авах өвчин	11	8,3	73
	Ходоод гэдэсний хурц өвчин	3	2,3	100
	Цус алдалт	2	1,5	50
	Хордлого	5	3,7	100
	Бусад	6	4,5	83
	Дүн	134	100	77

Хүснэгт 2

Гэмтлийн тусламж

	Гэмтлийн төрөл	Тоо	Эзлэх хувь	Эдгэрэлтийн хувь
Зөөлөн эдийн гэмтэл	Цус тогтоолт	10	23	100
	Оёдол тавилт	9	20,6	100
Хугаралт	Далд	1	2,4	100
	Ил	2	4,8	100
	Хавсарсан	2	4,8	50
	Мултралт	8	18,2	100
	Цус алдалт	4	8,6	100
	Түлэгдэлт	3	7,0	100
	Хөлдөлт	2	4,8	100
	Бусад	3	7,0	100
	Дүн	42		97,6

Гэмтлийн тусламжийн 64 хувийг алс хөдөөд үзүүлсэн байна. Төрөлтөд үзүүлэх тусламжийг төрөх палатанд, дуудлагаар гэрт гэсэн 2 хэсэгт хувааж болно. Төрөх палатанд эмийг нэр хаягтайгаар тавьж тусламжинд хэрэглэхийн зэрэгцээ төрөхийн дуудлагын хайрцагт нэг удаагийн төрөлтөнд үзүүлэх иж бүрэн эм багаж нярай хүүхдийн хэрэглэлийг хийж ашиглаж байна.

Төрөлтийн тусламж

Төрөлтийн тусламжийн хэлбэр		Тоо	Эзлэх хувь	Эдгэрэлтийн хувь
Төрөх палатанд	Төрөлтийн I, II үеийн сулрал	8	17	100
	Төрөхийн дараахь цус алдалт	9	18,9	100
	Эхэс саатах	4	9	100
	Бүтэлтээс нярайг гаргах	7	15	100
Гэрт	Зулбалт	11	23	100
	Цус алдалт	4	9	75
	Гэрийн төрөлт	3	6	100
	Бүгд	47	100	97,9

Төрөлтийн тусламжаар эдгэрэлт нь 97,9% байна. Их эмчийн салбарын нөхцөлд эрчимт эмчилгээ явуулахад дунд мэргэжилтний хүрэлцээ тэдний ажиллагаа их ач холбогдолтой юм. Салбарын сувилагчдыг хүнд өвчтөн ирэх үед ажиллуулах, бага эмч ажиллуулж нөхөн амраах зэрэг аргуудыг хэрэглэж байна. Их эмчийн салбарт эрчимт эмчилгээ яаралтай тусламжийн цэг байгуулж ажилласан нь эмчилгээний ихээхэн ач холбогдолтой зүйл болж больницын үхэл жил бүр буурч байна. Их эмчийн салбар дотооддоо эрчимт эмчилгээний хэсэг зохисон байгуулж, эм багажийн нөөцтэй байхын хамт харьяалсан нэгдсэн эмнэлгээс нарийн мэргэжлийн төрөлжсөн тусламжийг газар дээр авах нь эмчилгээний илүү ач холбогдолтой байна.

Эрүүлийг хамгаалах Яамнаас яаралтай тусламжийн тоноглогдсон том машинаар сүүлийн үед хангах болсон нь хөдөөний хүн амд үзүүлэх яаралтай тусламжийн чанарыг ихээхэн дэ шлүүлэх болсмжтой болголоо.

Цаашид их эмчийн салбарт эрчимт эмчилгээ яаралтай тусламжийн хэрэгцээ их байгааг харгалзан эрчимт эмчилгээний палатыг байгуулж шаардагдах эм, багаж, сэхээн амьдруулах, оношлолын аппаратаар хангаж түүнд үзүүлэх нарийн мэргэжлийн тусламжийн хэмжээг өргөтгөх нь чухал байна.

Сум дунд ба аймгийн нэгдсэн эмнэлгээс лабораторийн шинжилгээ оношилгооны багажтай, ажиллах бүрэлдэхүүнтэй „Яаралтай тусламжийн хөдөлгөөнт бригад“ ажиллуулж, их эмчийн салбарт эрчимт эмчилгээг хариуцаж хийдэг бага эмч сувилагчийн орон тоог харгалзан үзэх нь чухал байна.

Д. ДАШДОРЖ

БНМАУ-ЫН ЭМГЭГ АНАТОМЫН АЛБАНЫ ОДООГИЙН БАЙДАЛ, ХЭТИЙН ТӨЛӨВ

ЭРҮҮЛИЙГ ХАМГААЛАХ ЯАМ

1920-иод оны үед тус оронд хэвлэгдэн гарч байсан „Бюллетень Мон-тел-Аг“ гэдэг сонины 1923 оны 3-р сарын 3-ны өдрийн 71—72 дугаарт Европын эмч Корнев, Ротт, Селезнев Монголын эмч Лувсандорж,

Гэлэг, Дамдинцэрэн нарын бүрэлдэхүүнтэй комисс бүх цэргийн жанжин Д. Сүхбаатарын цогцост шинжилгээ хийсэн тухай мэдээ нийтлэгдсэн байна. [1] Энэ бол тус оронд нас барсан хүний цогцост шинжилгээ хийсэн анхны баримт юм. Үүнээс хойш манай оронд ажиллаж байсан Зөвлөлтийн эмч нар задлан шинжилгээ хийж байсан боловч албан ёсны протокол бичиж, гистологийн шинжилгээ хийсэн баримт хараахан олдоогүй байна. Манай оронд эмгэг анатомын албаны суурийг тавьсан анхны эмгэг анатомч эмч нь 1933 онд ЗСБНХОУ-ын эрдэм шинжилгээний IV-экепедицийн бүрэлдэхүүнд оролцож ирсэн Иосиф Адольфович Кусевцкий юм. [2, 3] Тэрээр төв больницод нас барсан өвчтөний цогцост эмгэг анатомын шинжилгээ хийхээс гадна гистологийн лаборатори байгуулж эмгэг гистологи, биопсийн шинжилгээ хийж эмч нарын клиник-анатомын зөвлөлгөөнийг зохион байгуулж, анагаах ухааны дунд сургуульд хичээл зааж байжээ. Төв больницод 1938 оноос 1975 оныг хүртэл зөвлөлтийн 10 гаруй эмгэг анатомч эмч ажилласан байна. [3, 4] Зөвлөлтийн тэдгээр эмч практик ажлын сацуугаар эмгэг анатомын албыг тус улсад хөгжүүлэх, үндэсний мэргэжилтэн бэлтгэхэд их хувь нэмэр оруулжээ. Монгол улсын их сургуулийн анагаах ухааны факультетэд 1944 оноос эмгэг анатомын хичээл зааж эхлэн улмаар 1952—1953 оны хичээлийн жилд эмгэг анатомын тэнхим нээгдсэн явдал эмгэг анатомын албаны хөгжилд чухал хүчин зүйл болов.

Төв больницод ажиллаж байсан зөвлөлтийн мэргэжилтэн А.П. Майсюк, Х. Л. Трегубова нар эмгэг анатомын хичээл зааж байсан бөгөөд В. А. Забелин эмгэг анатомын тэнхимийг үндэслэн байгуулжээ. [4] 1952 оноос улсын их сургууль, анагаах ухааны дээд сургуулийн эмгэг анатоми, шүүх эмнэлгийн тэнхимд В. А. Забелин, В. И. Жабен, О. Д. Сенушкина, Ф. Б. Ермакова нараас гадна үндэсний мэргэжилтэн их эмч М. Дамбадорж, Ж. Хайруул, Д. Цэдэв нар багшилж байв. Эдгээр эмч мэргэжилтэн эмгэг анатомын хичээлээр оюутнуудад лекц уншиж, практикийн хичээл заахын зэрэгцээ макро, микро музейн эх үүсвэрийг тавьсан байна.

1960 онд клиникийн нэгдсэн 1-р эмнэлгийн дэргэд эмгэг анатоми, шүүх эмнэлгийн хавсарсан мэргэжлээр 3 сарын курс хийлгэж 18 эмч мэргэжүүлсэн бөгөөд анхны энэ курст 1-р эмнэлгийн эмгэг анатомч эмч О. П. Кускова, анагаах ухааны дээд сургуулийн эмгэг анатоми, шүүх эмнэлгийн магадлах товчооны зөвлөх Петросян зэрэг зөвлөлтийн мэргэжилтэн, шүүх эмнэлгийн анхны монгол эмч С. Цэнд нар багшилж байв. Ийнхүү манай улсын ихэнх аймаг, Улаанбаатар хотын томоохон эмнэлгүүдэд үндэсний мэргэжлийн эмчтэй болсон байна.

1967 онд эмгэг анатоми, шүүх эмнэлгийн эмч нарын 2 дахь удаагийн курс хийж 19 их эмч суралцсаны 13 нь эмгэг анатоми, шүүх эмнэлгийн мэргэжил шинээр эзэмшиж 6 нь давтан курс хийсэн байна. Хоёр дахь удаагийн курст анагаах ухааны дээд сургуулийн эмгэг анатоми, шүүх эмнэлгийн тэнхимийн эрхлэгч Д. Цэдэв, багш Баасанжав, Л. Галцог, эмч Д. Дашдорж шүүх эмнэлгийн зөвлөх эмч Б. М. Семенов нар хичээл заажээ. 1961 онд эмгэг гистологийн лаборант нарын мэргэжил эзэмших 4 сарын курс хийж 24 лаборантыг бэлтгэн гаргажээ. Эдгээр арга хэмжээний дүнд эмгэг анатомын ажил үндсэндээ жигдэрч Улаанбаатар хотын зарим эмнэлэг, ихэнх аймаг мэргэжлийн эмч лаборантаар хангагдаж эмгэг анатомын тасаг лабораториуд байгуулагдав.

1958 онд хүүхдийн клиникийн төв эмнэлэг, 1961 онд цацраг туяа, 1962 онд нэгдсэн III эмнэлэг, 1967 онд улсын II тусгай эмнэлэгт эмгэг анатомын тасаг гистологийн лаборатори тус тус байгуулагдсан бөгөөд энэ ажилд манай анхны эмгэг анатомч эмч Б. Гомбо, Д. Самбуунзүрэв, Ц. Гомбо нар ихээхэн хувь нэмэр оруулсан юм.

1960 оноос хойш зөвхөн мэргэжлийн боловсон хүчнийг бэлтгэх ажил сайжирсан төдийгүй тэдний мэргэжлийг дээшлүүлэх зорилгоор ЗХУ, социалист бусад оронд эмгэг анатомч эмч нарыг явуулж суралцуулдаг болов.

1964 онд эмгэг анатомын мэргэжлээр Д. Цэдэв, Б. Гомбо, Л. Галцог нар анагаах ухааны дэд эрдэмтний, 1970 оноос хойш эмч Д. Самбуупүрэв, Ц. Гомбо, Д. Дашдорж, О. Норов, Говь-Алтай аймагийн эмгэг анатоми, шүүх эмнэлгийн эмч Бямбажав нар эмчийн 1-р зэргийг тус тус хамгаалсан нь эмгэг анатомын тусламжийг чанаржуулахад чухал хүчин зүйл болов.

Гэвч эмгэг анатомын алба 1973 он хүртэл нэгдсэн удирдлагагүй тасаг лабораториудын ажил салангид байсан нь эмгэг анатомич эмч нарын мэдлэг мэргэжлийг дээшлүүлэхэд бэрхшээл учруулж улмаар бусад эмч, эмнэлгийн ажилчдын ажлын хариуцлагыг сайжруулах хяналт шалгалт тавихад муугаар нөлөөлж байв.

МАХН-ын Төв Хорооны Улс Герийн Товчооны 1973 оны 118-р тогтоолд эмгэг анатом, шүүх эмнэлгийн ажлыг эрс сайжруулахаар заасан юм. Тогтоолын заалтыг биелүүлэх зорилгоор БНМАУ-ын Сайд нарын Зөвлөлөөс 1973 онд эмгэг анатомын товчоог гистологийн төв лабораторитойгоор байгуулах тогтоол гарч тус товчоонд мөтөхөдөөний эмнэлгийн эмгэг анатомын тасгийг мэргэжлийн удирдлагаар хангах, эмчилгээний ажилд хяналт тавих, эмч нарын мэдлэг, ажлын хариуцлагыг дээшлүүлэх, тэдний ажилд туслах үүрэг хариуцуулсан юм. Улсын эмгэг анатомын товчоо байгуулсан нь манай улсад эмгэг анатомын ажлыг хөгжүүлэхэд шийдвэрлэх ач холбогдолтой чухал арга хэмжээ боллоо.

Улсын эмгэг анатомын товчоо одоогийн байдлаар 23 эмч 21 лаборант бүгд 50 гаруй орон тоотой Эрүүлийг хамгаалах Яамны харьяа биеэ даасан албан байгууллага болон ажиллаж байна. Хөдөлмөрний гэм хангамжийн улсын хорооны 1981 оны 229-р тогтоолоор баталсан нормативын дагуу тус товчоо VII таван жилд 75 орон тоогоор ажиллах юм.

Тус товчоо нийслэлийн 20 эмнэлэг, урьдчилан сэргийлэх байгууллагын эмгэг анатомын ажлыг шууд хариуцан гүйцэтгэхээс гадна 18 аймаг, Дархан, Эрдэнэт, Налайх хотуудын эмгэг анатомын ажлыг зохион байгуулалт, арга зүй, мэргэжлийн удирдлагаар хангаж байдаг юм. 1974 оноос хойш Улаанбаатар хотын томоохон эмнэлгүүдэд эмгэг анатомын нэгдсэн хэсэг, гистохими, цитологи, фото лаборатори, хүүхдийн эмгэг анатомын тасаг зэргийг шинээр байгуулж, 1974 оноос хойш эмч нарын мэргэжил эзэмших ба дээшлүүлэх курс тус бүр 2-3 удаа патогистологийн лаборант нарын мэргэжил эзэмших, дээшлүүлэх курс 3 удаа хийж давхардсан тоогоор 30 гаруй эмч 40 гаруй лаборант бэлтгэв. Сүүлийн жилүүдэд анагаах ухааны дээд сургуулийн төгсөх ангийн оюутнуудаас эмгэг анатомчид бэлтгэх зорилгоор жил тутам 2-3 оюутныг сонгон авч, Эрүүлийг хамгаалах яамны шийдвэрээр программчидан сургаж нарийн мэргэжил эзэмшүүлж байна. Энэ нь мэргэжилдээ сонирсургаж нарийн суурьшилтай ажиллаж эмгэг анатомчдыг бэлтгэхэд холтой, тогтвор суурьшилтай шинэ арга хэмжээ боллоо. 1975 оноос цимжур чухал ач холбогдолтой шинэ арга хэмжээ боллоо. 1975 оноос цимжурчмаар нарийн мэргэжил эзэмшсэн 14 эмчийн 1-ээс бусад нь мэргэжлийн хээ ажлыг хийж байна.

Одоо 11 аймаг 2 хот эмгэг анатомын тасгийн тохилго байртай, бүх аймаг мэргэжлийн эмч, лаборанттай болсноос гадна 6 аймаг 2 эмчтэй болж микроскоп, микротон, термостат зэрэг лабораторийн багаж апаратаар үндсэндээ хангагдлаа. Эмгэг анатомын товчооны төв лабораторид гистологи, гистохими, иммуногистохими, цитологи цитохими, люминесцент микроскоп, бактериолог, вируслогийн шинжилгээний 30 шахам аргыг ашиглан оношийг давхар баталж байна.

Эдгээр арга хэмжээний дүнд задлан шинжилгээ ба биопсии, цитологийн оношилгооны чанар эрс сайжирч сүүлийн жилүүдэд 80 гаруй өвчин, эмгэг процессыг өөрийн оронд эмгэг анатомын шинжилгээний аргуудаар анх удаа оношлов. Ходоод, элэг, бүдүүн нарийн гэдэс, бөөр зэрэг дотоод эрхтэнээс биопсийн шинжилгээ хийдэг болсон нь эмгэг анатомын шинжилгээний хүрээг өргөтгөн өвчтөний оношийг төгөлдөржүүлэхэд чухал хувь нэмэр үзүүлж байна. Хавдар судлалын клиникийн урьдчилан сэргийлэх үзлэгийн групптэй хамтран жил бүр 2—3 аймагт эмгэг анатомч эмч ажиллаж хавдрын сэжиг бүхий өвчтөнөөс биопсии, цитологийн шинжилгээг авч газар дээр нь өвчний оношийг тогтоож байна.

Эмгэг анатомын ажлын өгөөжийг сайжруулах, эмчийн мэдлэг мэргэжил ажлын хариуцлагыг дээшлүүлэхийн тулд клиник-анатомын ба бусад төрлийн зөвлөлгөөнийг олон хэлбэрээр зохиож, аймаг орон нутагт өндөр нарийн мэргэжлийн эмгэг анатомчдыг томилон ажиллуулж эмнэлэг үйлчилгээ, оношилгооны чанарыг шалгаж эмч нарын зөвлөлгөөн олон удаа хийв. Нам засгаас ард түмний эрүүл мэндийн талаар авч байгаа арга хэмжээний дүнд эмгэг анатомын ажлын үзүүлэлт, чанар үр дүн сайжирч байна. Тухайлбал 1981 оныг 1973 онтой харьцуулбал эмгэг анатомын шинжилгээний хувь Улаанбаатар хотод 17,8 аймаг, орон нутгийн эмнэлэгт 22,2 %-иар нэмэгдэж оношийн зөрөө 1,1 %-иар буурсан байна. [5]

МАХН-ын XVIII их хурлаас эрүүлийг хамгаалах ажлын талаар эмнэлгийн урьдчилан сэргийлэх арга хэмжээг хүчтэй болгох, эмнэлгийн үйлчилгээний чанар соёлыг дээшлүүлэхэд эмч, эмнэлгийн ажилтны хариуцлагыг өндөржүүлэх, лабораторийн шинжилгээний чанарыг дээшлүүлж оношилгоо эмчилгээний дэвшилт арга тэргүүн туршлагыг өргөн хэрэглэхийг заасан билээ. [6] Манай социалист эрүүлийг хамгаалахын нэгэн салбар эмгэг анатомын алба нь өвчтөний амьд ахуйн болон нас барсны дараахь оношийн асуудлыг төгс шийдвэрлэхэд туслах клиникийн оношлолтын чанарыг сайжруулах эмчийн хариуцлага, мэдлэг, мэргэжил, эмнэлэг үйлчилгээний ажилд хяналт тавихад чиглэгдэх ёстой.

Эмгэг анатомийн албаны ажлыг сайжруулахын тулд ойрын жилд дараахь зорилтыг дэвшүүлж байна.

1. Эмгэг анатомын товчооны төв лабораторид цитологийн лабораторийг бүрэн байгуулж, хүүхдийн эмгэг анатомын тасгийн ажиллагааг өргөжүүлэн гистохими, иммуно-гистохими болон цитохими, бактериологийн, вируслогийн шинжилгээний аргыг өргөн хэрэглэх замаар аутопсийн, биопсийн шинжилгээний оношлолтын чанарыг сайжруулах.

2. Одосгоор нилээд хоцронгуй байгаа аймаг орон нутгийн эмгэг анатомын ажлыг онцгой анхаарах, мэргэжлийн эмч лаборантаар бүрэн хангах, ирэх таван жилд гистологи, гистохимийн 3-аас 6 аргыг хэрэглэдэг болгох, цаашилбал зарим сум, сум дундын эмнэлэгт задлан шинжилгээ хийдэг болгох.

3. Эмгэг анатомын ажлын үр нөлөө өгөөжийг сайжруулахын тулд клиник-анатомын ба бусад төрлийн зөвлөлгөөний чанарыг улам сайжруулж биопсии, цитологийн шинжилгээний хүрээг өргөтгөн, хариуг аль болох түргэн гаргах талаар ЗХУ, бусад орны тэргүүн туршлага, анагаах ухааны сүүлийн ололтыг судалж ажилд нэвтрүүлэх.

4. 1990 оноос эмгэг анатомын шинжилгээний аргыг улам нарийсган цахилгаан микроскопийн, морфометрийн, микроспектрофометрийн, автордиографийн зэрэг аргуудыг дэс дараалалтай нэвтрүүлэх, энэ талаар мэргэжлийн хүмүүс сургах ажил хийх болно.

Цаашилбал эмгэг анатомын товчоог өргөтгөн өөрчилж практик ажлын зэрэгцээ эрдэм шинжилгээ, судалгааны ажил давхар хийдэг морфологийн институт болгох арга хэмжээ авна.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. Конев, Ротт и др. Протокол вскрытия трупа „Бюллетень Мон. Тел.Аг“. 1923. 71—72.
2. Ц. Ринчиндорж БНМАУ-ын эрүүлийг хамгаалахын түүхэнд холбогдох зарим лавлах материалаас. „Эрүүл мэнд“ сэтгүүл 1981. № 2
3. Д. Дашдорж Монголын эрүүлийг хамгаалахын хөгжилд эмгэг анатомын алба. „Эрүүл мэнд“ сэтгүүл. 1976 № 3.
4. Төв больницын Архивын материал, задлан шинжилгээний протокол 1933—1960.
5. Д. Дашдорж. Улсын эмгэг анатомын товчооны тайлан 1974—1980.
6. Ю. Цэдэнбал МАХН-ын XVIII их хуралд тавьсан илтгэл хурлын материал 1981 он.

СУДАЛГАА ШИНЖИЛГЭЭ

Г. ЗОРИГ

ХОЙЛГИЙН БОРЦОЛСОН МАХНЫ БИОХИМИЙН НАЙРЛАГЫН ЗАРИМ ОНЦЛОГ

АНАГААХ УХААНЫ ХҮРЭЭЛЭН

Алтай, Хангайн хад хясаат өндөрлөг уулсаар амьдардаг хойлог шувууны борцолсон махыг монгол ардын эмнэлэгт эрт дээр үеэс эмийзүйл болгон өргөн хэрэглэж ирсэн боловч түүний биохимийн найрлага хүнсний ба биологийн шимт чанар, онцлогийг орчин үеийн шинжилгээний аргаар судалсан шинжлэх ухааны үндэслэлтэй ажил цөөн хийгджээ. [1—2]

Хойлгийн махыг монгол ардын уламжлалт аргаар борцлоход уг мах нь хүйтэн сэрүүн агаарт удаан хугацаатай байснаас чийгээ алдаж хатах, хурших, температур цаг агаарын нөлөө үйлчилгээнд нэрвэгдэх зэргээр физик-химийн хувиралд орох нь магад билээ. Үүнээс уламжлан үзвээс, хойлгийн борцолсон махны биохимийн найрлага, биологийн идэвхт бодис, ялангуяа уургийн бодис-аминхүчил, витаминь агуулагдах хэмжээнд чухам ямар өөрчлөлт ордог, тэдгээр өөрчлөлт нь борцны шимт чанарт хэрхэн яаж нөлөөлдөг тухай сонирхолтой асуудал аяндаа үүсч гарна.

Иймээс бид энэхүү ажилдаа хойлгийн борцолсон махны биохимийн зарим найрлагыг судлан шинжилж, улмаар түүний хүнсний ба биологийн шимт чанар, онцлогийг тодорхойлох зорилго тавилаа.

Шинжилгээний материал ба арга. Тусгай зөвшөөрлөөр өвлийн улиралд агнасан хойлгийн гулууз махнаас нүдэнд ил тод харагдах өөхний эдийг нь эхлээд салгаж авав. Дараа нь эл гулууз махнуудаасаа (5—7 см урттай ба 2—3 см өргөн цул мах) зүсэж огтлоод хөндлөн татсан нарийн уяанд өлгөж дүүжлэн, монгол ардын уламжлалт аргын дагуу байгалийн нөхцөлд буюу өвлийн задгай агаарт хөлдөөж цельсийн хасах 25—30 градусын температурт 3 долоо хоног борцоллоо.

Борцолсон махыг ууранд нүдэж бяцалсныхаа дараагаар нарийн шигшүүрт шигшээд гурал мэт нунтгийг шинжилгээний 126 дээж болгов. Махны дээжид уураг, тослог, чийглэг, үнсжилт-(эрдэс бодис)-ийн хэмжээг лабораторийн задлан шинжилгээнд нийтээр мөрдөж байгаа (Кьельдаль, Сокслет, жингийн) сонгодог арга зүйг баримтлан тодорхойлж, илчлэг чанарыг тооцоолон гаргав. Тэрчилэн махны уургийн аминхүчлийн хэмжээг шинжлэхдээ цаасан хроматографийн аргуудыг үндэс болгож баримтлав. Эрдэс бодисыг тодорхойлохдоо Э. Я. Тауцины аргаар үнсжүүлж, солонгон задлан шинжилгээг ИСП—28 аппаратаар хийлээ. [3]

Шинжилгээний дүн. Махны химийн найрлага нь махны хүнс тэжээлийн шимт чанарыг харуулах бодит үзүүлэлтийн нэг билээ. Иймээс хойлгийн борцолсон махны химийн найрлага ба илчлэг чанарын үнэлгээг хүснэгт 1-д харуулав.

Хойлгийн шинэ нойтон мах ба борцолсон махны химийн найрлагыг хооронд нь харьцуулан хүснэгт 1-ээс харахад, борцолсон мах нь шинэ махнаасаа (2,3 дахин) их хэмжээний уураг, (2,6 дахин их) тослог, (3 дахин их) эрдэс бодис агуулж, илчлэг чанараар эрс давуутай байна.

**Хойлгийн борцолсон махны химийн
найрлага ба илчлэг чанар**

Агуулагдах хэмжээ (хувиар)	Шинэ нойтон махны найрлага (хэвлэлийн мэдээгээр, 6)	Борцолсон махны найрлага
Уураг	22,0	52,9±0,3
Тослог	11,9	31,8±0,2
Үнсжилт	1,3	3,9±0,1
Чийг	64,8	12,6±1,0
100 г махны илчлэг чанар (ккал-иор)	200,8	511,8±3,1

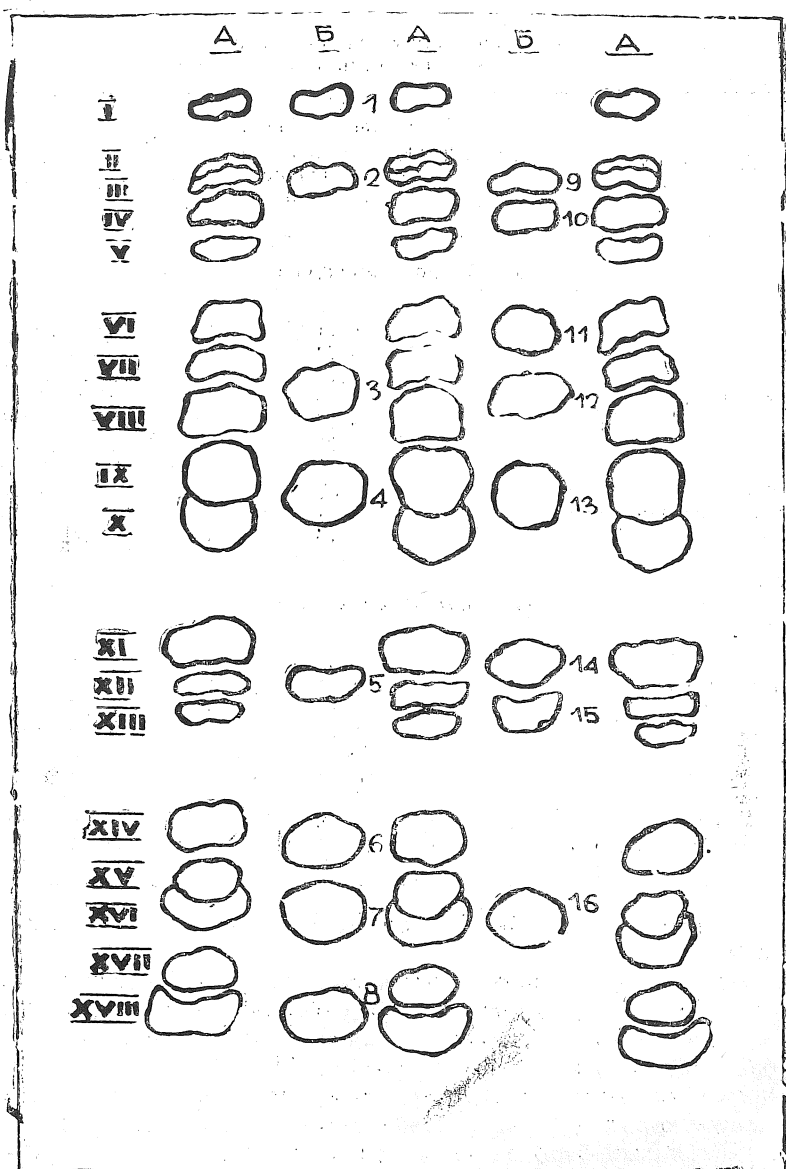
Борцолсон махны химийн найрлагын эдгээр өөрчлөлт нь уул шувууны махыг борцлоход орчны агаарын температур, салхины нөлөөн дор явагдсан физик-химийн хувиралтай холбоотой нь ойлгомжтой билээ. Юуны өмнө, хойлгийн борцлох мах нь эхлээд хөлдүү байдалд байх бөгөөд аажимдаа маханд агуулагдах чийг нь чөлөөлөгдөн махны шүүс маягаар ялгарч алдагдан орчныхоо агаарт дэгдэн ууршиж энэ технологи ажиллагааны эцсийн бүтээгдэхүүн болох борцны чийглэг нойтон махныхаас даруй 5 дахин багасаж хүнс тэжээлийн шимт чанарт-уураг, тослог зэрэг бодисуудын концентраци нь эрс ихсэж байна. Ялангуяа их задгай, хүйтэн агаартай орчинд махыг байлгах хугацаа ихсэх тутам махнаас ялгарах шүүс, шингэний хэмжээ улам ч ихсэх нь лавтай. Ингэж махны шүүс үлэмж хэмжээгээр алдагдахад мах-булчингийн эдийн консистенци нь муудан уул борц хэтэрхий хатуу, нягт тогтоцтой, амт чанаргүй болдог нь туршилтын шинжилгээний явцад мэдэгдсэн юм. Гэвч нөгөө талаар шувууны махыг хурдан хугацаанд хөлдөөж, бага температурт харьцангуй богино хугацаатай борцлоход хүнс тэжээлийн шимт чанар нь алдагддаггүй болохыг шинжилгээний дээрх дүн нотолж байна.

