

# МОНГОЛЫН АНАГААХ УХААН

1978  
3, 4/29, 30

БНМАУ-ЫН ЭРҮҮЛИЙГ ХАМГААЛАХ ЯАМ  
МОНГОЛЫН ЭМЧ НАРЫН НИЙГЭМЛЭГ  
АНАГААХ УХААНЫ ХҮРЭЭЛЭН  
АНАГААХ УХААНЫ ДЭЭД СУРГУУЛЬ

# МОНГОЛЬИН АНАГААХ УХААН

ХЭВЛЭЛ ЭРХЛЭХ КОЛЛЕГИ:

Р. Жамба (*ерөнхий эрхлэгч*)  
Д. Балдандорж (*орлогч эрхлэгч*) Н. Гэндэнжамц; М. Дамбадорж;  
Ч. Долгор, С. Лхүндэв (*харинцлагатай нарийн бичгийн дарга*) Б. Рагчаа,  
[Д. Цагаанхүү] Т. Шагдарсүрэн (*орлогч эрхлэгч*)

---

Долоо дахь жилдээ

1978  
3,4/29,30

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВОХРАНЕНИЯ МНР  
МОНГОЛЬСКОЕ ОБЩЕСТВО ВРАЧЕЙ  
НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ МЕДИЦИНЫ  
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

# МОНГОЛЬСКАЯ МЕДИЦИНА

## РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

Г. Жамба (*Глав. редактор*)  
Д. Балдандорж (*зам. редактора*) Н. Гэндэнжамц, М. Дамбадорж  
Ч. Долгор, С. Лхундэв (*ответственный секретарь*) Б. Рагчаа,  
|Д. Цагаанхүү| Т. Шагдарсүрэн (*зам. ред*)

---

*Седьмой год издания*

1978  
3,4/29,30

ГАЛЗУУ ӨВЧНИЙ (ХИДРОФОБИ) ТАХАЛ СУДЛАЛ  
ӨВӨРМӨЦ СЭРГИЙЛЭЛТИЙН АСУУДАЛД

Г. Жамба Д. Дандий (Био-бэлдмэл цусны  
үйлдвэр шинжилгээний институт)

Манай оронд галзуу өвчин нь өвчлөлтийн хувьд хүн эмнэлэгт болоод мал эмнэлэгт ч гэсэн бусад халдварт өвчинүүдтэй зэрэгцүүлэхэд харьцаангуй бага суурь эзлэх хэдүй боловч одоо хүртэл эмчлэх арга зүй нь олдоогүй байгаа энэхүү аюултай халдвараас сэргийлэх асуудал нэн чухал ач холбогдолтой хэвээр байгаа юм.

Манай улсын нутаг дэвсгэр өргөн уудам ой, тайга, уул хад, тал хөндий, говь, хангай хосолсон байгалийн хувьд зэрлэг ан араатан, жигүүртэн, мэрэгчид элбэгтэй болохын хамт жилийн дөрвөн улиралд таван хошуу малаа бэлчээрээр хариулж малладаг зэрэг байдлууд нь галзуу өвчний вирусыг байгалийн голомтонд нууцлан хадгалах болон цаашид халдвартархах нөхцөлтэйг харуулж байгаа юм.

Галзуу өвчин бол хүн болоод бүх халуун цуст амьтны мэдрэлийн системийн цочмог явцад энзоот маягаар тохиолддог гоц аюулт халдварт өвчин юм.

Манай оронд галзуу өвчинтэй тэмцэх шинжлэх ухааны үндэстэй оновчтой арга хэмжээг зөвхөн ардын засгийн жилүүдэд хэрэгжүүлж чухал чухал арга хэмжээнүүдийг авч ирсний нэг тод жишээ бол бүр 1929 оноос мал эмнэлэгт, 1943 оноос хүн эмнэлэгт зориулж галзуу өвчинөөс сэргийлэх вакцин үйлдвэрт нэвтрүүлж чадсан явдал юм.

Ариун цэвэр бактери шинжилгээний институтийн пастерийн салбарыт зөвхөн 2 жил хагаст 375 хүн ирж галзуугаас сэргийлэх тарилга хийлгэж байсан мэдээ (1) байдаг. Ариун цэвэр бактери шинжилгээний институтийн (Санбакинститут) Пастерийн салбарын 6 жилийн (1935—1940) материалыар судалсан (эмч А. И. Авдеева) судалгаанаас үзвэл 909 хүн урьдчилан сэргийлэх тарилга тариулсны 91 хувь буюу 826 хүн галзуу өвчтэй буюу сэжигтэй, нохойд 2,4 хувь буюу 24 хүн, чононд бусад өчүүхэн хэсэг нь, өөр мал, амьтанд хазуулж ноцуулж (2) байсныг үзвэл золбин нохой галзуу өвчнийг тараахад зонхилох үүрэг гүйцэтгэж байсан нь илт байна.

Манай оронд сүүлийн 15 жилд (1957—1972) хийсэн ажиглалт судалгаанаас үзвэл ойт хээрийн хээрийн, говийн бус хосолсон зүүн, өмнө, төвийн нутагт тухайлбал Дорнод, Сүхбаатар, Хэнтий, Дорноговь, Төв болон Төв аймагтай залгаа Булган, Дундговь, Өвөрхангай зэрэг аймгийн зарим сумдын нутагт зэрлэг ан амьтад галзуугаар өвчлөх тохиолдол бараг жил бүрийд ажиглагдаа ирлээ. Галзуу өвчний тархалтын байдал нь сүүлийн 10—15 жилд зүүнээс баруун тийш шилжих маягийн хандлагатайгаар тархаж байгаа нь байгалийн голомтын хөдлөлтэй холбоотой байж боловч нарийвчлан судлах асуудлын нэг юм.

Ажиглалт судалгааны байдлаас үзэхэд жилийн 3—4 буюу 1-р улирал өөрөөр хэлбэл сэруүн хүйтний улиралд дунджаар 1—2 удаа галзуугийн тохиолдол гарч байна.

Өвчилсөн буюу өвчний нууц хугацаанд байгаа зэрлэг араатан тухайлбал чоно, үнэг, хярс гэх мэт амьтад гэрийн хоточ нохойд барууллах болон нохой, сурэг мал тэр ч байтугай хүнд довтлох, хот айлыг түйвээх зэргээс галзуу өвчин үүсэн дэлгэрэх гол шалтгаан болдог. Аймаг хотын ариун цэвэр, халдвартын больницын мэдээнээс үзэхэд (1957—1972) хазуулж, шүлсдүүлсэн хүмүүсийн 83 хувь нь нохойд 14,2 хувь нь чоно, үнэг, хярс мэт зэрлэг амьтанд 3,7 хувь нь гэрийн малд хазуулсан байна. Өөрөөр хэлбэл жил бүрд 10000 хүн тутмаас 0,3 хүн галзуугийн ямар нэг сэжигтэй амьтанд хазуулж ноцуулсан хүмүүсийн 5,1 хувь буюу дунджаар 4 жилд 3 хүн галзуу өвчнөөр нас барсан байна. Тэгэхдээ нас барсан хүмүүсийн ихэнх нь (84 хувь) галзуугийн сэжигтэй буюу ил галзуу нохой, чоонд хүндээр хазуулсаас сэргийлэх тарилгын үр дүнг авч чадалгүй нас барсан байна.

Дээрх хугацаанд аймгуудын мал эмнэлгийн байгууллагуудаас авсан галзуугийн эпизоотологийн бүрэн биш мэдээнээс үзвэл ноцуулсан малын 57,5 хувь нь чоно болоод зэрлэг араатанд, 9,09 хувь нь нохойд 33,4 хувь нь малд тус тус хазуулж ноцуулсан эдгээр малаас 67,3 хувь нь үхлүүт хазуулсаас хүндээр шархдаж үхсэн буюу сэхэх найдваргүй учир нядлуулсан байна (3).

Бидний цуглувулж боловсруулсан энэхүү судалгаат материалыаас үзэхэд манай улсад галзуу өвчнийг хүн амд дамжуулагч нь нохой, малд дамжуулагч нь чоно үнэг, хярс, учраас нохойг халвараас сэргийлэх мөн байгалийн голомтыг судалж ан амьтан авлалтыг шинжлэх ухааны үндэстэй зохион байгуулалттай явуулах нь чухал байгаа юм.

Говь-Алтай аймагт 1969 онд гарсан галзуу өвчний үед 18 цагийн дотор галзуу чоно 100 гаруй bog мал сэглэж, 5 нохой, 5 хүн хүндээр шархдуулж ихээхэн гарз хохирол учруулж байсан юм. Энэ байдлаас болж жил бүрийд олон арван мянган мал галзуугаас сэргийлэх тарилгаар тарих шаардлага гарч байна. Бидний материалд болон бусад мэргэжилтний судалгаагаар манай оронд гэрийн мал-адуу, үхэр, хонь, ямаа, тэмээ мөн нохой, муур, зэрлэг ан амьтнаас чоно, үнэг, хярс, зээр мануул, үмхий хүрэн зэрэг амьтад өвчилдөг нь ажиглагдсан бөгөөд газрын мэрэгчид элбэгшихээр галзуу өвчин гардаг гэж нутгийн хашир малчид ярьдаг нь тэдгээр мэрэгчдийг агнадаг үнэг, хярс, элбэгшиж байгаатай холбоотой байж болох боловч сүүлийн үеийн мэдээнээс үзвэл хулгана дурсийн мэрэгчдээс галзуу өвчнийг үүсгэгч вирусыг илрүүлсэн мэдээг ДЭХБ (4) нийтлүүлсэн байна.

Галзуу өвчний оношийг эпизоотологи, эпидемиологийн судалгаа, клиникийн шинжийг зэрэгцүүлэн үзэх болоод 10 гаруй амьтны тархианаас материал авч хулгана, туулай тарьж биологийн сорьц тавьж байсны гадна хэлбэр судлалын шинжилгээ хийж Бабеш Негрийн биенцэр зарим үед олдож өвчний оношийг бататгаж байсны гадна үхсэн хүн, мал амьтны тархианаас сорьц авч Москва дахь ДЭХБ-ын лавлах лабораторит (профессор Салимов М. А.) явуулж флюоресценцийн эсрэг бодистой нэгдэх урвал тавьсныг Люминесцентийн микроскопоор давхар баталж байв.

Практикаас үзэхэд галзуу өвчний оношлолтыг хүн эмнэлэг, мал эмнэлгийн хэмжээнд лабораторийн аргаар нэгдсэн журмаар хамгийн яралтай тогтоох явдал чухал шаардлагатай байна. Улсын эм хангамж үйлдвэрлэлийн газрын харьяа Био-бэлдмэл, цусны үйлдвэр шинжилгээний институтийн хидрофобийн лаборатори галзуу өвчинөөс хүн амьг сэргийлэх вакцин үйлдвэрлэх талаар маш чухал үүрэг гүйцэтгэсээр ирсэн бөгөөд 1955 оноос (З. И. Боршиполец Д. Дандий) эхлэн ишиг, шүдлэн, ямааны тархины эдээс фермийн аргаар сэргийлэх вакцин үйлдвэрт нэвтрүүлж тэр үеэс эхлэн жил бүрд дунджаар 1000 орчим хүн доз

антирабик вакцин үйлдвэрлэж байна. Вакцин үйлдвэрлэлийн ажиллагаа нь үндсэндээ Дэлхийн эрүүлийг хамгаалах байгууллагын (ДЭХБ-ын) галзуу өвчин шинжлэн магадлагчдын хорооноос зөвшөөрсөн технологийн дагуу (5) бэлтгэгдэж байгаа юм.

Вакцин үйлдвэрийн штаммыг 1955 онд Био-комбинатаас шилжүүлэн авснаас хойш сар бүрд туулайн тархинд сэлгүүлэн тарьж сэргээж байгаа бөгөөд саармаг орчинтой 50 хувь глицеринд —4—6°-д хадгалж байдаг юм. Вакцин бэлдэх үйлдвэрийн омгийн халдвартаны таныц нь Рид-Менчийн аргаар 10, 69 байсан бөгөөд 1:20 найруулсан вакциныг цагаан хулганы уураг тархинд идэвхтэй вирус «Фикс» илрээгүй болно. Тус институтээс бэлдсэн галзуугийн вакцины дархан төрх чанарыг Зөвлөлт Холбоот Улсын Эрүүлийг хамгаалах яамны харьяа био-бэлдмэлийг шалгах, стандартчилах эрдэм шинжилгээний улсын институтэд АНУ-ын эрүүл мэндийн үндэсний институтийн аргаар шалгахад ЕД<sub>50</sub>=6,01 байсан бөгөөд үүнийг зөвлөлтийн үндэсний ферми вакцины лавлахтай харьцуулахад дархан төрх чанарын индекс 1,6-тай тэнцүү байв. Дархан төрх чанарыг СҮБ (шалгах вирусээр 25,6 ЛД<sub>50</sub>)0,03 тарьж шалгасан болно.(6)

Энэ шинжилгээний материалаас үзэхэд тус лабораториос бэлтгэн гаргаж байгаа антирабик вакцин нь зохих шаардлагыг хангаж байна. Бид вакциныг хөлдүүгээр хатаах Флюорт ЕР буюу НЕР штаммаар өндөгний вакцин турших зэрэг шинжилгээний ажлыг оролдсон боловч зарим нэг бэрхшээлээс болоод уг ажлыг үргэлжлүүлэх боломжгүй болсон юм. Тус институтээс үйлдвэрлэн гаргасан фермийн антирабик вакциныг тус улсын хэмжээгээр хүн эмнэлгийн практикт суулийн 20 шахам жил хэрэглэхэд вакцинаас болж хундрэл үзүүлсэн буюу вакцины хундрэлээс нас барсан тохиолдол гараагүй бөгөөд гэхдээ ДЭХБ-ын тоймоос үзвэл янз бурийн орны хэрэглэж байгаа вакцины онцлогоос болж бүх тариулсан хүмүүсийн 28 мянганы нэгээс 600-ны нэг хүртэл вакцины дараахь саагаар өвчилж байжээ. Гэтэл манай улсад галзуугаас сэргийлэх тарилга вакцинаар тариулагчдын тоо харьцангуй цөөн бөгөөд суулийн 20 шахам жилд улсын хэмжээгээр уул вакцинаар 2000 орчим хүн тариулсан нь жилд дунджаар 40 орчим хүн тариулж байсан бөгөөд тэгэхдээ энэ тоо нь жилд жилд харилцан адилгүй юм.

Ер нь уураг тархины ялангуяа нас гүйцсэн амьтны тархинаас бэлдсэн вакцин энцефалоген чанар ихтэй байдгийг галзуугийн вакцины үйлдвэрлэлд хэрэглэж ирсэн олон арван жилийн туршлага харуулж байна. Ийм ч учраас вакцины мэдрэлийн саажуулах хундрэлийг давахын тулд нялх амьтны тархинаас вакциныг бэлтгэн хэрэглэх нэхдэсийн өсгөврийг вакцин үйлдвэрлэлтэд нэвтрүүлэх чиглэлээр туршилт хайлт өргөн явагдаж байна. Үүний жишээнд хөхүүл хулгана, хархын зулзаганы тархинаас бэлтгэсэн вакцин, нугасны хөврөлөөс бэлтгэсэн вакцинуудыг дурдаж болох юм.