Шувууны махны биологийн шимт чанар нь түүний уургийн төгс чанар, үл орлогдох аминхүчлийн агуулга, харьцаанаас хамаардаг. Харин хойлгийн махны уургийн аминхүчлийг цаасан хроматографийн аргаар задлан шинжлэхэд цистин-цистеин, бидний таньж тогтоогоогүй нэгэн аминхүчил, лизин, гистидин, аргинин, аспарагины хүчил, серин, глицин, глютамыны хүчил, треонин, аланин, пролин, тирозин, метионин, валин, фенилаланин, изолейцин, лейцин зэрэг 18 амин хүчил илэрлээ.[1]

I(1)—цистин-цистеин, II—таньж тогтоогоогүй аминхүчил, III(2)—гистидин, IV(9)—лизин, V(10)—аргинин, VI(11)—аспарагины хүчил, VII(3)—серин, VIII(12)—глицин, IX(4)—глютамыны хүчил, X(13)—треонин, XI(14)—аланин, XII(5)—пролин, XIII(15)—тирозин, XIV(6)—метионин, XV(7)—валин, (XVI(16)—фенилаланин, XVII—XVIII(8)—изолейцин ба лейцин зэрэг 18 аминхүчил илэрлээ.

Мөн хойлгийн борцолсон махны уургийн аминхүчлийн найрлага, аминхүчил тус бүрийн тооны үзүүлэлт, чанарын харьцааг тодорхойлж цэвэр уурагт нь хувиар тооцоолон бодов.

Судалгааны дээрх дүнгээс үзвэл, борцолсон махны нийт уургийн 67,55 хувийг үл орлогдох аминхүчил эзэлж байгаа нь хойлгийн борцолсон мах хүний бие махбодод зайлшгүй чухал шаардлагатай төгс уураг ихээхэн хэмжээтэй агуулдаг ба шинэ нойтон махнаасаа биологийн шимт чанараар өндөр болохыг баталж байна.



Зураг 1

Хойлгийн борцолсон махны уургийн аминограмм: А—Хойлгийн борцолсон махны уургийн аминхүчлүүд; Б—харьцуулан жиших зорилгоор судалгаанд авсан стандартын, гэрч аминхүчлүүд;

Хойлгийн борцолсон махны уурагт хүний бие махбодын өөх тосны солилцоонд онцгой үүрэг гүйцэтгэн уураг задлагч ферментийг идэвхжүүлэгч, шархны эдгэрэлтийг түргэсгэгч сульфгидрилийн бүлэг агуулсан аминхүчил—цистин+цистеин шинэ нойтон махныхаас 1,18 хувь, уургийн молекулын урвалд орох чадварыг дээшлүүлдэг треонин 2,61 хувь, цус багадаг, сэтгэл-мэдрэлийн хямрал, хордлогын үед ашигладаг изолейцин+лейцин 6,64 хувь, эдийн калийн солилцоо, гемоглобины нийлэгжил, мэдрэлийн систем, зүрхний булчингийн үйл ажиллагаанд гоц үүрэгтэй ба бие махбодын өсөлт хөгжилтийг хурдасгадаг лизин 3,13 хувь, маханд сайхан амт оруулахын зэрэгцээ уураг тархины үйл

Хойлгийн борцолсон махны уургийн амин-хүчлийн
найрлага (хувиар)

Амин хүчил	Шинэ нойтон махны уургийн аминхүчлийн хэмжээ (хэвлэлийн мэдээ 3)	Борцолсон махны уургийн аминхүч- лийн хэмжээ
Үл орлогдох аминхүчил		
Аргинин	7,94	7,79±1,45
Валин	5,89	6,62±0,17
Гистидин	7,00	3,58±0,28
Изолейцин-лейцин	12,35	18,99±0,15
Лизин	8,33	11,46±0,96
Метионин	3,41	3,86±0,76
Треонин	8,94	10,94±1,15
Фенилаланин	7,32	4,31±0,73
Үл орлогдох аминхүчлийн нийлбэр	61,18	67,55
Нийлэгжих аминхүчил		
Аланин	8,37	8,48±1,08
Аспарагины хүчил	9,73	6,61±0,49
Глицин	5,42	4,73±0,58
Глутамины хүчил	12,09	14,62±0,79
Пролин	+	+
Серин	5,46	5,17±0,19
Тирозин	6,91	4,53±0,68
Цистин-цистеин	4,28	5,46±0,80
Нийт аминхүчлийн нийлбэр	113,44	117,15

ажиллагааг сэргээдэг глутамины хүчил 2,53 хувь тус тус илүү агуулагдаж байна.

Ялангуяа кальци, магнийн ионтой маш төстэй үйлчилгээтэй глутамины хүчил ба хоёр суурьд аминхүчлүүд хойлгийн борцолсон маханд нилээд хэмжээтэй агуулагдаж байгаа нь цус тогтоох үйлчилгээ ч уул маханд байж болзошгүйг харуулж байна [4]. Дашрамд тэмдэглэхэд, монгол ардын эмнэлэгт аливаа ил шархыг эмчлэхдээ хойлгийн нунтаг борцыг цацаж хэрэглэдэг нь үүнтэй холбоотой болж болох юм.

Хойлгийн махыг борцлох явцад хүчилтөрөгчид амархан мэдрэмтгий ба цагираг бүтэцтэй аминхүчлүүд-гистидин, тирозин, фенилаланин болон аспарагины хүчлийн хэмжээ шинэ нойтон маханд агуулагдах хэмжээнээсээ 2,38—3,42 хувь хорогдсон нь борцонд исэлдэн хурших процесс давхар явагдаж эхэлснийг гэрчиллээ. Ер нь хойлгийн махыг борцлоход уургийн аминхүчлийн хэмжээ өөрчлөгдсөн нь технологи ажиллагааны үр дүнд махны боловсролтын процесс, биохимийн хувирал тасралтгүй явагдаж байгаатай холбоотой болно. Гэвч хойлгийн махыг борцлох явцад биохимийн процессын дагуу уургийнх нь аминхүчлийн хэмжээ их ба бага болж өөрчлөгдөн биологийн шимт чанарт нь нөлөөлөх хандлага байгаа боловч хойлгийн борц нь үндсэндээ өндөр шимт чанартай, аминхүчлээр баялаг бүтээгдэхүүн гэдгийг шинжилгээний энэ дүн харууллаа.

Мах биологийнхоо чанараар төгс болохыг үзүүлэх үнэт үзүүлэлтийн бас нэг нь түүнд агуулагдах эрдэс бодис бөгөөд хойлгийн борцолсон махны дээжид солонгон задлан шинжилгээний аргаар бичлэг хийхэд төмөр, сүүмэг, титан, цайр, хром, никель, венадий, цирконий

зэрэг 10 гаруй төрлийн химийн элемент тодорхойлогдсон болно. (Хүснэгт 3).

Хүснэгт 3

Хойлгийн борцолсон маханд агуулагдах эрдэс бодис (хувиар)

Элементийн нэр	Агуулагдах хэмжээ
Төмөр	$3,0 \cdot 10^{-1}$
Сүүмэг	$3,0 \cdot 10^{-1}$
Титан	$2,0 \cdot 10^{-2} - 3,0 \cdot 10^{-2}$
Литий	$1,0 \cdot 10^{-1}$
Цайр	$2,0 \cdot 10^{-2} - 4,0 \cdot 10^{-2}$
Хром	$4,0 \cdot 10^{-3}$
Зэс	$7,0 \cdot 10^3 - 1,0 \cdot 10^{-2}$
Никель	$1,0 \cdot 10^3 - 2,0 \cdot 10^{-3}$
Хар тугалга	$2,0 \cdot 10^{-2}$
Цагаан тугалга	$2,0 \cdot 10^{-2}$
Венений	$2,0 \cdot 10^{-3}$
Цирконий	$1,0 \cdot 10^{-3}$
Хөнгөн цагаан	$5,0 \cdot 10^{-4}$

Хойлгийн борцолсон махны найрлаганд багагүй хэмжээний макро ба микро элементүүд агуулагдаж байгаа нь уг махыг хэрэглэх цагт, хүний хоногийн хэрэгцээт шаардлагыг эдгээр химийн элементээр хангах боломжийг олгоно. Махны эрдэс бодисын ихэнх нэгдэл нь усанд хялбархан уусдаг ба бие махбодын өсөлт торнилтыг түргэсгэдэг зэргийг тооцвол эрдэс бодисоор баялаг хойлгийн борц нь хүнс тэжээлийн чухал нөөц болох юм [5]

Түүнчилэн хойлгийн борцолсон махны гистидин агуулагч дипептидын хэмжээг тодорхойлсон дүнг хүний ба амьтны аймгийн бусад төлөөлөгчдийн булчингийн эдэд агуулагдах хэмжээтэй харьцуулав. (Хүснэгт 4).

Хүснэгт 4

Хойлгийн борцолсон махны гистидин агуулагч дипептид (мг/хувиар)

Судалгааны объект		Карнозин	Анзерин
Хэвлэлийн мэдээ (9)	Хүн	100	2 л мөр
	Адуу	420	30
	Молтогчин туулай	75	480
	Тагтаа	150	230
	Хэрээ	195	265
	Турлиах	50	350
	Тахианы хөлийн булчинд	100	300
	Тахианы цээжний булчинд	430	700
Алтайн хойлог		900	500

Хүснэгт 4-өөс үзэхэд, хойлгийн борцолсон маханд карнозин (β -аланилгистидин) ба анзерин (β -аланил-1-метилгистидин) зэрэг гистидин агуулагч дипептид үлэмж хэмжээтэй тодорхойлогдсон нь сонирхол таатай байна.

Бас энэ шинжилгээ нь эдгээр бодисыг үүсгэн бүрэлдүүлж нийлэгжүүлэхэд гол үүрэг гүйцэтгэгч аминхүчил-гистидин нь махыг борцлох үед их хэмжээгээр (шинэ нойтон маханд 7.00 хувь байснаа борцонд 3,58 хувь хүртэл) задарч улмаар карнозин ба анзерины нийлэгжих процесст идэвхтэй оролцож байгааг дам харуулж байна.

Карнозин ба анзерин нь булчингийн эдээс усанд амархан шилжиж хандмал үүсгэх шинж чанартайн зэрэгцээ маханд өвөрмөц сайхан амт үнэр бий болгох махны боловсролтыг хурдасгах, хоол идэх дур хүслийг сэргээх, шингэцийг дээшлүүлэх ач холбогдолтой. [6] Мөн эдгээр бодис нь булчингийн чангарал сайжруулах, булчингийн агшилтын далайц ба агших хугацааг ихэсгэх бөгөөд гурван сүүмэгт аденозины хүчил ба гликогены солилцоо, биологийн исэлдэх процесст эрчимтэй оролцох үйлчилгээтэй гэдгийг бодолцвол хойлгийн борцыг сувилгааны зорилгоор хэрэглэх бололцоотой юм.

Борцолсон махны шимт чанарыг цаашид тодотгохын үүднээс хамгийн эцэст витамин тодорхойлох шинжилгээ хийлээ. Гэвч аливаа амьтны маханд витамин харьцангуй хомс агуулагддагийг харгалзан үзэж зөвхөн цөөн тооны витаминьг тодорхойлов. (Хүснэгт 5).

Хүснэгт 5

Хойлгийн борцолсон маханд агуулагдах
витамины хэмжээ (мг/хувиар)

Үзүүлэлт	Шинэ нойтон маханд	Борцолсон маханд
Витамин В ₁	0,360	1,90 ± 0,30
—“— В ₂	0,026	0,61 ± 0,01
—“— С	—	2,52 ± 0,70

Хойлгийн борцолсон маханд витаминьг тодорхойлсон энэхүү шинжилгээ нь шувууны махыг борцлох үед В₁ ба В₂, С витаминь хэмжээ буурч алдагддаггүй болохыг тогтоолоо. Тухайлбал, В бүлгийн витаминь нөөц борцолсон маханд их байна.

Хойлгийн борцолсон махны биохимийн зарим найрлагыг судалсан шинжилгээний дээрх дүнгүүдийг нийтэд нь хамтатган авч үзвэл шувууны махыг байгалийн нөхцөлд, ил задгай агаарт богино хугацаагаар борцлоход уг бүтээгдхүүний хүнс тэжээлийн шимт чанарыг эрс муутган бууруулах өөрчлөлт бага илэрсэн төдийгүй харин ч түүний тэжээллэг чанарыг агуулагдах бодисуудын концентрацийг ихэсгэх замаар харьцангуй нэмэгдүүлдэг гэдэг нь харагдлаа.

Иймээс зөвхөн хойлгийн махыг борцлоод зогсохгүй агнуурын бусад шувуудын махыг борцолж химийн найрлагыг нь судлан ашиглах нь хүнсний бүтээгдэхүүний нөөцийг нэмэгдүүлэх практик ач холбогдолтой юм.

Тэрчилэн хөдөө хээрийн нөхцөлд ба экстремаль бусад орчинд ажиллах хүмүүс, алс хол газар аялал жуулчлалд явах ба гадаад оронд уралдаан тэмцээнд оролцох дасгалжуулагч, тамирчид нь агнуурын шувууны махны борцыг хэрэглэх, улмаар уг борцныхоо аминхүчил, витамин, микроэлементийн найрлагыг тсоцоолон ашиглах нь өндөр шим тэжээлт хүнсээр өөрсдийгөө хаңгах, биеийн хүнд хөдөлмөрийн үед алдсан илч зарцуулалтыг нөхөн сэргээх, ажлынхаа чадварыг дээшлүүлэх, бие махбодоо чийрэгжүүлэн батжуулах, янз бүрийн өвчнөөс урьдчилан сэргийлэхэд нь зохих хувь нэмэр оруулах болно.

ДУГНЭЛТ. Хойлгийн бордолсон махны биохимийн зарим найрлагыг тодорхойлсон шинжилгээний дүн нь хойлгийн борц бол хүний бие махбодод онцгой чухал хэрэгцээ шаардлагатай төгс уураг (үл орлогдох аминхүчлийн нийлбэр хэмжээ нь 67,55 хувь), макро ба микроэлемент (агуулга нь $5 \cdot 10^{-4}$ - $3,0 \cdot 10^{-1}$ хувь), гистидин агуулагч дипептид (карнозин -900 мг/хувь, анзерин -500 мг/хувь), зарим витаминаар (B_1 -1,90 мг/хувь, B_2 -0,61 мг/хувь, C -2,52 мг/хувь) баялаг, өндөр 511,8 ккал (100 г) илчлэг чанартай бүтээгдэхүүн болохыг тогтоолоо.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. Чимэдцогзол А, Зориг Г. „Алтайн хойлгийн махны аминхүчлийн бүрэлдэхүүн“, Шинжлэх ухааны Академийн мэдээ, УБ. 1979. № 1.
2. Тауцинь Э.Я. в кн.: „Определение микроэлементов в биологических объектах“, Рига, 1968.
3. Лори Р.А. „Наука о мясе“, М. „Пищевая промышленность“, 1973.
4. Грау Р. „Мясо и мясопродукты“, М. „Пищевая промышленность“. 1964.
5. Мешкова Н.П. „Биохимия мышц“, М, из-во МГУ, 1979.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ БИОХИМИЧЕСКОГО СОСТАВА СУБЛИМИРОВАННОГО МЯСА УЛАРА

Г. Зориг

Данные автора на основе химических, хроматографических, спектральных и флюориметрических исследований утверждают, что при недлительной (3 нед.) сублимации мяса улара на открытом воздухе точки не происходят нежелательные изменения ухудшающие его качество, также с точки зрения питательности сублимация не изменяет пищевой и биологической ценности мяса улара, а фактически повышает их. Таким образом, установлено, что сублимированное мясо улара является источником полноценных белков (сумма незаменимых аминокислот-67,55%), макро-и микроэлементов (их содержание составляет $5 \cdot 10^{-4}$ - $3,0 \cdot 10^{-1}\%$), гистидинсодержащих дипептидов (карнозин-900 мг%, анзерин-500 мг%) и некоторых витаминов (B_1 -1,90 мг%, B_2 -0,61 мг%, C-2,52 мг%), и обладает высокой валовой калорийностью (511,8 ккал/100 г).

Г. ҮҮЖЭЭ, Г. ПҮРЭВ, Г. САНЖМЯТАВ, С. ХИШИГТ, Ч. ЦЭНДЭЭХҮҮ

БНМАУ ДАХЬ САЛЬМОНЕЛЛИЙН ШАЛТГААН СУДЛАЛЫН АСУУДАЛД

УЛААНБААТАР ХОТЫН АРИУН ЦЭВЭР ХАЛДВАР СУДЛАЛЫН СТАНЦ

Сүүлийн 20 жилд сальмонеллийн өвчлөл газар сайгүй ихэссэний зэрэгцээгээр хүн (өвчтөн шинж тэмдэггүй халдвар хадгалагч), янз бүрийн амьтад, хүнсний бүтээгдэхүүн, малын тэжээл зэрэг гадаад орчноос илрэх сальмонеллийн ийлдэс судлалын хүрээний тоо өсч байна.

Өнгөрсөн зууны сүүлчээр сальмонеллийн ийлдэс судлалын 10 орчим хүрээ мэдэгдэж байсан бол 1934 оны Кауффман-Уайтын олон улсын анхны схемд ийлдэс судлалын 44 хүрээ орж, 1958 онд 600, 1968 онд 1300, 1970 онд 1600 болон өсчээ. [1, 2]

Сальмонеллезын шалтгаан судлалд *S. typhimurium*, *S. cholerae suis*, *S. heidelberg*, *S. anatum*, *S. newport*, *S. mission*, *S. pamama*, *S. stanleiwille*, *S. rottbus*, *S. tshiongwe*, *S. intantis*. зэрэг 20 орчим ийлдэс хүрээ зонхилж байна. [1—4]

Эдгээрийн дотроос сальмонелл тифимуриумээр үүсгэгдэх өвчлөлийн тоо түргэн хурдацтай өсч байгаа нь халдвар судлалын хувьд өөрийн онцлог жамтай, больницын дотоод халдварын үүсэлд тодорхой холбогдолтой байна.

1974 онд Баруун Герман, Итали, Хойт ба Төв Америкт сальмонелл тифимуриумийн 29 шинэ залгиур хүрээгээр больницын дотоод халдвар үүсч байсан нь дараахь онцлог чанартайг ДЭХБ-ын мэдээлэлд тодорхойлсон байна. Үүнд:

1. Хавьтлын замаар зөвхөн хүмүүсийн дунд дэлгэрнэ.

2. Хүмүүст ялангуяа бага насны хүүхдэд онцгой халдварлах чанартай.

3. Өвчлөлийн хүнд хэлбэрийг үүсгэдэг

4. Антибиотикт дээд зэргийн тэсвэртэй [5]

ЗХУ-д сүүлийн жилүүдэд сальмонелл тифимуриумээр үүсгэгдсэн больницын дотоод халдвар үүсэх явдал өссөн байна. Зөвлөлтийн судлаачид больницын дотоод халдварын дэгдэлтийн үед ялгасан омгууд нь ихэнхдээ Феликс—Келлоугийн схемээр залгиур хүрээ тодорхойлогддоггүй, гадны хүчин зүйлийн нөлөөнд тэсвэртэй, гадаад орчинд удаан амьд байж чаддаг, хулгананд хоруу чанараар бага, хэрэглэгддэг дийлэнх нь олон антибиотикт тэсвэртэй байдаг гэж үзэж байна [2,4—6]

Сальмонелл тифимуриумээр үүсгэгдсэн сальмонеллезын халдвар судлалын онцлог нь энэ халдварын дамжих замд хүнсний бүтээгдэхүүн онцгой үүрэг гүйцэтгэдэггүй, харин хүүхдийн больниц, тасагт ариун цэвэр-эрүүл ахуйн таагүй нөхцөл бүрэлдэхэд ахуйн замаар болон тоосоор дамжин дэлгэрэх үндэслэл байна гэж зарим судлаачид үзжээ [6]

Халдварт өвчинтэй амжилттай тэмцэх нь халдвар судлалын судалгаа түүнд хийсэн боловсруулалтаас ихээхэн хамаардаг. Халдвар судлалын практикт хэрэглэж байгаа аргуудын дунд үүсгэгчийн залгиур хүрээг тодорхойлох явдал чухал ач холбогдолтой. Залгиур хүрээлэх арга нь ганц нэг өвчлөл ба дэгдэлтийн үед халдвар судлалын холбоог тогтоож өгдөг. Ялангуяа өвчлөл нь эмнэл зүйн олон янзын хэлбэрээр явагддаг олон өвчтөн халдвар хадгалагч болдог, байгальд үүсгэгч нь өргөн тархсан, халдвар судлалын боловсруулалт хийхэд түвэгтэй халдваруудын үед онцгой ач холбогдолтой болно.

Тийм төрлийн халдваруудад сальмонеллез орох ба үүнээс нэгдүгээрт нь сальмонелл тифимуриумээр үүсгэгдсэн халдвар орно. [8]

Бидний судалгааны зорилго нь өөрийн оронд зонхилон тохиолдож байгаа сальмонелл, тэдгээрийн ийлдэс судлалын хүрээ, залгиур хүрээг тогтоон халдвар судлалын практик ажлыг боловсронгуй болгоход туслал, сальмонеллез өвчний оношлолтыг сайжруулах, ялгасан омгуудын биологийн зарим шинжийг судлах явдал байв.

Бид сальмонеллийг илрүүлэх, тархалтыг тогтоох шинжилгээг нийтээр хэрэглэдэг ердийн шинжилгээний аргаар хийж, сальмонелл тифимуриумийн зарим омгийг Москва хотын халдвар судлалын төв институтэд аваачин залгиур хүрээг нь олон улсын хүрээний залгиурын тусламжтайгаар Феликс—Келлоугийн аргаар, антибиотикт мэдрэг чанарыг нь дэс дараалсан шингэрүүлэлтийн аргаар тус тус тодорхойлов. (Хүснэгт 1, 2, 3, 4).

Хүснэгт 1-ээс үзэхэд 1973—1980 онд БНМАУ-д сальмонеллийн 14 ийлдэс судлалын хүрээ ялгажээ.

S. gallinarium pulorium, *S. abortus ovis*, *S. abortus bovis*, *S. abortus egui*,
Хүснэгт 2-оос үзэхэд аймаг, хотуудад ялгасан сальмонеллийн ийлдэс судлалын хүрээний тоо харилцан адилгүй байна.

Хүснэгт 1

БНМАУ-д 1973—1980 онд ялгасан сальмонеллийн ийлдэс судлалын хүрээ

Он	S. typhi		S. paratyphi A		S. muenchen		S. bovis morbificans		S. gallinarum		S. abortus ovis		S. abortus bovis		S. abortus equi		S. cholerae suis var kinzandori		S. typhi suis		S. fava		S. enteritidis		S. typhimurium		S. senftenberg																													
	тоо	%	тоо	%	тоо	%	тоо	%	тоо	%	тоо	%	тоо	%	тоо	%	тоо	%	тоо	%	тоо	%	тоо	%	тоо	%	тоо	%																												
1973	9	75,0	2	16,7	1	8,3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—																										
1974	52	100	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—																										
1975	39	90,7	2	4,7	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—																										
1976	34	48,0	—	—	—	—	7	9,8	11	15,5	2	2,8	16	22,5	1	1,4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—																										
1977	114	91,2	11	8,8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—																										
1978	97	88,1	13	11,9	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—																										
1979	361	98,1	6	1,6	—	—	1	0,3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—																										
1980	223	23,7	20	2,1	—	—	4	0,4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—																										
БҮГД	929		54		1		12		11		2	16		1		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—																									
																																	683	2	0,2		3	0,3	3	0,4	4	0,4	4	1	1	2,3	1	2,3	1	2,3	3	0,3	683	72,9	2	0,2

Зарим аймаг, хотод ялгасан сальмонеллийн
ийлдэс судлалын хүрээ

	Улаанбаатар		Өмнөговь		Хэнтий		Булган		Өвөрхангай		Төмөр зам		Дархан	
	тоо	%	тоо	%	тоо	%	тоо	%	тоо	%	тоо	%	тоо	%
<i>S. paratyphi A</i>	25	48	2	3,9	8	15,5	2	3,9	1	1,9	11	21,1		
<i>S. java</i>					2	50,0								
<i>S. muenchen</i>	1	100												
<i>S. bovis morbi- ficans</i>	1	8,3					4	33,3						
<i>S. typhimurium</i>	662	96,9					1	0,1			3	0,3	2	0,2
<i>S. enteritidis</i>														
<i>S. senftenberg</i>							2	100						
<i>S. gallinarium pulatorium</i>														
<i>S. abortus ovis</i>														
<i>S. abortus bovis</i>														
<i>S. abortus equi</i>														
<i>S. cholerae suis var. kunzendorf</i>														
<i>S. typhi suis</i>														
БҮГД	689		2		10		9		1		14		2	

S. typhi suis, *S. cholerae suis* var *kunzendorf*
зэргийг зөвхөн амьтдаас ялгасан байна.

ДҮГНЭЛТ. 1973—1980 онд аймаг, хотуудын лабораторуудад 14
ийлдэс хүрээний сальмонелл ялгасан байна.

2. Хүмүүсээс ихэнхдээ сальмонелл тифимуриум (72,9%) ялгарсан
байна.

3. *S. typhimurium*-ийн омгууд дийлэнх антибиотикт 83,5—100% тэс-
вэртэй бийснаас гадна стрептомицинд 100% тэсвэртэй байв.

4. Манайд ялтасан *S. typhimurium* омгийн дийлэнх (84,3%) нь
26/2 с залгиур хүрээнд хамрагдаж байна.

Эрдэнэт		Налайх		Дорноговь		Төв		Дорнод		Амьтдаас		БҮГД
тоо	%	тоо	%	тоо	%	тоо	%	тоо	%	тоо	%	
						1	1,9	1	1,9	1	1,9	52
				2	50,0							4
												1
										7	58,4	12
3	0,3	11	2,1					1	0,1			683
								3	100			3
												2
										11	100	11
										2	100	2
										16	100	16
										1	100	1
										1	100	1
										1	100	1
3		11		2		1		5		40		789

**Сальмонелла тифимуриумийн зарим омгийн
залгиур хүрээг тодорхойлсон дүн**

№	Тодорхойлогдсон	Бүгд өсгөвөр	
	залгиур хүрээ	тоо	хувь
1	2в	2	3
2	2в/2с	53	84,3
3	Хүрээ тодорхойлогдоогүй БҮГД	8 63	12,7

**Сальмонелл тифимуриумийн зарим омгийн
антибиотикт мэдрэг чанар**

Антибиотик	судлагдсан омгийн тоо	Түүнээс	
		мэдрэг	тэсвэртэй
Хлорамфеникол (См)	42	14,3	85,7
Тетрациклин (Тс)	—	4,7	95,3
Ампициллин (Ар)	—	12	88
Канамицин (Км)	—	7,1	92,9
Неомицин (Nm)	—	16,5	83,5
Гентамицин (См)	—	100	—
Стрептомицин (Sm)	—	—	100
Полимиксин (Рм)	—	85,7	14,3
Рифампицин (Ra)	—	54,7	45,3
Налидиксийн хүчил (Nx)	—	90,4	9,6
Цифалоридин (Sr)	—	66,7	33,3

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. И. В. Шур, Заболевания сальмонеллёзной этиологии. М. 1970.
2. А. Ф. Блюгер, И. Н. Новяцкий, З. Ф. Терехова. Сальмонеллез. Рига 1975.
3. В. А. Килессо, Е. И. Выдрин, и С. Ш. Рожнова Распространение отдельных серотипов салмонелл на ряде территорий Советского Союза. Актуальные вопросы эпидемиологии. вып. 2. М. 1970. 129;
4. Н. И. Лебедев, Сальмонеллезы Минск. 1980.
5. С. Ш. Рожнова. — Антибиотико-резистентность штаммов сальмонелл, выделенных при внутрибольничных вспышках сальмонеллезов. В кн Актуальные вопросы эпидемиологии и инфекционных болезней (сальмонеллезы) м. 1976;
6. Килессо В. А. Воронтынцева Н. В. Выдрин Е. И. Рожнова С. Ш. Тслежеская Э. А. Христюкине О. А. Рукина А. А. Некоторые аспекты внутрибольничного распространения сальмонеллезов. там же;
7. Л. В. Фелскова и др Особенности внутрибольничного сальмонеллёза у детей. Педиатрия, 1980, № 3. 62—63;
8. В. А. Килессо, Л. Ф. Колобовой в кн. Материалы Всесоюзного симпозиума по фаготипированию возбудителей кишечных инфекции Тбилиси. 1968.

К ВОПРОСУ ИЗУЧЕНИЯ ИНФЕКЦИЙ САЛЬМОНЕЛЛЕЗНОЙ ЭТИОЛОГИИ В МНР

Г. Ужэ, Г. Пурев, Г. Санжмятав, С. Хишигт, Ч. Цэндэху.
В МНР в 1973—1980 годах выделено 14 серотипов сальмонелл. Среди них до 1980 года переобладало *S. typhi* (от 48% до 100%), а с 1980 года *S. typhimurium* (72,9%).

S. gallinarum pulorium, *S. abortus ovis*, *S. abortus bovis*, *S. abortus equi*, *S. typhi suis*, *S. cholerae suis var kuzendorf* были выделены только у животных.

Д. БААСАНЖАВ, Г. ДОЛГОР

**ТАРХИНЫ СУДАСНЫ ЭМГЭГИЙГ ЭРТ ҮЕД НЬ
ИЛРҮҮЛЭХЭД ХОЛБОГДОЛТОЙ ГОЛ ЗОВИУР
ШИНЖҮҮД, ТЭДГЭЭРИЙН ОНОШИЙН
ҮНЭЛГЭЭНИЙ АСУУДАЛД**

АНАГААХ УХААНЫ ХҮРЭЭЛЭЧ

Тархины судасны эмгэгтэй (ТСЭ) тэмцэх гол асуудал бол уг эмгэгийг эхний үе шатанд аль болох эрт илрүүлэх явдал мөн гэж судлаачид үзэж байна. [1, 2]. Гэвч уг зорилтыг шийдвэрлэхэд үндсэн

нөхцөл болсон оношийн хэмжүүр боловсруулагдаагүй нь ихээхэн бэрхшээл учруулж байгаа юм. Үүнээс уламжлан ЭЗХТЗ-ийн гишүүн орнуудын хүрээнд уг асуудлыг боловсруулах хамтын судалгааг эхлэн явуулж байна. Энэ хамтын судалгаанд бид оролцож дээрх эмгэгийг эхний үед илрэх эмнэлзүйн шинж тэмдгүүдийг тогтоох, тэдгээр шинж тэмдэг тус бүрийн болон хавсарсан байдлаар илрэх тохиолдлыг тархины судасны зарим үндсэн өвчинтэй (артерийн гипертони, тархины судасны атеросклероз, артерийн гипотони, судасны дистони) холбон судалж клиник-статистикийн аргаар тэдгээрийн оношийн холбогдлыг тогтоох зорилт бүхий судалгаа явуулж байна. Тархины судасны эмгэгийг эхний илрэлийн үед мэдрэлийн үйл ажиллагааны тогтолцооны талаас бодит илэрхий өөрчлөлт бараг гардаггүй тул өвчтөний зовиураар илрэх эмнэл зүйн шинжүүдийг голчлон анхаарах шаардлагатай байдаг.

СУДАЛГААНЫ ЗОРИЛГО. Тархины судасны эмгэгийн үед ихэвчлэн тохиолддог гол зовиур шинжүүд, тэдгээрийн тохиолдлын үзүүлэлтүүд, эмнэлзүйн холбогдлыг судасны гол үндсэн өвчинтэй шүтэлцүүлэн хүйсний ялгаагаар тодорхой хүн амын дунд судлан тогтсох зорилго тавив.

СУДАЛГААНЫ АРГА. Судалгаандаа ЗХУ-ын мэдрэл судлалын хүрээлэнгээс боловсруулсан „стандартчлагдсан“ лавлах асуултуудыг үндэс болгосон картыг хэрэглэж статистикийн аргаар боловсруулан дүгнэв.

Говь-Алтай, Дорноговь аймгуудын төвийн зарим хороолол, сум, Улаанбаатар хотын Ажилчны районы зарим хорооллын хүн амд түүвэр аргаар 40—64 насны 3004 хүнд хийсэн судалгааны материалд анализ хийв.

СУДАЛГААНААС ГАРСАН ҮЗҮҮЛЭЛТҮҮД. Бид судалгаанд хамрагдсан нийт 3004 хүн амын дунд дараахь 10 зовиур шинжийн тохиолдлын хэмжээг судлав.

Хүснэгт 1

Зовиуруудын тохиолдол (хувиар)

д/д	Зовиур	эр	эм	бүгд
1	Толгой өвдөх: Үүнээс олонтоо өвддөг	68,4 27,5	82,3 42,5	76,1 35,4
2	Хааяа толгой эргэдэг	52,4	66,1	60,6
3	Хааяа чих шуугих	32,0	39,0	35,6
4	(Ой-тогтоолт суларч байгаа: Үүнээс мэдэгдэхүйц тод тодорхой	82,4 47,6	90,9 55,1	86,6 51,3
5	Ажлын чадвар муудсан: (ядрамтгай) Үүнээс амархан ядардаг	76,5 39,9	77,8 42,1	76,9 40,9
6	Нүд бүрэлзэх	40,8	48,7	44,8
7	Хөлрөмтгий	27,7	31,3	29,6
8	Тэнгэр муудахад бие тавгуйждэг Үүнээс илэрхий	39,4 16,1	50,7 22,5	45,5 19,6
9	Сэтгэл үймрэх	25,2	40,3	33,0
10	Зүрх хавьд өвддөг	11,3	14,4	12,8

Дээрх хүснэгтээс үзэхэд ой тогтоолт сулрах 86,6%, ажлын чадвар муудах 76,9 %, толгой өвдөх 76,1 %, толгой эргэх 60,6%, чих шуугих 35,6% тус тус тохиолдсоны дотор толгой олонтоо өвддөг 34,4%, ой тогтоолт илэрхий муудсан 51,3%, мэдэгдэхүйц амархан ядардаг 40,9% тус тус ажиглагдав.

Дээрх 5 зовиурын зэрэгцээгээр „нүд бүрэлзэх“ (44,8%), хөлрөмтгий болох 29,6, тэнгэр муудахад бие тавгуй болох (45,5%), сэтгэл үймрэх байдал 33,0% тохиолдолд тус тус ажиглагдсан юм.

Эдгээр шинжийг тархины судасны эмгэгийн эхний хэлбэрийн үед тохиолдох субъектив шинжүүдийн нэг хэсэг мөн гэж үзэх үндэстэй юм. Харин зүрхний хавьд „өвдөх“ зовиур дээрх 10 зовиураас хамгийн цөөн буюу 12,8% тохиолдолд ажиглагдав. Энэ бүх зовиур эмэгтэйчүүдэд эрэгтэйчүүдээс олон байна. Үүнд, толгой өвдөх, толгой эргэх, тэнгэр муудахад бие тавгүйрэх, сэтгэл үймрэх зовиур эмэгтэйчүүдэд эрэгтэйчүүдээс 11—14%-иар олонтоо байна.

Дээрх субъектив шинжүүдийн тохиолдлыг зүрх судасны эмгэгийн зарим нэршлээр судлахад гарсан үзүүлэлтүүдийг (хүснэгт 2-т) харуулав.

Хүснэгт 2

Зүрх судасны зарим өвчнүүдийн нэршлээр дээрх зовиуруудын тохиолдлын байдал (хувиар)

	гипертони (бүх тох. 280 өвч)		гипотони (бүх тох. 95 өвч)		Атеросклероз (АД хэвийн (бүх то-994)		судасны дистони (бүх тох-249)	
	т/т	%	т/т	%	т/т	%	т/т	%
1. Толгой өвдөх: Үүнээс олонтоо өвддөг	199	71,0	66	69,5	157	76,1	191	76,7
2. Толгой эргэдэг	110	39,3	24	25,3	351	35,3	106	42,6
3. Чих шуугих	180	64,3	49	51,6	580	58,2	157	63,0
4. Ой-тогтоолтын сулрал үүнээс мэдэгдэхүйц илэрхий	98	35,0	42	44,2	363	36,5	90	36,1
5. Ажлын чадвар муу: Үүнээс амархан ядардаг	236	84,3	76	83,2	844	84,9	208	83,5
6. Нүдний өмнүүр бүрэлзэх	172	61,4	44	46,3	507	51,0	149	59,8
7. Тэнгэр муудахад бие тавгүйрэх Үүнээс илэрхий тод	195	69,6	73	76,8	786	79,1	216	86,7
8. Сэтгэл үймрэх	104	37,1	46	48,4	410	41,3	99	39,7
9. Зүрх хавьд өвддөг	141	50,3	49	51,6	449	45,2	117	47,
	131	46,8	32	33,7	407	40,9	88	35,3
	65	23,2	13	13,7	130	13,1	31	12,4
	99	35,3	28	29,5	301	30,3	90	36,1
	52	18,6	14	14,7	129	13,0	41	16,5

ТАЙЛБАР: Зарим тсоны доод талаар зурсан урт зураас тухайн зовиурын хамгийн их үзүүлэлтийг; богино зураас тухайн зовиурын хамгийн бага үзүүлэлтийг заана.

Хүснэгтэд 2-т өвчний дурдсан 4 нэршлээр зовиурын тохиолдлын үзүүлэлтийг хувиар харуулсныг үзэхэд: Толгой өвдөх зовиурын тохиолдлын үзүүлэлт 69,5—76,7%-ийн дотор хэлбэлзэж дурдсан өвчин бүрт ижилхэн олонтоо буюу шинжлүүлэгчдийн ихэнхид нь тохиолдож байна. Түүнээс толгой олонтоо өвдөх (долоо хоногт 1-ээс доошгүй) зовиурын тохиолдол 25,3%—42,6%-ийн дотор хэлбэлзэж, хамгийн бага үзүүлэлт артерийн гипотонийн үед, харин хамгийн их үзүүлэлт судасны дистони нэршлүүдэд тус тус илрэв.

Ер нь аль ч нэршилд өвчтөнүүдийн тэн хагасаас илүү нь уг шинж тэмдгүүдтэй байна.

Чих шуугих зовиурын тохиолдлын хэлбэлзэл 35,0%—44,2%-ийн дотор байгаа бөгөөд хамгийн их үзүүлэлт нь артерийн гипотонийн үед илэрч, үлдсэн нэршлүүдэд үзүүлэлтүүд ижилдүү байна. (35%—36,5%). Энэ шинж тэмдэг дурдсан нэршлүүдэд өвчтөнүүдийн 1/3 гаруйд ажиглагдаж байна.

Ой-тогтоолт сулрах зовиурын тохиолдлын хэлбэлзэл дурдсан нэршлүүдэд 83,2—84,9%-ийн дотор буюу ижил үзүүлэлтүүдтэй байна, Энэхүү шинжийн мэдэгдэхүйц хэлбэрийн тохиолдлын хувь 46,3%—61,4%-ийн дотор байгаа бөгөөд хамгийн бага үзүүлэлт артерийн гипотонийн үед, харин хамгийн их үзүүлэлт артерийн гипертони (61,4%) ба судасны дистонийн үед (59,8) тус тус илэрч байна.

Ажлын чадвар муудах (амархан ядардаг) зовиурын тохиолдлын хувь дурдсан нэршлүүдэд 69,6%—86,7%-ийн дотор байгаа бөгөөд хамгийн бага үзүүлэлт нь артерийн гипертонийн үед, харин хамгийн их үзүүлэлт нь судасны дистонийн үед, үлдсэн нэршлүүдэд тохиолдлын хувь ижилдүү (76,8%—79,1%) байна. Энэхүү шинжийн илэрхий хэлбэрийн тохиолдлын үзүүлэлт 37,1%—48,4% байгаа бөгөөд хамгийн бага нь гипертонийн үед, хамгийн их хувь нь артерийн гипотонийн үед ажиглагдав.

Нүдний өмнүүр бүрэлзэх шинжийн тохиолдол 45,2%—51,6%-ийн дотор хэлбэлзэлтэй бөгөөд ерөнхийдөө тохиолдлын үзүүлэлт ойролцоо буюу аль ч нэршилд өвчтөнүүдийн бараг тал шахам хувьд нь илэрч байна.

Тэнгэр муудахад бие тавгүй болох (метео-урвалын) шинж дээрх нэршлүүдэд 33,7%—46,8%-ийн тохиолдлын үзүүлэлттэйгээс хамгийн их нь гипертонийн үед хамгийн бага нь гипотонийн үед тус тус ажиглагдав. Энэхүү шинжийн илэрхий хэлбэрийн тохиолдолд 12,4%—23,2%-ийн дотор хэлбэлзэж байгаа бөгөөд тохиолдлын хамгийн их нь мөн л гипертонийн үед, үлдсэн нэршлүүдэд бараг ижил шахам байна. (12,4%—13,7%).

Сэтгэл үймрэх зовиурын тохиолдлын хэлбэлзэл 29,5%—36,1%-ийн дотор байгаа бөгөөд тохиолдлын хамгийн их нь судасны дистони ба гипертонийн үед, харин хамгийн бага нь артерийн гипотонийн үед тус тус илэрч байна.

Зүрхний хавьд өвдөх зовиурын тохиолдлын хувьд дээрх нэршлүүдэд 13,0%—18,6%-ийн дотор буюу хоорондоо ойролцоо бөгөөд дээрх зовиуруудаас харьцангуй олон цөөн тохиолдолтой байна. Дээрх 9 төрлийн зовиурын дотроос толгой өвдөх, толгой эргэх, чих шуугих, нүдний өмнүүр бүрэлзэх, зүрхний хавьд өвдөх энэ 5 зовиур судасны өөрийн нь эмгэгтэй ямар нэгэн хэмжээгээр шууд холбоотой гэж үзвэл сэтгэл үймрэх, тэнгэр муудахад бие тавгүйрхэх, амархан ядрах, ой-тогтоолт сулрах гэх мэт зовиурууд тархины үйл байдлын өөрчлөлттэй холбогдож гарч байгаа шинжүүд гэж зовиуруудын шинж байдлаар тоймлон хоёр үндсэн хэсэгт ялган үзэж болох юм.

Судасны өөрийн нь эмгэгтэй шууд холбогдон үүсэж байгаа зовиуруудын дотроос дээрх өвчтөнүүдэд толгой өвдөх, толгой эргэх, нүдний өмнүүр бүрэлзэх зовиур харьцангуй олонтоо тохиолдож, чих шуугих, зүрхний хавьд өвдөх зовиур бусдаасаа харьцангуй цөөн тохиолдож байна.

Тархины үйл байдлын өөрчлөлттэй холбоотой зовиуруудаас ой-тогтоолт муудах, амархан ядрах шинж түгээмэл тохиолдож, тэнгэр муудахад бие тавгүйргэх, сэтгэл үймрэх зэрэг шинж өвчтөнүүдийн 1/3 гаруйд тус тус тохиолдож байна.

Өвчний нэршлүүдээр шинж тэмдгүүдийн тохиолдлын үзүүлэлт зарим нэгэн талаараа ялгаатай байна. Үүнд: дурдсан зовиур, түүний хэлбэрүүдийн төрлөөр хамгийн их үзүүлэлттэй тохиолдол артерийн гипертонийн үед 6 төрөлд, судасны дистонийн үед 5 төрөлд, артерийн гипо-

тонийн үед 3 төрөлд, хамгийн бага тохиолдлоор артерийн гипотони 6 төрөлд, тархины атеросклероз 3 төрөлд, гипертони 2 төрөлд, судасны дистони 1 төрөлд тус тус хамгийн их ба бага үзүүлэлттэй байна. Үүнээс үзвэл дурдсан нэршлүүдийн дотроос артерийн гипертонийн үед дээрх зовиурууд харьцангуй олонтоо тохиолддог бол харин артерийн гипотонины үед тэдгээр нь харьцангуй цөөн тохиолдож байна.

Судасны дистонийн үед дээрх зовиурууд гипотони ба тархины судасны атеросклероз хоёр нэршлээс харьцангуй дээгүүр үзүүлэлттэй байгаа нь энэ өвчний үед судасны өөрийн нь хямрал мөн тархины үйл-байдлын өөрчлөлт нилээд илэрхий хэлбэрээр явагддагийг харуулж байна.

Артерийн гипертонийн үед хааяа чих шуугих, ажлын чадвар муудах энэхүү хоёр зовиур, харьцуулагдаж байгаа өвчний бусад нэршлийнхээс харьцангуй бага үзүүлэлттэй байгаа нь артерийн даралтын ерөнхий өндөр байдал энэхүү хоёр шинжийн үүсэлд шууд нөлөөлөх хүчин зүйл биш болох нь тодорхой байна. Харин энэ хоёр шинж артерийн гипотонийн үед өвчний бусад нэршлийнхээс харьцангуй олонтоо тохиолдож байгаа нь артерийн даралт багадсанаас цусны эргэлтийн ерөнхий үзүүлэлтүүд буурч, тархины цусан хангамжийн харьцангуй дутагдал үүсэн, түүнээс уламжилсан тархины үйл-байдлын өөрчлөлт гэж тайлбарлаж болох юм. Дурдсан аль ч нэршилд энэхүү шинж тэмдгийн үүсэлд тархины цусан хангамжийн дутагдал зохих нөлөөтэй гэж үзнэ.

Толгой өвдөх зовиурын үүсэлд артерийн даралтын их, бага түвшний зэрэгцээгээр-судасны дистонийн нөлөө бүр ч илүү болох нь дээрх судалгаанаас харагдаж байна.

Нүдний өмнүүр бүрэлзэх зовиур харьцангуй дунд насны (40—64) хүмүүст дурдсан өвчний нэршлүүдэд шинжлүүлэгчдийн тал хувь шахамд нь тохиолдож байгааг нүдний шалтгаантай бус харин тархины цусан хангамжийн дутагдлын илрэлтэй холбоотой шинж гэж бид үзэж байна.

Дээрх субъектив зовиур-шинжүүдийн хавсран тохиолдох байдлыг судасны үндсэн зарим өвчнөөр харьцуулан судлав,

Бид голлох зовиур шинжүүдийн дараахь II төрлийн (хүснэгт-3) хавсарсан тохиолдлын хэмжээг өвчний 4 нэршлээр (хүснэгт-4) тус тус авч үзэв.

Хүснэгт 3

Хавсран тохиолдох шинжүүдийн төрөл

1. 2 шинж А: Толгой өвдөх + чих шуугих;
2. 2 шинж Б: Толгой өвдөх + толгой эргэх;
- III. 2 шинж В: Толгой өвдөх + нүдний өмнүүр бүрэлзэх;
- IV. 2 шинж Г: Толгой олонтоо өвддөг + их амархан ядардаг;
- V. 3 шинж А: 2 шинж Б + чих шуугих;
- VI. 3 шинж Б: 2 шинж Б + нүдний өмнүүр бүрэлзэх;
- VII. 3 шинж В: 2 шинж Г + их мартдаг;
- VIII. 4 шинж: 3 шинж А + ой-тогтоолт муудах;
- IX. 5 шинж: 4 шинж + амархан ядардаг;
- X. 6 шинж: 5 шинж + нүдний өмнүүр бүрэлзэх;

XI. 7 шинж: 6 шинж + сэтгэл үймрэх гэсэн II төрлөөр тохиолдлын үзүүлэлтүүдийг гаргав.

Дээрх хавсран тохиолдох шинжүүдийн дотроос тохиолдлын ерөнхий хэмжээгээр хамгийн олонтоо тохиолдох шинж нь „толгой өвдөх + толгой эргэх“ гэсэн 2 субъектив шинж өвчний дурдсан аль ч нэршлийн нийт шинжлүүлэгчдийн тэн хагас орчимд, дараа нь „толгой өвдөх + чих шуугих“, „толгой өвдөх + нүд бүрэлзэх“ гэсэн 2 шинжүүд, „Толгой өвддөг + толгой эргэдэг + нүд бүрэлздэг“ гэсэн 3 шинж хавс-

ран тохиолдох нь өвчний аль ч нэршлүүдэд ойролцоогоор шинжлүү лэгчдийн 1/3 орчимд дараа нь „толгой өвддөг+толгой эргэдэг+чих шуугидаг“ гэсэн 3 шинж хавсран тохиолдох нь өвчний аль ч нэршилд шинжлүүлэгчдийн 1/4 орчимд, бусад шинжийн (2 шинж Г, 4—7 шинж) хавсрах тохиолдол 3%—20% хүртэл хэмжээгээр тохиолдож байна.

Хүснэгт 4

Субъектив зовиур шинжүүдийн хавсарсан тохиолдлын хэмжээг (хувиар) өвчний зарим нэршлээр, хүйсний ялгаагаар судалсан үзүүлэлт

	гипертони		гипотони		атеросклероз		судасны дистони	
	эр	эм	эр	эм	эр	эм	эр	эм
	Б—287	Б—298	Б=103	Б=138	Б=513	Б=455	Б=72	Б=147
2 шинж А: ТТ %	59 20,6	121 40,6	34 37,4	45 32,6	114 28,1	165 36,3	12 16,7	50 34,0
2 шинж Б: ТТ %	118 41,1	179 60,1	48 50,5	86 62,3	224 43,7	256 65,6	29 40,3	78 53,1
2 шинж В: ТТ %	86 30,0	147 49,3	29 31,9	59 42,7	169 32,9	190 41,8	22 30,6	72 49,0
2 шинж Г: ТТ %	55 19,1	72 24,2	17 16,5	20 14,5	73 14,2	100 22,0	10 13,9	40 27,2
3 шинж А: ТТ %	49 17,1	83 27,8	25 27,5	36 26,1	113 22,0	134 29,4	10 13,9	40 27,2
3 шинж Б: ТТ %	69 24,0	108 36,2	22 24,2	45 32,6	128 24,9	137 30,1	16 22,2	59 40,1
3 шинж В: ТТ %	32 11,0	47 15,4	10 9,7	13 9,3	45 8,8	73 16,0	7 9,7	25 17,0
4 шинж: ТТ %	34 11,8	64 21,5	20 22,0	21 15,2	66 12,9	90 19,8	7 9,7	31 21,1
5 шинж: ТТ %	26 9,1	51 17,1	13 14,3	14 10,1	42 8,2	52 11,4	2 3,0	21 14,3
6 шинж: ТТ %	18 6,3	39 13,1	9 9,9	7 5,1	33 6,4	39 8,6	1 1,5	16 10,9
7 шинж: ТТ %	10 3,5	28 9,4	4 4,4	6 4,3	20 3,9	26 5,7	1 1,4	7 4,8

ТАЙЛБАР: Б—бүх тохиолдол

Ихэнх субъектив шинжийн хавсарсан тохиолдлоор эмэгтэйчүүдэд илэрхий давамгайл тохиолдож байгаа бол артерийн гипотонитай эрэгтэйчүүдэд эмэгтэйчүүдээс эч илүү (бүх II төрлийн хавсарсан тохиолдлоос 8-д нь) үзүүлэлттэй байна.

Дурьдсан хавсрах шинжүүдийн төрлүүдээс 5 ба түүнээс дээш шинж хавсран тохиолдох хэмжээгээр судасны дистонитэй эрэгтэйчүүд бусад нэршлийн эрэгтэйчүүдийнхээс илэрхий цөөн (ойролцоогоор 3 дахин) байна.

Судасны эмгэгтэй харьцангуй шууд холбоотой байж болох дээрх зовиуруудын зэрэгцээгээр „асууж лавлах“ аргаар судалсан нийт зовиуруудын дотроос ой-тогтоолт сулрах (амархан мартдаг), ажлын чадвар буурч байгаа гэсэн зовиур нийт шинжлүүлэгчдийн 90% шахам тохиолдолд буюу түгээмэл байдлаар тохиолдож байгааг дээр дурдсан. „Толгой өвддөг + толгой эргэдэг + мартдаг + ядардаг“ гэсэн 4 шинж өвчний аль ч нэршилд нийт шинжлүүлэгчдийн 1/2 орчимд ажиглагдаж байна.

Иймээс тархины судасны эмгэгийн эхний илрэлийн үед дээрх 4 шинж хавсран тохиолдох байдлаар бусдаасаа илүү олонтоо байгаа нь өвчний эхний илрэлтэй ихээхэн холбоотой оношийн ач холбогдолтой субъектив шинжүүд гэж үзвэл зохино. „Нүд бүрэлзэх“, „чих шуугих“ 2 шинж орсон хавсран тохиолдох шинжүүд уг насны нийт шинжлүүлэгчдийн 1/3 орчимд ажиглагдаж байгаагаас үзвэл тархины судасны эмгэгтэй ихээхэн холбогдолтойг харуулж байна. Гэвч дээрх шинжүүдээс харьцангуй хожуувтар үед илэрдгээрээ тархины цусан хангамжийн аргаг дутагдалтайг харуулах талтай байж болох юм.

ДҮГНЭЛТ 1. Тархины судасны эмгэгийг эрт илрүүлэхэд өвчтөний субъектив зовиурыг анхааралтай лавлан асуух арга чухал ач холбогдолтой юм.

2. Өвчний эхний үетэй холбоотой субъектив зовиур шинжүүдээс „толгой өвддөг“, „толгой эргэдэг“, „амархан ядардаг“, „мартдаг“ „нүд бүрэлздэг“, „чих шуугидаг“ гэсэн зовиурууд, тэдгээрийн хавсрах тохиолдол оношийн чухал ач холбогдолтой байна.

3. Судасны ямар нэгэн үндсэн өвчин (гипертони, гипотони, атеросклероз, судасны дистони г. м) илрэхийн зэрэгцээгээр дээрх субъектив шинжүүдтэй бол судасны эмгэгийн эхний илрэл гэж сэжиглэн оношийг батлах бусад туслах шинжилгээнүүдийг хийж, халдвар, гэмтэл, нүд, чихний эрхтэний зэрэг бусад өвчин эмгэгийг үгүйсгэсэн нөхцөлд тархины судасны эмгэгийн эхний хэлбэр гэж үзэж болох юм.

4. Дээрх субъектив шинж, зовиурууд үүсэхэд тархины үйл байдлын өөрчлөлт ихээхэн нөлөөтэй байна. Үүнийг цаашид нарийвчлан судлах шаардлагатай юм.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. Трошин В. Д. Семенова Е. П. Основы ранней диагностики и профилактики сосудистых заболеваний мозга. 1979.

2. Шмидт Е. В. Смирнов В. Е. Прохорова Э. С. и др. Некоторые результаты эпидемиологического изучения цереброваскулярных заболеваний в одном из районов Москвы. Труды Куйбышевск. мед. ин-та. Куйбышев, 1969, т. 56, 166.

ОСНОВНЫЕ СИМПТОМЫ И ИХ ЗНАЧЕНИЕ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МОЗГА

Д. Басанжав, Г. Долгор

Нами установлена частота следующих жалоб среди исследуемых: головная боль—у 76,1%, голова окружение—у 66,6%, шум в ушах—у 35,6%, снижение работоспособности—у 76,9%, быстрое утомление—у 40,9% „пелена“, „мушки“, „искры“ пе-

ред глазами у 44,8%, раздражительность—у 33 0%, боль в области сердца—у 12,8% потливость в 29,6% случаев.

Результатами исследований показано, что такие субъективные симптомы как головная боль, головокружение, шум в ушах, быстрая утомляемость, снижение памяти, „пелена“, „искры“, „мушки“ перед глазами имеют важные значения для диагноза ранних форм сосудистых заболеваний мозга, когда отсутствует неврологические очаговые симптомов.

А. ЛАМЖАВ, А. ӨЛЗИЙХУТАГ

МОНГОЛ ХАЛИУН БУГЫН ЦУСАН ЭВЭР, ЦУСЫГ ЭМНЭЛГИЙН ПРАКТИКТ НЭВТРҮҮЛЭХ СУДАЛГААНЫ АСУУДАЛД

АНАГААХ УХААНЫ ХҮРЭЭЛЭН

Манай оронд бугын цусан эвэр, цусыг дээр үеэс эхлэн ардын эмнэлэгт хэрэглэж ирсэн. ЗХУ-д халиун ба цоохор бугын цусан эврийг биеийн ерөнхий байдлыг сайжруулах, мэдрэлийн ядаргаа, зүрхний булчин сулрах, даралт багадах зэрэгт хэрэглэдэг, [1]

Цусаар нь хүний цус төлжүүлэх пантогематоген хэмээх эмийг хийж өргөн хэрэглэж байгаа ба пантокрины биологийн идэвхт бодисыг судалсан билээ. [2] Мөн бугын цусан эвэр, пантокрины биогений идэвхжүүлэгчийн химийн найрлагыг электрофорез, хроматографаар судлахад 18 амин хүчил байгаа ба цусан эвгийг тайрч авангуут хатаахгүйгээр найруулсан эмэнд уул хүчлүүд ихэнхдээ байдаг байна [3]

Бугын аж ахуйгаас 1963—1980 онуудад авсан монгол халиун бугын хатаасан ба хатаагаагүй цусан эврээр пантокрин, бугын цусаар пантогематоген хэмээх эмүүдийг хийж клиникт хэрэглэсэн нь үр дүнтэй болсон учир дотооддоо үйлдвэрлэж уул эмийг гадаадаас авах явдлыг бүрмөсөн зогсоосон байна.

ТУРШЛАГЫН ХЭСЭГ. 1. Пантокрин.

Бугын хатаасан цусан эврийг арьснаас нь салгаж, хөрөөдөж яс нунтаглагчаар жижиглэн хандлагч аппаратанд хийж 1 кг эвэрт 3,5 л 50 градусын цэвэр спирт ноогдохоор нэмж 48 цаг хандлаад шингэнийг авч, шаарыг 1 кг бүрт 3 л, 2,5 л, 50 градусын цэвэр спиртээр дахин 2 удаа хандалж шингэнийг юүлж 1 кг эврээс 9 л шингэн гарах хүртэл 50 градусын спирт нэмнэ. Дараа нь уургийг тунгаахын тулд хөргөгч ба зооринд 0°С-т 2—4 хоног байлган шүүж уураг байгаа эсэхийг Банг-ийн урвалаар шалгана. Хэрэв уураг байхгүй бол биологийн идэвхийг амьтан дээр туршиж тохируулна.