Галзуугийн вакцины дараахь хундрэлийг багасгахын тулд вакциныг хэрэглэх заалтыг улам нарийсгах (нохойг галзуугаас бүрэн хамгаалах) вакцинтай хамт галзуугийн өвөрмөц иммуноглобулин (гаммаглобулиныг) хослуулан хэрэглэх аргыг эрхэмлэн үзэж байна.

Төв аймгийн нилээд сум, Сүхбаатар, Дорноговь, Дундговь, Өвөрхангай, Дорнод аймаг, Улаанбаатар хотод мэдээж галзуу буюу сэжиг бухий чоно нохойд хазуулсан хүмүүс фермийн аргаар ишигний тархинаас бэлтгэсэн вакцинаар цаг алдалгүй курсээр тариулаад өвчлөөгүй амь аврагдсан тухай зарим нэг жишээ баримт дурдвал:

1957 оны 3-р улиралд Төв аймгийн нутаг Архустайн сангийн аж ахуйд өвс хадаж байсан хэсэг ажилчдыг өдрөөр галзуу чоно дайрч нэг хүнийг сэхэлтгүй ноцож, З хүнийг тархи нүүр хавьд нэлээд хундээр шархдуулсан байна. Энэ З хүн цаг алдалгүй 180—258 мл антирабик

вакцин хийлгээд 45 хоногт эрүүлжин гарч 3 сар хяналтанд эрүүл байв. (материал нь Шастины нэрэмжит II нэгдсэн эмнэлэгт). 1964 оны 3-р улиралд Төв аймгийн Жаргалан сумын 2-р бригадын хэсэг малчид гаднаа орж ирээд мал дайрч байсан галзуу чонотой тэмцэлдэж алаад тэр даруй курсээр тариа хийлгэж эдгэрээд гарсан байна. 1965 оны 3-р улиралд Орнөх амьдрал нэгдлийн орчимд галзууугийн сэжиг бүхий сүүлээ хавчсан золбин нохой орж ирж тахиа хөөж заримыг барьж хаяж гэнэт гахай хөөж сүүлийг нь тас хазаж, гадаа тоглож байсан хүүхэд рүү дайрч 7 настай эмэгтэй Х-гийн сүүвэрэнд 3—4 см гүнзгий 4 шүд оруулж дээлтэй нь нэвт хазаж цааш тугал, нохой ноцож алуулсан байна. Охин Х. амбулаториор 140 мл антирабик вакцин хийлгэж эдгэрэн гарсан байна. Уул нохой мал эмнэлгийн шинжилгээгээр галзуу гэж онцлогдсоны гадна, түүнд хазуулсан тугал 20 хоног дээрээ галзууугийн шинж тэмдгээр үхсэн байна. 1967 онд Өвөрхангай аймгийн Хужирт, Хархорин, Өлзийт суманд галзуу нохой орж ирж 6 хүн хазсанас б настай эрэгтэй П. 6 дахь хоног дээрээ халуурч галзууугийн шинж тэмдгээр нас барсан бөгөөд 5 нь вакцин хийлгэж эдгэрсэн байна. Энэ мэт тодорхой жишээ баримт нилээдийг дурдаж болох байна.

Галзуугаас сэргийлэх тарилга тариулагчид нь бүтэн курс хийлгэхгүй дутуу орхих нь аюултай байна. Жишээ нь: нас барсан хүмүүсийн тал хувь нь тарилга дутуу орхисон буюу дутуу тарьснаас болсон гэж хэлэх үндэс байна. 1967—1968 онд зэвхөн Улаанбаатар хотод тариулагчдын 21,5 хувь нь тарилга дутуу орхисон байна. Гэвч хазсан нохой амьтны талаар ямар ч мэдээ материалыг бүтэн курсээр тарилга хийх, сэжигтэй амьтанд хазуулсан хүмүүст тариа хийх явдлыг тодруулах нь онцгой чухал ач холбогдолтой юм.

Галзуугаас сэргийлэх тарилга нь өөр амьтны эд эрхтнээс бэлдсэн вир ус бүхий хүнд тарилга юм. Энэ бүгдийг дурдаж байгаа нь галзуугаас сэргийлэх энэхүү вакциныг өө сэвгүй сонгомол гэж үзсэн нь хараахан биш бэгээд тиймэрхүү дүгнэлт хийхээр ч хүрэлцээтэй тоо баримт биш нь мэдээж юм. Харин ч энэ бүгдээс үзвэл галзуугаас сэргийлэх вакцины чанарыг цаашид үндсээр нь сайжруулах шаардлагатай байна. Галзуугаас сэргийлэх вакцины чанарыг сайжруулах гол зорилго бол хоруу чанаргүй, бага хэмжээгээр цөөн тарьдаг, удаан хугацаанд чанараа алдахгүй үр нэлэө өндөртэй байхад чиглэсэн байхаас гадна сүүлийн үед хүнд зориулсан вакцинд үлдээс амьд вирус (фикс) байж болохгүй гэж ДЭХБ-ын магадлагчдын хороо (7) үзэж байна. Өнөөгийн шинжлэх ухаан, техникийн асар хурдан дэвшил нь шинжлэх ухааны бүхий л салбарт тусгалаа олж галзуу өвчний талаар сүүлийн 10 гаруй жилд шинэ шинэ нээлт гарч галзуу, үүсгэгч вирусын ийлдэст хүрээг урьдчилан 4 ангиллаар тогтоож, вирусын антигены гадна хальсны гликопротеин, доторхи, нуклеопротеины эсрэгтөрөгчээс тус тус тогтоосны гадна, гэлзууугийн хамгаалах өвөрмэц иммуноглобулин эс—өсгөврийн нэхдэсийн цоо шинэ вакциныг (8) эрүүлийг хамгаалах практикт амжилтгай нэвтрүүлж байна. Галзуу өвчтэй буюу сэжиг бүхий амьтанд хазуулж ноцуулсан хүн вакцин тариулснаас 45 хоногоос хойш нас бараг акал тэр нь вакцины үр нэлэө үзүүлээгүй гэж шууд үзэж байна. (9)

Францын суут эрдэмтэн Луи Пастер галзуу өвчнөөс сэргийлэх вакциныг хүн тэрэлкгэнд нээж өгснээс хойш 50 гаруй жилд дэлхийн шинжлэх ухаанд олсон томоокон амжилтын нэг бол галзууугийн вирусыг уламжлал ёсоор ямар нэг амьтны тархи, нугасны мэдрэлийн эд эсэд биш харин амьтны буюу сармагчин хүний эс нэхдэсийн эдэд өсгөвөрлөсөн цоо шинэ маягийн вакциныг ЗХУ, Чехословак, АНУ, Франц зэрэг орнуудад амжилттай туршин кэрэглэж байгаа явдал юм. ДЭХБ-ын магадлагчдын хо-

рооны мэргэжилтэн нарын үзэж байгаагаар энэхүү эс нэхдэсийн вакциныг 14—21 удаа биш зөвхөн 1—2 удаа тарьдаг үр нөлөө сайтай олон талын давуутай зэргээрээ тархины эдийн вакциныг бодвол хамгийн ирээдүйтэй гэж үзэж байна. Галзуу өвчиний байгалийн голомт зэрлэг амьтын галзуу өвчин, вирус нөөцлөн хадгалагчдыг илрүүлэх судалгааны ажлыг хүчтэй болгож галзуугаас сэргийлэх болон эмчлэх арга ажиллагаанд орчин үеийн шинэхэн нээлт ололтыг хожимдохгүй цаг тухайд практикт нэвтрүүлэх талаар холбогдох байгууллага мэргэжилтэн нар хамтран ажиллах явдал шаардагдаж байна. ДЭХБ-аас районы хороонуудын хэмжээнд галзуу өвчнөөс сэргийлэх талаар олж буй амжилтыг нэвтрүүлэхийн тулд гишиг үүний дагуу манай зүүн өмнөд азийн районы хороноос 1974 оны 10-р сард галзуугийн вакцины чанарыг сайжруулах талаар чухал семинарыг Энэтхэгийн Бомбей хотноо зохион явуулсан байна. Чухамдаа дэлхий дахини шинжлэх ухаан техникийн гайхамшигтэй түргэн хөгжиж байгаа орчин үед хүн төрөлхтний өмнө хамгийн аймшигт өвчиний нэг галзуугаар дэлхийн аль ч өнцөг буланд нэг ч хүн өвчлүүлэхгүй байлгахын төлөө дэлхийн олон эрдэмтэд мэргэжилтэн нар эрдэм мэдлэгээ улам зузаатган хамтран ажиллаж хамтын хүч чармайлтаар энэ өвчинтэй тэмцэх талаар тодорхой амжилтанд хүрэх нь эргэлзээгүй юм.

#### Т о в ч д у г н э л т

1. БНМАУ-ын төвийн, зүүн зүгийн сүүлийн жилүүдэд баруун зүгийн зарим аймгийн ялангуяа ойт хээр, хээрийн, говийн бус хосолсон нутагт зэрлэг ан амьтан (чоно, үнэг, хярс гэх мэт) галзуу өвчнөөр өвчилснөөс гэрийн нохой, мал болоод хүнд дамжин халдвартлах тохиолдол жилдээ ялангуяа сэргүүн хүйтний улиралд 1—2 удаа гарсаар байна. Галзуу болоод сэжигтэй, үл мэдэгдэх амьтанд хазуулж ноцуулсан хүмүүсийн 83 хувь нохойд 14,2 хувь нь чоно, үнэг мэт зэрлэг амьтанд, 3,7 хувь нь гэрийн малд ноцуулсан тоо баримт нь бусад судлаачдын ажилтай ойролцоо байна. Мөн мал дээр авч үзвэл 57,5 хувь нь зэрлэг амьтанд (чоно, үнэг, хярс) 9,09 хувь нь нохойд 33,4 хувь нь малд тус тус ноцуулж хазуулсан байна. Үүнээс үзтэл манай орны нөхцөлд галзуу өвчнийг хүнд дамжуулагч нь нэгд нохой, хоёрт чоно, харин малд дамжуулагч нь нэгд чоно, хоёрт нохой тус тус зонхилох үүрэг үйцэтгэсэн байна.

2. Тус улсын хүн эмнэлгийн практикт хэрэглэж байгаа ишигний тархины эдээс бэлдсэн вакцин түүний үйлдвэрийн омгийн вирус фикс нь Пастерийн сонгомол омгийн нэг хэлбэр бөгөөд шинжлэхэд вирусын, омгийн халдвартын таньц  $L_D_{50}=10^{-4}$ <sup>69</sup> дархан төрх чанар ЕД=6,01, дархан төрх чанарын индекс 1,6 байсан ба шалгах вирус (CY3) 25,6  $L_D_{50}=0,03$  14 гр хүндийн жинтэй хулганы тархины эдэд 0,03 давхарлуулсан болно. Мөн вакциныг галзуугийн тохиолдолд иервэгдсэн халдвартлагдсан зэрэг хүмүүст хэрэглэж эдгэрсэн баримтыг дурдсан боловч уг вакциныг сэргийлэх чадлыг бүрэн гүйцэт дүгнэх магадтай хүрэлцээтэй баримт биш учраас цаашдаа нэхдэсийн вакцин, эмчилгээний иммуноглобулин, мөн хэсэг газрын шархыг эмчлэх талаар ДЭХБ-ын магадлагчдын санамжийг түргэн авч хэрэгжүүлэхийн чухлыг онцлон тэмдэглэж байна. Үүнтэй холбогдуулж галзуу судлагчид болон хүн, мал эмнэлгийн хамтарсан ажиллагааг идэвхжүүлж галзуу өвчиний мэдээ судалгаа, тайланг эмх цэгтэй болгож энэ талаар холбогдох удирдамж зааврыг бүрэн хэрэгжүүлэх шаардлагатай байна.

3. Манай орны нөхцөлд галзуугаас сэргийлэх ажлыг сайжруулах нэг чухал зорилт нь зоолог-вирусологийн шинжилгээг зарим ан амьтан дээр зохион байгуулалттай хийхээс гадна хот суурин газрын золибон нохдыг ойрын жилүүдэд устгаж юуны өмнө галзуу гардаг аймаг сумдын нутгийн эзэнтэй нохойг вакциндаж тусгай пайз зүүхээс гадна нохойн аж ахуй байгуулах саналыг хэрэгжүүлэх нь чухал юм. Мөн мэрэгчдийн дунд вирусологийн шинжилгээ явуулах ахул сонирхолтой дүн үзүүлж болох юм.

4. Галзуу өвчинөөс урьдчилан сэргийлэх ялангуяа галзуу өвчин гарсан үед галзуу амьтнаас хэрхэн яаж хамгаалах буюу тэдгээр амьтдыг яаж устгах талаар хөдөлмөрчид малчдад гарын авлага зурагт хуудас зэрэг таниулга гэгээрлийн болон ялангуяа энэ талаар малчдын дээр үеэс уламжлан ирсэн арга барилыг сурталчлах талаар ажил зохиох шаардлагатай байна.

### К ВОПРОСУ ЭПИДЕМИОЛОГИИ И СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ БЕШЕНСТВА В МНР.

Ч. Жамба, Д. Дандий  
Институт Биологических Трансфузионных препаратов.  
Минздрава г. Улан-Батор.

#### РЕЗЮМЕ

На территории 8 аймаков центральной восточной и западной части МНР сохраняется природный резервуар бешенства и инфекция возникает ежегодно в 4-ом и 1-ом кварталах года, и тем самым наносит значительный ущерб животноводству и представляет серьезную опасность для человека. В этих местностях источником распространения данной инфекции и резервуаром рабиического вируса является дикая фауна.

В условиях МНР эпидемиологические и эпизоотологические наблюдения дают право утверждать, что в распространении бешенства среди домашних животных имеют большое значение дикие плотоядные (волки, лисицы, корсаки), а для людей собаки. Так например в 85 % укусы людям были нанесены собаками, а домашним животным в 57,5 % укусы были нанесены дикими животными.

Антирабическая вакцина, изготавливаемая в МНР из мозга коз 1–2 летнего возраста или козлят по методу Ферми с успехом применяется за последние 20 лет в медицинской практике и не наблюдается случаев осложнений после вакцинации. Однако авторы считают необходимостью улучшение качества вакцины путем Лиофильной сушки и наряду с этим внедрить в медицинскую и ветеринарную практику лучшие антирабические вакцины и иммуноглобулины, разработанные в других странах.

#### НОМЗҮЙ.

1. Десять лет здравоохранения МНР. «Сов. Монголия» № 6 1935 г. УБ
2. Аедеева А. И. «Борьба с бешенством» Сборник научных работ. стр 89. 1941 Улан-Батор.
3. Д. Дандий Некоторые вопросы Эпидемиологии и специфической профилактики бешенства в МНР за 10 лет. (1957–1966 г). Материалы XV научной сессии Института Полиомиелита и Вирусных Энцефалитов. Москва 1968. выпуск-2)
4. Технический доклад экспертов Воза. Сер № 523. Женева. 1973 (на англ. языке)
5. Каплан М. — Лабораторные методы исследования бешенства. Женева.. 1968 г.
6. О результате контроля антирабических вакцин выпускаемых Институтом Биопрепаратов и Гемотрансфузии г. Улан-Батор. — Материалы рукописи от 5 мая 1974 г. Институт (ГИСК) им. Тарасевича СССР.
7. Новые перспективы в борьбе с бешенством. Хроник Воз №5 Женева 1974.
8. Каплан М. Копровски Н. — Лабораторные методы исследования бешенства Женева 1973 (на английском языке)
9. Селимов М. А. — Эффективность и отдельные неудачи антирабических прививок в СССР за 1964—1969 г. ЖМЭИ. 1971. № 1. стр 15

## БӨӨРНИЙ ТҮГЭЭМЭЛ ГЛОМЕРУЛОНЕФРИТЫГ МЕТИНДОЛООР ЭМЧИЛСЭН НЬ

*A. С. Чиж, А. С. Корзун, Р. А. Ратнер*

Белорусын эмч нарын мэргэжил дээшлүүлэх институт.