Пантогематоген. Бугын аж ахуйн тэжээмэл, бугын цусыг тусгай шприцээр судаснаас авч халуун цусыг цэвэр саванд хурдан юүлэх зуураа нөжрүүлэхгүйн тулд цэвэр модон савхаар 30—40 минут хөөс гарч хөртөл хутгаж, 2 давхар марлаар шүүж, гарсан шингэн цусыг 2 цагаас хэтрүүлэлгүй эм бэлдэхэд хэрэглэнэ. Мөн цусыг нөжрүүлэхгүйн тулд нимбэгний натрийн давсыг хэрэглэж болно. Дараа нь холигч саванд 35,5 кг сахарын шүүс, 6 л цэвэр спирт, 8 г ванилин (урьдчилж бага зэргийн спиртэнд уусгана) авч 5—10 минут хутгаж 56,5 кг шингэн цус нэмж дахин 15—20 минут хутгаж, 250—500 граммын шилэнд савлаж гаргана. Савлах шилийг угааж 115—120°С-т 45 минут ариутгах ба бөглөөний дор спиртээр норгосон тостой цаас тавьж үйсэн бөглөөний гаднаас хатуу лацыг хайлгаж битүү лацдана.

Бэлэн болсон шилтэй пантогематогеныг савтай бүлээн усанд тавьж 52—53°C-т 1 цаг 15 минут байлгаж ариутгана. Шилэн дотроо 52—53°C-т байгаа эсэхийг хянаж байх зорилгоор нэг шилтэй эмэн дотор халууны шил дүрж харьцуулан ажиглана. Сахарын шүүсийг бэлдэхийн тулд 66,6 кг элсэн сахар, 33,4 кг нэрмэл ус авч гүйцэд уустал буцалгаж хэдэн давхар марлиар шүүнэ.

Пантокрины биологийн идэвхийг шалгах. 180 мл пантокриныг авч колбонд хийж усан халаагуур дээр спиртийн 20 мл үлдтэл ширгээнэ. Хэт ширгэвэл усаар 20 мл болтол шингэрүүлнэ.

Үлдэгдлийг дан цаасаар шүүх ба тэр даруй насанд хүрсэн муур, туулайд туршина. Амьтан нь заавал эр, эм хоёр хос, бүгд 5-аас цөөнгүй, нэг бүр 2—25 кг хүндийн жинтэй байна. Наркозтой байгаа туршлагын амьтны нойрны тараагуур ба гүрээний судсыг гаргаж, цусны даралтыг нойрны тараах судаснаас мөнгөн устай манометрээр дамжуулан эргэж буй кимографийн эргэлтийг зогсоолгүйгээр уул амьтны гүрээний хураагуур судсанд 2 мл экстракт тарьж даралтын бичилтийг ажиглана. Наркозыг амьтны 1 кг жинд 0,45 г медиалыг 20 мл ариутгасан нэрмэл ус буюу ариутгасан 0,9% натри хлоридын уусмалд найруулж муурын хэвлийн хөндийд, туулайн чихний хураагуур судсанд тарина.

Хэрэв экстрактыг уул хэмжээгээр туршлагын 5 амьтанд тарихад 3-аас дээшгүй амьтны цусны даралт нь ердийнхөөс 25%-иас багагүй хэмжээгээр буурсан байвал уул пантокрины биологийн идэвх зохих хэмжээндээ байна гэж үзнэ.

ТАЙЛБАР. а) туршлагын туулайн цусны даралт багасахын зэрэгцээгээр зүрхний агшилтын давтамж нэмэгдэх ба цөөрч (вагус-пульс) болох юм. Даралтыг сайн ажиглана.

ПАНТОКРИНЫГ ШАЛГАХ. Үүнд: Туршлагын амьтанд био-идэвх шалгах туршлага хийгээд 10—15 минут болсны дараа гүрээний хураагуур судсанд сульфат атропины 2 : 1000 харьцааны уусмалаас 2 мл-ыг тарьж, цусны даралтыг кимографын туузанд бичнэ. 10—20 минутын дараа кимографыг зогсоолгүйгээр мөн гүрээний судсанд шинжилж буй пантокрины экстракт 2 мл тарьж цусны даралтын бичилтийг үргэлжлүүлнэ. Атропин тарьсан амьтанд пантокрин тарихад цусны даралт буухгүй хэвээр үлдэх ба зүрхний агшилт ихсэж багадахгүй. Харин спермин миол, простатокрин зэргийг атропинжуулсан амьтанд тарихад цусны даралт буурна.

ПАНТОКРИНЫ СПИРТIЙН ХЭМЖЭЭГ ТОДОРХОЙЛОХ. 50 мл пантокриныг 100 мл багтаамжтай колбонд хийж нэрмэл ус нэмж, фенолфталеин дусааж, 0,1 Н. хахуун натриар ягаан өнгөтэй болтол дусааж саармагжуулаад усыг зураасанд хүртэл нэмнэ. Дараа нь хөргөгч залгаж усан халаагуур дээр 50 мл шингэн гартал нэрээд нэрмэлийг 15°C-т хүртэл хөргөж, 50 мл-ыг заасан зураасанд хүртэл ус нэмж сайн зайлж хувийн жинг 15°C-т пикнометрээр хэмжиж хүснэгтээс градусын хэмжээ тогтооно. Спиртийн хэмжээ 48—52% байх ёстой.

ХҮНД МЕТАЛЛ БАЙГАА ЭСЭХИЙГ ШАЛГАХ. 10 мл пантокриныг 10% давсны хүчлийн 1 мл уусмалаар хүчиллэг болгож 50°C хүртэл халаагаад 10 мл ус нэмж хүхэр устөрөгч 5—8 мл-ийг шингээнэ. Хүнд металл байвал харлаж булингартах ба хар тундас үүснэ.

УУРАГ ШАЛГАХ. 2 мл пантокриныг 1 мл ацетатын буфер 1 мл 1 н. цууны хүчил, 1 мл 1 н. хахуун натритэй нийлүүлж холимгийг 2 минутаас илүүгүй буцалгана. Уураг байхгүй бол уусмал булингартаж тундас үүсэхгүй хэвээр үлдэнэ.

КЛИНИКИЙН АЖИГЛАЛТ. Пантокриныг Улсын клиникийн төв эмнэлэгт хатгалгаа өвчнөөр өвдөөд эдгэрч байсан 30—40 насны эрэгтэй 22, эмэгтэй 12 бүгд 34 хүнд 30—35 дуслаар өдөрт 2—3 удаа 14 хоног уулгахад, нөгөө жишиж авсан адил насны хатгалгаа тусаад эдгэрч

байсан 34 хүнээс илүү амархан, тухайлбал 3—5 хоног дээрээ толгой өвдөх, бие сулрах, хөлрөх ядрах байдал нь арилж биеийн байдал нь эрс хөнгөрч байгаа нь ажиглагдав.

Пантогематогенийг 16—25 насны хоёрдогч цус багадалтай эрэгтэй 12, эмэгтэй 13, бүгд 25 өвчтөнд өдөрт цайны халбагаар 3 удаа нийтдээ 24 хоног уулгав. Уул өвчтөнүүдийн цусны төлжилтийг долоон хоног тутам шалган үзэхэд 2-р долоо хоногоос эхлэн цусны төлжилтөнд мэдэгдэхүйц өөрчлөлт илэрч байв. Тухайлбал цусны улаан, цагаан бөөм хэвийн хэмжээ рүү ойртож, улган цогцын тунах хурд удааширч хэвийн байдалд орж байв.

ХЭРЭГЛЭХ АРГА. Хүний бие мах бодын ерөнхий байдал сулрах, мэдрэл ядрах, зүрхний булчин сулрах, цусны даралт багадах үед 20—25 дуслаар өдөрт 2 удаа хоолноос 30 минутын өмнө устай хольж ууна. Нэг курс эмчилгээ нь 12—17 хоног байх ба хооронд нь 7—10 хоног завсарлаж нийтдээ 2—3 курс эмчилгээ хийнэ. Пантогематогеныг цус багадсан өвчтөнд хоолны халбагаар өдөрт 3 удаа уулгана. Сайн таглаж сэрүүн газар хадгална. (Хугацаа 3 жил).

ДҮГНЭЛТ. 1. Бугын цусан эвэр, цусаар хийсэн бэлдмэлүүдийн^H биологийн идэвх нь эм зүйн заалт шаардлагыг бүрэн хангаж байна.

2. Бугын цусан эвэр, цусаар хийсэн бэлдмэлүүдийн биологийн идэвх сайн байгаа нь уул бэлдмэлийн техник, технологийн асуудал зөв болохыг нотолж байна.

3. Бугын цусан эвэр, цусаар хийсэн бэлдмэлүүд нь биеийн эсэргүүцлийг сайжруулах, ядаргааг сэргээх, цус төлжүүлэх нөлөөтэй байна.

4. Бугын цусан эврээр пантокрин, цусаар пантогематоген хэмээх бэлдмэлүүдийг өөрийн орны нөхцөлд өвөрмөц технологээр бэлтгэж эмчилгээнд хэрэглэх асуудлыг бүрмөсөн шийдвэрлэж, импортыг зогсоов.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. М. Машковский, Лекарственные средства М 1978
2. С.Г. Гасанов, В. И. Трубников и др. „Совершенствование методов контроля качества спленина и пантокрин“ Фармация, 1981, 14, 39.
3. А. Б. Салаев, Г. С. Катруха, В. Ф. Кривцов, А. С. Теви, Об обучении и развитии производительных сил горного Алтая, Горно-Алтайск, 1961.
4. Пантокринийг үйлдвэрлэх технолог. УБ. 1964.
5. Пантокрини улсын стандарт УСТ № 572—77
6. Л. С. Казарновский, В. Н. Солонько, Л. А. Шинянский, Медпром. СССР. 1960. 5, 34.
7. В. А. Гуров Производство органопрепаратов М. 1968, 168.

К ВОПРОСУ ИЗУЧЕНИЯ О ВНЕДРЕНИИ В МЕДИЦИНСКУЮ ПРАКТИКУ ПРЕПАРАТОВ ИЗ ОРГАНОВ ОЛЕНЕЙ, ОБИТАЮЩИХ НА ТЕРРИТОРИИ МНР

А. Ламжав
А. Улзийхутаг

Авторами разработана технология производства препаратов пантокрин и пантогематогена из пантов и крови оленей, обитающих в МНР, в условиях Уланба-
торского фармацевтического завода.

На основании данных биологического и клинического исследования эти препараты полностью внедрены в нашу медицинскую практику вместо импортируемых препаратов в течение 1963—1980 г.

ФАЛЛОГИЙН ДӨРВӨЛСӨН ГАЖГИЙН КЛИНИК, ОНОШ ЭМЧИЛГЭЭНИЙ АСУУДАЛД

АНАГААХ УХААНЫ ХҮРЭЭЛЭН

Зүрхний төрөлхийн гажиг нь хүүхдийн зүрх судасны өвчний дотор гол суурийг эзэлдэг. Манай оронд зүрх судасны мэс засал амжилттай хөгжиж зүрхний төрөл бүрийн гажгийг мэс заслаар эмчлэх боллоо.

Зүрхний төрөлхийн гажгийн дотроос фаллогийн дөрвөлсөн гажиг нь 12,6—14%, хөх гажгийн дотор 66—75% тохиолддог. [1—4]

Зарим эрдэмтдийн судалгаагаар мэс засал хийлгэсэн зүрхний төрөлхийн гажигтай хүмүүсийн 20,7%, нь фаллогийн дөрвөлсөн гажигтай байжээ. [4]

Бидний ажиглалтаар П. Н. Шастины нэрэмжит клиникийн нэгдсэн III эмнэлгийн зүрх судасны мэс заслын тасагт зүрхний төрөлхийн гажгийн улмаас 1976—1980 онд мэс засал хийлгэсэн 238 өвчтөний 3,76% нь фаллогийн дөрвөлсөн гажигтай байв.

Бид П. Н. Шастины нэрэмжит клиникийн нэгдсэн III эмнэлгийн мэс заслын тасагт 1969—1980 онд фаллогийн дөрвөлсөн гажгийн улмаас мэс заслын эмчилгээ хийлгэсэн 19 өвчтөнд (эрэгтэй 10, эмэгтэй 9) ажиглалт хийсэн юм.

Хүснэгт 1

Ажиглалтанд байсан өвчтөнийг нас хүйсний байдлаар харуулбал

Нас	0—3		4—7		8—11		12—15		16-с дээш		Бүгд	
	эр	эм	эр	эм	эр	эм	эр	эм	эр	эм	эр	эм
Хүйс												
Өвчтөний тоо	1	—	2	4	1	3	1	—	5	2	10	9
	1		6		4		1		7		19	

Ажиглалтаас үзэхэд амьсгаадах, хөхрөх, зүрх дэлсэх, зүрх өвдөх зовиур элбэг тохиолдож байна. Зөвлөлтийн судлаачдын ажиглалтаар мөн ийм байна. [1—4]

Хүснэгт 2

Өвчтөний зовиур

Өвчтөний зовиур	Амьсгаадах	Хөхрөх	Зүрх дэлсэх	Зүрх өвдөх	Толгой өвдөх	Ухаан багарах	Амархан ядрах	Хамраас цус гоожих
Өвчтөний тоо	18	13	11	10	4	3	3	3
Хувь	94,7	68,4	57,9	52,6	21,0	15,8	15,8	15,8

Үзлэгээр өвчтөний биеийн байдал 36,8%-д хүнд, 57,9%-д дунд, 78,9%-д нь арьс хөх өнгөтэй, 68,4%-д нь мөчний төгсгөлүүд бүдүүрч хумс нь өөрчлөгдсөл, 31,5%-д нь биеийн хөгжилт давжаа байлаа.

Нэг өвчтөний элэг том, хөлд хавантай байсан. Үүнээс үзэхэд ажиглалтанд байсан өвчтөний олонхи нь хөх хэлбэрийн байв.

Хүснэгт 3

Үзлэгээр илэрсэн зарим шинж тэмдэг

Шинж тэмдэг	Биеийн ерөнхий байдал			Өсөлт давжаа	Арьсны өнгө хөх	Мөчний үзүүр өөрчлөгдсөн	Зүрх орчим цээжний яс өөрчлөгдсөн	Уруул тагнайн сэтгэхий
	хүнд	дунд	хөнгөн					
Өвчтөний тоо	7	11	1	6	15	13	2	1
Хувь	36,8	57,9	5,3	31,5	78,9	68,4	10,5	5,2

Уушги чагнахад 1 өвчтөн хэржигнүүртэй, бусад нь ердийн цулцангийн амьсгалтай, амьсгал минутанд 18—34 байлаа. Зүрх чагнахад ихэнх өвчтөнд уушгины артерт II авиа суларсан, агшилтын дунд зэрэг (11 хүн) ба тод (8 хүнд) шуугиан ихэвчлэн (16 хүнд) зүүн II—IV хавирга завсар өвчүүний ирмэгээр төвлөрч сонсогдож байв.

Судлаачид фаллогийн дөрвөлсөн гажгийн үед ихэвчлэн уушгины артерт II авиа бүдгэрсэн агшилтын шуугиан өвчүүний зүүн ирмэгт II—IV хавирга завсар сонсогддог гэж бичсэн байдаг. [2—6]

Бидний ажиглалтаар уушгины угийн сүүдэр нарийн, уушгины талбайн зураглал хомсодсон, зүрхний баруун ховдол тосгуур томорч уушгины артерийн нум хотойсон байх нь олонтаа тохиолдож байна. Судлаачдын ажиглалтаар ч мөн ийм байна. [2—6]

Зүрхний цахилгаан бичлэг 12 холболтоор 16 хүнд хийхэд зүрхний цахилгаан тэнхлэг баруун тийш хэлбийсэн 19, баруун ховдол томорсон, зүрхний хэм хэвийн —19, зүрхний булчингийн тэжээлийн дутагдлын шинжтэй—9, Гиссын багцын баруун салааны бүрэн биш хоригтой 2 өвчтөн илэрсэн. Зүрхний авианы бичлэгийг 11 хүнд ажиглахад II авиа ихэнх тохиолдолд хэвийн юмуу багассан, ромбо хэлбэрийн агшилтын шуугиан 8 өвчтөнд, зүүн II—IV хавирга завсар өвчүүний ирмэгт төвлөрөн бичигдсэн байв.

Бид зүрхний баруун хэсгийг сэтгүүрдэх шинжилгээг 2 хүнд хийсэн. Ингэхэд баруун ховдлын даралт 70, 130 мм мөнгөн усны баганатай тэнцүү, 1 өвчтөнд баруун ховдлын даралт ихсэхийн хамт баруун тосгуурын даралт 12 мм хүртэл ихэссэн байлаа. Бид 4 өвчтөнд төгс, 15 өвчтөнд хөнгөвчлөх мэс заслыг амжилттай хийсэн.

Судлаачдын ажиглалтаар мэс заслын эмчилгээг хийх тохиромжтой үеийг 4—7 нас гэж үздэг. [3]

Бид цусны зохиомол эргэлтийн аппаратыг хэрэглэсэн нөхцөлд 4 хүнд ховдлын цоорхойг сөж, уушгины артерийн нарийслыг тэлэх төгс эмчилгээг хийсэн. Биеийн халууныг бууруулсан (гипотерми) юмуу ердийн унтуулгын нөхцөлд гол судас ба уушгины артерийн салааг холбох (Поттсын хагалгаа) мэс засал 8 өвчтөнд, зүүн эгмийн доод артерийг тасалж уушгины артерийн зүүн салаатай шууд ба протезоор холбох хагалгааг (Блелока-Тауссигын аргаар) 7 өвчтөнд тус тус хийсэн. Жишээ нь өвчтөн Ж. 21 настай эрэгтэй өвчний түүх № 7168. 1977

Цээж гэрэлд харахад илэрсэн шинж тэмдэг

	Уушгины талбайн зураглал			Уушгины уг			Зүрхний томролт					Уушгины артерийн нум			Гол судас		
	Тодорсон	Хомсдосон	Хэвийн	Нарийн	Ердийн	Өргөн	Хөндлөн	Баруун ховдол том	Баруун тосгуур том	Зүүн ховдол том	Зүүн тосгуур том	Хотойсон	Цүлхисэн	Зүрхний таги гол	Зүрхний таги тэгширсэн	Хэвийн	Өргөн
Шинж тэмдэг																	
Өвчтөний тоо	2	2	10	10	3	1	11	14	11	2	1	12	2	12	2	3	6
Хувь	14,3	14,3	71,4	71,4	21,5	7,1	78,5	100	78,5	14,3	7,1	81,4	14,3	81,4	7,1	21,3	42,6

оны 2 сард ирж хэвтсэн. Хэвтэх үедээ өвчтөн явахаар амьсгаадаж хөхөрдөг, үе үе амьсгаа нь давчдан хөхрөх нь улам их болдог, зовиуртай. Мөчний үзүүрүүд бүдүүрч, хумс товгор болсон байв. Энэ өвчтөнд гол судас уушгины артери хоёрыг холбох Поттсын хөнгөвчлөх хагалгааг хийсэн. Хагалгааны дараа үеэс эхлэн хөхрөлт арилсан. 2 жилийн дараа (1979 онд) өвчтөн дахин ирж хэвтэхэд биеийн байдал сайн, явахад бага зэрэг амьсгаадахаас өөр зовиургүй. Мөчний үзүүрүүд, хумс хэвийн болсон хөхрөлт арилсан байлаа. Энэ өвчтөнд төгс эмчилгээг цусны зохиомол эргэлтийн аппаратыг хэрэглэсэн нөхцөлд 2 жилийн дараа хийсэн нь үр дүртэй болсон. Мөн өвчтөн Б. 6 настай эмэгтэй өвчний түүх № 600, 1969 оны 11 сард ирж хэвтсэн. Хэвтэх үед хүүхдийн биеийн байдал хүнд явж чадахгүй амьсгаадаж хөхөрдөг. Үе үе амьсгаа нь давчдан хөхөрч ухаан нь балартдаг. Бүх бие хөхөрсөн. Хурууны үзүүр бүдүүрч хумс товгор болсон байлаа. Энэ хүүхдэд уушгины артерийн зүүн салааг гол судастай холбох хөнгөвчлөх хагалгааг хийсэн. Хагалгааны дараа ойрын үед биеийн байдал нь сайжирч хөхрөлт багасаж хүүхэд босож явдаг болсон. Гэтэл 1 жилийн дараа өвчтөний биеийн байдал муудаж амьсгаадах хөхрөх нь нэмэгдэн дахин ирж хэвтсэн. Өвчтөнг шинжлэн үзэхэд гол судас уушгины артерийн зүүн салаа хоёрыг холбосон холбоос бөглөрсөн болох нь илэрсэн. Иймд уушгины артерийн баруун салааг гол судастай холбох Уотерстоны хагалгаа (хоёрдох) хөнгөвчлөх хагалгааг хийсэн юм.

ДҮГНЭЛТ. 1. 1969—1980 онд зүрх судалсны мэс заслын тасагт зүрхний төрөлхийн гажгийн улмаас мэс засал хийлгэсэн 238 өвчтөний 3,76% нь фаллогийн дөрвөлсөн гажигтай байв. Фаллогийн дөрвөлсөн гажиг ховор тохиолдож байгаа нь ийм өвчтэй хүүхэд бага насандаа нас бардаг болохыг харуулж байна.

2. Фаллогийн дөрвөлсөн гажигтай өвчтөнийг эрт илрүүлэн оношилж, эмчлэх ажлыг эрчимжүүлэх шаардлагатай байна.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. В. И. Бураковский Б. А. Константинов Болезни сердца у детей раннего возраста 1970. 130—142.
2. Б. А. Королев И. Б. Дынник, Диагностика врожденных пороков сердца и результаты хирургического лечения. 1968. 59—89.
3. Руководство по кардиологии детского возраста 1979. 259—271.
4. Н. М. Амосов Я. А. Бендент, Хирургия пороков сердца 1969. 113—122.
5. Т. Шагдарсүрэн. Зүрхний төрөлхийн зарим гажгууд, түүний онош эмчилгээ. УБ.
6. Т. Шагдарсүрэн, С. Загдаа Зүрхний төрөлхийн зарим гажгууд УБ 1970 он.

К ВОПРОСУ КЛИНИКИ, ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ТЕТРАДЫ ФАЛЛО

Ц. Бундан
Д. ЭРДЭНЭЧУЛУН

Авторами изучена 19 оперированных больных в кардиохирургическом отделении III клиники имени П. Н. Шастина по поводу тетрады "Фалло".

Больные с тетрадой Фалло среди оперированных по поводу врожденных пороков сердца составляют 3,76%.

У 15 больных выполнена паллиативная операция и у 4 была произведена полная коррекция в условиях "открытого сухого сердца" с применением АИК.

Для уточнения анатомического варианта пороков, определения гемодинамического нарушения и отбора больных на хирургическое лечение необходимо делать правостороннее зондирование и ангиокардиографию сердца. Состояние больных с пороком сердца тетрадой Фалло с возрастом ухудшается в связи с нарастанием гемодинамического нарушения и прогрессированием сердечной недостаточности.

Поэтому необходимо проводить работу, направленную на раннее выявление и хирургическое лечение больных с тетрадой Фалло в дошкольном возрасте.

А. ӨЛЗИЙХУТАГ, Л. ЧАГНИЖАВ

ӨНДӨР УУЛЫН БҮСИЙН ОРШИН СУУГЧДАД ТУССАН УУШГИНЫ ХУРЦ ХАТГАЛГАА ӨВЧНИЙ КЛИНИК ЯВЦЫН ОНЦЛОГ

АНАГААХ УХААНЫ ДЭЭД СУРГУУЛЬ

Өндөр уулын физик газар зүй, уур амьсгалын онцлог, тухайлбал хүчилтөрөгчийн сийрэгжил, хүйтэн агаар, хүчтэй салхи, хэт ягаан туяа, соронзон ба цахилгаан цэнэгийн байдал зэрэг нь хүний физиологийн ялангуяа уушги зүрхний үйл ажиллагаанд тодорхой чиглэлийн нөлөө үзүүлдэг болохыг судалгаа гэрчилж байна (1—4, 9—11).

Өндөр уулын нөхцөлд туссан уушги, зүрхний өвчний клиник явц нь нам дор газрын өвчний байдлаас өөр байгаа тухай олон бус боловч судалгаа сүүлийн жилүүдэд гарч байна (2,5—8).

Иймээс бид өндөр уулын бүсэнд тогтмол оршин суугчдад туссан уушгины хурц хатгалгаа өвчний клиник явцыг судлах зорилт тавилаа.

СУДАЛГААНЫ МАТЕРИАЛ АРГА ЗҮЙ. Энэхүү ажлыг далайн түвшнээс 2300 метрт өргөгдсөн Говь-Алтай аймгийн төвд болон жиших зорилгоор 800 метрт өргөгдсөн Сэлэнгэ аймагт тус тус гүйцэтгэв. Ажиглалт явуулахын тулд 2 бүлэг тус бүрт хорь хорин хүн хамруулав. Үүнд уушгины аль нэгэн дэлбэнг бүрэн хамарсан хурц хатгалгаатай 20—45 насны эрэгтэй эмэгтэй хүмүүсийг сонгон авлаа.

Ажиглалтанд авсан хүмүүс нь бүгд тэр нутагтаа 10-аас доошгүй жил амьдарсан хүмүүс байсан учир уугуул нутгийн иргэд гэж үзэх боломжтой байлаа. Хурц хатгалгаа өвчний үед тохиолдох клиник үндсэн шинж тэмдэг болон гадаад амьсгалын зарим үзүүлэлтэд илрэх өөрчлөлт бүрэн арилах хүртэлх хугацаанд нь бүх өвчтөнөө ажиглав. Дэлбэн хамарсан хурц хатгалгаатай болохыг клиник шинжээс гадна рентгенээр бүрэн тодруулав. Бүх өвчтөнд өөр хавсарсан тодорхой өвчин байгаагүй.

Судалгаанд хамрагдсан бүх хүмүүсийг эмнэлэгт хэвтүүлж өвчний динамикийг клиник шинжийн хувьд өдөр тутам, лабораторын шинжилгээг 7 хоногоор хянав. Эмчилгээнд пенициллин дунджаар 25000 нэгжээр 4 цагийн зайтай, стрептомицин 500000 нэгжээр 2 удаа өвчний гол зовиур арилтал нь өндөр уулын бүсийн хүмүүст 16—18 хоног, нам уулын бүсийн хүмүүст 12—14 хоног хэрэглэснээс гадна тухайн үеийн шаардлагын дагуу шинж тэмдгийн эмчилгээ хийв.

СУДАЛГААНЫ ҮР ДҮН. Өндөр уулын бүсийн өвчтөнийг өвчлөлийн эхний хоногт хэвтүүлсэн бөгөөд нам дор бүсийн өвчтөнийг эхний 3 хоногт нь хэвтүүлэв.

Хоёр бүлгийн хүмүүсийн дунд илэрсэн клиник шинж тэмдгийг өдөр бүхэн шалгаж бүрэн арилгах хугацааг 1 дүгээр хүснэгтэнд абсолют тоогоор нарийн тодорхой харуулав.

Хүснэгтээс үзэхэд өндөр уулын бүсийн хүмүүст хурц хатгалгаа өвчин хүнд явцтай байгаа нь тодорхой байлаа. Тухайлбал өндөр уулын бүсийн хүмүүст тусаж буй хатгалгааны үед халуурах хугацаа ихэнх хүмүүст 4—6 хоног цаашилбал 7 хоног үргэлжилж байхад нам уулын ихэнх хүмүүст эхний 3 хоногт, цаашилбал цөөнх хэсэгт 4—6 хоногт үргэлжилж байгаагаас гадна халууны түвшин ч өндөр уулын хүмүүст илүү их байгаа ханиалгах цусархаг цэр гаргах нь өндөр уулсын хүмүүсийн дунд олонтоо тохиолдохоос гадна ихэнх тохиолдолд эхний 4—6 хоног үргэлжиж байгаа бөгөөд цөөвтөр тохиолдолд 7 хоног үргэлжилж байна. Гэтэл нам уулын бүсийн хүмүүст энэ үзэгдэл арай цөөн тоотойгоос гадна ихэнх тохиолдолд эхний 3 хоног, цөөвтөр тохиолдолд 4—6 хоногт бүрэн арилж байна. Амьсгаадах ба хөхрөх шинж өндөр уулын бүсийн хатгалгаатай хүмүүсийн дунд ихэнх тохиолдолд 10—12 хоног үргэлжилж, цөөвтөр тохиолдолд эхний 7 хоногт арилж байна. Зарим тохиолдолд 16—18 хоног амьсгаадах хэвээр байна. Нам уулын бүсийн хатгалгаатай

Уушгины хурц жатгалгаа өвчний үндсэн шинж үргэлжлэж хугацааны байдал

	Өндөр уулынхан								Нам дор газрынхан																					
	хоног								хоног																					
	1-3	4-6	7-9	10-12	13-15	16-18	19-21	22-24	25-27	28-30	31-33	1-3	4-6	7-9	10-12	13-15	16-18	19-21	22-24	25-27										
Халуун		9	2											7																
39° дээш	2	6	5											3	3															
Хуурай	2	5												7	3															
Цусархаг цэртэй		9	2											6	4															
Цээжээр өвдөх		2	6	8		2	2							14	5	1														
Амьсгаадах		1	4	7		5	3							10	7	3														
Хөхрөх			3	9		7	1							13	6	1														
Уушгины дүлий чимээ арилах						2	14	4								6	11	3												
Бронхийн амьсгал арилах							16	3	1							7	12	1												
Алсголын шуруун амьсгал арилах																														
Хоёрдогч кретааци арилах																														
Судасны лугшилт хэвийн болох			6	9	5											4	12	3	1											
Зүрхний авиа тодрох			2	8	10											3	10	4	3											
Артерийн даралт хэвийн болох																														
Улаан бөөмийн тунах хурд хэвийн болох																														
Цагаан бөөмийн тоо хэвийн болох																														
Диспротеинами арилах																														

хүмүүст амьсгаадах ба хөхрөх шинж ихэнх тохиолдолд эхний 3 хоногт, цөөвтөр тохиолдолд эхний 7 хоногт арилж байна. Уушгины дүлий чимээ болон бронхийн амьсгал сонсогдохгүй болох нь өндөр уулын бүсийн хатгалгаатай хүмүүст ихэнх тохиолдолд эхний 16—18 хоногт, нам уулын бүсэнд 10—12 дахь хоногт тус тус илэрч байна. Алевеолын ширүүн амьсгал өндөр уулын бүсийн хатгалгаатай хүнд ихэнх тохиолдолд 25—27 дахь хоногт нам уулын бүсэнд 13—15 хоногт хүртэл үргэлжилж байна. Зүрх судасны талаас гарсан өөрчлөлт судасны лугшилт хэвийн хэмжээнд орох нь өндөр уулын бүсийнхэнд ихэнх тохиолдолд 10—12 хоногт нам уулынханд 7—9 хоногт, зүрхний авиа тод болох нь ихэнх тохиолдолд өндөр уулынханд 13—15 хоногт, нам уулынханд 7—9 хоногт, артерийн даралт хэвийн хэмжээнд орох нь ихэнх тохиолдолд өндөр уулын бүсийнхэнд 22—24 хоногт нам уулын бүсийнхэнд 16—18 хоногт тус тус ажиглагдав. Цусны шинжилгээнд: улаан бөөмийн тунах хурд хэвийн хэмжээнд орох, цагаан бөөмийн тоо цөөрч хэвийн болох, цусны уурагны бүтцийн харьцаа хямрал хэвийн болох зэрэг нь ихэнх тохиолдолд өндөр уулынханд 19—21 хоногт, нам уулынханд 13—15 хоногт ажиглагдав.

Уушгины хурц хатгалгаатай хүний гадаад амьсгалын үйл ажиллагааны зарим үзүүлэлтэнд гарах өөрчлөлт ($m \pm t$)

Хүснэгт—2

Бүсийн нэр		Гадаад амьсгалын үзүүлэлт $M \pm$				
		Амьсгалын тоо (АТ)	У. А. Б. байвал зохих хэмжээнд харьцуулсан хувь	У. А. Б. Ү. байвал зохих хэмжээнд харьцуулсан хувь	У. М. А. байвал зохих хэмжээнд харьцуулсан хувь	Амьсгалын минутын эзэлхүүн л/мин
Өндөр уулынхан	7	32,0 $\pm 2,85$	65,2 $\pm 2,72$	46,6 $\pm 1,65$	62,2 $\pm 3,4$	15,1 $\pm 0,45$
	14	27,0 $\pm 2,65$	72,8 $\pm 2,92$	62,3 $\pm 2,5$	78,4 $\pm 2,6$	12,2 $\pm 0,55$
	21	20,0 $\pm 1,72$	88,6 $\pm 3,76$	66,9 $\pm 2,46$	98,3 $\pm 3,6$	8,5 $\pm 0,32$
	28	15,3 $\pm 1,68$	112,2 $\pm 2,9$	76,3 $\pm 2,58$	135,0 $\pm 4,2$	7,2 $\pm 0,32$
Нам уулынхан	7	25,0 $\pm 1,65$	76,3 $\pm 2,64$	62,6 $\pm 1,75$	75,6 $\pm 2,3$	10,0 $\pm 0,15$
	14	20,0 $\pm 2,64$	82,4 $\pm 3,71$	73,8 $\pm 2,62$	95,0 $\pm 3,2$	8,2 $\pm 0,33$
	21	16,3 $\pm 1,45$	98,6 $\pm 3,87$	98,2 $\pm 2,9$	116,0 $\pm 2,8$	6,0 $\pm 0,2$
	28	16,0 $\pm 0,5$	96,8 $\pm 3,65$	96,6 $\pm 3,82$	115,2 $\pm 3,8$	6,3 $\pm 0,12$

	Өндөр уулын бүс хоног				Нам уулын бүс хоног					
		14	21	28	35		14	21	28	35
Дэлбэн хамарсан өтгөн сүүдэр	20		15	5		20	12	8		
Уушгины угийн өргөн зураглал	20		9	11		20	12	8		
Уушгины зураглалын ихсэлт	20			13	7	20		16	4	—

Хүснэгт 2-оос үзэхэд уушгины хурц хатгалгаа өвчнөөр өвчилсөн хүмүүсийн уушгины гадаад амьсгалын үйл ажиллагааны зарим үзүүлэлт нэг минутын амьсгалын тоо--(АТ) уушгины амьдралын багтаамжийн байвал зохих хэмжээнд харьцуулсан хувь (УАБ) уушгины амьдралын багтаамжийн үлээлт байвал зохих хэмжээнд харьцуулсан хувь (УАБҮ) уушгины максимал агааржилт байвал зохих хэмжээнд харьцуулсан хувь (УМА) амьсгалын минутын эзэлхүүн (л) минутаар (АМЭ) зэрэг нь өндөр уулын нөхцөлд уул өвчин туссанаас хойш эдгэрэлтийн 4 дэх долоо хоногт хэвийн хэмжээнд орж байхад нам уулын бүсийн нөхцөлд бол 3 дахь долоо хоногтоо хэвийн хэмжээнд бүрэн орсон байдал харагдаж байна.

Хүснэгтээс үзэхэд уушгины дэлбэн хамарсан хурц хатгалгааны рентгений өтгөн сүүдэр ихэнх тохиолдолд өндөр уулын бүсийнхэнд өвчлөлийн 3 долоо хоногийн эцэст арилж байхад нам уулын бүсийнхэнд 14 дахь хоногтоо арилжээ. Уушгины угийн өтгөн зураглал ихэнх тохиолдолд өндөр уулын бүсийнхэнд өвчлөлийн 28 дахь долоо хоногт, нам уулын бүсийнхэнд 14 долоо хоногт арилж байв. Гэтэл уушгины зураглал ихсэх шинж ихэнх тохиолдолд өндөр уулын бүсийнхэнд 28 хоногийн дараа, нам уулын бүсийнхэнд 21 хоногийн дараа арилж байгаа байдал ажиглагдсан боловч уушгины зураглал өвчлөл эхэлснээс хойш 5 дахь долоо хоногийн дараа их хэвээрээ үлдэх тохиолдолд өндөр уулын бүсэд нилээд байв.

Бидний ажиглалтын үр дүнд мэдэгдсэн эдгээр байдал нь уушгины хурц хатгалгаа өвчин өндөр уулын бүсийн оршин суугчдад тусахдаа нам уулын болон тэгш нам газрын хүмүүсийнхтэй адил үндсэн шинж тэмдгүүдээр илрэх боловч явц нь удаашралтай илүү хүнд хэлбэртэй илэрч байгааг харуулав. Өндөр уулын бүсэнд өвчлөгсөд нь нам газрынхаас дунджаар даруй 10 хоногийн хожуу бүрэн эдгэрэлтэнд шилжиж байна. Бронхий спазм бүрэн арилах, уушгины зураглал хэвийн болох хугацаа өвчилснөөс хойш 5 долоо хоног хүртэл үргэлжлэх нь өндөр уулын бүсэд нилээд хэмжээтэй байна.

Иймээс уушгины хатгалгаа өвчтэй хүмүүсийг стационарт эмчлэх дундаж ор хоног газар орны онцлог, цаг агаараас хамаарч харилцан адилгүй байх төлөвтэй байна. Энэ асуудлыг зөв боловсруулах нь уул өвчнийг архаг хэлбэрт шилжихээс урьдчилан сэргийлэхийн үндэс болох ёстой.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. Плотников И. П. Сердечно—сосудистая система в период адаптации человека к условиям высокогорья. Автореф. дисс. Душанбай. 1963.

2. Миррахимов М. М. Сердечно-сосудистая система в условиях высокогорья Ленинград. 1968.

3. Гринштейн Б. Я. Некоторые показатели функциональной деятельности организма человека в условиях среднегорья и В вопросы кардиологии в условиях высокогорья. т з 14. Фрунзе. 1965.
4. Сиротинин Н. Н. Сравнительная физиология акклиматизации к высокогорному климату. В кн: Кислородная недостаточность. Киев. 1963. 3.
5. Цишнатти Н. Т. Морозов В. И. К вопросу о пневмониях в условиях высокогорья. Клин. мед. 1955. 10. 54—56.
6. Джайлобаев А. Д. Некоторые показатели функций внешнего дыхания и гемодинамики у здоровых и больных (клапанными пороками сердца) жителей высокогорья Тянь-Шаня. Автореф. дисс. Фрунзе. 1967.
7. Амадуни В. Г. Хронические обструктивные заболевания легких и высокогорный климат. Ереван 1975.
8. Истамбекова Д. Н. Хроническая пневмония в горных условиях. Ленинград 1979.
9. Hurtado A. Respiratory adaptation in the Indian natives of the Peruvian Andes. Studies at high altitude. Amer J. Physiol. Antropol 1932. 17. 137
10. Penolosa D. Jamba R, Dyer. J. Amer. Heat J. 1961, 61, 1. 101—115.
11. Grover R. F. Effects of hypoxia on ventilation and cardiac output. Ann New York. Acad. 1965 121, 3, 662
12. Wolf, G. H. Lennox W. G. Arch. Neurol a. Psychiat 1930 13. 6 107.

ОСОБЕННОСТЬ ТЕЧЕНИЯ ПНЕВМОНИИ, В ВЫСОКОГОРНЫХ УСЛОВИЯХ

А. Улзийхутаг, Л. Чагнижав

Авторами были изучены особенности течения пневмонии у коренных жителей высокогорья Гоби-Алтая. Под наблюдением находились 20 больных с долевой пневмонией в возрасте от 20 до 45 лет. Для сравнения результатов проведено наблюдение 20 больных из низменной местности (г. Сухэ-Батор)

Результаты настоящей работы показывают, что общее клиническое выздоровление от пневмонии наступает у высокогорцев при 21—28 дневном лечении, а у больных из низменной местности при 14—16 дневном лечении.

Л. МЯГМАР, С. САНДАГ

БАМБАЛЗУУРЫН ШИВЛЭЭД ХИЙСЭН ФИТОХИМИЙН СУДАЛГААНЫ ДҮНГЭЭС АНАГААХ УХААНЫ ДЭЭД СУРГУУЛЬ

Бид ардын болон шинжлэх ухааны эмнэлэгт шээс туух эм болгон өргөн хэрэглэж байгаа, манай оронд түгээмэл ургадаг бамбалзуурын шивлээд (*Equisetum atvense* L.) химийн шинжилгээ явуулж эмийн бэлдмэл болгон ашиглах зорилгоор судалгаа хийж байна.

Бамбалзуурын шивлээ тус орны Хэнтий, Хөвсгөл, Монгол-дагуур, Монгол, Дундад Халх, Дорнод-Монгол, Их нууруудын хотгор, Зүүн гарын говь зэрэг мужийн гол, мөрөн нуурын эрэг шугуй, нуга, голын хаялга, чийгэрхэг газраар тархан ургасан байдаг [1—2]

Бамбалзуурын шивлээн газрын дээрх хэсэгт сапонин, витамин С, каротин, органик хүчлүүд, аргаах бодис, алкалоид, уураг, үнслэг бодисын найрлаганд 10—25% хүртэл давс, түүний 80%-цахиурын хүчил, 10% кальци, кали, тоосондоо 38%-ийн тос, флавоноид агуулдаг байна. [3—7]

Сүүлийн үед шивлээд химийн нарийн судалгаа хийж өвслөг хэсэгт апигенин, сапонаретин, кверцетин, изокверцитарин, кемпферол зэрэг флавант нэгдэл агуулж байгааг тодорхойлсон байна [8]

Шинжилгээний дээжинд 1974, 1980 оны 7-р сард Богд уулын Зайсангийн амнаас цуглуулж хатаасан 7%-ийн чийглэгтэй өвсийг авав.

ТУРШЛАГЫН ХЭСЭГ. 1. Алкалоидыг илрүүлэх шинжилгээ. Ургамлын түүхий эдэд давс хэлбэрээр байгаа алкалоидыг аммиакар үйлчилж суурь байдалд оруулаад дараа нь органик уусгагчаар ялган авах А. И. Баньковскийн аргыг ашиглаж органик уусгачид хлорформыг хэрэглэв.

Энэ аргаар ялгамал бэлтгэсний дараа уусгагчийг ууршуулж үлдэгдлийг усанд уусган алкалоидыг тундасжуулан таних урвалжуудын тусламжтайгаар урвал хийхэд бүгдэд урвал өгөөгүй.

2. **Сапонин илрүүлэх шинжилгээ.** 1 гр хатаасан өвсийг 100 мл хлорформоор хандлан шүүгээд шүүдэст Либерман-Бурхардын урвал тавихад тодорхой урвал өгч байв. Мөн ургамлын 2% усан уусмалыг хүчтэй сэгсрэхэд үүссэн хөөсний тогтвор 60 минут арилахгүй хэвээр хадгалагдаж сапонинтой болохыг илэрхийлж байв.

3. **Аргаах бодисыг илрүүлэх шинжилгээ.** ЗХУ-ын фармакопейн аргыг хэрэглэж 2 гр жижиглэсэн ургамлыг 50 мл халуун усанд хийж идээшмэл бэлтгэж шүүгээд аргаах бодис тодорхойлох урвалууд тавьж үзэхэд аль алинд нь урвал өгч аргаах бодистой болохыг илэрхийлэв.

4. **Уургийн бодис илрүүлэх шинжилгээ.** Уургийг тодорхойлоходоо өвснөөс 30% этанол, 5% NaOH уусмалаар ялгамал бэлтгэж Биуретов, Нингидрин, Ксантопротейны урвалуудаар туршихад бүгдэд зохих урвал өгсөн.

5. **Флавоноидыг илрүүлэх шинжилгээ.** 5 г жижиглэсэн өвсийг 100 мл метаноолоор 2 хоног хандалж шүүгээд, метанолын ялгамал гарган авч ууршуулаад дараа нь үлдэгдлийг халуун усанд уусган ногоон мөхлөг бусад дагалдах бодисоос хлорформоор цэвэрлэж флавоноид илрүүлэх цианидины урвал тавьж үзэхэд улаан шар өнгө өгсөн ба 5% NaOH 1% Na₂CO₃-усан уусмалуудад тод шар өнгөтэй урвал өгч флавоноидтой болохыг илэрхийлж байлаа.

6. **Каротиныг тодорхойлох шинжилгээ.** Нунтагласан 2 г өвсийг 1 г магнийн исэл, 1 г усгүй сульфат натриг хольж нунтаглаад, адил хэмжээтэй магнийн исэл, сульфат натри хольж урьдчилан бэлтгэсэн баганцар руу хийж петролейны эфирээр каротиныг ялгаруулан уусган авч Спектроник—600E маркийн спектрофометрээр (436 мт/-д 0,072%-ын бихромат калийн стандарт уусмалтай харьцуулан каротины хэмжээг тодорхойлоход 40,8 мг% байлаа.

Бамбалзуурын шивлээд химийн чанарын шинжилгээ хийж сапонин, аргаах бодис, уураг, флавоноид, каротин зэрэг нэгдэл байгааг тодорхойллоо.

Бидний илрүүлсэн биологийн идэвхт бодисуудын дотроос флавант нэгдлүүд нилээд хэмжээтэй агуулагдаж байгаа нь тодорлоо.

Орчин үед эрдэмтдийн анхаарлыг татаж байгаа флавант нэгдлүүдийн чанар бүрэлдэхүүнийг тодорхойлохын тулд шинжилгээг гүнзгийрүүлэн хийв.

Бид эхлээд энэ ургамлын өвснөөс А. И. Сырчина, М. Г. Воронков нарын аргаар нийлбэр флавоноидыг ялгаж авсан болно.

40 г хатаасан өвс авч метаноолоор 2 хоног хандалж усанд уусгаж ногоон мөхлөгөөс салгав.

Флавоноидын усан ялгамлыг диэтилийн эфир, этилацетат, метанол, петролейны эфир, хлорформ зэрэг органик уусгагчаар үйлчилж ялгамал тус бүрд өсгөх цаасан хроматографын аргаар янз бүрийн уусгагч системд туршихад хамгийн тохиромжтой нь 30%-ийн цууны хүчил байлаа.

Хроматографын шинжилгээнд FN № 4 маркийн цаас, 1% хлор алюмины спиртийн уусмалыг тодруулагч болгон ашиглав.

Хроматографын судалгаанаас үзэхэд петролейны эфир, хлорформын ялгамалд флавоноид нэгдлүүдэд хамаарагдах бодис илрээгүй, этилацетат, диэтилын эфирийн ялгамалд 6—7 терлийн флавоноидын шинж чанар бүхий бодис илрүүллээ.

ДҮГНЭЛТ. 1. Бамбалзуурын шивлээ өвсөнд фитохимийн чанарын зарим шинжилгээгээр биологийн идэвхт флавоноид, уураг сапонин, каротин, аргаах бодистой болохыг илрүүллээ.

2. Шивлээг флавоноидын цаасан хроматографын аргаар судалж түүнд 6—7 төрлийн флавонын шинж бүхий бодис байгааг илрүүлэв.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. В. И. Грубов. Конспект флоры МНР. 1955.
2. А. Ф. Гаммерман. Курс фармакогнозии 1967. 407.
3. Д. С. Ивашин, Э. Ф. Катин. Лекарственные растения Украины 1972, 297
4. Н. Г. Ковалева. Лечение растениями. 1971. 244.
5. А. Д. Турова. Лекарственные растения СССР и их применение 1974. 375.
6. С. Шатар. Монгол орны эфирийн тос аргаар бодистой ургамал 1966. 16.
7. М. Д. Шупинская. Учебник фармакогнозии 1956. 233.
8. А. И. Сырчина. М. Г. Воронков Химия природных соединений.

НЕКОТОРЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ФИТОХИМИЧЕСКОГО ИЗУЧЕНИЯ ХВОЩА ПОЛЕВОГО ПРОИЗРАСТАЮЩЕГО В МНР.

Л. Мягмар, С. Сандаг

В результате качественного фитохимического исследования, надземной части хвоща полевого, произрастающего на нашей территории, установлено наличие флавоноидов, белков, сапонинов, дубильных веществ.

Методом хроматографии на бумаге в системах растворителей, в изучаемом виде хвоща обнаружено 6—7 веществ флавоноидной природы.

МЭРГЭЖЛИЙН ЗӨВЛӨЛГӨӨ, ХЭВЛЭЛИЙН ТОЙМ

Ю. Л. ГИРЛЯ, Л. Н. ГИРЛЯ

ЧИХРИЙН ШИЖИН ӨВЧНИЙ ҮЕД НҮҮРС-УСНЫ СОЛИЛЦОО ӨӨРЧЛӨГДӨХ НЬ

АНАГААХ УХААНЫ ДЭЭД СУРГУУЛЬ

Нүүрс-ус нь хүн амьтан, бактер ургамалд байдаг байгалийн нэгэн чухал бодис юм. Нэг атом нүүрстөрөгчид нэг молекул ус ноогддогос ийнхүү нүүрс-ус гэж нэрлэнэ.

Бүх амьд махбодод нүүрс-ус харилцан адилгүй хэмжээтэй агуулагдана. Хүн болон амьтны биеийн хуурай жингийн 2 орчим хувь ургамлын 80 хувийг нүүрс-ус эзэлнэ. Байгальд хамгийн их тархсан бодис нь нүүрс-ус юм. Ургамал гэрлийн энергийг шингээн ус, нүүрс хүчлийн хийгээс нүүрс-ус нийлэгжүүлнэ. 6 молекул нүүрсхүчлийн хий, 6 молекул уснаас нарны гэрлийн энергийн нөлөөллөөр нэг молекул глюкоз нийлэгжиж атмосферт 6 молекул хүчилтөрөгч ялгаруулна. Энэ урвалыг фотонийлэгжилт гэж нэрлэдэг. Ногоон ургамлын хлорофиллын оролцоотой явагддаг нүүрс-усны фотонийлэгжилт манай гаригийн амьдралын үндсэн үйл ажиллагаа бөгөөд олон талын ач холбогдолтой юм. Үүнд:

1. Хүн, амьтан нарны энергийг шууд өөртөө хэрэгцээт зүйл болгон авч чадахгүй бөгөөд ургамал болон амьтныг хүнс хоолондоо хэрэглэн, өөрөөр хэлбэл тойруу замаар авдаг.

2. Тэжээллэг органик бүх бодис, бодисын солилцооны процессод нүүрс-уснаас үүснэ.

3. Нүүрс-усны фотонийлэгжилт нь хүчилтөрөгч хуримтлуулж атмосфер үүсдэг учраас амьдралыг тэтгэгч болдог.

Байгальд химийн бүтэц болон физиологийн ач холбогдлоороо адилгүй глюкоз, фруктоз, сахароз, лактоз, ургамлын тэжээлийн нөөц болох нийлмэл сахар-крахмал, амьтны тэжээлийн нөөц-гликоген зэрэг нүүрс-усны бүлэг олон тоотой байна. Крахмал, гликоген нь хоол боловсруулах үйл ажиллагааны явцад энгийн сахар глюкоз болтлоо задарна.

Хүний бие махбодын 60—70 орчим хувь энерги нүүрс-уснаас үүснэ. Үүнээс гадна нүүрс-ус хүний биеийн оролцож гликоген байдалтайгаар тэжээлийн нөөц болж, бактер түүний токсиноос хамгаалах зэрэг олон үүрэг гүйцэтгэнэ.

Нүүрс-усны солилцоог хоол боловсруулах эрхтэнд боловсрох шимэгдэх цусаар дамжин эд эрхтэнд тархах, эцэст нь эс доторхи гэж ангилан үзэж болно. Катаболизм буюу задрах зам, анаболизм буюу нийлэгжих гэсэн 2 гол чиглэлээр нүүрс ус эсийн дотор олон янзын өөрчлөлтөд орно.

Нүүрс-усны задралын үед энерги үүсч фотонийлэгжилтээр ургамалд хуралдан эцсийн дүнд нүүрстөрөгч, ус болон байгаль орчинд ялгарна. Биологийн катализатор ферментийн оролцоотой явдаг биохимийн угсраа хэлхээсэн урвалыг нүүрс-усны солилцооны зам гэнэ.

Нүүрс-усны солилцооны ферментийн идэвхийг нэг талаас нүүрс-ус өөрөө, нөгөө талаас мэдрэлийн систем, гормоны үйлчилгээ зохицуулна. Аль нэг ферментийн идэвх өөрчлөгдвөл нүүрс-усны солилцооны эмгэг илэрнэ. Энэ эмгэг нь төрөлхийн буюу удамшлын өвчин эсвэл олдмол буюу ямар нэг өвчний дараагаар илэрч болно. Нүүрс-усны солилцооны өөрчлөлт ямар нэг өвчний эсвэл хэд хэдэн өвчний шинж болж илрэх тохиолдол бий. Үүний жишээ болгож пилээд сайн судлагдсан элбэг тохиолддог чихрийн шижин өвчнийг авч үзье.

Нойр булчирхайн өвөрмөц эсээс ялгардаг инсулин гэдэг гормоны дутагдлаас чихрийн шижин үүснэ. Энэ өвчний үед цусны сахарын хэм-

жээ ихсэх бөгөөд үүнийг гипергликеми гэх ба үүний зэрэгцээ цусан дахь кетоны биес нэгэн адил ихсэнэ (гиперкетонеми).

Глюкоз, кетоны биес нь эрүүл хүний шээсээр ялгарахгүй, харин чихрийн шижний үед глюкозури, кетонури болно. Энэ шинж тэмдэг ямар механизмаар үүсдэг вэ? Хүний биед хоол ундаар орсон глюкоз гэдсээр шимэгдэн цусанд орох бөгөөд түүнийг идэвхгүй хэлбэрийн гэж нэрлэх ба бие махбод түүнийг тэр чигээр нь хэрэглэдэггүй.

Глюкоз, фосфорийн хүчлийн үлдэгдэл аденизинтрифосфатын энергитэй нэгдэж гексокикоза ферментийн нөлөөллөөр фосфоржин идэвхжинэ. Ингэж идэвхижсэн глюкоз нийлэгжих ба задрах бүх урвалд орж чаддаг. Инсулин идэвхгүй хэлбэрийн глюкозын идэвхжих процессийг зохицуулан мөн цуснаас глюкоз шимэгдэн эсэд орох процессийг түргэтгэх, фосфорын хүчлийн үлдэгдлээс глюкоз салахыг саатуулах үүрэгтэй болох нь нотлогдсон юм. Өөрөөр хэлбэл идэвхжсэн глюкоз идэвхгүй байдалд шилжихийг саатуулан барьж түүний биед шингэх нөхцөлийг хангана. Инсулин багасах эсвэл байхгүй болох явдал чихрийн шижин өвчний үед ажиглагдах үүнээс шалтгаалан глюкозын идэвхжих процесс өөрчлөгдөн, түүний цуснаас эсд шимэгдэх ажиллагаа саатан, идэвхжсэн глюкоз эргэж идэвхгүй хэлбэрт ордог байна.

Махбодод энерги байнга шаардлагатай учраас энерги дутагдах үед эс, эд эрхтэнээс төв мэдрэлийн системд дохио очиж бие өөрийн нөөц нүүрс-усыг хэрэглэдэг. Элэг, булчингийн гликогений задрал хүчтэй болж, цусанд байх глюкозын хэмжээ ихсэх боловч, шимэгдэх идэвхжих үйл ажиллагаа дээр дурдсан шалтгаанаас хангалтгүй хэвээр байх болно. Ингэж цусны глюкозын хэмжээ ихсэж (гипергликеми) чихрийн шижний анхны шинж илэрдэг. Цусанд глюкоз ихсэж, эсэд глюкозын дутагдал маш хурц болно. Хоол ундаар биед орж цусны найрлаганд байх глюкозыг экзогений, махбодын нөөцөөс орсныг эндогений гэж нэрлэнэ. Энэ хоёр глюкоз идэвхжихгүйгээр бодисын солилцоонд оролцохгүй юм. Цусан дахь сахар хэвийн хэмжээнээс ихсэн „бөөрний хориг“-оос давахад шижин өвчний хоёрдахь шинж болох глюкозури болдог.

Чихрийн шижин өвчин хүндрэх тутам цусанд байх сахарын хэмжээ ихсэж, шээсээр ялгарах нь улам нэмэгдэнэ.

Чихрийн шижинтэй өвчтөн нүүрс-усны солилцооны ихээхэн хямралыг тэсвэрлэн олон жил амьдарч чаддаг. Үүний учрыг эрдэмтэд бие махбодын эзэнгшлээр тайлбарладаг. Хүний бие махбод дотоодын хэрэгцээндээ нүүрс-усны оронд уураг, өөх тосыг хэвийнхээс давуутай хэрэглэнэ. Аминхүчил болон өөхний хүчлээс кетохүчлүүд үүсэх бөгөөд энэ нь уураг, өөх тосны солилцооны ердийн бүтээгдхүүн юм. Тэгвэл шижин өвчтэй хүний биед үүсэх кетон хүчил хэвийнхээс илүү болж цусанд байх түүний хэмжээ ихсэж гиперкетонеми болно. Үүнээс уламжлан бөөрөөр ялгарах кетоны биес ихсэн кетонури болдог. Нүүрс-усны оронд уураг, өөх тосны хүчтэй задралаар илрэх бие махбодын эзэнгших ажиллагаа эцэстээ сөрөг нөлөөлөл үзүүлж хүчиллэг бүтээгдэхүүн биед хуралдахад хүргэдэг. Хүчиллэг бүтээгдэхүүн тухайн үедээ буферийн системийн шүлтийн нөөцийг багасгаж нилээд түвэгтэй хүндрэл үүсгэнэ. Үүнийг ацедоз гэнэ. Эдгээр өөрчлөлт зөвхөн чихрийн шижин өвчний үед гарах олон өөрчлөлтийн нэгэн хэсэг бөгөөд бусад өвчний үед ч илэрч болохыг дурдах нь зүйтэй юм.

Нүүрс-усны солилцоо хэд хэдэн замаар явж болох тухай дээр дурдсан бөгөөд тэдгээр нь цөм ямар нэгэн ферментийн зайлшгүй нөлөөллийн дор янз бүрийн урвал байдлаар үргэлжилнэ. Ямар нэг ферментийн идэвх өөрчлөгдөхөд нүүрс-усны солилцоонд гажуудал болж тэр нь янз бүрийн хэмжээний эмгэг байдлаар илэрнэ. Хэрэв гол ферментийн идэвх өөрчлөгдвөл өвчин хүнд хэлбэрээр явна. Харин бие мах-

бодын эзнэгшилт хүчтэй бол өвчин хөнгөн, эсвэл бүр нууц хэлбэрээр байж болно. Нүүрс-усны солилцооны эмгэгийг тухай бүр илрүүлэх явдал өвчний хүндрэлээс урьдчилан сэргийлж, эмчлэхэд тус болно.

Г. ДЭМИД, Д. МИШИГДОРЖ

ТҮНХНИЙ ТӨРӨЛХИЙН МУЛТРАЛТЫН ЭМЧИЛГЭЭ

АНАГААХ УХААНЫ ДЭЭД СУРГУУЛЬ

Манай орны хүн амын дунд 5000 төрөлт тутамд түнхний төрөлхийн мултрал 1—2 тохиолдож байгаа ба хангайн бүсэнд говийн бүсээс араг илүү байна.