Дотрын 2-р кафедр (эрхлэгч анагаах ухааны доктор *A. С. Чиж*)  
Минскийн Төмөр замын эмнэлэг (ерөнхий эмч-Белоруссын гавьяат  
эмч *I. M. Окунев* Улсын нэгдсэн тусгай эмнэлэг) дарга, академич *T. Шаг-  
дарсурэн*.)

Сүүлийн жилүүдэд ном хэвлэлд нилээд судлаачид (Л. Р. Полянцева  
1972 он; Г. П. Шульцев, 1972; А. М. Вихерт, Р. И. Мегреминскили,  
1972; Е. М. Тарев, 1972; М. Я. Ратнер, 1975 он; А. П. Пелещук, 1974  
он; бөөрний түгээмэл гломерулонефритын үед үрэвслийн эсрэг болон  
зарим талаар иммунодепрессант үйлчилгээтэй метиндолын төрлийн  
бэлдмэлүүдийг амжилттай хэрэглэж байгаа талаар бичиж байна.

Метиндол нь кортикостероид гормон, иммунодепрессант эмүүдийг  
бодвол гажуу нэлөө багатай, цусны дараалт их үе, бөөрний ажиллагааны  
дугацлын эхний илрэлүүдэд хэрэглэж болдог сайн талтай учир нилээд  
сонгомол бэлдмэл юм. Бид метиндолоор бөөрний түгээмэл гломерулоне-  
фриттэй 15—56 наасны 29 өвчтөнийг эмчилсэн бөгөөд тэдний 5 нь хурц,  
24 нь архаг өвчтэй байсан. Архаг өвчтэй 24 хүний 9 нь далд хэлбэрийн,  
7 нь дараалт ихдэх хэлбэрийн, 4 нь нефрозын, 4 нь шээсээр цус гарах хэл-  
бэрийн гломерулонефриттэй байв. Курс эмчилгээг эхлэхийн өмнө онош  
тодруулах бэлэн өзчтэний биеийн байдлыг дүгнэхийн тулд өвчний туу-  
хийг дэлгэрэнгүй авснаас гадна клиник-лабораторийн болон зарим бага-  
жийн тусламжтай шинжилгээнүүдийг хийлээ. Үүнд:

Цусны дараалтыг 3 цаг тутамд 1—2 хоногийн туршид үзэх, нүдний  
угийг харах, ходоодны шүүсийг шинжлэх, ходоод гэрэлд харах, бөөрний  
зураг авах, зүрхний цахилгаан бичлэг хийх, бөөрийг радиоизотопоор  
шинжлэх, цусны ерөнхий шинжилгээ, цусанд билирубин, холестрин,  
мочевин, креатинин, нийт уураг, уургийн бүтцийг электроферезоор  
цаасан дээр бэлэн полиакриламидин гемээр үзэх, цусан дахь натри,  
кали, кальцийг тэдорхэйлэх, хоногт шээсээр ялгаран гарах уургийн  
хэмжээг тэсцээлэх, шээсний ерөнхий шинжилгээ хийх, шээсэн дэх  
цусны дүрст элементийг Нечипоренкогийн болон Қаковский-Аддисийн  
аргаар тэслох, идэвхт цагаан цогцыг илрүүлэх, шээсэн дэх бактерийн  
хэмжээг тооцох, бөөрний түүдгэнцрийн нэвтрүүлэх чадварыг эндогенний  
Креатининээр тодорхойлох гэх мэт юм.

Дээрх шинжилгээнүүдийг хийхийн зэрэгцээ 13 хүнд гүйлсэн бул-  
чирхайг авах мэс засал хийсэн.

Эмчилгээний язсад хэолны дэглэм сахиулсан.

Метиндолыг эхний 3 өдөр 25 мг-аар өдөрт 3 удаа хоол идсэний дараа  
уулгаж, хэрэв өвчтөнд тохиромжтой бол цаашид 1—3 хоног тутамд 25  
мг-аар тунг ахиулан хоногт 125—150 мг хүргэв. Ийм маягаар эмчилгээг  
дунджаар 4 долоо хоног үргэлжлүүлж цаашид тунг бууруулан хоногт  
50—75 мг бэлгож ийм тун эмчилгээг 3—12 сар хэрэглэсэн.

Эмчилгээний үр дүнг явц дунд нь клиник-лабораторийн шинж тэмд-  
гүүд: цусны даралг, хаван, өвчтөний зовуур, хоногт, шээсээр ялгаран  
гарах уургийн болон цусны хэмжээ, түүдгэнцрийн нэвтрүүлэх чадвар  
байдал, холестерин, мочевин, креатинин, нийт уураг, уургийн бүтцийг  
шинжлэх болон бусад аргаар хянаж үзсэн.

Хурц болон архаг гломерулонефриттэй хүмүүсийг метиндолоор эмчилсэн клиник лабораторийн шинжилгээний байдлыг 1-р хүснэгтээр үзүүллээ. Хүснэгтээс харахад хурц өвчлөлийн үед эмчилгээний өмнө хоногт шээсээр ялгаран гарах ургийн хэмжээ нэлээд их ( $2,6+0,46$  г), цусан дахь уураг бага ( $4,5+0,54$  %). альфа 2 болон  $\beta$ -глобулин, холестерин ихэссэн байв.

Хурц гломерулонефриттэй 5 хүний 3 нь удаашрах явцтай өөрөөр хэлбэл өвчин 3 сар хүртэл үргэлжилсэн, 2 өвчтөн хаван ихтэй, бусад нь шилбэ, нүүр хөөнгөтөх байдалтай байв. Эмнэлэгт хэвтсэнээс хойш эхний 7 хоногт 3 өвчтөнд цусны даралт ихдэх ( $160/110-150/100$  мм мб) байдал ажиглагдав.

Метиндолын курс эмчилгээг хийснээр цусны даралт хэвийн болж хаван арилсан. Хоногт шээсээр ялгаран гарах уураг  $0,56\pm0,24$  г болтлоо буурч, цусан дахь ургийн бүтэц болон холестериний хэмжээ хэвийн болж, түүдгэнцрийн нэвтрүүлэх чадвар сайжирсан. Дээрх өвчтөнүүдийг метиндолын тогтоох тун (хоногт 50—75 мг) -аар жилийн турш эмчлэхэд 3 хүнд клиник лабораторийн эдгэрэлт болж, харин 2 хүнд даарч, ханиад хурснээс цөөн хоногоор өвчин дахих байдал ажиглагдлаа.

Далд явцтай архаг гломерулонефриттэй өвчтөнд курс эмчилгээ хийхэд хоногт шээсээр ялгаран гарах уураг 10 дахин буурч, цусан дахь холестериний хэмжээ багасч, уургийн бүтэц хэвийн болж (нийт уураг, альбуими хэмжээ ихэсч  $\alpha_2$ — ба  $\beta$ -глобулин багасч) түүдгэнцрийн нэвтрүүлэх чадвар сайжирсан.

Цусны даралт ихдэх хэлбэрийн архаг гломерулонефритын үед метиндол эмчилгээний явцад даралт буурсан ба  $150/100$  мм орчмын даралттай хүний цусны даралт, даралт бууруулах эмгүйгээр хэвийн болов.

Цусны даралт нь нэлээд өндөр ( $160/110-210/115$  мм-рт), даралт бууруулах эм хэрэглэж буй өвчтөнүүдэд метиндолын бага шиг тун нь даралтыг бууруулж байв.

Түүнчлэн энэ бүлгийн хүмүүст хоногт шээсээр ялгаран гарах уураг багасч, нийт уураг, альбуими хэмжээ ихэсч  $\alpha_2$ -глобулин буурч, түүдгэнцрийн нэвтрүүлэх чадвар сайжирсан. Цусны даралт ихдэх хэлбэрийн гломерулонефриттэй 7 хүний 6-д нь сайжралын шинж ажиглагдсан.

Мөн цус гардаг хэлбэрийн архаг гломерулонефритын үед метиндол үр дүн өгсөн. Энэ бүлгийн өвчтөнүүдэд хоногт шээсээр ялгаран гарах уургийн хэмжээ багасч, уургийн бүтэц хэвийн болж, түүдгэнцрийн нэвтрүүлэх чадвар ихэссэн.

Нефроз хэлбэрийн архаг гломерулонефритын үед эмчилгээний өмнө хавагнах, хоногт шээсээр ялгаран гарах уураг их, цусанд холестерин их, уургийн бүтэц хэлбэлзэл ихтэй, (альбумин бага,  $\alpha_2$  ба  $\beta$ -глобулин их байв.

Эмчилгээний явцад бүх өвчтөнд илэрхий сайжрал, гарч, шээсээр ялгаран гарах уураг, цусны холестерин багасч, нийт уурагч, альбумин ихэсч  $\alpha_2\beta$ -глобулин нормоос буурав. (Хүснэгт № 1)

Харин цусан дахь мочевины хэмжээ, түүдгэнцрийн нэвтрүүлэх чадварт өөрчлөлт гараагүй байна.

Хаван бараг бүрэн арилсан. Нефрозын хам шинжтэй 2 өвчтөнд урьд нь преднизолоноор эмчлэхэд үр дүн гараагүй мөртлөө метиндолоор эмчлэхэд үр дүн өгч, тогтоох тунг жилийн турш хэрэглэхэд өвчтөний бие муудахгүй байсан нь тэмдэглүүштэй юм.

Метиндолыг дээр дурдсанаар удаан хэрэглэхэд онцгой гажуу нөлөө гараагүй бөгөөд харин нэг тохиолдолд ходоодны архаг үрэвсэл сэдэрэх, 3 тохиолдолд толгой өвдөх байдал илэрсэн бөгөөд эмийн тунг бууруулахад шаналгаа арилж байлаа. Метиндолыг тогтоох тунгаар амбулаторийн нөхцөлд хэрэглэхэд архаг гломерулонефриттэй

X Y C H E I T N  $\bar{e}$  l.

Түгээмэл геоморфологийн сэчтний метиндоор эмчилэх үед гарсан  
Лабораторийн зарим үзүүлэлт

Цусны сийвээнд											
1		2		3		4		5		6	
Xурыг гломерулон- негрит		Эмчилгээний өмнө	2,60± ±0,26	85,6± ±4,3	34,6± ±2,8	331± ±18,4	4,5± ±0,54	38,6± ±4,6	6,4± ±1,4	13,3± ±2,6	20,8± ±0,4
		Эмчилгээний дараа	0,56± ±0,24	95,6± ±1,1	30,0± ±1,7	227± ±4,8	7,3± ±0,5	52,6± ±1,8	5,2± ±0,5	9,4± ±0,5	14,0± ±1,2
p			0,05	—	—	—	0,05	0,05	—	0,05	—
Далд хэлбэр		Эмчилгээний өмнө	1,33± ±0,26	76,8± ±4,9	33,0± ±1,8	238± ±15,9	6,8± ±0,16	51,13± ±1,53	6,2± ±0,36	12,6± ±0,7	18,7± ±0,9
		Эмчилгээний дараа	0,33± ±1,13	87,0± ±5,3	30,5± ±1,6	216,0± ±16,8	7,2± ±0,13	58,4± ±0,89	5,0± ±0,5	7,5± ±0,5	10,8± ±0,6
p			0,05	—	—	—	—	—	0,05	—	0,05

Yadegar-e  
Jalali

16 хүнд 2 жилийн туршид баттай үр дүн гарч өвчин дахиагүй байна. З хүнд клиникийн эдгэрэлт, 5 хүнд өвчний явц сайжрах хандлага (шээсээр ялгаран гарах уураг багассан, биийн ерөнхий байдал сайжирсан) ажиглагдсан билээ. Харин 3 хүнд ханиад, томуу туссантай холбогдон өвчин дахисан байна.

Дээрх байдлуудаас үзэхэд хурц болон янз бүрийн хэлбэрийн архаг гломерулонефритыг метиндолоор эмчлэхэд ихэнх тохиолдолд сайн үр дүн өгч, клиник-лабораторийн эдгэрэлт гарсан байна. Эмчилгээний үр дүн нь хоногт шээсээр ялгаран гарах уураг ба улаан бөөмний тоо хэмжээ багасах, уургийн бүтэц хэвийн болох, цусан дахь холестериний хэмжээ багасах, өвчтөний биийн ерөнхий байдал сайжрах, цусны даралт буурч хэвийн болох, түүдгэнцрийн нэвтрүүлэх чадвар сайжрах байдлуудаар илэрч байна.

Бидний ажиглалт нь гломерулонефритыг метиндолоор эмчлэхэд үр дүн сайтай бөгөөд гажуу нөлөө илрэхгүй байна. Түүний тогтоох тунг амбулаторийн нөхцөлд удаан хэрэглэж болох юм гэсэн хэвлэлийн мэдээлэлтэй тохирч байна. Дээрх ажиглалт нь метиндолыг түгээмэл гломерулонефритын янз бүрийн хэлбэрт өргөн хэрэглэж болох боломжтойг гэрчилж байна.

#### Дүгнэлт

1. Метиндол нь хурц, архаг гломерулонефритын эмнэл зүйн янз бүрийн хэлбэрийн үед эмчилгээний сайн үр дүн өгч байна.
2. Метиндолоор эмчилснээр бөөрний (шээсээр уураг, цус ялгаран гарах) болон, бөөрний бус (цусны даралт ихдэлт, хаван) шинж тэмдгүүд бүрэн арилах юмуу багасч, цусны уургийн бүтэц, холестериний хэмжээ хэвдээ орж байна.
3. Эмчилгээний үр дунг бататгах зорилгоор метиндолыг амбулаториор тогтоох тун (50—75 мг)-аар удаан (3—12 сар) хэрэглэх нь ашигтай байна.

#### АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. Пелещук А. П. — Практическая нефрология Киев. 1974 он.
2. Шульцев Г. П. — «Основы нефрологии» 1972 он 2-р боть 807-р хуудас
3. Полянцева Л. Р. — 1-р боть 263-р хуудас
4. Тареев Е. М. 1-р боть 416-р хуудас.

#### АЛТАН ГАГНУУРЫН НЭГ ДҮРС, МОГОЙН ИДЭЭ ГЭДЭГ УРГАМЛЫН ҮНДЭС ЯСНЫ БЭРТЭНГЭНД ХЭРХЭН НӨЛӨӨЛӨХ БАЙДЛЫГ ГЭРЛИЙН ШИНЖИЛГЭЭНИЙ ТУСЛAMЖТАЙГААР СУДАЛСАН ДҮН

Д. Балдандорж, С. А. Бекирова

Ясны эд, эсийн ургалтыг сайжруулах түүний эдгэрэлтийг түргэтгэх асуудал бол анагаах ухаанд чухал зүйлийн нэг байсан бөгөөд түүнд зориулж олон эрдэмтэн судлаачид өөрсдийн оюун ухаан хөдөлмөрийг зарцуулсаар ирсэн билээ.