Түнхний төрөлхийн мултралыг хөнгөн, дунд, хүнд гэж гурван хэлбэр болгон тэдгээрээс хамаарч эмчилгээний арга, үр дүн нь өөр байх боловч хамгийн чухал нь нярайн үед урьдчилан сэргийлэх үзлэгийг чанар сайтай явуулж эрт илрүүлэн эвийн аргаар эмчлэх явдал туйлын ач холбогдолтой юм.

Нярай хүүхдийн дунд урьдчилан сэргийлэх үзлэг явуулж эхний 7 хоногт буюу нэг сарын дотор энэ согогийг илрүүлэн засалт эмчилгээ хийхэд уул мултрал нь 3—6 сарын дотор бүрэн эмчлэгдэж байна.

ЗХУ-д төрөлхийн согогоос урьдчилан сэргийлэх эмчлэх ажлыг гурван чиглэлээр явуулж байна.

1. Зөвлөлт Украины М. И. Ситенкогийн нэрэмжит гэмтэл согогийн төв институтээс зохион байгуулан бүх нярай хүүхдийг эхний гурван сарын дотор үзлэгт бүрэн хамруулж илэрсэн согогийг эвийн аргаар эмчилдэг байна.

2. Ленинградын бүс нутагт районуудын дунд гэмтэл согогийн диспансерууд ажиллаж нярай хүүхдүүдэд урьдчилан сэргийлэх үзлэгийг тогтмол явуулж илэрсэн согогийг эрт эмчилж байна.

3. Москвагийн гэмтэл согогийн төв институтээс, эх нялхсын байгууллагад ажилладаг бүх эмч мэргэжилтнүүдэд элбэг тохиолддог төрөлхийн согогуудыг илрүүлэх эмчлэх талаар мэргэжлийн зөвлөлгөө өгч тогтмол хичээл заахын хамт, район бүрт нарийн мэргэжлийн эмч нар ажиллаж, илэрсэн согог, үе мөчний янз бүрийн гаж буруу хөгжлийг онош тавьсан едрөөс тус тусын зохих эмчилгээнд оруулдаг заншил тогтжээ.

ЗХУ-д согог илрүүлж эмчлэх, диспансерийн хяналт тогтоох ажиллагааг томоохон хотын гэмтэл согогийн төв эмнэлгийн эмч мэргэжилтнүүд шууд удирдаж дараахь дөрвөн үндсэн зарчмаар ажиллаж байна.

1. Төрөх газар, ясли цэцэрлэг, хүүхдийн амбулатори, хэсгийн системд ажиллаж буй эмч нар үндсэн үзлэгийн зэрэгцээ заавал согог илрүүлэх үзлэг явуулдаг.

2. Согогийн шинж тэмдэгт буюу эргэлзээтэй хүүхдийг гэмтэл согогийн нарийн мэргэжлийн больницод яаралтай шилжүүлдэг.

3. Бүх бүртгэгдсэн хүүхдийг хяналтандаа авч хүүхдийн өсөлт хөгжилтийн явцад шаардлагатай бүх эмчилгээг эвийн аргаар хийдэг.

4. Түнхний төрөлхийн мултрал болон бусад согогтой хүүхдийг диспансерийн хяналтанд авч, нарийн бүртгэл гарган уг хүүхдийг бүрэн эрүүлжих хүртэл олон талын зохих арга хэмжээнд цаг алдалгүй тогтмол оруулдаг зэрэг хэвшил бүрэн тогтоод байна.

Манай оронд 1960 оноос эхлэн төрөлхийн согогуудыг мэргэжлийн больницод эмчлэх болж 1968 онд Эрүүлийг хамгаалах Яамны сайдын

тушаал гарснаар Улаанбаатар хот, аймгийн төвийн бүх төрөх газарт согог илрүүлэх үзлэг хийгдэж эхэлсэн билээ.

Гэвч уг үзлэг бүрэн жигдрээгүйн улмаас төрөлхийн согогтой хүүхдүүдэд нярай үеэс нь эхлэн эвийн эмчилгээ хийхгүй, хөдөө орон нутгаас мэс заслын эмчилгээнд ирсэн зарим өвчтөн эмчилгээ хийвэл зохих наснаас хэтэрхий оройтож байгаа зэрэг зохисгүй явдал үзэгдсээр байна.

Ийм учраас манай нийт эмч нар, ялангуяа эх нялхсын байгууллагын эмч мэргэжилтнүүдийн өмөө согог илрүүлэх үзлэгийг ЗХУ-ын эмч нарын туршлагаар эхний сард (нярай үед нь) тогтмол чанартай хийж занших, шинээр илэрсэн согогтой хүүхдийг заавал мэргэжлийн эмчид үзүүлэн зөвлөлгөөг авч эвийн эмчилгээг аль болох эрт эхлэх шаардлага зүй ёсоор тавигдаж байна.

Үүний зэрэгцээ хөдөө орон нутагт ажиллаж байгаа гэмтэл согогийн болон мэс заслын эмч нар өөрсдийн харъяа газруудын согог илрүүлэх урьдчилан сэргийлэх үзлэгт тогтмол хяналт тавьж мэргэжлийн зөвлөлгөө өгч байх нь зүйтэй юм.

Түнхний төрөлхийн мултралыг ерөнхийд нь 3 зэрэг болгож үзнэ.

1. Мултралын өмнөх үе дунд чөмөгний жинс үений тогоо хоёр хэвийн байрлалд байх боловч үений уут сунаж, тохироо нь алдагдсан байна.

2. Хагас мултрал чөмөгний жинс үений тогоо хоёрын харилцан байршилт бага зэрэг өөрчлөгдсөн байна.

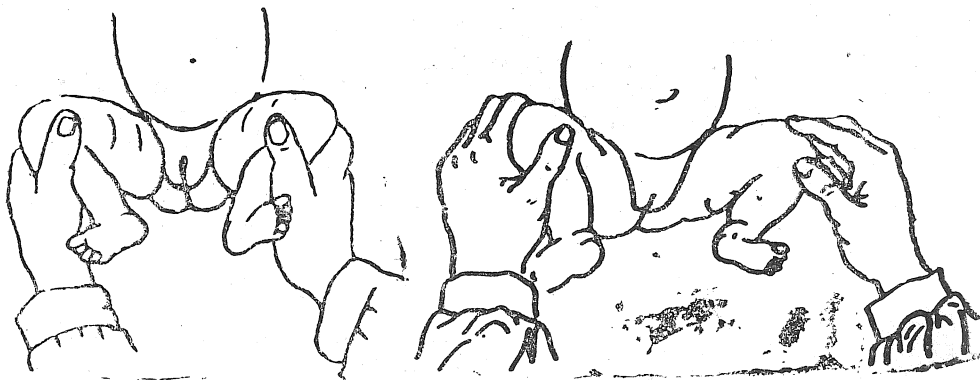
3. Түнхний төрөлхийн мултрал дунд чөмөгний жинс үений тогооны гадна талд байрлана.

Нярай хүүхдийн түнхний төрөлхийн согогийг илрүүлэн оношлоход хялбар биш боловч дараахь шинж тэмдгүүдийг үндэслэн онош тогтооно.

1-р шинж: Хүүхдийг нуруугаар нь хэвтүүлж, түнх, өвдөгний үеэр нь 90° орчим нугалж, хоёр түнхний үеэр алцайлгах ба хавчих хөдөлгөөн хийнэ. Энэ үед эмч 2 гарынхаа эрхий хуруугаар хүүхдийн 2 өвдөгний дотор талаас барьж, бусад дөрвөн хуруугаараа дунд чөмөгний их төв гөр дээр дарсан байна.

Энэ байрлалд түнхний үеэр гадагшлах хөдөлгөөн хийх үед мултрал засагдаж, дотогш хумих хөдөлгөөн хийхэд чөмөгний жинс дахин мултарснаас өвөрмөц дуу гарах ба энэ нь эмчийн гарт тодорхой мэдрэгдэнэ. Үүнийг симптом „Шелчка“ буюу гулсалтын шинж тэмдэг гэнэ. Энэ нь төрсний дараахь 4—14 хоногт ажиглагдана.

2-р шинж: Дээрх байрлалаас хоёр хөлийг түнхний үеэр алцайлгахад согогтой талдаа алцайлт хязгаарлагдсан байна. Хэрэв хоёр талын мултрал байвал хоёр талдаа алцайх хөдөлгөөн хязгаарлагдана.

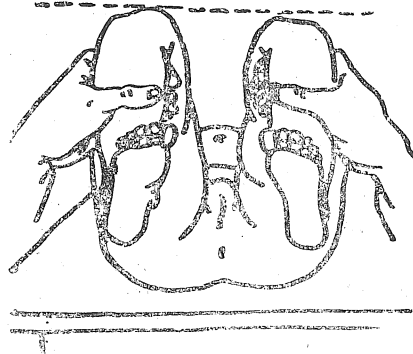


Зураг 1.

Зураг 2.

Энэ шинж тэмдэг нь гуяны дотор талын булчингуудад төрөлхийн хомсдолт (контрактур) үүссэнтэй холбоотой юм. Энэ шинж тэмдэг нь бага насны хүүхдүүдэд улам тодордог тул хүүхдэд зөвлөлгөө өгөх газруудад уул согогийг илрүүлэн оношлоход хялбар байдаг.

3-р шинж: Нэг талдаа согогтой бол хөлийн богиносолт ажиглагдана. Үүнд: Хүүхдийг нуруугаар нь хэвтүүлээд өвдөг түнхээр 90° орчим нугалж доош дарахад өвдөг ижил биш түвшинд байрлана. Эсвэл хөлийг жийлгэж, зүүн гараар хсёр өвдөг дээр нугаруулахгүйн тулд зөөлөн дарж баруун гарын алгаар хоёр тавхайнаас дээш нь жигд түлхэлт хийхэд согогтой талын хөл богиносож ирнэ.



Зураг 3.

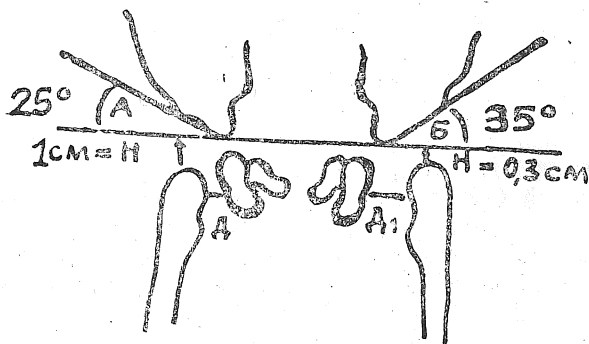
4-р шинж: Согогтой талын хөл гадагшаа эргэсэн байна. Энэ нь хүүхэд унтах юм уу хөлөө жийж тайван байх үед хөлийн тавхайн эмгэгтэй талдаа гадагшаа бага зэргийн эргэлттэй байх нь эрүүл талын хөлөөс ялгарна.

Энэ бол нэг талын согогийн үед байх боловч хэрэв 2 талдаа байвал 2 хөлийн тавхай хоёулаа гадагш эргэлттэй байна.

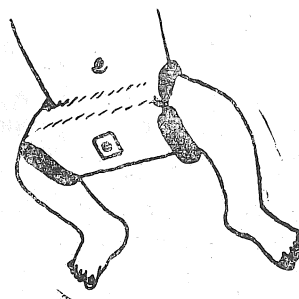
Энэ шинж тэмдэг үений уут сунасан үений тогоо чөмөгний жинс хоёр тохироогүй байгаагийн илрэл бөгөөд гадагш дотогш хөлийн тэнхлэгийн дагуу эргэх хөдөлгөөн шалгаж үзвэл ихэссэн байна.

Тавдугаар шинж: Хүүхдийн өгзөг гуяны нугалаас хсёр талдаа ижил биш байдаг. Үүнийг үзэхдээ хүүхдийн ар өвөр талаас ажиглалт хийнэ. Хэрэв гуя өгзөгний нугалаас нэг талдаа гүнзгий бөгөөд олон байвал тэр талд согог байгааг гэрчилнэ.

Ажиглалтаас үзэхэд өгзөгөөр төрүүлсэн хүүхдүүдэд энэ согог их тохиолдож байгаа нь ураг эхийн хэвлийд буруу байрлалтэй байснаас түнхний үений согог үүсдэг байж болох юм. Хэрэв нярай хүүхдэд дээрх шинжүүд илэрвэл, оношийг бататгахын тулд, рентген зураг авах шаардлагатай. Рентген зургаар оношийг бататгахын тулд бид уул зураг дээр тусгай шугамууд татаж хэмжилтүүдийг хийдэг. Энэ нь эхний 3 сард хүүхдийн аарцаг түнхний яскилт бүрэн явагдаагүй ихэнхдээ мөгөөрс байдагтай холбосотой юм.



Зураг 4.



Зураг 5.

Үүнд 1 дүгээр хөндлөн шугамыг хсёр талын үений тогооны ёроолыг дайруулан татна. Дараа нь үений тогооны ёроолоос дээд хөмгийг дайруулан хоёр талд ижил налуу шугам татахад А—В гэсэн 2 өнцөг үүснэ. Үүнийг Хильгенрейнерийн байгууламж (схем) гэнэ.

Энэ байгууламжаа тооцоолон дүгнэхдээ эхлээд А, В, хоёр өнцөг 30°-аас их багыг хэмжинэ. Хэрэв баруун тал буюу А өнцөг нь 25° байхад зүүн тал буюу В өнцөг нь 35° байвал зүүн талын мултрал байна гэж үзнэ. Хоёр өнцөг нь хоёулаа 30°-аас ихэссэн байвал 2 тал нь мултархай гэж үзнэ.

Дараа нь хоёр талын дунд чөмөгний булууг эхний татсан хөндлөн шугам ба 2 талын сүүжний тогоонд аль хир ойр хол байгаа зэргийг хэмжинэ. Дээрх зүүн талын согогийн үед Н-зай нь А өнцгийн талд 1 см, В өнцгийн талд 0,3 см байх, сүүжний тогоо дунд чөмөгний булуу хоёрын хоорондох зай (Д) нь А өнцгийн талд ойр, В өнцгийн талд Д₁ нь холдсон байвал зүүн талдаа мултрал байгааг гэрчилнэ.

Иймд үений тогооны өмцөг 30°-аас ихэж, дунд чөмөгний булуу мултралтай талдаа эхний татсан хөндлөн шугаманд ойртож сүүжний яснаас гадагшаа холдож байрласан байдаг байна. Харин төрөлхийн дутмаг хөгжилт юм уу мултралт байвал жинсний ясжилт нь эрүүл талаасаа хожуу тодрох ба харьцангуй хэмжээгээр жижиг байдаг.

Дээр үеэс эхлэн түнхний төрөлхийн мултралыг битүүгээр засах эмчилгээний аргыг хэрэглэж байсан боловч уул мултралыг хүчээр засаж удаан хугацаагаар үений хөдөлгөөнийг хязгаарласан боолт хийж байснаас эмчилгээний үр дүн муутай байв.

Орчин үед уул согогийн эмчилгээний үр дүнг эрт илрүүлж эмчилгээнд бүрэн хамруулах ажиллагаатай шууд холбоотой гэж үзэж байна. Үүнд:

1. Түнхний мултрал, дутмаг хөгжлийн шинж тэмдэг илрэх л юм бол тэр дор нь эмчилгээг яаралтай эхлүүлэх.

2. Хэрэв зураг дээр дисплази илрээд, клиникээр шинж тэмдэг мэдэгдэхгүй үед нь зохих эмчилгээг мөн л яаралтай журмаар эхлүүлэх.

3. Аль нэг өрх айлд түнхний төрөлхийн согогтой хүүхэд урьд өмнө төрж байсан бол тэдний дараачийн бүх хүүхдийг таван нас хүртэл диспансерийн хяналтанд авч эмчилэх шаардлагатай гэж үзэж байна.

Ер нь 2 нас хүртэлх хүүхдийн түнхний төрөлхийн мултралыг эвийн аргаар эмчлэх ба түүнээс дээш насанд мэс заслын эмчилгээ хийдэг.

Эвийн эмчилгээний арга нь түнхний ба гуяны дотор талын булчинд иллэг хийх хөлийг алцгар байранд өлгийдэхээс эхэлнэ. Үүний тулд хоёр гуяны хооронд живх маягийн өргөвтөр зөөлөн жинтүү хийж өлгийдөөд 2 сартайгаас нь эхлэн тусгай дөрөөвчин татуургаар хсёр хөлийг мөн л алцгар байрлалд тогтмол байлгаснаар 3—6 сарын дотор уул мултрал бүрмөсөн засагддаг байна. Жишээ нь: төрөх тасагт илрүүлэн эмчилсэн тохиолдолд хагас мултрал буюу (төрөлхийн) дутмаг хөгжилтэй үед 3—4 сар жинхэнэ мултралын үед 5—6 сарын хугацаа орно.

6-сараас 3 нас хүртэлх хүүхдийн түнхний төрөлхийн мултралыг эвийн аргаар эмчлэхэд тусгай гөлтгөнөн боолт татуургуудыг хэрэглэх шаардлага гарах ба бүрэн засагдаагүй буюу зарим нэг анатомийн гүнзгий өөрчлөлттэй түнхний үед мэс засал хийнэ.

Түнхний үеэр хөдөлгөөнтэй болгох мэс ажилбарыг 10 хүртэлх насны хүүхдүүдэд хийж байгаа боловч эмчилгээний үр дүн нь нас ахих тулам буурдаг юм. 10-аас дээш насанд түнхний үеэр хөдөлгөөнгүй болгож зовиур шаналгаа арилгах, доголдохгүй болгох чиглэлийн мэс заслын эмчилгээ хийж байна.

Ийм учраас түнхний үений согог илрүүлэх үзлэгийг нярай үед нь тогтмол хийж, дээр дурдсан эвийн болон мэс заслын эмчилгээг зөвлөлтийн туршлагаар эрт эхлэх нь чухал гэдгийг манай эмч мэргэжилтнүүд анхаарч ажиллах хэрэгтэй.

Одоо ЗХУ-д томоохон хотуудын гэмтэл согогийн эмнэлэг, институт эх нялхсын байгууллагатай хамтарч согог илрүүлэх үзлэг зохион байгуулж удирдан, эвийн эмчилгээг эрт эхлүүлснээс тодорхой үр дүнд

хүрч түнхний үеий дутмаг хөгжилтийг физиологийн аргаар эдгэрүүлэн засч байна. Энэ нь гарч болох мэс заслын хүндрэлүүдээс сэргийлэхээс гадна мэс заслын эмчилгээний нийт төсвөөс жил бүр 25—30 мянган рубль хэмнэж байгаа зөвхөн Киев хотын гэмтэл согогийн эрдэм шинжилгээний институтын туршлагыг дурьдахад л бидэнд бүх талаараа ойлгомжтой байна.

Б. ЛУВСАН—ЕНДОН, Ө. ЖУГДЭР

ХҮЧИЛ ШҮЛТИЙН ТЭНЦВЭРИЙН ХАЗАЙЛТ ТҮҮНИЙГ ТОГТВОРЖУУЛАН ТЭНЦҮҮЛЭХ АСУУДАЛ

ЭХ НЯЛХСЫГ ХАМГААЛАХ ЭРДЭМ ШИНЖИЛГЭЭНИЙ ХҮРЭЭЛЭН

Хүний бие махбодын эд эрхтэний үйл ажиллагаа нь тогтвортой дотоод орчныг шаарддаг. Дотоод орчны тогтвортой энэ байдлыг физиологчид гомеостаз гэж нэрлэдэг. Бие махбодын доторхи хүчил шүлтийн тэнцвэрийн тогтвортой байдал нь буферын системийн оролцоотойгоор уул тэнцвэрээ хадгалж байдаг.

Хүчил шүлтийн тэнцвэр бодисын солилцооны хэвийн ажиллагааг ямар нэг хэмжээгээр тодорхойлдог бөгөөд энэ тэнцвэр ялимгүй өөрчлөгдөхөд ферментийн системийн идэвхт үйлчилгээг өөрчлөн улмаар бодис, энергийн солилцооны хямралд хүргэж, цусан дахь PH-ын хэмжээ өөрчлөгдөнө.

Эрүүл хүний цус сулавтар шүлтлэг (PH 7,35—7,45) байдаг. Ураг, эхийнхээ эдийн солилцооны нөлөөн дор торнин хөгжиж байдаг учир түүний төрөх үеийн артерийн цусны PH 7,28, венийн цусны PH 7,26 байхыг хэвийн хэмжээ гэж үзнэ. Хүчил шүлтийн тэнцвэр алдагдахад цусны „амьсгалын үйл ажиллагаа“ өөрчлөгдөн үүнтэй уялдаатайгаар эдүүдийн доторхи бодисын болон эдийн солилцооны шинж чанар хувирч, цус шүлтших (Алкалоз), эсвэл хүчилжих (ацидоз) байдалд ордог.

Цусны хүчил шүлтийн тэнцвэр алдагдаж хүчиллэг юмуу шүлтлэг болсныг клиникийн практикт цусны PH, PCO₂-цусан дахь нүүрс хүчлийн хийн парциаль даралт, BE—суурийн буферын хазайлт, SB—стандарт бикарбонат зэргээр шүүн тунгааж оншилдаг. Хүчил шүлтийн тэнцвэрийн өөрчлөлтөөс үүсэн гарч байгаа шүлтжих ба хүчилжих нь гарал үүслийн хувьд амьсгалын (респиратор), эдийн солилцооны (метаболик) гэж хуваагддаг.

Амьсгалын гаралтай хүчилжилт гэдэг нь уушгины альвеолын агааржилтын багтаамж багассанаас юмуу нүүрс хүчлийн хий их хэмжээгээр үүсэж бие махбодод нүүрсний хүчлийн илүүдэл болоход гарч байгаа бие ажиллагааны эмгэг (патофизиолог) байдал юм. Амьсгалын гаралтай хүчилжилтийн үед тэгшитгэн тэнцүүлэх үндсэн эрхтэн нь бөөр юм.

Амьсгалын гаралтай шүлтших (алкалоз) гэдэг нь уушгины альвеолын агааржилтын багтаамж хэт ихэдсэний үр дүнд буюу бие махбодод нүүрс хүчлийн хий дутагдсанаас үүсэж байгаа бие ажиллагааны эмгэг байдал юм. Бие махбодоос нүүрс хүчлийн хийг (CO₂) хэт их гаргаснаас болж цусанд PCO₂ багасаж харин PH ихэсдэг. Ийнхүү PH ихэссэнээр эсийн доторхи шингэнээс устөрөгчийн хэсэг ионууд эсийн гаднах шингэний калийн ионы оронд шилжин очиход хүргэдэг.

Эдийн солилцооны гаралтай хүчилжилт гэдэг нь дэгдэмтгий биш хүчил (H₂CO₃) цусанд илүүдсэнээс үүсч байгаа бие ажиллагааны эмгэг байдал юм.

Хүчилтөрөгчийн дутагдал, цус алдалт, зүрхний үйл ажиллагааны болон цусны урсгалын сулрал зэргээс болж цусанд дэгдэмтгий биш хүчил илүүдэл болтлоо хуралддаг. Ийм гаралтай хүчилжилтийн үед

тэгшитгэн тэнцүүлэх үндсэн эрхтэн нь уушги юм. Уушгины альвеолын агааржилтын багтаамжийг ихэсгэснээр нүүрс хүчлийн хийг ихээр гарган цусны PCO_2 -ыг бууруулж, pH -ыг сулавтар хүчиллэг болгоно. Өөрөөр хэлбэл амьсгалын замыг чөлөөтэй болгосны дараа O_2 + гелий буюу $O_2 + CO_2$ -ын тодорхой харьцааны холимгийг даралтаар өгч амьсгалуулна гэсэн хэрэг юм.

Эдийн солилцооны гаралтай шүлтших гэдэг нь цусанд дэгдэмхий биш суурь илүүдэл болж хуралдсанаас үүсч байгаа бие ажиллагааны эмгэг юм. Энэ үед цусны PCO_2 ихсэж, pH нь шүлтлэг тал руу нилээд хэлбийдэг. Энэ учраас ийм үед шүлтийн уусмалыг хэрэглэхийг эрс хориглоно.

Хүчил шүлтийн тэнцвэрийн өөрчлөлтөөс үүсч байгаа эдийн солилцооны ба амьсгалын гаралтай бие ажиллагааны эмгэг байдлуудыг BE -суурийн буферын хазайлтын тусламжтай хялбархан ялган оношилж болдогт клиникийн ач холбогдол оршиж байгаа юм. Эдийн солилцооны гаралтай хүчилжилтийн үед BE (-) утгаар, түүний шүлтжилтийн үед (+), амьсгалын гаралтай хүчилжилтийн үед (+) утгаар, түүнийг шүлтшилтийн үед (-) утгаар тодорхойлдог юм. (-) утга нь суурийн дутагдал, (+) утга нь суурийн илүүдэл гэсэн үг юм.

Цусны pH , PCO_2 , BE , SB үзүүлэлтүүд бие ажиллагааны дээрх эмгэг байдлуудын үед ямар харьцаатайгаар илэрч байгааг бид өөрсдийн ба гадаадын судлаачдын үзүүлэлтүүдтэй харьцуулан үзэж оношилгооны ач холбогдол өгөх дараахь хүснэгтийг практикийн эмч нарт зориулан зохиов.

Хүснэгт 1

Ү зүүлэлт	Насанд хүрэгчдийн хэвийн хэмжээ (О. Сүхбаатар 1978)	Нярай хүүхдийн хэвийн хэмжээ Д Ичинхорлоо (1980)	Амьсгалын гаралтай		Эдийн солилцооны гаралтай		Холимог гаралтай хүчилжилт
			хүчилжилт	шүлтжилт	хүчилжилт	шүлтжилт	
pH	$7,37 \pm 0,01$	$7,25 \pm 0,07$	-	-	-	+	-
PCO_2	$38,9 \pm 0,4$ мм. муб	$41,4 \pm 2,09$ мм. муб	+	-	-	+	+
BE	$-2,1 \pm 0,28$ мэк/л	$-9,01 \pm 0,7$ мэк/л	+	-	-	+	+
SB	$21,2 \pm 0,18$ мэк в л	$15,82 \pm 1,4$ мэк в л	-	-	-	-	-

+ тэмдэг нь хэвийн хэмжээнээс дээш

- тэмдэг нь хэвийн хэмжээнээс доош

N—хэвийн хэмжээнд гэсэн утгыг заана.

Энэ хүснэгтээс харж хүчил шүлтийн тэнцвэр алдагдсанаас болж ямар гаралтай хүчилжилт, шүлтшилт болж байна, эсвэл холимог гаралтай юмуу гэдгийг ялган оношлох боломжтой гэж үзэж байна.

ХҮЧИЛ ШҮЛТИЙН ТЭНЦВЭРИЙН АЛДАГДЛЫГ ЗАСАХ АРГА.
Гадаадын болон манай судлаачдын клиникийн ажиглалт, судалгаанаас үзэхэд эх барихын эмгэгүүдийн үед хүчил шүлтийн тэнцвэр гол төлөв хүчилжилт талруугаа өөрчлөгдөж, эдийн солилцооны гаралтай хүчилжилт давамгайлж байна.

Эдийн солилцооны гаралтай хүчилжилтийг засахын тулд юуны урьд түүнийг буй болгодог цус алдалт, хордлого зэргийг зогсоох юмуу ба-

гасгах, зүрхний ажиллагааг сайжруулах, эргэх цусны хэмжээг ихэсгэн хүчилтөрөгчөөр хангах, амьсгалыг жигдрүүлэн сэргээх, бие махбодоос хүчилжсэн бүтээгдхүүнийг зайлуулахын тулд элэг, бөөрний үйл ажиллагааг тэтгэх зэрэг арга хэмжээг яаралтай авах нь чухал юм.

Эмчилгээний талаар нярай хүүхэд дээр жишээ болгон авч үзвэл бүтэлтэй төрсөн нярайн амьсгал ба зүрхний үйл ажиллагааг сэргээн ажиллуулсны дараахан цусыг нь шингэрүүлж, түүний амьсгалыг сайжруулахын тулд хүйн венээр (байнгын хаймсуур тавьж) молекулын бага жин бүхий декстран, реомакротекс, реополиглокины аль нэгийг дулаар хийнэ. Үүнд: декстраны 5%-ийн уусмал бол биеийн жингийн 1 кг-д 50—100 мл, реомакротексины 10%-ийн уусмалыг бол 1 кг жинд нь хоногт 10 мл-ээр бодож хийнэ: Манай нөхцөлд реополиглокиныг өргөн хэрэглэдэг учир нярайн 1 кг жинд 15—20 мл-ээр бодож (хоногт биеийн жингийн 1 кг-д 1,0-аас илүүгүйгээр) тарина.