Гэвч уг асуудал тууштай шийдвэрлэгдэж чадаагүй, одоо хүртэл судлаачдын анхаарлыг татсан асуудлын нэг байсан хэвээр байна. Ямар ч хэлбэрээр гэмтсэн гэсэн тэр гэмтсэн ясны эдгэрэх процесс хурдсаж

зовсон өвчтөн гамшигаасаа салж эрүүл саруул болно гэдэг нь зөвхөн тэр хүний жаргалаас гадна, уг өвчтөн ажил хөдөлмөртөө эргэн орж улс эх орныхоо бүтээн босголтонд оролцоно гэдэг нь нийгмийн хичнээн их ач холбогдолтой гэдэг нь ойлгомжтой. Ийм ч учраас олон зуун эрдэмтэн судлаачид ясны бэртэнгийг хурдаасгахад зориулан янз бүрийн аргуудыг хэрэглэж иржээ. Тухайлбал юуны өмнө витамин цус ба түүний ойролцоо бодис, цахилгаан шавар, нар салхины эмчилгээ, гэрлийн туяа, гармон болон эд, эсийн эмчилгээ гэх зэрэг болно.

Дурдсан эмчилгээний асуудлаар 1946 онд Б. М. Динабург, 1957, 1962 онд Н. А. Воробьева Л. И. Волоховский нар, 1951 онд С. Н. Левченко 1955 онд Г. В. Головин, 1966 онд С. Б. Гринбайм, нарын зэрэг эрдэмтэд өөрийн судалгаа явуулж зохих амжилтанд хүрсэн байна.

Ясны эд, эсийн хугаралтын эдгэрэлтийг химиин янз бүрийн эмийн бодисоор хурдаасгах талаар ажилласан судалгаа хэвлэл номонд бичигдсэн байдал.

1959 онд М. А. Корендеев, 1961 онд А. К. Панков, 1962 онд Ф. Х. Сейфулин нар холиноэстераз гэдэг бодисыг клиникт ба туршлагын журмаар хэрэглэж ясны бэртэнгийн эдгэрэх хугацааг 2 дахин богиноосон дүгнэлтэнд хүрчээ.

1965 онд Н. М. Шаматов, 1967 онд А. Ш. Шакиров, 1970 онд С. Камалов 1974 онд У. С. Исланбеков нар клиник ба туршлагын журмаар янз бүрийн биологийн идэвххүүлэгчийг (алоэ), эхийн экстранты шиллэгээд тарагшин мулше-асиль, коашид кобофентин зэрэг туршин хэрэглэж бэртэнгийн эдгэрэх хугацааг 7—10 хоногоор багасгасан судалгааны сайхан дүнг гаргаж баримтаар баталжээ.

Алтан гагнуурын өөр нэг дүрсийг (*Rbdeole Roseae*) 1975 онд манай улсын судлаач Чой ясны бэртэнгэнд хэрхэн нөлөөлөх талаар судалгааг явуулж ясны бороожилтын эрт үүсэх болон эдгэрэх явцыг хурдаас гадгийг нотолжээ. Түүхийн үүдиэс үзсэн ч гэсэн алтан гагнуурын аль нэг дүрсийг ясны бэртэнгэнд дээр үеэс хэрэглэж ирсэн баримт олон байдаг. Ер нь гагнуур гэдэг үг нь яс гагнах гэсэн угнээс гарсан гэж үзэх үндэс бий. Ялангуяа алтан гагнуурын аль нэг дүрсийг малын эмнэлгийн практикт одоо ч гэсэн хэрэглэсээр байгаа болно.

Могойн идээг ясны бэртэнгэнд хэрхэн нөлөөлдөг талаар судалсан судалгааны баримт бичиг бидний цуглувулсан ном судрын материалуудад олдсонгүй. Харин могойн идээний фармакологийн зарим судалгааны талаар мэдрэлийн систем, зүрх судас, булчингийн ажиллагаанд нөлөөлдөг талаар хийсэн шинжилгээ судалгааны нотолгоо гарсан байна. Энэ бүх зүйлүүдээс үндэслэн могойн идээг ясны бэртэнгэнд хэрхэн нөлөөлөх түүний хэмжээ тунг тогтоох талаар туршиж үзэх зорилт тавилаа. Туршлагыг явуулахад (шиншил) удмын (79) туулайг ашигласан.

Ясны хугаралтын бороожилт, түүний ургалт зэрэг үйл ажиллагаа эм хэрэглэсний дараа хэрхэн яж явагдаж байгаад удаан хугацааны хяналт тавих зорилгоор туулайны шууны ясанд зохиомол (3) мм-ийн хугаралтыг Н. М. Шаматовын аргын дагуу түүний зохиосон багажийн тусламжтайгаар үйлдлээ. Энэ арга нь мэс заслын дараа урьд 2 хөлний 2 ясны нэгэнд хийсэн учир, үлдсэнээрээ ахархан хугацаанд хөл дээрээ зогсоход дөхөм үзүүлэхээс гадна заавал шохойдох шаардагдахгүй сайн талтай. Энэ зохиомол хугаралтын модель нь ясны хугаралтын бороожилт түүний ургалтыг гэрлийн тусламжтайгаар үргэлжлэн хянах, ургалтыг ясны аль хэсгээс эхлэн үүсэж, хэдийд ясны чөмөг бутэн сайн ургасан зэргийг тодорхойлох сайн талтай арга мен.

Хэрэглэж байгаа эмийн тунг тогтоохын тулд болон харьцуулан гаргах аргыг сайтар танигдуулакын тулд бүх (79) туулайг 2 хэсэгт хуваалаа. Үнд: 18 туулай нь эм хэрэглэгүй эрүүл туулай, 61 туулай

нь эм хэрэглэж туршсан. Туршилтанд орсон 61 туулайг дотор нь (4) хэсэг болгон хуваалаа.

1. 0,25/нэг кг хувийн жинд харьцуулан хэрэглэсэн
2. 0,5/кг
3. 1,0/кг
4. 1,5/кг

Бүх туулайнуудад туршилтыг (60) хоногийн хугацаатай хийнэ. Туршилтын дүнг товч харьцуулан жишиж үзэхэд зориулагдсан 18 туулайны ясны бороожилтын анхны шинж тэмдэг нь 20—21 хоног үүсэж, нэлээд сайн бороожилт 30—32 хоногийн дараа тодрон гарч, ясны чөмөг битүүрч, бүтэн ясжсан гэдэг онцгой тэмдэг нь 40—48 хоногийн дараа гарч байсан билээ.

Тэгвэл мөгийн идээг хэрэглэсний дараа ясны бороожилт, эдгэрэлт нь тун бүрийд өөр өөр байсан боловч эдгэрэлтийн хугацаа дунджаар 15—20 хоногийн өмнө байсан нь сайхан талтай. Тухайлбал биеийн жинд 1,5 г мөгийн идээг хэрэглэсэн туулайнуудад ясны бороожилтын анхны тэмдэг нь 15—17 дахь хоног дээр үүсэж 39—45 хоногийн бүрэн эдгэрсэн шинжинд орж байна. 0,15—1,0 граммын хэмжээтэй мөгийн идээг хэрэглэсэн туулайнуудад ясны бороожилтын анхны тэмдэг нь урьдах тунгийн хэрэглэсэн шиг голдуу 17 дахь хоног дээр үүсэж байсан боловч эцсийн эдгэрэлт нь голдуу 37 хоног дээр дуусаж эдгэрэлтийн хугацаа богиноссон сайн тал байлаа.

Харин 0,5 граммын хэмжээтэй мөгийн идээг хэрэглэхэд урьд дурдсан тунгуудаас онцгой чөлөөтэй байсан нь харагдлаа. Үүнд: энэ тунгаар эмчлэхэд бороожилтын анхны шинж тэмдэг нь 7—12 хоногийн дараа мэдэгдэж, сайн бороожилт 20 дахь хоног дээр тод харагдаж 30—31 дэх хоногийн дараа бүрэн ясжиж эдгэрч байлаа. Гэрлийн шинжилгээний тусламжтайгаар илрүүлсэн дээр дурдсан эмчилгээний сайн талд чанар нь гистологийн шинжилгээгээр нотлогдсон болохыг ташрамд дурддяа. Дээр дурдсан зүйлүүдээс дараах дүгнэлтийг хийж болно. Үүнд:

1. Алтан гагнуурын нэг дурс) мөгийн идээ гэдэг ургамлын дурс нь 10%-ийн уусмал хэлбэрээр хэрэглэхэд ясны хугаралтын бороожилтын эхлэлтийн хугацааг хурдасгаж эдгэрэлтийг 15—20 хоногийн хугацаа гаар богиносгож байна.

2. Мөгийн идээний идээшмэл нь ямар ч хоргүй бөгөөд ясны бэртэнгэд 0,5-ыг 1 кг биеийн жинд харьцуулсаар бодож хэрэглэвэл илүү үр дүнтэй байна.

3. Мөгийн идээний идээшмэлийг ясны бэртэнг, хугаралтыг эдгэрүүлэхэд эмчилгээний журмаар хэрэглэх нь ашигтай гэж үзэж байна.

#### РЕЗЮМЕ

Вопрос стимуляции и регенерации костной ткани до настоящего времени является актуальным. Этот вопрос освещен в большом количестве как экспериментальных так и клинических исследований с применением различных стимулирующих препаратов, как витамины, кровь и её препараты, физиотерапевтические процедуры, рентгеновские лучи, гормональные препараты, тканевая терапия и др. задачей нашего экспериментального исследования является:

а) изучение влияния очистка живущего на сращение переломов длинных трубчатых костей;  
б) выработка дозировки этого средства.

Опыты производились на 79-ти кроликах породы «шиншилла». Экспериментальные переломы лучевой кости производились по методу Н. М. Шаматова. Подобной серии кроликов давали 10%-раствор очистка живущего (*Sedum Aizoon*) из расчета 0,15, 0,5, 1,0, 1,5 на 1 кг веса.

На основании экспериментальных исследований можно сделать следующие выводы:

- 1) Очисток живучего способствует раннему восстановлению целости клетки.
- 2). Самое раннее образование костной мозоли обнаружено у кроликов получивших в дозе 0,5 г на 1 кг веса веса, т. е. мозоли образовались на 8–13 дней раньше чем с контрольной группой.
- 3) Очисток живучий может быть рекомендован как средство ускоряющее процесс заживления переломов.

### АШИГЛАСАН НОМЫН ЖАГСААЛТ

1. Е. М. Динабург — Ясны хугаралтыг сайжруулахад витамин С-ын нөлөө, витамины асуудалд гэдэг цуврал. 1946. 7 дахь хэвлэл-
2. Н. А. Воробьев и Л. И. Волоховская Ясны хугаралтанд зарим нэг витаминынудын нөлөөний тухай. Украины гэмтэл-согогийн эрдэм шинжилгээний институтуудын эмхтгэл. 1957–1962 он.
3. С. Н. Левченко — Ясны хугаралтанд цус юулэх ажиллагааг давтан явуулсны үр дүн. Канд. диссерт. Алма-Ата 1951
4. Г. В. Головин — Ясны хугаралтыг сайжруулан хурдаасгах асуудалд. Ж. Орт. травм. и протезаров 1955. 3. 70
5. С. Б. Грийбайм — Чөмөгт ясны хугаралтанд физик эмчилгээний нөлөөлөх чанар. Ж. Орт. трамат. и протезирование 1966. № 7. хуудас 30
6. М. А. Кореняев — Ясны хугаралтыг хурдаасган сайжруулах асуудалд. Брошюр-1959.
7. А. К. Панков — Ясны төлжилтөнд пентоксилины нөлөөлөх байдлыг туршлага ба клиникт туршсан нь. Онолын бага хурлын материал. Ростов-Дону 1961. хуудас 116–120.
8. Ф. Х. Сейфедлин — Рентген туяаны шарлага хийлгэсэн түүлайн хаалттай шарханд коамидын нөлөөлөх байдал. Мед. радиол. 1962. 10. хуудас 55–59.
9. Н. М. Шаматов — Ясны хугарал ба түүний эдгэрэлтийг хурдаасгах арга замууд. Ташкент 1965.
10. А. Ш. Шакиров -- Ясны хугаралтыг барагшүүнээр эмчилсэн нь Ташкент 1967.
11. С. Камалов — Ясны эд, эсийн төлжилтөнд коамидын нөлөөлөх нь Ташкент 1970.
12. У. С. Исланбеков — Урт чөмөгт ясны хугаралтанд коамид ба кобафитипын нөлөөлөх нь. Москва—1974.

### ХОДООД УЛААН ХООЛОЙН ЗААГИЙН ӨРГӨССӨН ВЕНИЙН ЦУС АЛДАЛТ

Проф. В. Ичинхорлоо, Дэд эрдэмтэн  
Д. Жодов

(П. Н. Шастины нэрэмжит 3-р нэгдсэн эмнэлэг, ерөнхий эмч С. Абдембай).

1968–1975 онд ходоод гэдэснээс цус алдаж яаралтай мэс заслын тасагт хэвтсэн 52 өвчтөний цус алдсан шалтгааныг 1-р хүснэгтээр харахад ходоод—

Улаан хоолойн заагийн судас өргөсөж цус алдсан нь 59,6%-ийг эзэлжээ. Гэтэл А.-В. Алиев зэрэг судлаачдынхаар ходоод, нугалуурын эмчилгээнд засрал олж шалтгаан нь мэдэгдээгүй эмнэлгээс гарсан 7 хүнээс бусад нь шинж тэмдгээрээ илэрхий байгаад шинжилгээ болон хагалгаагаар онош нь тодорсон ходоод, улаан хоолойн өмөн, ходоод нугалуурын шархлаа, нарийн гэдэсний хоргуй хавдар, гэдэсний хижгийн шархлаатай 14 хүн байлаа.

2-р хүснэгтэнд дээрх өвчтөнийг нас хүйсээр ялгавал эрэгтэй 33, эмэгтэй 19, эдгээрийн 65,4% нь:

35–50 настай байсан ба 21 нь элэгний халдварт үрэвсэл өвчнөөр 1–3 удаа, 8 нь тэмбүүгээр өвчилсний дээр архи тамхи хэт хэрэглэж байжээ. Элэгний халдварт үрэвсэл, тэмбүү, архи зэрэг нь элэг хатуурах өвчнийг уусгэхэд нөлөөлдөг болохыг 1968 онд Багаажав, 1974 онд В.

Xylophones I

Шалтгаан	А. В. Алиев зэрэг судлаач- дынхаар (%)-иар	Манайхаар (%)-иар
Хоодоод улаан хоолойн заагийн өргөссөн венийн судас хагарсан	33%	59,6%
Ходоодны өмөн үү	7,0%	13,5%
Улаан хоолойн доод хэсгийн өмөн үү	—	1,9%
Хоодоод, нугалуурын шархлаа	60%	5,8%
Нарийн гэдэсний хоргүй хавдар	—	1,9%
Гэдэсний хижгийн шархлаа	—	3,8%
Шалтгаан огт мэдэгдээгүй	180,%	13,5%

Хүчинэгт 2

Нас	30—35	35—40	40—45	45—50	50—55	55—60	60—65	65—70
Хүний тоо	6	8	14	12	5	3	3	1

С. Семенов, А. Г. Шерцингер, К. Н. Цацаниди нар баталж байна. Ходоод улаан хоолойн заагийн вен өргөссөнөөс цус алдсан өвчтөнүүдэд элэг хатуурч томрох, арьсны вен өргөсөх, хэвллий томорч устах ерөнхий шинж тэмдгээс гадна цус алдах үед цусаар бөөлжих, арьс салст цайрах), зурх Судасны цохилт хурдах, цусны даралт буурах шинжүүд илрэв.

Хоодоо улаан хоолойн заагийн өргөссөн судас хагарснаас цус алдсан дээрх хүмүүст цус тогтоохоор хлорат кальц, витамин, К, витамин С, глюкоз тарих, тохиро таарсан бүлгийн цус юулэх мөс залгиулах г. м. эмчилгээг голчлон хийсэн эмийн эмчилгээний үр дүнг харуулсан З-р хүснэгтэнд хоодоо улаан хоолойн заагийн- өргөссөн судаснаас цус алдсан 31 хүний 14(45,3%) нь нас баржээ. Нас барсан шалтгаан нь гэнэт буюу дахисан цус алдалт, элэгний хурц дутагдалт байв. 9 өвчтөн дахин эргэж үзүүлээгүй тул тавьлийн нь тодорхойгүй байна. Эдгэрсэн 8 хүнийг 1—2 жилийн дараа үзэхэд дахин цус алдаагүй боловч 2-оос бусдад элэгний хатууралт өвчний үндсэн шинжүүд илэрчээ. Иймд үхлийн шалтгаан болдог гэнэтийн болон дахин цус алдалтыг орчин үед мэс заслаар эмчлэх нь илүү ашигтай болохыг М. Д. Пациора зэрэг олон арван судлаачид баталж байна. Хоододыг нээн цус гарч байгаа судсуудыг оёж боогоод дэлүүг авах буюу судсыг нь боож тасална. Энэ нь яаралтай журмаар цус тогтооход хялбархан тохиромжтой хагалгаа юм.

## Хүснэгт 3

Энгэрсэн	Тавилан нь мэдэгдээгүй	Нас барсан	Элэгний хурц дутагдалт	Нас барсан шалтгаан	
				Цус алдалт	
				анхны	дахисан
8	9	14	3	5	6

Бид өөрийн клиникийн эмнэлэгт анх удаа 1975 оны 5-р сарын 14-нд ийм мэс заслын эмчилгээг хийсэн нь ойрын үр дүн сайтай болсон юм. Өвчтөн Ор. 39 настай. Онош: Элэгний хатууралт, ходоод улаан хоолойн заагийн цус алдалт.

Эмийн эмчилгээнд цус тогтоогүй учир яаралтай цус тогтоох шаардлагаар ходоодыг нээж улаан хоолой, ходоодны зааг орчимд өргөссөн венуудийн дотроос хагарч цус алдаж байсан 2 судсыг салстаас хөндийлөн оёж бооход цус алдалт зогсов. (Хагалгааг хийсэн эмч Базардаргий). Дараа нь дэлүүний венийг боож таслаад хагалгааг дуусгасан. 1975 оны 12-р сард өвчтөнийг үзэхэд зовуургүй, дахин цус алдаагүй байлаа.

## ДҮГНЭЛТ

1. Манайд ходоодны цус алдалтын нэлээд хувийг (59,6%) ходоод улаан хоолойн заагийн өргөссөн венийн цус алдалт эзэлж байна.

2. Ходоод улаан хоолойн цус алдалтыг эмээр эмчлээд үр дүн өгөхгүй бол дахин цус алдалтаас сэргийлэх найдвартай арга нь мэс заслын эмчилгээ болно.

## РЕЗЮМЕ

Проф. В. Ичинхорлоо, К. М. Н. Д. Жодов

Авторами были прослежены 52 больных с желудочным кровотечением за 5 лет с 1968 по 1975 г. Из них 31были больные с варикозным расширением кардинального отдела желудка и пищевода при цирроз печени. Летальность в ближайшем отдаленном периодах после консервативных терапий составляет почти половину случаев (45,3%). Это привело к авторам рекомендовать хирургическую методу-перевязку кровоточащих сосудов селезоночной вены.

## НОМЗҮЙ

1. Пациора М. Д. соавт. хирургическое лечение больных с кровотечением расширенных вен пищевода и желудка. Хирургия, 1974, 2, 3, Б. С. Брискин и С. И. Бабичев. Анализ смертельных исходов при острых гастроудодинальных кровотечениях Хирургия 1974, 2, 8; В. С. Семенов соавт, хирургическое лечение больных с кровотечением из расширенных вен пищевода и желудка. Хирургия—1974. 271.

## УРЬДЧИЛАН СЭРГИЙЛЭХ ҮЗЛЭГЭЭР УМАЙН ХҮЗҮҮНИЙ ӨМӨНГ ЭРТ ҮЕД ИЛРҮҮЛЭХ

Доц. М. Дамбадорж, Багш С. Дорж.

Умайн хүзүүний өмөн дэлхийн улс бүхэнд элбэг тархсан хорт хавдар өвчин.

Өвчлөлтийн байдлыг бусад эрхтний өмөнтэй харьцуулахад ходоод гэдэсний өмөнгийн дараа II байранд ордог гэж судлаачид уздэг. (А. И. Себерцов 1957, М. Дамбадорж, с. Дорж 1972 он)

Судалгааны материалаас үзэхэд эмэгтэйн бэлэг эрхтний бүх өмөнгийн дотроос умайн хүзүүний И. М. Мамедов 74,7%, И. А. Фридман 84,8%, Х. Мартиус 66% гэж тодорхойлсон. Манайд умайн өмөнгийн дотроос 80,6%-ийг эзэлдэг. (М. Дамбадорж, С. Дорж 1972). Иймээс умайн хүзүүний өмөнгийн тархалт, эрт таньж илрүүлэх, онош зүй эмчилгээ болон урьдчилан сэргийлэх арга гэх мэтийн асуудлыг ихээхэн чухалчилж дэвшүүлэн тавьж байгаа юм.

Умайн хүзүүний өмөн болон түүний урьдал өвчнүүдийг эрт үед нь илрүүлэхэд урьдчилан сэргийлэх үзлэг чухал рольтой юм.

1907 онд оросын Проф. В. Ф. Снегирев анх эмэгтэйчүүдийн урьдчилан сэргийлэх үзлэгийн тухай санааг тавьсан боловч Зөвлөлт улс байгуулагдсан нэхцэлд 1947 оноос хойш амьдралд биелэгдэж хорт хавдарт өвчин болон түүний урьдал өвчингээр илрүүлж, түүнийг эрүүлжүүлэх зорилгоор жил бүр төлөвлөгөөтэйгээр зохион байгуулагдаж хүн амын ихэнх хэсгийг хамардаг болжээ. Е. Г. Праздниковынхаар ЗХУ-д 1948—1957 онуудад 150 сая хүн урьдчилан сэргийлэх үзлэгт хамрагдаж 0,1% нь өмөнгийн эхний үе шатанд 0,9% нь урьдал өвчтэй байсан.

И. Ф. Жорданианы тодорхойлсноор 1950 онд 10 000 эмэгтэйгээс 16 нь умайн өмөнтэй байсан Ф. А. Сыроватко, бусад эрдэмтдийнхээр 1947 онд Волгоградын районы нэг хэсэгт 6000 эмэгтэй урьдчилан сэргийлэх үзлэгт үзүүлснээс 24 буюу 0,4%-д умайн хүзүүний өмөнтэй, 100 буюу 1,7% нь өмөнгийн урьдал өвчтэй нь илэрчээ. 1947 онд А. Ю. Лурье Украинд урьдчилан сэргийлэх үзлэгээр илэрсэн умайн хүзүүний шархлаа өвчтэй 90210 эмэгтэйд 3097 биожил шинжилгээ хийснээр 2%-д хорт хавдар илэрсэн.

1962 онд И. Т. Шевченко урьдчилан сэргийлэх үзлэгт 10 жилийн турш хамрагдсан хүний 0,09—0,13% нь хорт хавдартай 07—1,1% нь хавдрын урьдал өвчтэй байв. Мөн урьдчилан сэргийлэх үзлэгийг системтэйгээр явуулснаар өвчний хожуу шатандаа орсон өвчтөний тоо 1953 онд 20,4% байснаа 1958 онд 16,5% хүртэл буурсан байжээ.

1957 онд Л. А. Новиковагийнхаар 1949 онд Ленинградад умайн өмөн өвчтэй бүх өвчтөний 43%, 1950 онд 14,6%, 1951 онд 5,8% нь урьдчилан сэргийлэх үзлэгийн үед илэрсэн байна. Н. Л. Мильберс 1953 онд урьдчилан сэргийлэх үзлэгээр илэрсэн бүх өвчтөний 64,7% нь хавдрын урьдал өвчтэй байна гэсэн. 1963 онд В. Рудовскийнхаар Польш улсад урьдчилан сэргийлэх үзлэгээр 1960 онд 8893 хүний 42 буюу 0,47% нь өмөнгийн анхны үед илэрч байсан. Дээрх эрдэмтдийн баталгаа нь өмөн өвчин ба түүний урьдал өвчинг цаг үед нь эрт илрүүлэн эмчлэхэд урьдчилан сэргийлэх үзлэг чухал ач холбогдолтой болохыг харуулж байна.

Тус орны ЭХЯ-ны харьяа цацраг тuya эмнэлэг нь Зөвлөлт Белорусын хавдар судлалын диспансерийн дэргэдэх хавдар судлалын хөдөлгөөнт станцын туршилагаар цацраг тuya эмнэлгийн дэргэд хавдар судлалын хөдөлгөөнт байнгын бригадыг байгуулан ажиллаж байна. Энэ бригадын бүрэлдхүүнд хавдар судлалын мэс засал, эмэгтэйчүүдийн ба рентген онош, эс судлалын эмч ба дүн бүртгэгч бага эмч багтана. Энэ бригад 1970 оноос эхлэн жил бүр тусгай төлөвлөгөө, график хийж түүний дагуу үзлэгийг явуулах боллоо. 1972, 1973 онуудад Завхан, Хөвсгөл Увс, Дорнод, Дорноговь, Өмнөговь зэрэг аймгуудад хавдар судлалын урьдчилан сэргийлэх үзлэгийг зохион явуулсан байна. Бид хавдар судлагч эмэгтэйчүүдийн эмчийн үзлэгээр хамрагдсан 13385 хүний материалд үндэслэн энэ судалгааг хийлээ. Бүх хамрагдагсдын 34,1%-д эмэгтэйчүүдийн ямар нэг өвчин илэрсэн.

Судалгаакы материалаас илэрсэн бүх өвчлөлтэй нь харьцуулахад 1,06%-ийг умайн хүзүүний өмөн эзэлж байгаагаас Дорноговь аймагт 0,4%, Завханд 1,56%, Хөвсгөлд 0,8%, Дорнодод 1,93%, Увсад 1,4%, Өмнөговьд 0,8% байна. Умайн хүзүүний шархлаа өвчинг нийт өвчлөлд харьцуулахад Дорноговь 38,1% Завханд 51,3%, Хөвсгөлд 46%, Дорнодод 34,4%, Увсад 45,5%, Өмнөговьд 32%, үрэвсэлт өвчин Дорноговьд 53,7% Завханд 35%, Хөвсгөлд 48,6%, Дорнодод 56,7%, Увсад 44,7%, Өмнөговьд 58,6%-ийг тус тус эзэлж байна. Үзлэг хийсэн 6 аймагт умайн хүзүүний өмөн ба түүний урьдал өвчний илрэлтэд онцын ялгаа ажиглагдаагүй боловч Дорноговь, Өмнөговь, аймагт бусад аймгуудаас харьцангуй бага байна.

1-р хүснэгтээс үзэхэд эмэгтэйчүүдийн эмчийн үзлэгээр бүх өвчтэй илрэгсдийн 1,06%-д умайн хүзүүний өмөн, харин умайн их биеийн өмөн 0,11%, өндгөвчийнх 0,18%, умайн фибромиом 2,61%, умайн хүзүүний шархлаа 41,34; үрэвсэлт өвчнүүд 50,11% тус тус илэрсэн.

И. М. Мамедовын 7 жилийн судалгаагаар I байранд умайн хүзүүний өмөн 74,7%, 2-р байранд умайн их биеийн өмөн 13%, 3-р байранд өндгөвчийн өмөн 7,1% сүүлийн байранд үтрээ ба гадна бэлэг эрхтний өмөн 5,2%; И. А. Фридманы мөн 7 жилийн судалгаагаар умайн хүзүүний өмөн 84,8%, умайн их биеийн өмөн 11,2%, бусад хувь нь өндгөвч, үтрээ гадна бэлэг эрхтний өмөн байв. Л. И. Чарквианы ЗХУ-д 1966—1967 онд эмэгтэйчүүд умайн хүзүүний өмөнгөөр өвчлөх нь 100 000 хүнд 27,8% байв гэжээ.

Бидний судалгаагаар умайн хүзүүний өмөн, эмэгтэйн бэлэг эрхтний бүх өмөнгийн дотроос 1-р байр эзэлж байна. Бидний ажиглалт ба бусад гадаадын эрдэмтдийн судалгаанаас үзэхэд умайн хүзүүний өмөн нэгдүгээрт орж байна. Харин дээрх эрдэмтдийн судалгаанд 2-р байранд умайн их биеийн өмөн орж байхад манай нөхцөлд өндгөвчийн өмөн орж байна. (13,33%). Үүний дараа умайн их биеийн өмөн 18,33%; үтрээ ба гадна бэ-

### Хүснэгт 1

Хавдар судлагч эмэгтэйчүүдийн эмчийн үзлэгээр илэрсэн  
өвчлөл ба наасны байдал  
(нэгдсэн дүн)

Нас	Хорт хавдрууд				Умайн хүзүүний өмөн	Умайн их биеийн өмөн	Өндгөвчийн өмөн	Утреэ ба гадна бэлэг эрхтний өмөн	Умайн фибромиом	Умайн хүзүүний шархлаа	Үрэвсэлт өвчнүүд	Лейкоплакия	Полип	Бүгд
	Умайн хүзүүний өмөн	Умайн их биеийн өмөн	Өндгөвчийн өмөн	Утреэ ба гадна бэлэг эрхтний өмөн										
—19					32	140	—	—	—	—	—	2	174	
20—24	3	—	—	—	278	362	—	—	—	—	—	2	642	
25—29	5	—	—	1	369	335	—	—	—	—	—	9	715	
30—34	3	—	—	1	393	319	2	7	17	15	7	740	688	
35—39	5	—	—	1	19	240	390	1	20	18	8	540	413	
40—44	10	—	—	—	28	233	229	1	19	18	8	203	82	
45—49	15	—	2	—	23	143	195	8	1	5	1	32	32	
50—54	5	3	1	—	16	48	100	4	3	8	3	11	11	
55—59	3	1	2	—	9	17	36	—	—	—	—	4240		
60—64	1	—	—	2	6	—	15	1	5	2	1	4240		
65—	3	—	—	—	—	4	—	1	1	1	1	—		
БҮГД	45	5	8	2	111	1753	2125	21	95	75	—	—		
ХУВЬ	1,06%	0,11%	18%	0,04%	2,61%	41,34%	50,11	0,49%	2,24%	1,76%	—	—		

лэг эрхтний өмөнгүүд (3,33%) эзэлнэ. Энэ нь 1972 онд М. Дамбадорж, С. Дорж нарын хийсэн судалгаатай тохирч байна.