Гидрокарбонат натрийн давсны 5%-ийн уусмалаар
нярайн цусны хүчил шүлтийн өөрчлөлтийг засах (МЛ)

Хүснэгт 2

Хүндрэлийн байдал	Нярайн төрсөн даруйн байдал	Нярайн биеийн жин г-аар				
		2000 хүртэл	2000—2500	2500—3000	3000—4000	4000-аас дээш
Хугацаат төрөлтийн үед бүтэлтэй төрвөл	Хөнгөн хэлбэрийн бүтэлт			10	15	20
	Хүнд хэлбэрийн бүтэлт			15	20	25
Оройтсон төрөлт	Хүүхдийн байдал хэвийн байхад			10	15	20
	Хөнгөн хэлбэрийн бүтэлт			15	20	25
	Хүнд хэлбэрийн бүтэлт			20	25	25
Дугуу төрөлт	Хэвийн байдалтай	5	7	—	—	—
	Хөнгөн хэлбэрийн бүтэлт	7	10	—	—	—
	Хүнд хэлбэрийн бүтэлт	10	15	—	—	—
Цус задрах өвчин				10	15	20

Шээс хаванг хөөх зорилгоор лазикс, манитолоор тарина. Лазикс 1—3 мг-ийг 1 кг жинд хоногт бодно. Манитолыг хоногт биеийн жингийн 1 кг-д 0,5—1,0-аар бодож 5%-ийн глюкозтой хольж судсанд тарина. Хүчилжсэн цусыг засахын тулд органик буферыг (трис-буфер ТНАМ) хэрэглэж устөрөгчийн сул цэнэгийг нэгдэлжүүлдэг. Гэвч бидэнд хамгийн боломжтой нь гидрокарбонат натрийн давсны 5%-ийн ариутгасан уусмалаар шүлтжүүлэн тэгшитгэх арга юм. Шүлтийн уусмалыг заавал глюкозтой хамт хэрэглэнэ. Энэ нь нярайн тархины гэмтлээс сэргийлэх ач холбогдолтой юм. Гидрокарбонат натрийн давсны ($\text{HCO}_3 \text{Na}$) 5%-ийн уусмалын хийх хэмжээг Г. М. Савельва, Г. П. Мартынова нарын хүснэгтээр харуулав.

Тайлбар: Хүнд хэлбэрийн бүтэлтийн үед өөр эмийг (декстран, реомакродекс) судсаар хийж байгаа бол дээрх хэмжээг 2 дахин багасгаж хийх хэрэгтэй. Дээрх эмчилгээг хийсний дараа 10%-ийн глюкозыг биеийн байдалд нь тохируулан 8—10 мл-ийг тарина.

Социалист хамтын нөхөрлөлийн орнуудын клиникүүдийн ажиглалтаас үзэхэд нярайн бүтэлтийг шүлтийн 5%-ийн уусмал (HCO_3Na) хэрэглэсний дараа кокарбоксилазыг 8—10 мг-аар биеийн жингийн 1 кг-д бодож 10—20%-ийн 8—10 глюкозтой хэрэглэсэн нь сайн үр дүнтэй байна.

Хүснэгт 2-т заасан хэмжээт шүлтийн уусмалыг хүүхэд төрсөн даруйд нь хүчил шүлтийн тэнцвэрийг үзэлгүйгээр хийхэд зориулсан учир манай орны аль ч төрөх газар тасгуудад хэрэглэх боломжтой юм гэж үзэж байна.

Ер нь хүчил шүлтийн тэнцвэр алдалтын хүчилжилтийг эмчлэх ганцхан арга нь гидрокарбонат натрийн давсны уусмал юм байна гэж хэтрүүлэн үнэлж дангаар хэрэглэн „тайвширч“ болохгүй. Харин үүний хамт бүтэлттэй хүүхдийг сэхээн амьдруулах бусад аргыг хавсарган хэрэглэх ёстойг мартаж болохгүй.

Хамгийн боломжтой хавсарга эмчилгээний арга л гэхэд 5%-ийн аскорбины хүчлийг 2—4 мл, 10—20%-ийн 8—10 мл глюкозтой хийх жишээтэй. Нөгөө талаар амьсгалуулах хөдөлгөөн, уураг тархи, зүрх судас, элэг бөөр гэх мэт амин чухал эрхтэнүүдийн үйл ажиллагааг жигдрүүлэн сайжруулах талыг бодох ёстой юм.

Бүтэлттэй хүүхдийг эмчлэх инфузийн нэгдмэл эмчилгээг төрсөн даруйд хүйн венийн судсаар хаймсуур тавьж асептик, антисептикийн журмыг хатуу сахин эхний хоногийн туршид ашиглах нь онцгой үр дүнтэй. Харин ганц удаа бага хэмжээний (10—15 мл) 10%-ийн глюкоз, 10—20 мл 5%-ийн гидрокарбонат натри шингэн хийгээд эмчилгээ хангалттай гэвэл хүйн венийг хатган тарьж болно. Хоногийн хугацаанд хэрэглэх хүйн хаймсуурт цус солбин юүлэх хаймсуурыг (полиэтилен) хэрэглэж болж байна.

НЯРАЙН ХҮЙН ВЕНИЙГ ХАЙМСУУРДАХ. Хүйг хүүхдийн талд 5—8 см урт үлдээж хавчуураар хавчин тайраад хүүхдийг сэхээн амьдруулах ширээн дээр авчирсан хойноо хүйн тайрагдсан хэсгийг цэвэр спиртээр арчиж, хоёр талаас нь шүдтэй хавчуураар хавчин, хүйнээс дахин өнгөц нимгэн хайчлахад хүйн вен судас ил харагдана. Түүнд хаймсуурыг зөөлөн шургуулж эргүүлэх маягаар хөдөлгөн, хүйн цагаригийг өнгөртөл оруулна. Хүйн цагариг хүрэхэд үл мэдэг тээглэх байдал хуруунд мэдэгдэнэ, хөнгөхөн дарж эргүүлэхэд уул цагаригийг хаймсуурын үзүүр нэвтэрч хаймсуурт цус аажмаар дүүрэн ирнэ.

Ингээд хаймсуурын төгсгөл хэсгийг бөглөөгөөр нь бөглөнө. Үгүй бол инфузын эмчилгээ хийх системд залгана. Хаймсуур хүй хоёроо кеткут утсаар боож, лентээр хүүхдийн хэвлийд наана. Ингэж тавьсан хаймсуурыг хоёр хоног хэрэглэж болохгүй, зайлшгүй шаардлагатай бол

хуучнаа авч асептик, антисептикийн зарчмыг баримтлан шинийг хийж болох юм. Хаймсуурыг сайн буцалгаж ариутгана.

Эцэст нь дурдахад хийж байгаа шингэний хэмжээг хүүхдийн хоногт алдах нийт шингэний хэмжээнээс хэтрүүлж болохгүй. Нярай хүүхэд эхний хоногтоо амьсгал, арьс зэргээр 100 мл орчим, өтгөн шингэн гаргахдаа 35—130 мл нийтдээ 135—230 мл шингэн алддаг гэж үздэг.

Нярай хүүхдийн бөөрний үйл ажиллагааны бололцоог харгалзан, түүнийг төрсөн даруйд нь 30—40 мл шингэнийг биеийн жингийн 1 кг-д хийж болох бололцоотой гэж үздэг.

Нөгөө нэг анхаарах зүйл бол хийж байгаа шингэний хурдыг хүүхдийн биеийн жин, ерөнхий байдалд нь тохируулан хэрэглэх юм. Хурдан хийсэн шингэн амьсгалын дутагдалд амархан оруулдаг. Дээрх байдлыг харгалзан шприцээр хурдан хийх нийт шингэний хэмжээг биеийн жингийн 1 кг-д 5 мл-ээр, хурдавтар хийх шингэнийг 10 мл-ээс хэтрүүлэхгүй байх зарчмыг баримтлах нь зүйтэй.

Бас судсанд шингэн дуслaar хийж эмчлэхийг (инфузи эмчилгээ) хурдавчилсан ба удаан гэж хуваадаг. Хурдавчилсан үед дуслыг 1 минутанд 32-оор, удаан үед 8 дуслaar тохируулан хийдэг.

Г. ТУНГАЛАГ, Но. ДОНДОГ

ЗҮРХНИЙ БУЛЧИНГИЙН ШИГДЭЭС ӨВЧНИЙГ ЗҮРХНИЙ ЦАХИЛГААН БИЧЛЭГЭЭР ОНОШЛОХ

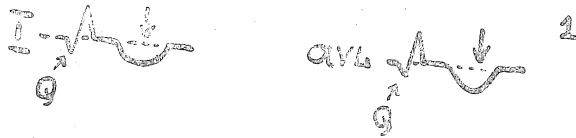
АНАГААХ УХААНЫ ХҮРЭЭЛЭН

Зүрхний булчингийн шигдээс өвчнөөр өвчилсөн үед зүрхний цахилгаан бичлэг (ЗЦБ) нь оношийг батлах гол үзүүлэлт болдог. Зүрхний булчингийн шигдээс өвчний үед ЗЦБ-г илрэх өөрчлөлтийг

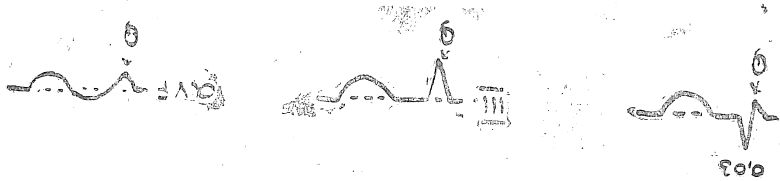
1. Оношийг баттай илэрхийлэх шинжүүд
2. Оношийг дангаар шийдэж чадахгүй баттай бус шинжүүд гэж 2 үндсэн хэсэгт хувааж үзнэ.

Баттай илэрхийлэх шинжүүд. Оношийн баттай илэрхийлэх шинжүүдэд 5 үндсэн шалгуур орох бөгөөд энэ шалгууруудын аль нэг нь илэрсэн байвал зүрхний булчингийн шигдээс болж гэж баттай үзэж болно.

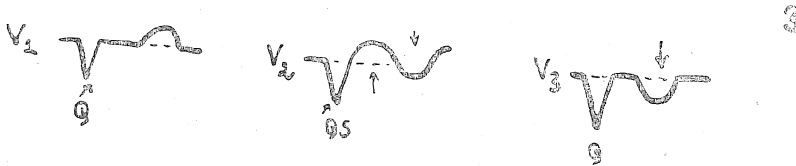
1 шалгуур стандартын 1 ба aVL залгалтуудад 0,03 мм/сек-ийн өргөн Q шүд гарах ба түүний урт нь дараалан гарсан R шүдний 1/5-ээс багагүй байна. Мөн энэ залгалтуудад T шүд урвуу гарна. ЗЦБ-г илрэх ийм өөрчлөлт нь зүрхний урд хананд шигдээс болсныг харуулна.



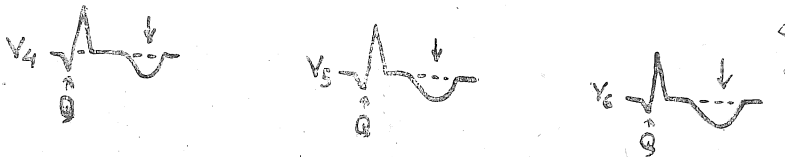
II шалгуур стандартын II, III ба aVF залгалтуудад Q шүд гарч, T шүд урвуу бичигдсэн байна. Энэ үед III залгалтанд гарсан Q шүдний уртын хэмжээ дараалан гарсан R шүдний уртын 14/-ээс, өргөн нь 0,3 мм/сек-ээс багагүй байна. ЗЦБ-т гарсан ийм өөрчлөлтүүд нь зүрхний арын хананд шигдээс болсныг харуулна.



III шалгуур цээжний V_1-V_3 залгалтуудад T шүд урвуу буюу 2 фазтай болон гарч мөн V_2-V_3 залгалтуудад R шүд илрэхгүй, ховдлын QRS иж бүрдэл нь QS хэлбэртэй болно. ЗЦБ-т гарсан эдгээр өөрчлөлт нь зүрхний таславч, оройн хэсэгт шигдээс болсныг харуулна.



IV шалгуур цээжний V_4-V_5 залгалтуудад 4 мм, V_6 залгалтанд 2 мм буюу түүнээс урт Q шүд тус тус гарч, T шүд урвуу болсон байна. ЗЦБ-т гарсан ийм өөрчлөлт нь зүрхний хажуу хананд шигдээс болсныг харуулна.

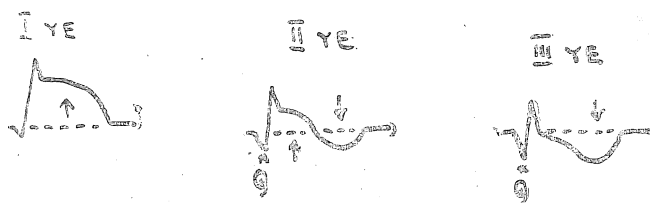


V шалгуур зүрхний булчингийн шигдээс өвчний үед ЗЦБ-т гарах динамик өөрчлөлтийг 3 үе шатанд хувааж үзнэ.

I үед (хурц үе) ST сегмент изоэлектрик шугамаас дээш өргөгдөж R шүдний уруудах хэсгийн эхэн буюу дунд хэсгээс гарч шууд T шүдтэй нийлэн монофазын муруй болон бичигдэнэ. Энэ шинж нь 12 цагаас 1 хоног үргэлжилнэ.

II үед (хурцавтар үе) Q шүд тодорч ST сегмент доош бууж T шүд урвуу болно. II үе нь 24 цагаас 10 хоног үргэлжилнэ.

III үед (архаг үе) ST сегмент изоэлектрик шугамаас доош бууж T шүд урвуу болно. Энэ үе нь сар жил хүртэл үргэлжилнэ.



Батгай бус шинжүүд. Зүрхээр удаан хугацаагаар өвдөх, цусанд трансаминазын болон лактатдегидрогеназын хэмжээ ихсэх, цусан дахь цагаан цогцсын тоо олширч лейкоцитоз болох, урьд өмнө нь хийлгэсэн ЗЦБ-ээс өөрчлөгдөх зэрэг шинж тэмдэг илрээд ЗЦБ-т дор дурдсан II шалгуурын аль нэг нь бичигдсэн байвал зүрхний булчингийн шигдээс гэж үзэж болно.

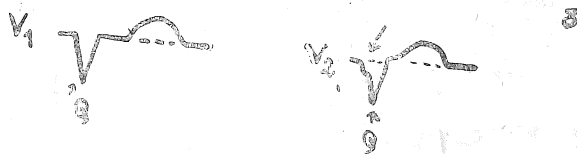
I шалгуур стандартын I болон цээжний V_1-V_6 залгалтуудад ST сегмент зүрхний изоэлектрик шугамаас 1 мм-ээр дээш болох буюу доош буусан байна.



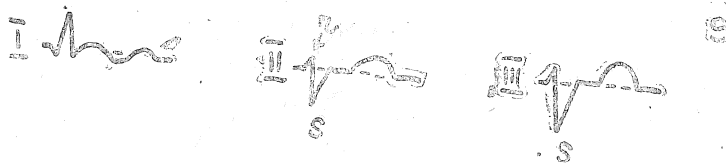
II шалгуур стандартын II, III залгалтуудад уртаараа R шүдний 1/5-тэй тэнцэх Q шүд гарч AVF залгалтанд хэвийн хэмжээтэй Q шүд бичигдсэн байна.



III шалгуур цээжний V_1-V_2 залгалтуудад Q шүд гарах эсвэл эдгээр залгалтуудад QS нь шүдтэй гарна.



IV шалгуур зүрхний цахилгаан тэнхлэг зүүн тийш хазайж стандартын II, III залгалтуудад гүнзгий S, жижиг R шүд гараад цээжний залгалтууд дээр ховдлын QRS иж бүрдэл болон T шүдний талаас өөрчлөлтүүд гарсан байна.



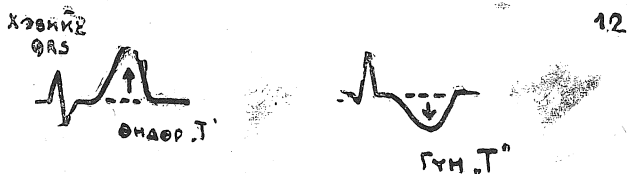
V шалгуур зүрхний цахилгаан тэнхлэг баруун тийш хазайж зүрхний зүүн ховдлын гипертрофийн шинж илрэн, стандартын I залгалтанд эмгэг Q шүд гарч ST сегмент изоэлектрик шугамаас 1 мм доош бууж III залгалтанд T шүд урвуу гарсан байх.



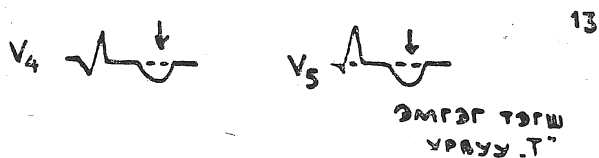
VI шалгуур ЗЦБ-т зүрхний зүүн ховдлын гипертрофийн шинж илэрсэн мөртлөө стандартын залгалтанд R шүдний өндөр нь 10 мм-ээс, цээжний залгалтанд 20 мм-ээс тус тус хэтрэхгүй байхын хамт ховдлын QRS иж бүрдэл ба T шүдний талаас өөрчлөлт гарсан байна.



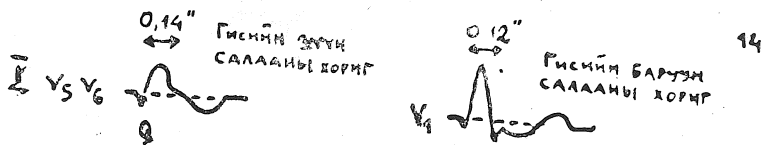
VII шалгуур цээжний бүх залгалтуудад ялангуяа V_1-V_3 залгалтуудад T шүд ижил талтай урвуу болсон байна.



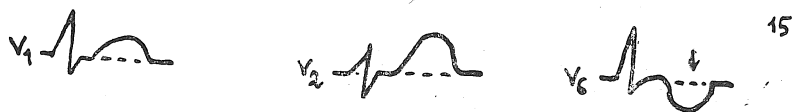
VIII шалгуур цээжний 2 буюу түүнээс дээш залгалтуудад T шүд өндөрсөж, эсвэл урвуу (10 мм буюу түүнээс дээш) бичигдсэн байна.



IX шалгуур ЗЦБ-ийн зурагт Гисийн зүүн буюу баруун салааны хориг илрэхийн хамт шүд V_1-V_2 залгалтанд гарсан байх.



X шалгуур баруун ховдлын гипертрофи болон Гисийн баруун салааны хоригийн шинж тэмдэг илрээгүй мөртлөө цээжний V_1 залгалтанд өндөр R шүд гарч, V_2, V_3 залгалтанд R шүд намсаж, T шүд өндөрсөж V_6 залгалтанд T шүд урвуу бичигдсэн байна.



XI шалгуур стандартын III залгалтын T шүд нь I залгалтын T шүднээс өндөр байна.

ТУРШЛАГА СОЛИЛЦЬЕ

Ч. ЛХАГВА, Ц. ЭРДЭНЭ

ИЙЛДЭСТ ГЕПАТИТЭЭС СЭРГИЙЛЭХ АСУУДАЛД

ЭРҮҮЛ АХУЙ ХАЛДВАР НЯН СУДЛАЛЫН УЛСЫН ИНСТИТУТ
АНАГААХ УХААНЫ ХҮРЭЭЛЭН

Урьдчилан сэргийлэлтийн өвөрмөц арга төгс боловсронгуй болж хараахан чадаагүйгээс олон шалтгаант гэдэсний почмог халдварт өвчин вирус гепатит, цусан суулга, балнад, иж балнад өвчнөөс сэргийлэх гол арга нь эрүүл ахуй, халдвар хамгааллын арга хэмжээ байх бөгөөд уг арга хэмжээнд бие хүнийг хир зэрэг идэвхтэй ухамсартай оролцуулснаас эцсийн үр дүн, амжилт шууд шалтгаалдгийг эрдэмтэд, судлаачид бичиж байна. [2, 3]

Бид вирус гепатит өвчнөөс сэргийлэх ажлыг сайжруулах, ялангуяа ийлдэст гепатитийн шалтгаан, нөхцөлийг судлан, урьдчилан сэргийлэх аргыг боловсронгуй болгох зорилгоор Улсын хүүхдийн клиникийн төв эмнэлэгт хэвтэж эмчлүүлэгчдийн дотор ийлдэст гепатитийн холбогдлыг судлах, эрүүл ахуй, халдвар хамгааллын бүрдмэл ажил зохиох хамтлагийг 1981 онд байгуулж 6 сарын ажил зохиов. Хамтлагаас зохиох ажлын нэг хэсэг нь эмч, ажилчдын дотор вирус гепатитээс сэргийлэх эрүүл ахуйн мэдлэг, дадал заншлын түвшнийг судалж үнэлэх мэдлэгийг системтэй дээшлүүлэх, халдвар хамгааллын арга хэмжээнд эмч, ажилчдыг идэвхтэй оролцуулах, материаллаг хангамжийг сайжруулах замаар эмнэлэг үйлчилгээний чанар, соёлыг дээшлүүлэх зорилт тавьсан юм.

МАТЕРИАЛ БА АРГА ЗҮЙ. Улсын хүүхдийн клиникийн төв эмнэлгийн ариун цэвэр, халдвар хамгааллын дэглэмийн байдалд дэлгэрэнгүй бичилт хийж, эмч, сувилагч, бусад ажилчдын вирус гепатитээс сэргийлэх эрүүл ахуй, халдвар хамгааллын дэглэмийн мэдлэг, дадал заншлын түвшнийг тусгайлан боловсруулсан асуумж хуудсаар эмч, ажилчдыг 30,1—32,8 хувийг хамруулан анхны ба давтан судалгаа хийв. Эрүүл ахуй, халдвар хамгааллын дэглэмийн биелэлтэнд бодит үнэлгээ өгөх зорилгоор сар тутам эмнэлэг, үйлчилгээний эд, материал, сувилагчдын гар, халаднаас эрүүл зүйн арчдас шинжилгээг Улсын ариун цэвэр халдвар судлалын байцаан шалгах газраар батлагдсан зааврын дагуу авч, шинжилгээ хийв.

Гепатитийн В вирусийн гадаргуугийн эсрэгтөрөгчийг Гельд тундасжуулах урвалаар тодорхойлов.

ҮР ДҮН БА ШҮҮМЖ. Улсын хүүхдийн клиникийн төв эмнэлгийн ариун цэвэр халдвар хамгааллын дэглэмийн байдлыг тодорхойлсон баримтаас үзэхэд халдварт болон ийлдэст гепатит эмнэлгийн дотоод халдвар хэлбэрээр гарахад нэг хүүхдэд ногдох ашигтай талбай бага, халуун усны хангамжийн систем найдвартай ажилладаггүй, сахиур олон, сувилагчдын ажлын ачаалал их, ариутгал, халдваргүйтгэлийн багаж, эм тасардаг, нэг удаагийн зүү шприц хүрэлцээгүй зэрэг бодит хүчин зүйл нөлөөлж байна. Вирус гепатитийн дотор ийлдэст гепатитийн эзлэх хувийн жин нарийн судлагдаагүй боловч Улаанбаатар хотын АЦХС-ын станцын тайлан мэдээнээс үзэхэд 30—40 хувьд хүрч байна.

Улсын хүүхдийн клиникийн төв эмнэлэгт ийлдэст гепатитийн хамаарал харьцангуй өндөр байгаа юм.

Хүснэгт 1

Хүүхдийн клиникийн эмнэлгүүдэд хэвтэж эмчлүүлэгчдийн ийлдэст гепатитийн хамаарал
(Хэвтсэн 1000 хүнд) 1978—1981 он

д/д	Онууд	1978		1979		1980	
		Бодит тоо	1000-д	Бодит тоо	1000-д	Бодит тоо	1000-д
1	Хүүхдийн клиникийн төв эмнэлэг	272	21,3	191	14,9	292	20,2
2	Хүүхдийн клиникийн II эмнэлэг	158	42,0	77	8,3	223	20,2
3	Халдварт өвчнийг анагаах клиник	184	25,9	118	24,5	80	16,6

Клиникийн бусад эмнэлэгт ийлдэст гепатитийн хамаарал хэвтэж эмчлүүлсэн 1000 хүнд 0,3—11,5% байна. ЗХУ-д сүрьеэ өвчнийг анагаах эмнэлэгт хэвтэж эмчлүүлэгчдийн дотор ийлдэст гепатитийн хамаарал 1000 хүнд 3,9—17,1% байсныг (1) хэвлэлд мэдээлжээ.

Ийлдэст гепатит эмнэлгийн нөхцөлд халдах бодит шалтгаанаас гадна ихэнх нь бодит бус хүчин зүйл субъектив шалтгаантай болох нь бидний ажиглалт судалгаагаар илрэв.

Энэ нь эмч, сувилагчдын дотор вирус гепатитээс сэргийлэх эрүүл ахуйн мэдлэг, дадал, заншлын түвшин хангалтгүй, асептик, антисептикийн журам дэглэмийг зөрчдөг, зүү шприцийг муу угааж цусны үлдэгдэлтэй хатаадаг, цусаар халдвар тарахыг дутуу үнэлдэг, хувийн эрүүл ахуйн шаардлагыг муу биелүүлдэг, халдваргүйтгэлийн аргыг дутуу дулим хэрэглэдэг зэрэг зөрчил, дутагдалтай холбоотой байна. Ийм учраас бид, вирус гепатитээс сэргийлэх эрүүл ахуйн мэдлэг, дадал заншлын байдлыг асуумжийн аргаар хийж, анхны ба давтан судалгааны үр дүнг харьцуулан үзэв.

Вирус гепатит хэдэн төрөл байдгийг бага эмч, сувилагчдын 47,5% нь дунд, бусад ажилчдын 81,8% нь муу мэдэж байсан бол давтан судалгаагаар бага эмч, сувилагчдын 98,7% нь сайн, бусад ажилчдын 80,2% нь дунд мэдлэгтэй болов. Анхны судалгаагаар их эмч нарын 5,0% нь, бага эмч, сувилагчдын 57,6% нь бусад ажилчдын 80,2% нь вирус гепатитийн үүсгэгчийг дунд мэдэж байсан бол давтан судалгаагаар их эмч нар 100,0% мэдлэгтэй болж, бага эмч, сувилагчдын 5,6%, нь бусад ажилчдын 70,0 хувь нь муу мэдэж дунд буюу муу мэдэгчдийн тоо цөөрсөн байна.

Вирус гепатитийн эх уурхай голомт хэн байдгийг их эмч нарын 12,5% нь, бага эмч, сувилагчдын 61,0% нь бусад ажилчдын 82,0% нь хангалтгүй мэдэж байсан бол давтан судалгаагаар бага эмч, сувилагчдын 26,5% нь бусад ажилчдын 40,0 хувь нь хангалтгүй мэдэх болж цөөрсөн байна.

Вируст гепатитийн ямар хэлбэр халдвар тараах аюул ихтэй болохыг их эмч нарын 7,5%, бага эмч сувилагчдын 23,7% нь, бусад ажилчдын 77,3% нь, вируст гепатит ямар замаар халддагийг их эмч нарын 35,5% нь, бага эмч, сувилагчдын 69,5 хувь нь, бусад ажилчдын 72,7% нь, вируст гепатит юугаар дамжиж халддагийг их эмч нарын 7,5% нь, бага эмч, сувилагчдын 47,5% нь, бусад ажилчдын 54,5% нь вируст гепатитээс яаж сэргийлдгийг их эмч нарын 27,5% нь, бага эмч, сувилагчдын 64% нь, бусад ажилчдын 81,8% нь тус тус хангалтгүй, муу мэдэж байсан бол эрүүл ахуйн сургалт, хүмүүжлийн ажил зохиосны дараа эрүүл ахуйн мэдлэгийн түвшин нэмэгдсэн байна.

Зүү, шприцэнд цусны үлдэгдэл байгаа эсэхийг шалгадаг бензидины сорилын ач холбогдлыг их эмч нарын 30% нь, бага эмч сувилагчдын 64,5% нь мэддэггүй байсан бол давтан судалгаагаар хангалтгүй, муу мэдэгчдийн тоо их эмч нарт 14,2% нь, бага эмч, сувилагч нарт 6,6% болж багассан байна.

Асуумжаар сувилагчдын 72,4 хувь нь өдөрт 50—60 хатгалт, 21,8 хувь 70—100 хатгалт, 5,4 хувь нь 100-гаас дээш хатгалт хийж байгаа нь илэрч ажлын ачаалал их байгааг харууллаа.

Мөн сувилагчдын 68,7 хувь нь эх, эцгийн цусыг хүнд хүүхдэд шууд юүлдэг байсан гэж хариулсан нь ийлдэст гепатит халдах нэг бодит нөхцөл байсныг гэрчилж байна.

Сувилагчдын гарын ариун цэврийн байдлыг шалгахад 16,4 хувь нь хиртэй, хумстай байсан нь илрэв.

Судалгаанаас үзэхэд асуумжинд хариулсан бүх хүмүүсийн 42,6% нь урьд өмнө вируст гепатитээр өвчилсөн болох нь илэрч халдварын голомтыг бүрдүүлж байсны дээр 26,6 хувь нь урьд өмнө вируст гепатитээр өвчилсөн хүмүүс халдвар тарааж болох аюултайг мэдэхгүй байв.

Эрүүл ахуйн мэдлэг олж авсан эх үүсвэрийг 100 баллаар хязгаар тогтоож хувиар үнэлж үзэхэд анхны судалгаагаар лекц, яриа таниулга 28,7%, радио нэвтрүүлэг 9,4%, теле нэвтрүүлэг 9,1%, ном, товхимол, санамж 28,3%, сонин сэтгүүл 25,3% зурагт хуудас, диафильм 13,4 хувь байсан бол давтан судалгаагаар лекц, хичээл 74,6%, яриа таниулга 74,9%, санамж 61,9% болж нэмэгдсэн байна.

Эрүүл ахуйн сургалт хүмүүжлийн ажил, хяналт шалгалтын үр дүнд эмнэлгийн ариун цэвэр, халдвар хамгааллын дэглэмийн биелэлт сайжирч сорил туршилтын ажил зохиохоос өмнө эрүүл зүйн арчдас шинжилгээний 25 хувь нь эерэг (муу) үр дүнтэй гарч байсан бол ажил зохиосны дараа шинжилсэн бүх арчдасны 3,7 хувь нь эерэг (муу) үр дүнтэй болж муу үзүүлэлт 95,2 хувиар цөөрсөн байна.