Бидний хийсэн судалгаанд умайн хүзүүний өмөн, умайн фибромиом, өндгөвчийн өмөн илрэх нь 25—29 наснаас эхэлж, 45—49 насанд дээд цэгтээ хүрч цааш аажмаар багасч байна. Умайн хүзүүний шархлаа, үрэвсэлт өвчинүүдийн илрэх нь 17—19 наснаас эхэлж шархлаа нь 30—34 насанд үрэвсэл 35—39 насанд дээд цэгтээ хүрч цааш аажмаар буурч байна. Үзлэгийн дунд илэрсэн умайн хүзүүний өмөнг үе шатаар нь тодорхойлбол (2-р хүснэгт) 1 үед 53,3%; 2-р үед 13,4%; 3-р үед 22,2%; 4-р үед 11,1%-ийг тус тус оношилсон нь эрт үед нь олж илрүүлэх ажил муу байгааг харуулж байна. Проф. А. И. Серебров, Л. М. Чарквиани, Б. Д. Кауфман нар үзэхдээ сэжигтэй өвчтөнг нарийн үзээгүй (жишээ нь: жирэмсэн үед толь тавьж үзээгүйгээс хөхүүл үед II—III шатанд илэрч байна.) дуран шинжилгээ болон эсийн ба биопсийн шинжилгээг аваагүй, поликлиникийн эмэгтэйчүүдийн кабинет ба эмэгтэйчүүдийн зөвлөлгөө өгөх кабинетын эмчийн мэргэжлээс шалтгаалж хожуу оношлогдож байна гэжээ.

### Хүснэгт 2

Өвчтөний нас ба умайн хүзүүний өмөнгийн үе шат, хувиар

Нас	20—24	25—29	30—34	35—39	40—44	45—49	50—54	55—59	60—64	65	БҮГД	ХУВЬ с ± M
I			2	4	7	8	2	1			24	53,3% ±0,1
II			1	—	—	2	2	—	—	1	6	13,4% ±0,6
III			—	1	3	3	1	1	—	1	10	22,2%
IV			—	—	—	2	—	1	1	1	5	11,1%
БҮГД			3	5	10	15	5	3	1	3	45	
ХУВЬ	6,7%	11,1%	22,2%	33,3%	11,3%	11,1%	6,7%	2,2%	2,2%	6,7%		6,7%

### Дүгнэлт

1. Эмэгтэйчүүдийн эмчийн урьдчилан сэргийлэх үзлэгийг манай нөхцөлд 16—18 наснаас эхлэн тогтмол хийх нь зүйтэй байна.
2. Хавдар судлалын үзлэгээр 17—49 насны эмэгтэйчүүдийн дунд үрэвсэлт ба хавдрын урьдал өвчний илрэлт бусад өвчинээс их байна.
3. Эмэгтэйчүүдийн хорт хавдрын өвчлөл, ялангуяа умайн хүзүүний өмөнгийн өвчлөлийг бууруулахын тулд идэр насны эмэгтэйчүүдийн дунд урьдчилан сэргийлэх үзлэг системтэйгээр зохион явуулах нь чухал юм.
4. Хөдөө аймгийн хавдар судлалын кабинетын ажиллагааг сайжруулах, тэдний үйл ажиллагаанд биопси ба эсийн шинжилгээний арга дуран шинжилгээг өргөнөөр нэвтрүүлж эзэмших нь умайн хүзүүний өмөнгөөс урьдчилан сэргийлэхэд чухал ач холбогдолтой болно.
5. Хот, хөдөөгийн хавдар судлалын сэргийлэх үзлэгийн кабинетууд хавдрын урьдал өвчинг диспансерын хяналтанд бүрэн эмчилж дахих явдлаас урьдчилан сэргийлэх хэрэгтэй.
6. Хавдар судлалын кабинет нь төрөх тасагтай нягт холбоотой ажиллаж умайн хүзүүнд хийсэн эмчилгээ ба төрөхдөө гэмтэлтэй төрсөн тухай бүрт солилцох хуудсанд тэмдэглэж байх нь зүйтэй.

7. Хот, хөдөөгийн эх барих эмэгтэйчүүдийн эмч нарын ажлын хариуцлага, мэргэжил дээшлүүлэх ажлыг системтэйгээр зохион байгуулж байх нь зүйтэй байна.

Доц. М. Дамбадорж, ас с. С. Дорж  
(Кафедра Акуш.-Гинекологии МГМИ. Зав. кафедрой Доц  
М. Дамбадорж Ректор. Профессор Балдандорж)

## ВЫЯВЛЕНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИМИ ОСМОТРАМИ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ НА РАННЕЙ СТАДИИ

### РЕЗЮМЕ.

Рак шейки матки—это злокачественная опухоль, широко распространенная во всех странах мира.

Важную роль для рака шейки матки и предраковых заболеваний имеют профилактические осмотры.

В нашей стране рак шейки матки по данным С. Дорж, М. Дамбадорж занимает 80,6% среди других злокачественных новообразований матки. В нашей стране с 1970 года создали передвижную онкологическую бригаду.

В 1972, 1973 году в Д Забхан, Хубсугул, Убсу, Восточных, восточногобийских и Южногобийских аймаках были проведены профилактические осмотры у 13385 женщин. Из всех обследованных у 34,1% обнаружены гинекологические заболевания. Среди всех гинекологических заболеваний рак шейки занимает по стране 1,06% и в Восточном 1,3%, Убуском 1,4%, Южногобийском 0,8%.

Среди всех гинекологических заболеваний эрозии матки в Восточногобийском 38,1%, Дзабханском 51,3%, Хубсугульском 46%, Восточном 34,4%, Убуском 45,5%, Южногобийском 32%, Воспалительные заболевания в Восточногобийском аймаке 53,7%, Дзабханском аймаке 35%, Хубсугульском 48,6%, Восточном 56,7% Убуском 45,5% и Южногобийском 58,6%.

Данные таблицы говорят, что профилактическими гинекологическими осмотрами выявлены у 1,06% рак шейки матки, у 0,11% рак тела матки у 0,1% рак-яичников, у 2,61% фибромиома матки, у 41,34% эрозия шейки матки, и у 50,11% воспалительные болезни.

Проведенными нами исследованиями установлено что заболеваниями рака шейки матки, фибромиома матки, рака шейки матки начинается с 25—29 летнего возраста в 45—49 летнем возрасте наибольший процент заболевания и затем снова снижается заболевания эрозий шейки матки и воспалительными заболеваниями женщины начинают заболевать в 17—25 летнем возрасте, и достигает наибольший процент эрозия среди женщин 30—34 летнего возраста, воспалительные заболевания 35—39 летнего возраста.

Материалами исследований, проведенных в шести аймаках страны, установлено что I стадии рака шейки 53,3%, II стадии 13,4% III стадий 22,2%, IV стадии 11,1% из чего следует, что позднее обнаруживание заболевания раком шейки матки, объясняется плохо проводимыми осмотрами.

### АШИГЛАСАНХЭВЛЭЛ

1. Богатырев, И. Д. О методике научно-исслед. работы по определению нормативов. Потребности населения в лечебно-профилактическом обслуживании. в кн. VI совещание. Министров Здравоохранения социалистических стран. Будапешт. 1964 г.
2. Жордания, И. Ф. Проф. Осмотр женщины. 1960, 14.
3. Владимирский М. Ф. и др. На фронте Здравоохранения. 1956 г.
4. Востrikова А. М. Вестник статистики, 1962, № 12
5. Жук А. П. и др. Советское здравоохранение, 1962 г. № 10
6. Овчинский М. В. Проф. Мед. Осмотр 1963 г. стр.351

**УЛААНБААТАР ХОТ ДАХЬ ХҮҮХДИЙН ГЭНЭТ  
НАС БАРАЛТЫН БАЙДАЛД ХИЙСЭН  
СУДАЛГААНЫ ДҮНГЭЭС**

Х. Лхавагжав-Анагаах ухааны  
дэд эрдэмтэн.

*P. Дорждэрэм*

Хүүхдийн үхлийг бууруулах, түүнээс урьдчилан сэргийлэх асуудал бол манай эрүүлийг хамгаалах байгууллагын чухал зорилтын нэг юм.

Энэ асуудлыг шийдвэрлэхэд хүүхдийн гэнэтийн үхлийг судлах явдал онцгой ач холбогдолтой бөгөөд хүүхдийн гэнэт үхэх шалтгаан, өвчлөлийн клиник, эмчилгээ, эмнэл зүй, урьдчилан сэргийлэх асуудлуудын талаар В. И. Прозоровский 1937, 1938, Н. А. Митяева 1955, 1959, 1971, Н. М. Авакян 1956, 1961, 1964, М. И. Авдеев 1959, В. И. Молчанов 1959, А. В. Алякритская 1959, И. С. Дергачев 1964, Н. Д. Гольдберг 1971 зэрэг олон эрдэмтэд судалгаа шинжилгээний ажил хийсэн боловч уг асуудал хараахан бүрэн шийдэгдээгүй, цаашид судлах шаардлагатай, манай оронд энэ талаар хийгдсэн судалгаа, шинжилгээний ажил ховорхон билээ.

Энэ байдлыг харгалзан үзэж Улаанбаатар хотод гэрээр гэнэт нас барсан хүүхдийн нас баралтын байдал, шалтгааныг тогтоох зорилгоор улсын шүүх эмнэлгийн магадлах товчоогоор, 1971—1975 онуудад гэрээр гэнэт нас барж задлан шинжилгээ хийгдсэн 0—14 наасны 752 тохиолдлын акт магадалгааны материалд судалгааг хийлээ.

Судалгааны дүнгээс үзэхэд сүүлийн 5 жилд гэрээр гэнэт нас барж шүүх эмнэлэгт задлан шинжилгээ хийгдсэн бүх тохиолдлын дотор 71,1%-ыг нь хүүхдийн гэрээр гэнэт нас барсан тохиолдол эзэлж байгаа бөгөөд хүүхдийн гэрээр гэнэт нас барах тоо судлагдсан хугацаанд ахицтай буураагүй байна.

Бүх нас барсан хүүхдийн 54,5% нь эрэгтэй; 45,5% нь эмэгтэй хүүхэд байгаа ба судлагдсан тохиолдлуудыг насны байдлаар ялган үзвэл:

*Хүснэгт I*

Насны ялгаа	Хувь
0—1 нас	75,3%
1—4 —“—	23,2
5—9 —“—	0,5
10—14 —“—	0,7

Дээрх хүснэгтээс үзэхэд 0—1 насны хүүхдийн нас баралт бүх тохиолдлын зонхилох хувийг (75,3%) эзэлж, 1—4 хүртэлх насны хүүхдийн нас баралтаас 3 дахин их байгаа бөгөөд 0—1 насны хүүхдийн 58% нь эхний 6 сардаа нас барсан байлаа.

Олонхи эрдэмтдийн судалгаагаар хүүхдийг гэнэт үхэлд хургэх гол шалтгаан нь амьсгалын замын өвчин 65—85%, бусад өвчинүүд 15—35%-ийг эзэлдэг. (А. Г. Леонтьев 1955; О. И. Можай 1956; М. Ф. Ябловский 1958, А. А. Семененко 1958, А. И. Туровцев 1959, А. С. Велишева 1965, В. Н. Добрынченко, И. В. Масленикова 1971 г. м) гэж дурдсан байдаг ба амьсгалын замын өвчинүүдээс голомтод ба нийлмэл хатгалгаа ихэнх хувийг эзэлдэг гэж үздэг (С. Б. Гольдштейн 1954, И. В. Сакович 1958, Р. Е. Бак-

шинская 1958, В. Г. Смольков 1958, Н. М. Авакян 1964, Е. Я. Соколов. Г. П. Васильев 1965, С. В. Рачинский, Р. Г. Артамонов 1973 г. м).

Судлагдсан тохиолдлуудын нас барсан шалтгааныг өвчлөлийн байдлаар нь авч үзвэл:

Хүснэгт 2

Өвчинүүд	Хувь
Амьсгалын замын өвчин	80,3
Халдварт өвчин	10,9
Ходоод гэдэсний өвчин	2,6
Зүрх судасны өвчин	0,9
Бусад	3,8

Дээрх хүснэгтээс үзэхэд хүүхдийг гэнэт үхэлд хүргэж байгаа гол өвчин бол амьсгалын замын ба халдварт өвчинүүд байгаа бөгөөд амьсгалын замын өвчинүүдээс ушгины голомтод хатгалгаа (44,4%) нийлмэл хатгалгаа (9,6%) гуурсан хоолойн хатгалгаа (8,9%) халдварт өвчинүүдээс халдварт менин (91,2%) элэгний халдварт шарлах зэрэг өвчинүүд зонхилох суурийг өзэлж байна.

Манай оронд амьсгалын замын өвчний дараа хоёр дахь гол шалтгаан нь халдварт өвчинүүд өзэлж байгаа нь бусад орны зарим судлаачдын (И. В. Сакович 1958, М. Ф. Яблонский 1958, Н. К. Козырева 1959 г. м) тогтоосноос их байна.

Хүүхдийн гэнэт үхэх, ялангуяа ушгины хатгалаг өвчинөөр нас барах нь улирлын шинжтэй байдаг гэж зарим судлаачид (Н. К. Козырева 1959, Н. М. Авакян 1964, С. М. Шамсиев 1973, М. Х. Вахитов, В. Н. Альбицкий 1973) үзсэн байдаг бөгөөд бидний судалгаагаар бүх тохиолдлын 29,6% нь хавар, 28,4% нь өвөл, 20,6% нь намар, 20,4% нь зун тохиолдож, хавар өвлийн улиралд амьсгалын замын өвчинөөр, зун намрын улиралд ходоод гэдэсний өвчинөөр нас барах нь их байна.

Бага насын хүүхдийн ушгины хатгалгаа өвчинөөр өвчлөх явдалд хүүхдийн биений эсэргүүцлийг сургуулж болох гадаад ба дотоод нөхцөлүүд онцгой нөлөөтэй бөгөөд ийм нөхцөлийн тоонд хүүхдийн тэжээлийн доройтол, сульдаа болон бусад эмгэг өвчинөөр өвчлөх явдал их рольтой билээ.

Судлагдсан хатгалгаа өвчтэй бүх тохиолдлын 51,9% нь хавсарсан эмгэгтэй байснаас 17,2% нь сульдаа, 12,5% нь ходоод гэдэсний эмгэгтэй, 12%-д нь дунд чихний үрэвсэлтэй, 10,2%-д нь тэжээлийн доройтолтой байлаа. Мөн бага насын хүүхдийн гэрээр гэнэт нас барахад ар гэрийн хүмүүсээс хүүхдээ цаг тухайд нь эмчид үзүүлэхгүй буюу хожуу үзүүлэх, эмнэлэгт үзүүлэхээс татгалзах, эмнэлгээс дутуу эмчлэгдэж гарах, онош цаг тухайдаа тавигдаагүй буюу буруу тавигдах, бага насын хүүхдүүдэд тавих хэсгийн эмнэлгийн хяналт сүл буюу хяналтанд авахгүй байх зэрэг нөхцөлүүд ямар нэг хэмжээгээр нөлөөлж байна.