ДҮГНЭЛТ. 1. Эмч, ажилчдын дотор вируст гепатитээс сэргийлэх эрүүл ахуйн мэдлэгийн түвшин хангалтгүй байгаа нь ариун цэвэр, халдвар хамгааллын дэглэм биелүүлэхэд сөрөг нөлөө үзүүлж ийлдэст гепатит гарах нэг шалтгаан болж байна.

2. Вируст гепатит эмнэлгийн дотоод халдвар хэлбэрээр гарахаас сэргийлэх эрүүл зүйн хүмүүжлийн ажил хангалтгүй байна.

3. 1981 оны эхний 6 сард илэрсэн ийлдэст гепатитийн хамаарлыг өнгөрсөн оны мөн үетэй харьцуулахад хэвтэж эмчлүүлсэн 1000 хүнд 20,2 байснаа 14,4 болж 34,2 хувиар, ийлдэст гепатитээс бусад халдвар 28,6 хувиар тус тус буурч байгаа нь эрүүл ахуй, халдвар хамгааллын арга хэмжээг оновчтой, тодорхой хэрэгжүүлэх нь практик үр дүнтэй болохыг харуулж байна.

4. Ийлдэст гепатитээс сэргийлэх эрүүл ахуй, халдвар хамгааллыг арга хэмжээг сайн зохион байгуулж уг ажилд хамт олныг бүтээлчээр оролцуулан дотоод нөөц бололцоог илрүүлэн ашиглаж өвчлөлийг бууруулах бодит боломж байна.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. Яровой П. И. Вирусный гепатит. Кишинев. „Штийнца“ 1980. 3—146.
2. Фаворов М. О. Гепатит „ни“ А „ни“ „В“ ЖМЭИ., 1981, 6, 15—20
3. Шляхтенко Л. И. Нечаев В. В. и др. О путях передачи вируса гепатита В. ЖМЭИ, 1918, 9, 86—89

Ч. ЛХАГВА, Ц. ЭРДЭНЭ

К ВОПРОСУ ПРОФИЛАКТИКИ СЫВОРОТОЧНОГО ГЕПАТИТА

Приведены результаты проводившегося в 1981 г. по специально разработанной карте изучения уровня гигиенических знаний и навыков среди врачей и медицинских сестёр центральной детской клинической больницы г. Уланбатора.

Путем опроса изучены гигиенические знания 120 человек, а также умение проводить комплекс санитарно—противоэпидемических мероприятий.

Исследования показали, что в санитарном просвещении по профилактике сывороточного гепатита имеется ряд организационных и методических недостатков—прежде всего не соблюдается дифференцированный подход в работе среди медицинских работников, мало используются средства и методы санитарного просвещения, направленные на предупреждение внутрибольничного распространения сывороточного гепатита.

Я. ДОНДОГ Б., СЭЛЭНГЭ Н., ГЭНДЭНЖАВ

ЗАХЫН СУДАСНЫ ЭСЭРГҮҮЦЛИЙГ ТОДОРХОЙЛОХЫН ХОЛБОГДОЛ

АНАГААХ УХААНЫ ДЭЭД СУРГУУЛЬ

Цусны эргэлтийн гажуудлыг эрт оношлох нь орчин үеийн анагаах ухааны хамгийн чухал асуудлын нэг. Энэ нь зүрх судасны системийн өвчин, нийт хүн амын өвчлөл, үхэлд зонхилох суурь эзэлж байгаатай холбоотой юм.

Цусны эргэлтийн системийн ажиллагааны байдлыг илэрхийлэх артерийн дээд доод даралт (АД), артерийн дунд даралт (АДД), агшилтын багтаамж (АБ), захын судасны эсэргүүцэл (ЗЭ) гэх мэт олон үзүүлэлт байдаг. Эдгээрээс бид ЗЭ-ийн талаар дурдъя. ЗЭ-г тодорхойлоход зайлшгүй холбогдолтой АД, АДД, АБ зэргийг урьдчилан олох хэрэгтэй болдог.

Захын эсэргүүцэл гэдэг нь судсаар цус гарж гүйхэд саад учруулах бүх шалтгааны нийлбэр юм. Захын эсэргүүцлийг давж цусыг судсаар гүйлгэхийн тулд зүрх зохих хэмжээний энергийг зарцуулах нь мэдээж. Судас нарийсах тутам эсэргүүцэл нь их болж зүрхний зарцуулах энергийг төдий чинээ их нэмэгдүүлнэ. Ингэж судасны байдал цусны гүйдэлд учруулж буй саадыг давахад зарцуулах энергээр хэмжигддэг болохоор захын эсэргүүцлийг мэдэх нь цусны эргэлтийн эмгэгийг судлахад чухал үүрэгтэй нь илэрхий байна.

Орчин үед захын эсэргүүцлийг 1 см^2 гадаргуугаар 1 секундэд гүйж байгаа цусанд үзүүлж буй эсэргүүцлээр тодорхойлох ба дин-ээр хэмжинэ. Судлаачид захын ерөнхий эсэргүүцэл эрүүл хүнд $1158 \pm 53,6 \text{ дин см}^{-5}$ [1] — $1250 \pm 48,4$ [4] $1515,7 \pm 56,1$ [2,3] байна гэж янз бүрээр үзэж байна.

Цусны даралт ихдэх өвчний хүндэрсэн үед захын эсэргүүцэл 5000 — 7000 дин. см^2 с. хүртэл өсдөг гэж зарим эрдэмтэд бичсэн байна.

Үүнээс үзэхэд захын судасны ерөнхий эсэргүүцлийг тодорхойлох нь цусны эргэлтийн гажуудлыг эрт илрүүлж зөв эмчлэхэд чухал үүрэг гүйцэтгэдэг байна. Захын эсэргүүцлийн хэвийн хэмжээний талаар олон эрдэмтний судалсан байдлыг авч үзэхэд хоорондоо нилээд зөрөөтэй байдал ажиглагдлаа. Иймээс бид: нэгдүгээрт ЗЭ-г өөрийн орны нөхцөлд эрүүл хүмүүс дээр судалж хэвийн хэмжээ ямар байхыг мэдэх, хоёрдугаарт ЗЭ-г цусны даралт ихдэх шинж тэмдэг илэрсэн өвчтэй хүмүүсийг тодорхойлж эрүүл хүмүүсийнхтэй харьцуулан түүний холбогдлыг нь анхаарах. Гуравдугаарт цусны даралт ихдэх өвчнийг хэлбэрээр нь ангилахад ЗЭ ямар байгааг гаргаж үзэх зорилго тавив.

Судалгааны арга ба материал Захын эсэргүүцлийг шууд тодорхойлох арга одоогоор байхгүй байгаа учраас зөвхөн АБ, АДД-ыг урьдчилан олсны үндсэн дээр бодож тооцоолон гаргана. АДД-ыг бид олохдоо артерийн дээд, доод болон пульсын даралтыг хэмжиж томъёонд оруулан тодорхойлов.

$$\text{АДД} = \frac{\text{пульсын даралт} + \text{доод даралт мм. МУБ.}}{3}$$

Зүрхний агшилтын багтаамжийг (АБ)-тодорхойлохдоо М. И. Тищенкогийн интеграл реографийн аргыг хэрэглэсэн болно. Агшилтын багтаамжийг минутанд зүрхний агшиж байгаа тоогоор үржүүлж минутын багтаамжийг олно. АДД ба МБ хоёрыг олохоор захын судасны ерөнхий эсэргүүцлийг тодорхойлох боломжтой болно. Үүнд доорхи томъёог ашиглана.

$$\text{ЗЭ} = \frac{\text{АДД} \times 1333 \times 60}{\text{МБ}}$$

ЗЭ-захын эсэргүүцэл.

АДД-артерийн дунд даралт. 1333-динд шилжүүлэх коэффициент. 60-секунт.

Ингэж захын эсэргүүцлийг зөвхөн тодорхойлоод зогсохгүй цаашид уул хүнд байвал зохих (БЗ) эсэргүүцлийг олж харьцуулах нь цусны эргэлтийн байдалд үнэлгээ өгөхөд улам илүү ашигтай юм. БЗ-эсэргүүцлийг олохын тулд байвал зохих АДД-г байвал зохих МБ-д хувааж түүнийг динээр илэрхийлэхийн тулд 1333 ба 60 с-ээр үржүүлнэ.

Бид өмнө дурдсан аргуудаар эрүүл 60, эрэгтэй 26, эмэгтэй 34, 18—29 насны 29, 30—39 насны 10, 40—49 насны 17, 50—59 насны 4 хүнийг авч АДД, МБ, зүрхний индекс (ЗИ) ба ЗЭ-ийг тодорхойлов.

Хүснэгт —1

Эрүүл хүмүүс дээр АДД, МБ, ЗЭ-г тодорхойлсон нь.

Үзүүлэлтүүд	АДД	МБ	З	ЗЭ
Дундаж м±	90 1,29	5,3 0,19	3,4 0,1	1436 52,9
Хэлбэлзлэл нь	70,0 — 108	2,8—7,9	2,0—4,8	877,2 — 2593

Хүснэгтээс үзэхэд 4 үзүүлэлтийн дундаж бусад орны судлаачдын дунджаас онц зөрсөнгүй.

Тэгвэл цусны даралт ихдэх өвчтэй хүмүүст судасны захын эсэргүүцэл ямар байж болохыг тодорхойлсныг авч үзье. Бидний хяналтанд цусны даралт ихдэх өвчтэй 25 хүн байсны 9 нь эрэгтэй, 16 нь эмэгтэй, насаар 40—49 насны 6,50—59 насны 8,60—69 насны 8,70—79 насны 3 тус тус байв. Цусны даралт ихдэх өвчтэй хүмүүсийн төвийн гемоди-

намикийн үндсэн үзүүлэлтийг тодорхойлоход цусны эргэлтийн хэлбэрүүдийг харгалзахгүйгээр дунджийг гаргах нь ашиггүй. Учир нь цусны даралт ихдэх өвчний үед захын эсэргүүцэл юм уу эсвэл зүрхний индексийн аль нэг нь ихдэх буюу багасах хоёулаа нэг тийш зэрэг өөрчлөгдөх нь ховор.

Бид цусны даралт ихдэх өвчтэй хүмүүсийн АДД, МБ, ЗИ, ЗЭ зэрэг гемодинамикийн үндсэн үзүүлэлтийг гаргаж хэлбэрүүдээр нь ангилсан. Үүнд гиперкинетик хэлбэрийн даралт ихдэлттэй-15, эукинетик хэлбэртэй-6, гипокинетик хэлбэртэй-4 тус тус байсан. Эдгээр хэлбэрийг тогтоохын тулд ЗИ-ийн байвал зохих хэмжээг өвчтөн тус бүр дээр гарган, байгаа хэмжээтэй нь харьцуулан ихдсэний нь гиперкинетик адил байгаагийг нь эукинетик, багадсаны нь гипокинетикт багтаасан.

Хүснэгт 2

Цусны даралт ихдэх өвчтэй хүмүүст гемодинамикийн үндсэн үзүүлэлтийг тодорхойлж хүснэгтээр үзүүлбэл

Гемодинамикийн хэлбэрүүд	АДД	МБ	ЗИ	Байвал зохих ЗИ	ЗЭ
Гиперкинетик	м. 130 м ± 3,0	5,6 0,25	3,7 0,19	—:— 2,8	1800 89,8
Эукинетик	м. 130 м ± 5,1	4,3 0,73	2,5 0,1	2,6 —:—	2690 42,8
Гипокинетик	м. 123 м ± 7,5	3,3 0,39	1,9 0,16	2,6 —	3135 46,0

Хүснэгтээс харахад МБ их байхад ЗЭ-бага, МБ-бага байхад ЗЭ их байгаа нь илэрхий байна.

ҮР ДҮН ЗӨВЛӨМЖ. ЗЭ-ийн хэвийн хэмжээг өмнө өгүүлсэн олонхи эрдэмтдийнхээр [1—4] $1158 \pm 53,6$ -гаас $1515 \pm 56,1$ дин с. см⁻⁵ хүртэл хэлбэлзэлтэй байсан бол биднийхээр дундаж нь $1436 \pm 52,9$ дин с/см⁻⁵ байна. Үүнийг бид норм болгон авч болох юм гэж үзэв.

Цусны даралт ихдэх өвчтэй хүмүүст хийсэн судалгаагаар захын судасны эсэргүүцлийг тодорхойлох нь зүрхний агшилтаар шахах цусны хэмжээг тогтоохоос дутуугүй холбогдолтой болох нь илэрхий юм. Цусны даралт ихдэх өвчний үед МБ-ыг тодорхойлж түүний их бага байгааг мэдэх боломжтой боловч ЗЭ-нь ямар байгаад дүгнэлт өгөх аргагүй билээ. Ялангуяа МБ-ын байвал зохих хэмжээг бодож харьцуулаагүй нөхцөлд бүр ч боломжгүй. Харин МБ, ЗЭ-хоёрыг хоёуланг нь тодорхойлох юм бол бид цусны даралт ихдэх өвчний жинхэнэ шалтгааны нь олж ангилан ялгавартай эмчилгээ явуулах бүрэн бололцоотой, өөрөөр хэлбэл зүрхний агшилтаар шахах цус ихдэх байдлаар даралт ихдсэн бол түүнийг багасгах, хэрэв захын эсэргүүцэл ихдэж цусны даралт хэдсэн бол судасны эмгэг агшилтыг тавиулах, түүний эсэргүүцлийг нь агасгахад эмчилгээ чиглэгдэх ёстой. Энэ далиманд эрүүл хүмүүсийн АДД-ийн дундаж нь биднийхээр $90 \pm 1,29$ хэлбэлзэл нь $71,6 - 108,0$ байгаа нь олонхи судлаачдын эрүүл хүнд $60 - 95$ мм/МУБ орчим байна гэж тогтоосноос зөрсөнгүй. Харин цусны даралт ихдэх өвчтэй хүмүүст АДД— $123 \pm 7,5$ -аас $130 \pm 3,0$ хүртэл ихэссэн байлаа.

Сүүлийн үед өөрсдийн өдөр тутмын практикт цусны даралт ихдэх өвчнийг эмчлэхдээ төвийн гемодинамикийг тодорхойлж хэлбэрээр нь ангилан ялгаварт эмчилгээ хийж нилээд амжилтанд хүрч байна.

ДҮГНЭЛТ. 1. Цусны эргэлтийн гажуудал, ялангуяа гипертони-өвчний хэлбэрийг тогтооход ЗЭ-г тодорхойлох явдал чухал холбогдолтой болох нь илт байна.

2.3Э-г тодорхойлоход хэрэглэгддэг АДД нь биднийхээр эрүүл хүнд $90 \pm 1,29$ байгаа нь гадаадын бусад судлаачдынхтай таарч байна. Мөн цусны даралт ихдэх өвчний үед нилээд (130 хүртэл) нэмэгдсэн байлаа.

3. Цусны даралт ихдэх өвчтэй өвчтөнд хийсэн судалгаанаас авч үзэхэд ЗИ(3,7-оос 1,9 хүртэл) багасах тутам захын судасны эсэргүүцэл эрс (1800-аас 3135 хүртэл) нэмэгддэг байна.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. Ермоленко В. М. Лифшин Н. Л. Полезиков В. В. Кардиология—1977. 7 91—94
2. Замятина Г. И. Водоньянов Р. С. Голиков А. П. Советская медицина. 1979. 86—88
3. Майоров Н. И. и др. Кардиология 1977. 1. 54—58
4. Солдатченко С. С. Советская медицина 1979 1. 53—56

ЗНАЧЕНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТЕПЕНИ СОПРОТИВЛЕНИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ СОСУДОВ

Я. Дондог, Б. Селенге, Н. Гэндэнжав

Степень периферического сопротивления сосудов является одним из необходимых показателей при определении типа гипертонической болезни. Чтобы определить это, мы провели исследование 60 здоровых лиц в возрасте 18—59 лет. При этом периферическое сопротивление в среднем было $1436 \pm 2,9$ дин. $\text{с}/\text{см}^{-5}$, приближалось к верхней границе установленных зарубежными исследователями норм.

Наряду с этим, мы определили показатели периферического сопротивления у 25 больных с гипертонической болезнью в возрасте от 40 до 80 лет. Оказалось, что при гиперкинетическом типе гипертонии степень периферического сопротивления была $1800 \pm 89,8$ дин. $\text{с}/\text{см}^{-5}$ при эукинетическом типе 2690 ± 42 дин. $\text{с}/\text{см}^{-5}$, при гипокинетическом $3135 \pm 46,9$ дин $\text{с}/\text{см}^{-5}$. Наши исследования закономерность наличия низкого периферического сопротивления при высоком сердечном индексе и высокого периферического сопротивления при низком сердечном индексе.

Ц. БАЛЖНЯМ, Х. АЮУШ

БАМБАЙ БУЛЧИРХАЙН ХОРДЛОГОТ ТОМРОЛТ ӨВЧНИЙ ХҮНДРЭЛТИЙГ ЭМЧЛЭХ АСУУДАЛД

УЛСЫН КЛИНИКИЙН ТӨВ ЭМНЭЛЭГ

Бамбай булчирхайн хордлогот томролт (тиреотоксикоз) өвчний үед илрэх хүндрэлүүдийн дотор хүнд бөгөөд элбэг тохиолддог нь зүрх судсанд гарах эмгэг өөрчлөлт юм. Уг өвчний улмаас катехоламинд зүрхний булчингийн мэдрэг чанар хэт ихдэхийн зэрэгцээ бамбай булчирхайн дааврын (тиреоксин) шууд нөлөөгөөр зүрхний булчинд хүчилтөрөгчийн хүрэлцээ хомсдон бодисын солилцоо дутагдаж зүрхний агшилтын хэм алдагдах зүрх судасны үйл ажиллагааны дутагдлын шинжүүд илэрнэ. Зүрхэнд гарсан хүндрэл нь үндсэндээ өвчний явцыг шийдэх буюу өвчтөний нас барахын гол шалтгаан болдог. Бамбай булчирхайн хордлогот томрол ба зүрхэнд гарсан түүний хүндрэлийг ЗХУ-д бета-хориг эмээр эмчилж зарим тодорхой үр дүнд хүрчээ [1]

Дээрх байдлуудыг харгалзан бид бамбай булчирхайн хордлогот томролт өвчин, түүнээс зүрхэнд гарсан хүндрэлийг эмчлэхдээ өвчний эмгэг жамын дагуу индерал, обзидан зэрэг бета-харагчийг 1979 оноос Улсын клиникийн төв эмнэлгийн эндокринологи-гематологийн тасагт хэрэглэж эхэлсэн юм.

Эмчилгээ эхлэхийн өмнө ба хойно өвчтөнүүдэд бамбай булчирхай, зүрхний үйл ажиллагааны сорил, ЗЦБ (зүрхний цахилгаан бичлэг) зэрэг холбогдох шинжилгээг иж бүрэн хийсэн бөгөөд эмчилгээний өмнө нийт өвчтөний зүрхний ажиллагаанд дээр дурдсан өөрчлөлт их бага хэмжээгээр илэрсэн байв.

Эмийн нэг хоногийн хэмжээг өвчний үе шат, гарсан хүндрэлийн байдлыг харгалзан хүн бүрт адилгүйгээр 50-150 мг-аар тогтоолоо. Эмчилгээг эхэлснээс хойш 7-10 хоногийн дараагаар олонхи өвчтөний биеийн байдал засарч эхлэн, цаашдаа зүрхний цохилт цөөрч, зарим өвчтөний экстрасистоли зүрх орчмын өвдөлт бүдэгширч улмаар бүр арилан хүндрэлийг эмчлэх бусад эмийн хэмжээг багасгахад хүргэсэн юм.

Бамбай булчирхайн хордлогот томролт өвчин,
түүнээс болж зүрхэнд гарсан хүндрэлтийг
эмчилсэн нь

Хүснэгт 1.

Эмчилгээний дүн	тиреостатикаар эмчилсэн			тиреостатик бего-хоригийг хослуулсан			
	эмчилгээний днхд	эмчилгээний эцэст		эмчилгээний днхд	эмчилгээний эцэст		
		сайжирсан	дээрдсэн		хэвдээ	сайжирсан	дээрдсэн
хөнгөн	6	5	1	—	—	—	—
дунд зэрэг	14	5	7	2	7	5	2
хүнд	10	1	7	2	9	6	3
БҮГД	30	11	15	4	16	11	5

Бидэнд ажиглагдсан нөгөө нэг зүйл бол бамбай булчирхайн хордлогот томролт өвчтэй, мерказолил болон түүний төст эмэнд харш, тэдгээр эм нөлөө тэр бүр гарахгүй байгаа зэрэг шалтгаанаас урьд мэсзаслын эмчилгээний бэлтгэлийг хангах боломжгүй байсан өвчтөнд бета хоригийг дангаар ба бага шиг хэмжээний тиреостатик эмүүдтэй хослуулан өгч улмаар мэс засал хийх болсон явдал юм. Энэ зорилгоор бид обзиданыг өдөрт 100-200 мг, преднизолон 10-15 мг тиреостатик эмийг 2—3 ширхгээр өгч байв. Эмчилгээ эхэлснээс хойш нэг хоёр долоо хоногоос бараг бүх өвчтөний биеийн байдал дээрдэн улам сайжирч 3-4 долоо хоногийн дараа мэс заслын эмчилгээнд орох боломжтой болж байлаа. Энэ үед бамбай булчирхайн үйл ажиллагаа урьдах шинжилгээнээс төдийлөн буураагүй их хэвээр байгаагаас үзэхэд бета-хориг катехоламин-симпатик мэдрэлийн тогтолцооны үйл ажиллагааг саатуулж энэ чанараараа зүрхний булчинд үйлчилдэг болохоос бус бамбай булчирхай, түүний гормонд ямар нэг нөлөө үзүүлдэггүй нь тодорхой байна.

Үүний баталгаа болгон нэгэн жишээг дурдвал: Өвчтөн А-Ж, эмэгтэй, 29 настай, бамбай булчирхайн хордлогот томролт өвчнөөр өвдөөд олон жил болохдоо ихэвчлэн мерказолилоор эмчлүүлж түр зуурын засрал авдаг болсвч эмчилгээний дараагийн үе шат-мэс засал хийж болох

хүртэл сайжирдаггүй, биеийн байдал байн байн эргэж дорддог байжээ. Сүүлийн хоёр жилд зүрхний агшилтын хэм алдагдах болж зүрх дэлсэх, амьсгаадах нь улам нэмэгдэн, улмаар биеийн байдал дордохын сацуу бамбай булчирхайг улам томорсныг өвчтөн өөрөө ч ажигласан байна. Өвчтөн Улсын клиникийн төв эмнэлгийн эндокринолог-гематологийн тасагт дахин хэвтсэн юм. Хэвтэх үед өвчтөний биеийн байдал хүндэвтэр, бамбай булчирхай дөрөвдүгээр зэргээр томорсон, зүрхний агшилт жигд биш хэмтэй, агшилтын шуугиантай цусны даралт 140/70 судасны лугшилт нэг минутанд 116/120, зүрхний цохилт хурдассан QRS-ийн цахилгаанд тэнхлэг зүүн тийшээ хэлбийсэн, Т4-1,2, Т3-0,5 байв. Хоногт обзиданыг 100 мг, гидрокортизоныг 20 мг-аар тус тус марказолилтой хослуулан өгөхөд өвчтөний биеийн байдал аажмаар засарч бамбай булчирхай, зүрхний ажиллагаа хэвийн болов. Энэ үеэс дээрх эмийг багасган улмаар бамбай булчирхайд мэс засал струмэхтоми хийсэн бөгөөд түүнээс хойш одоо хүртэл бараг хоёр жилийн турш биеийн байдал сайн зохиур шаналгаагүй, зүрх судасны ажиллагаанд дээрх эмгэг өөрчлөлт дахиж илрээгүй, зүрхний ажиллагаа хэвийн байдалтай байгаа ба өвчтөн ажилдаа эргэн орж хуучин байдлаар ажиллаж байна.

Мэс засал хийснээс хойш дээрх эмийг багасган өгч 4-5 өдрийн дараа бүр хассан болно.

Бамбай булчирхайн хордлогот томролт өвчин, түүнээс зүрхэнд гарсан хүндрэлийг эмчилсэн энэхүү ажиглалтаас бид дараахь дүгнэлт хийж байна. Үүнд:

Бамбай булчирхайн хордлогот томролт өвчинг мэс заслын аргаар эмчлэхэд бэлтгэх, уг өвчний улмаас зүрхэнд гарсан хүндрэлийг эмчлэх зорилгоор бета-хоригуудыг тиреостатик эмтэй хавсарч хэрэглэхэд эдгээр эмийг дангаар өгснөөс эмчилгээний үр дүн илүү сайн байгаа нь харгадлаа.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. Старкова Н. Т. Терапевтич. архив. 1980. 8. 56.
2. Гольбер Л. М. Тиреотоксическое сердце. М. 1972
3. Уголева С. В. Пробл, эндокринолог. 1965, 4. 3

К ЛЕЧЕНИЮ ОСЛОЖНЕННОГО ТИРЕОТОКСИЧЕСКОГО ЗОБА

Ц. БАЛЖНЯМ, Х. АЮУШ

С 1979 года для лечения осложненных форм тиреотоксического зоба применены бета-блокаторы вместе с тиреостатическими препаратами в зависимости от стадии заболевания и осложнения. Через 7—10 дней от начала лечения состояние у большинства больных улучшалось, через 3—4 недели наблюдалось полное эутиреидное состояние и наступала компенсация сердечной деятельности. Этот метод был успешно использован для терапевтического лечения осложненных форм диффузно-токсического зоба, а также как способ подготовки больных к операции.

ӨГҮҮЛЭЛ БИЧИГЧДИЙН АНХААРАЛД

Тус сэтгүүлд ирүүлэх материал нь дорхи шаардлагыг заалт бүрээр бүрэн хангасан байх хэрэгтэй. Үүнд:

1. Сэтгүүлд ирүүлэх материал нь эрдэм шинжилгээний хүрээлэн албан байгууллагаас хэвлүүлэхийг зөвшөөрсөн албан бичигтэй байна.
2. Өгүүлэл нь 21 мөрөөр машиндсан өнгөн хувь байна.

3. Өгүүллийн хэмжээ нь зураг, ашигласан хэвлэлийн жагсаалт хүснэгт, резюме (товчлол)-г оруулаад машинаар цохисон 10 хуудаснаас илүүгүй байна.

4. Өгүүллийн эхэнд зохиогчийн овог, нэр, ажиллаж буй албан байгууллагын нэрийг бичсэн байна.

5. Өгүүллийн эцэст зохиогч гарын үсгээ заавал зурна. Хамтын бүтээл бол бүх зохиогч гарын үсгээ зурна. Мөн редакциас зохиогчтой харилцах хаяг, утасны дугаарыг бичнэ.

6. Өгүүлэл нь товч, тодорхой, үг, үсэг, найруулгын алдаагүй, засваргүй байна.

7. Өгүүлэлд орсон нэр томъёог сайтар шалгасан байна.

8. Судалгааны өгүүллийг судалгааны үндэслэл, арга, үр дүн, шүүмж ба дүгнэлт гэсэн дэс дарааллаар бичнэ.

9. Өгүүлэлд орсон ишлэл үг, тоо баримтыг эх материалтай тулгасан, ямар ч зөрөөггүй байх ёстой.

10. Ишлэл татсан эх зохиолын жагсаалтыг өгүүллийн эцэст ишлэл татсан дарааллын дагуу хийж, дугаарыг өгүүлэл дотор ишлэлийн ар талд хаалтанд бичнэ. Ишлэл татсан эх зохиолыг өгүүллийн эцэст зохиогч, ном, сэтгүүл, өгүүллийн нэр, хэвлэгдсэн он, дугаар, хаана хэвлэгдсэн, хуудасны дугаар оруулсан машиндсан эхийг авна.

11. Өгүүлэлд зураг, диаграмм оруулбал тэдгээр нь хэвлэлийн шаардлага хангасан, маш тод өнгийн хар тушээр зургийн цаасан дээр зурсан, ард нь зохиогчийн нэр, зургийн дугаар, хаана оруулахыг тодорхой зааж бичсэн байна. Зургийн тайлбарыг өгүүлэл дотор (зургийн нэр, үсэг, муруй шугам зэрэг тэмдгийн тайлбар) бичнэ.

12. Өгүүлэлд орсон томъёог сайтар шалгаж хар өнгийн бэхээр бичнэ. Латин үсгийг цэнхэр бэхээр, грек үсгийг улаан бэхээр бичнэ.

13. Өгүүлэлд орсон хүснэгтийг машиндсан, товч тодорхой нэр, дугаартай, хэмжээ нүсэр биш, тоо баримтыг шалгаж, статистикийн аргаар боловсруулсан байх шаардлагатай.

14. Өгүүллийн товчлол (резюме)-г орос хэлээр өгүүллийн нэр зохиогчийн нэр, товч утга гэсэн дарааллаар бичсэн байна.

15. Ирүүлэх материал нь урьд өмнө хэвлэгдээгүй буюу хэвлүүлэхээр өөр хэвлэлд өгөөгүй байх шаардлагатай.

16. Редакци нь хэвлүүлэхээр ирүүлсэн өгүүллийг товчлох, засварлах, түүнчлэн зохиогч зөвшөөрвөл товч мэдээлэл хэлбэрээр хэвлэх эрхтэй.

17. Дээрх шаардлагыг бүрэн хангаагүй өгүүллийг редакцид хүлээн авахгүй.

18. Хэвлэгдээгүй материалыг буцаахгүй. Өгүүллийг „Улаанбаатар, 48. Эрүүлийг хамгаалах Яам, Эмнэлгийн хэвлэлийн нэгдсэн редакци“ хаягаар ирүүлнэ.