Дүгнэлт

1. Улаанбаатар хотод хүүхдийн гэрээр гэнэт нас барах тохиолдлын зонхилох хувийг 0—1 насын хүүхэд өзэлж, нас баралтын тоо судлагдсан хугацаанд ахицтай буурахгүй байна.

2. Хүүхдийн гэрээр гэнэт нас барах гол шалтгаан нь амьсгалын замын ба халдварт өвчнүүд ихэнх хувийг эзэлж байгаагаас гадна ихэнх тохиолдолд хавсарсан эмгэгээр өвчилж байна.

3. Хүүхдийн гэрээр гэнэт нас баралтыг бууруулахад энэ талын судалгааны ажлыг цаашид өргөн хүрээтэй хийж, хүүхдийн хэсгийн эмнэлийн үйлчилгээ, 0—1 насны хүүхдэд тавих хяналтыг сайжруулж, хөдөлмөрчид, эцэг эхчүүдийн дунд хүүхдийн асаргаа, өвчинөөс урьдчилан сэргийлэх талаар өргөн хүрээтэй, үр дүнтэй ажлыг зохиох шаардлагатай байна.

## РЕЗЮМЕ

### СКОРОПОСТИЖНАЯ СМЕРТЬ У ДЕТЕЙ В Г. УЛАН-БАТОРЕ

Х. Лхавгажав — Канд. мед. наук.  
Р. Дорждээрэм

Профилактика детской смертности является одной из наиболее благородных задач медицинских работников вообще и судебной медики в частности.

Изучению скоропостижной смерти детей уделяют большое внимание как клиницисты, так и морфологи.

Однако эта проблема требует дальнейшей разработки. Целью настоящей работы является выяснение частоты случаев скоропостижной смерти детей и ее причины в г. Улан-Баторе.

Нами изучено 752 случаев скоропостижной смерти детей в возрасте от 0—14 лет по материалам бюро судебно-медицинской экспертизы за период с 1971 до 1975 годы включительно.

Из материалов видно, что скоропостижная смерть детей по г. Улан-Баторе за последние 5 лет составляет 71,1% из всех видов скоропостижной смерти.

Из умерших детей было 44,5% девочек и 55,5% мальчиков. Наибольшая смертность детей наблюдалась в возрасте до года 75,3% причем из них 58,0% приходится в возрасте до 6-ти месяцев, в возрасте от года до 4 лет—23,2%, а в более старшем возрасте наблюдались лишь единичные случаи.

Среди причин смерти первое место занимают заболевания органов дыхания—80,3% это чаще всего очаговая и интерстициональная пневмонии (54,0%) у детей до 1 года. Второе место занимают инфекционные заболевания (10,9%), третье—заболевания желудочно-кишечного тракта. Смертность в детском возрасте на нашем материале, чаще регистрируется в весенне-зимний сезоне года—29,6%; затем в зимний период 28,4%, далее осенний—21,5% и реже всего летом—20,5%.

Анализ всех случаев в смерти детей от заболеваний показывает что наступлению смертельного исхода нередко способствующими факторами являются ранняя выписка детей из лечебных учреждений, не обращение или позднее обращение к врачу, отказ родителей от госпитализации больных детей, ошибки в диагностике, а также недостаточное патронирование. С целью устранения перечисленных моментов необходимо в первую очередь улучшить работу детских участковых врачей, детских консультаций, под наблюдением которых находятся дети в возрасте до одного года, а также особое значение имеет усиление санитарно-просветительной работы среди детского возраста.

## НОМЗҮЙ

Авакян Н. М. Скоропостижная смерть в раннем детском возрасте. М 1964.  
Авдеев М. И. Курс судебной медицины. М 1959. Алякритская А. В. Сб. науч. работ Ростов-на-Дону. 1959. Бакшинская, Р. Е. Матер. расшир. науч. конф. посвящ. засл. деят. наук. проф. М. И. Райского. Киев 1958. Вахитов М. Х. Альбицкий, В. Ю. Здравоохранение РСФСР. 1973. 2 Гольдберг Н. Д. Вопр. суд. мед. под ред. В. И. Прозоровского М. 1971 Козырева. Н. К. Сб. науч. работ Ростов-на-Дону. 1959. Митяева. Н. А. То же, Рачинский. С. В. Артамонов Р. Г. Болезни легких у детей М 1 973 Сакович. И. В. Матер. З-ей расшир. науч. конф. посвящ. память засл. деят. наук. проф. М.И. Райского. Киев 1958. Семененко А. А. То же. Туровцев А. И. Сб. науч. работ. Ростов-на-дону. 1959. Шамсиев С. Ш. Мед. журн. Узбекистана. 1973. 5. Яблонский М. Ф. Матер. З-ей расшир. науч. конф. посвящ. память засл. деят. наук. проф. М. И. Райского Киев. 1958.

## ГИПЕРТОНИ ӨВЧТӨНД ХЭРЭГЛЭХ СОЙЛТ ХООЛНЫ ЭМЧИЛГЭЭ

Н. Дондог, Б. Бадамцэдэн, А. Өлзийхутаг

Гипертони өвчтэй хүмүүсийн өвчний хүндрэлийн үед хэрэглэх хоолны эмчилгээ нь дор дурдсан хэдэн шаардлагыг хангах ёстой. Үүнд:

1. Эдээр өвчтэй хүмүүст хэрэглэх хоол малын гаралтай тоскор ба-га, сүү тарааг зэрэг липотропик бодис, кали ихтэй байв.

2. Нэг удаа идэх хоолны хэмжээ их байх нь ходоодыг тэлж өрцөнд даралтыг үзүүлэх зурхний ажиллагаанд их дарамт болдог. Иймд зурх судасны өвчтэй хүмүүс нь олон дахин бага багаар хооллох хэрэгтэй.

3. Гипертони өвчний хүндрэлтийн үед байгаа хүмүүс нь биеийн энергии зарцуулалтын шаардлага багатай байх тул хоолны ерөнхий калорийн хэмжээ бага байх, нөгөө талаар хэт таргалах явдлаас урьдчилан сэргийлэхэд хөнгөн хоолны дэглэмийг 10 хоногт нэг удаа гаргаж байх нь тохиромжтой байдаг.

4. Зүрхний ажиллагааг хөнгөлж, биеийн доторхи шингэний хуримтлалыг багасгахын тулд нийт уух зүйлийн хэмжээг эрс багасгаж, давсиг хоолноос бүрмөсөн хасах буюу эрс багасгах.

Ийм шаардлагыг хангах чиглэлтэй, алим, жимс ба лууван зэрэг идэший ногоогоор голлосон нэлээд олон төрлийн эмчилгээний хоолууд байдаг. Гэвч алим жимс, идэший ногоогоор голлосон хоол манай нөхцөлд хэрэглэхэд 2 зүйлийн бэрхшээл гардаг.

1. Дурдсан зүйлүүд тэр бүрий олдохгүй байх.

2. Нутгийн хүмүүс нь уг зүйлүүдийг хэрэглэж заншаагүй учир хэрэглэхийг дургүйцэх, муу тэсвэрлэх явдал байдаг. Иймд орон нутгийн хүмүүсийн хэв заншилд тохирсон, элбэг материалтай зүйлээр бүрдсэн хоолны эмчилгээг олж клиникийн практикт нэвтрүүлэх нь багагүй ач холбогдолтой зүйл мөн. Бид энэ зорилгоор дан сүү, айраг, таргаар голлосон хоолыг өөрийн практикт хэрэглэж эхэлсэн юм. Ерөнхий калори бүрэлдхүүнээрээ энэ хоол нь Карелийн хоолтой төстэй юм. Уг хоол нь алим глюкозын уусмал зэрэг зүйлгүйгээрээ Карелийн хөнгөлт хоолноос ялгаатай.

### Гипертони өвчтэй хүмүүст, хэрэглэх хөнгөн хоолны эмчилгээ

цаг	A	цаг	Б
8	Буцалгаж өрмий нь авсан 100 гр сүү	8	200 гр сүү, 200 гр талх
10	Мөн сүү	11	200 гр сүү буюу айраг
12	Мөн сүү	14	200 гр сүү, 100 гр мах, 200 гр талх
14	200 гр сүү ааруултай	16	200 гр сүү, 50 гр печень, 100 гр талх
18	100 гр сүү	20	200 гр тараг, 100 гр бяслаг
20	200 гр чихэртэй тараг		

А—өрөнхий калори 2000 орчим, уураг 60 нүүрс ус 300 гр, тослог 30 гр

Б—өрөнхий калори 2300 орчим, уураг 80 гр. тослог 50 гр, нүүрс ус 350 гр.

А-д заасан хоолыг даралт нь түргэн ихсэж, толгой өвдөх, бөөлжис цутгах зэрэг гипертони өвчний кризийн шинж тэмдэг илэрсэн 16 (8 эмэгтэй) хүмүүст, Б-д заасныг өглөө, орой толгой өвдөх, амьсгаадах, гар хөл чилж өвдөх, зүрх цохих зэргийн гипертони өвчний ердийн шинж тэмдэгтэй, биеийн жин нь ихдэх төлөв бүхий 15 (10 эмэгтэй) хүмүүст тус тус хэрэглэсэн юм. Өвчтөний биеийн өрөнхий байдлаас эмчилгээний хоол нь амжилттай болж байгаа эсэхийг шалгах шалгуурт субъектив зовуурын засралт, гарах шээний хэмжээ, цусны даралт, биеийн жингийн өөрчлөлт зэргийг авч үзсэн юм.

### ЭМЧИЛГЭЭНИЙ ДҮН

	Тоо	Огт өөрчлөлтгүй	Сайжирсан	Доройтсон
А-хоол хэрэглэсэн хүмүүс	16	2	14	—“—
Б хоол хэрэглэсэн хүмүүс	15	2	13	—“—

Сайжирсан хүмүүсийн тоонд субъектив зовуургүй буюу тэр нь эрс багассан цусны даралт биеийн жин нь буурч, гарах шээс нь ихэссэн хүмүүсийг авсан юм. Цусны даралт нь дунджаар 15мм мөнгөн усны баганы, шээс нь 200-гаас 300 гр-аар ихсэж байсан болно. Энэ хоолыг хэрэглэх үеэр ямар нэгэн хүндрэлтүүд үзэгдээгүй са уг хоолыг хэрэглэж байсан хүмүүс нь өлслөө гэх зовуургүй байлаа.

Гипертони өвчний хүндрэл цусны эргэлтийн хурц дутагдлын үед хэргэлэх шингэний хэмжээг эрс багасгадаг. Энэ нь нэг талаар антидиуретик гормоныг идэвхжүүлж, шээс гаралтыг багасган улмаар цусны даралтыг ихэсгэх нөлөөтэй гэж үздэг. Иймээс шингэнийг зүрхний өвчтэй хүмүүст хэрэглэхдээ зохих хэмжээгээр багасгах нь зүйтэй боловч хэтэрхий хориглож болохгүй. Харин уух шингэн нь давсгүй байх шаардлагатай.

Энэ зсирлигоор бид дээрх А. Б. хоолноос гадна айргийг эмчилгээний сойлт хоол болгон хэрэглэсэн юм. Айраг бол манай ард түмний өргөн хэргэлдэг дуртай ундааны нэг билээ. Айргийн бүрэлдхүүнд: Сүүний хүчил, сүүний сахар, нүүрсхүчлийн хий, кальцын давс, согтоогч бодис, «C» витамин зэрэг чухал бодисууд ихтэй байдаг.

Айргийг хэрэглэхэд бодисын солилцоо идэвхжиж, ялангуяа ходоодны шүүсний ялгаруулалт нэмэгдэх, хоолны шингэц сайжран хоолонд дуртай болдог. Нөгөө талаар айргийг сойлт хоолонд хэрэглэхэд давс хэргэлэх явдлыг эрс багасгах бололцоо олгоно.

Айраг нь шээлгэх, туулгах үйлчилгээтэйгээс гадна зүрх судас, төв мэдрэлийн систем болон амьсгалын төвийг сэргээх нөлөө үзүүлдэг.

## *Хэрэглэх журам*

Хахраагүй, шинэхэн айргийг 200—250 *гр-аар* өдөрт 6—8 удаа (хоногт 1,5—2,0 *литр*) 2—3 хоногийн зайдай бүгд 30 хоногоор ихэнх өвчтөнд амбулаторийн журмаар хэрэглэв.

Айраг уусан өдөрт бусад хоол ундааны зүйл хэрэглэхгүйн дээр маргааш нь нөхөх журмаар нэмэгдэл хоол хэрэглэхгүй байх.

Айраг хэрэглэхийн өмнө өвчтөний оношиг тогтоон, субъектив зовуурыг нарийн авч, артерийн даралт, биеийн жин, хоногт гарах шээсний хэмжээг тогтоож, зарим өвчтөнд цусны холестерин тодорхойлсон.

**Эмчилгээний дүн  
Бид гипертони бүхий 15 өвчтөнд айргийг сойлт  
хоол болгон хэрэглэв.**

№	Онош	Өвчтөний тоо	Сайжирсан	Хэвтээ	Доройтсон
1	Гипертони 1-р үе	3	3	—“—	—“—
2	Гипертони 2-р үе АБ	7	6	1	—“—
3	Гипертони 3-р үе А	5	2	3	—“—
4	Бүгд	15	11	4	—“—

Сайжирсан хүмүүсийн тоонд субъектив зовуур арилах буюу эрс ба гассан (толгой өвдөх, зүрх дэлсэх нь арилж, нойр сайжрах) цусны даралтын хэмжээ буурч, хоногт гарах шээсний хэмжээ нэмэгдэж, биеийн жин хасагдах төлөв бүхий хүмүүсийг оруулсан болно.

Хүснэгтээс үзэхэд айраг нь гипертони өвчиний 1, 2-р үед эмчилгээний үр дүн өгдөг нь харагдав. Эмчилгээний эцэст айраг хэрэглэсэн хүмүүсийн артерийн даралт нь дунджаар систолын даралт 10—35 *мм*, диастолын даралт нь 5—10 *мм* (мөнгөн усны баганаар)-ээр тус тус буурч, хоногт гарах шээсний хэмжээ 200—1000 *гр* хүртэл нэмэгдэж, биеийн жин хасагдах хандлагатай байв. Нэгэн жишээ дурдъя:

Өзчтэн Д, 49 настай, эмэгтэй нормчин. Онош: Гипертони өвчин 2-р үе. Зовуур: Толгой дүүрч үргэлж өвдөх ба нүд бүрэлзэж, шилэн хүзүү хөшиг, цочимтгой, нойр сэргэг.

Үзэхэд: Биеийн ерөнхий байдал дунд зэрэг. Зүрх ба бусад эрхтэний талаас илэрхий өөрчлөлтгүй.

А(Д—180/110 *мм* нд). Хоногийн шээс 1605 *мл*, биеийн жин 74,5 *кг* байв. Айраг 4 долоо хоног дээрх журмаар хэрэглэсний дараа үндсэн зовуурууд арилж, бие хөнгөрч, нойрондоо сайжирчээ.

А(Д-140/95 *мм* нд), хоногт гарах шээс 2700 *мл*, биеийн жин 73,6 *кг* болж засрал олжээ.

Айраг хэрэглэсэн нийт өвчтэнд ямар нэгэн хүндрэл, харш нөлөө мэдэгдсэнгүй болно. Эдгээр ажиглалтаас үзэхэд айраг нь сойлт хоолны бүхий л шаардлагыг хангаж байгаагийн дээр гипертони өвчиний эхний үе, цусны эргэлтийн хурц дутагдал, таргалалтын үед эмчилгээний үр дүнтэй болох нь харагдav.

## Дүгнэлт

1. Бидний боловсруулж өөрсдийн практикт хэрэглэж ирсэн эмчилгээний хоол нь хөнгөлт хоолны үндсэн шаардлагыг хангаж цусны даралт буулгах, зовуурыг багасгах зэрэг үйлчилгээг үзүүлж байна.

2. Энэ хөнгөлт эмчилгээний хоол нь манай нөхцөлд ялангуяа хөдөө орон нутагт хэрэглэхэд тохиромжтой тул нийт эмнэлгүүдийн практикт нэвтрүүлэх нь зүйтэй байна.

### ШУЛУУН ГЭДЭСНИЙ ГАДУУРХИ ӨӨХЛӨГ ЭДИЙН ХУРЦ ҮРЭВСЭЛ ӨВЧНИЙ ЗАРИМ АСУУДАЛ

Д. Жодов.

Анагаах ухааны дээд сургуулийн судалгаа  
эмчилгээний мэс заслын тэнхим (Эрхлэгч  
академич Т. Шагдарсүрэн)

Шулуун гэдэсний орчмын өөхлөг эдийн үрэвсэл (парапроктит) мэс заслын элбэг тохиолдох өвчний нэг гэдгийг А. А. Заремба (1972), С. З. Огносян (1974) зэрэг олон судлаачид баталж байна.

Клиничийн нэгдсэн 3-р эмнэлгийн яаралтай мэс заслын тасагт 1974 онд хэвтэж эмчлэгдсэн бүх өвчтөний 4,5% нь дан парапроктиттай байв. Парапроктит олон дахираг, ялангуяа арьс гэдэс рүү цоорч сув цорго үүсгэвэл эмчилгээний үр дүн муутай болдог. Эдгээр байдлыг харгалзахын зэрэгцээ мөн манай оронд энэ талаар судлагдсан зүйлгүй учир бид уул өвчний гарал үүсэл, шинж тэмдэг, эмчилгээний талаар залуу эмч нарын анхааралд хандуулж зарим судалгаа хийсэн юм.

Хүснэгт I  
Нас хүйсний байдал

Парапроктит	Хүйс		Нас				Бүгд
	эр	эм	16—26	26—36	36—46	46 дээш	
Хурц	20	9	9	12	5	3	29
Архаг	14	6	5	8	3	4	20
Бүгд	34	15	14	20	8	7	49

Хүснэгтээс үзэхэд эрэгтэйчүүд эмэгтэйчүүдээс 2,2 дахин олон, ихэнх нь (85,8%) идэр залуу 16—46 насны хумус байв. Парапроктитын хурц хэлбэрээр 29, архгаар 20 хүн өвчилсөн байсан ба архаг парапроктит нь голдуу төгс эмчлэгдээгүй хурц хэлбэрийн өвчлөлийн шууд уг дагавар байлаа. Архаг парапроктит нь ихэнхдээ хурц парапроктит өөрөө хагарч эдгэрсний» үргэлжлэл болдог гэж 1965 онд В. И. Селиванов бичжээ.

Энэхүү хүснэгтэнд өвчлөгсдийн 72,2% нь 54 дээш цаг болоод эмнэлэгт ирсэн нь өвчний явц, шинж тэмдгийн онцлогтой холбоотой байж болох боловч тэдгээрийн 83,6%-д буглаа үүссэн нь ямар нэгэн шалтгаанаар эмнэлгийн тусламж хожимдож үзсэнээс болжээ.

Гэтэл өвчин нэвчдэс үүсч байгаа эхэн үедээ эмийн эмчилгээгээр түвэггүй хялбархан гэдгийг шинжлэх ухаан нэгэнт нотолсон юм.

## Өвчлөлийн хугацаа

Хугацаа (цагаар) байрлал	24	24—34	34—44	44—54	54 дээш	Бүгд
Хошногоны амсраар өнгөхэн байрласан	2	1	1	3	29	34
Хошногоны орчмын өөхэнд гүнзгий байрласан	2	1	1	1	9	13
Хошногоны өөхнөөс аарцагны өөх рүү гүнзгий нэвчсэн	1	—	—	—	1	2
Бүгд	5	1	—	4	39	49

Бидний судалгаанд хамарагдагсдын 34 нь өнгөц, 15 нь гүнзгий хэлбэрийн парапротит байлаа. Өвчилснөөс хойш 54 цаг өнгөрөөд эмнэлэгт ирсэн өвчтөний 66,7% нь гүнзгий парапротит байсныг үзэхэд өнгөц парапротит гүнзгийд шилждэг тухай 1948 онд А. Г. Брожозовский, 1961 онд И. Н. Улановский нарын судалгаатай тохирч байна.

А. А. Заремба, С. З. Оганесян, И. Н. Улановский, А. М. Аминев, А. Н. Рыжих зэргийн олон тооны судлаачид стрептококк, стафилококкоос гадна гол төлөв гэдэсний савханцар нянгууд нэг хэвийн байнгын суугаа ажлын нөхцөлд аарцгийн ёроол, шулуун гэдэсний орчмын өөхлөг эдийн цусан хангамж ихсэж хэвийн биш өөрчлөлт гарах, мөн үрэлтээс арьс, салстанд үүсэх шалбаралт, шархдалт, эсвэл шамбарам, цагаан мах гарах мэтийн өвчин эмгэгийн үед хошногоны амсрын хуниас (Морганиев хуниас)-аар дамжин халдвартаж парапротитийг үүсгэдэг гэж үздэг.

Манай судалгаанд хамарагдагсдын 48,9% нь жолооч, бичээч, конторын албан хаагчид байсны дотор 9 хүн урьд өмнө нь шамбарам, хошногоны амсар урвах (цагаан мах эргэх) өвчнөөр өвдөж байсны гадна нэлээд хүмүүст үе үе хошного загатнадаг зовуур байв.

Хурц парапротитийг оношлоход төдий л бэрхшээлгүй боловч өвчтөний 95%-д хошногоны амсраар хатгаж чинэрч өвдөх, 35%-д өтгөн, шээс тасалдах буюу хаагдах, 85%-д өвчилсөн хэсгийн арьс салст овойх, улайх, бэмбэлзэх, дараахад эмзэглэх шинж тэмдгүүд гарч байв.

Зарим өвчтөнд (14,3%) дээрх зовуур байсан мөртлөө хэсгийн үзэгдэхүйц шинж тэмдэггүй байсан нь гүнзгийд үссэн буглааг зүүгээр хатгаж идээг соруулж байж оношлоход хүргэжээ. Бид Н. И. Улановский зэрэг судлагчдын үздэг хошногоны амсрын хунивч булчин, мэдрүүлийг гэмтээдэггүй хялбархан бөгөөд үр дүн сайтай арга болох хошногоны хуниасны ширхгийн дагуу зүслэг хийж идээг гаргаад ормыг 10%-ын хлорт натри буюу Вишневскийн тостой чихээсээр чихэх, гүнзгийд байрласан үед угаах зорилгоор хаймран гуурс хийх аргыг хурц парапротиттай 38 хүнд (нийт өвчтөний 77,6%) хэрэглэсэн юм.

Бусад 11 өвчтөний 7 хүнд цоргоны нүхийг уужимсгах, 3 хүнд цоргоор угаалга хийх эмчилгээг хийв. Хагалгааны дараа 1:1000 найрлагатай маргенцовын уусмалтай булээн усанд өдөр бүр хоёроос доошгүй суулгаж, сульфаниламид, антибиотикийг хэрэглэсэн нь эмчилгээний үр дүнд сайн нөлөө үзүүлсэн юм. Тухайлбал хурц парапротиттай байгаад дээрх аргаар хагалгаа хийлгэсэн 25 хүний эзэлсэн ор хоног дунджаар 10,5 байхад архаг парапротиттай 20 өвчтөний ор хоног дунджаар 15—20 байв.

Хөдөлмөрийн чадвар алдалт хурц парапротитын улмаас хагалгаа хийлгэсэн 36 хүнд дунджаар 15,7 хоног байхад архаг парапротитын эмчилгээний дараа 18,5—27,2 хоног байв. Ингэж хурц парапротитыг эрт

илрүүлээд эмчилсэн эмчилгээний үр дүн бүх хэлбэрийн архаг парапроктит, ялангуяа цоорч сув цорго үүсгэсэн үеийнхээс зарим үзүүлэлтээр үзтэл илүү байгаа нь уул асуудлыг тал бүрээс нь цаашид нарийн судлууштай зүйл болох нь тодорхой байна.

## Д ү г н э л т

1. Парапроктит голдуу хөдөлмөрийн чадвартай, суугаа төрлийн ажил эрхэлдэг буюу хошногоны амсрын өвчлөл, гэмтэлтэй хүмүүст нэлээд тохиолдажээ.

2. Хурц парапроктитыг эхнийх нь үед зөв тууштай эмчилбэл цаашдын эмчилгээний үр дүн муутай архаг хэлбэрт шилжихээс урьдчилан сэргийлэх бүрэн үндэстэй.

3. Хурц парапроктитыг сульфаниламид, антибиотикийн хавсарсан эмнээс гадна буглаа үүссэн үед нь яаралтайгаар зүслэг хийж идээг гаргаад чихээс, гуурсаар эмчлэх илүү ашигтай.

Д. Жодов.

## Р Е З Ю М Е

### К НЕКОТОРЫМ ВОПРОСАМ ПАРАПРОКТИТА

Нами были проанализированы истории болезни 49 больных с парапроктитом-находившихся во 2-ом хирургическом отделении 3-ей клинической больницы г. Улан-Батора за лишь 1974 год.

Из 49 больных с парапроктитом 29 были с первичной острой; а 20 с многократнорецидивирующими.

Чаще, чем женщины, болеют мужчины; причем возраст большинства больных колеблется между 16 и 36 годами. Подавляющее большинство больных (т. е. 33 человека), имеют профессию связанную с сидячим образом. Всем больных произведены вскрытии абсцесса с томпанированием и дренированием полости.

Койко-дни у больных с острым парапроктитом в среднем составляли 10,5 дней; а у больных с хроническим парапроктитом—15-20 дней. Из всех больных прооперированных по поводу острого парапроктита за истекший срок наблюдались два рецидива.

## Н О М З У Й

Бромзозовский А. Г. Курс частной хирургии, 1948, 356 Заремба А. А. Новые методы диагностики и лечения парапроктита. Экспериментальная хирургия и анестезиология 1972 3,32 Оганесян С. З. Хирургическое лечение парапроктита. Хирургия, 1974, 10, 91; Селиванов В. И. О причинах длительного незаживления парапроктита свищей. Хирургия, 1965, 11, 87. Улановский Н. И. О трамве наружного жома прямой кишки при операциях по поводу парапроктитов. Хирургия 1961, 6; 61 Улановский Н. И. о лечении острых парапроктитов. Вестник хирургии 1961, 9, 133.

### АРХАГ ОСТЕОМИЭЛИТТОЙ ӨВЧТӨНИЙГ ШИНЖЛЭХ АРГА

Т. Пүрэвжав (Улсын клиникин төв эмнэлгийн)

Алив өвтэнийг зөв мэдэх нь нарийн түвэгтэй, хариуцлагатай асуудал боловч зөв танин мэдсэн үед баходам сайхан ажил юм. Өвчний оношийг цаг үед нь оновчтой зөв тогтоосноор эмчилгээ хийж өвдөгсдийг эрүүлжүүлэх гайкамшигтай ажлын үндэс суурь нь болно. Өвчнийг оношлох нь ту-

хайн үед эмгэгт өртөгдсөн эрхтэн, системийн байдлаас хамарч олон янз байна.

Манай оронд ясны архаг идээт өвчинеэр өвдөж шаналан зовж буй хүмүүс цөөнгүй, гэтэл эдгээр өвчтөнийг шинжлэх нэгдсэн арга одоо хүртэл манай эмнэлгийн ажиллагаанд хараахан нэвтэрч чадаагүй байна. Энэ байдлыг анхаарч бид улсын клиникин төв эмнэлэгт архаг остеомиелит өвчтэй хүмүүсийн оношийг найдвартай тогтоох түүний клиник-рентгений хам шинжийг судлах оношлох ажлыг боловсронгуй болгох зорилгоор архаг остеомиелит өвчтэй хүмүүсийг шинжлэх өрөнхий, тодорхой ба тусгай аргуудыг багтаасан шинжилгээний доорхи нэгдсэн аргыг хэрэглэсэн нь уг өвчиний оношийг тогтооход үлэмж давуутай байна.

## ӨВЧТӨНИЙГ ШИНЖЛЭХ НЭГДСЭН АРГА

### 1. Ерөнхий арга.

- а) өвчтөний түүх, явц, зовуур шаналгааг асууж лавлах
- б) өвчтөнийг харж, ажиглаж үзэх.
- в) өвчтөнд бодит үзлэг хийх, ялангуяа өвчилсөн үе-мөч, эрхтнийг барьж дарж шинжлэх.
- г) цээжний хөндийн эрхтнийг рентгенээр шинжлэх.
- д) лабораторийн шинжилгээ (цус, шээсний өрөнхий шинжилгээ, цусанд вассерманы урвал) үзэх, шаардлагын дагуу элэгний биохимийн шинжилгээ хийх.

### 2. Тодорхой арга.

- а) өвчилсөн яс, үе мөчний ердийн рентген зураг авах.
  - б) идээт цоорхойтой хүмүүст идээний байдлыг (өтгөн, шингэн, өнгө, үнэр, хэмжээ) тодорхойлох.
  - в) идээнд үүсгэгч нянг бактериологийн аргаар тодорхойлох.
  - г) нянгийн антибиотикт мэдрэг чанарыг тодорхойлох.
3. Рентген шинжилгээний тусгай арга.
- а) өвчилсөн ясны рентген зургийг шууд өсгөж авах.
  - б) Өвчилсөн яс, үе мөчийг томографын аргаар үечлэн зураг авах.
  - в) идээт цоорхойтой хүмүүст тодосгогч бодис хэрэглэж фистулографын зураг авах.

Өвчтөнийг шинжлэх өрөнхий аргыг шинжилгээнд явуулсан бүх өвчтөнд хэрэглэж, тодорхой аргыг остеомиелит өвчтэй хүмүүст хэрэглэж, рентген шинжилгээний тусгай аргыг тухайн шаардлагын дагуу клиник, ердийн рентген шинжийн хувьд будэг, онош тогтооход эргэлзээтэй үед оношийг батлах, эмийн ба мэс заслын эмчилгээг шийдвэрлэх зорилгоор хэрэглэнэ.

Ерөнхий шинжилгээний аргын талаар олон ном сурах бичгүүдэд (П. Г. Корнев 1951; Я. Л. Щик; С. А. Гиляревский 1965; В. С. Конев ба А. С. Марков 1965; В. Х. Василенко 1974) тодорхой бичигдсэн байдал учир энэ аргыг тусгайлан бичих шаардлагагүй. Зөвхөн тэмдэглэхэд бид өвчтөнөөс анамнезыг цуглуулахдаа остеомиелитоор өвдөхийн өмнөхөн өөр өвчинеэр өвдсөн, гэмтсэн эсэх, аль улиралд, тодорхой бол хэдэн сард, хэдэн насандaa эхэлж өвдсөн, өвчин эхлэх үеийн субъектив шинж тэмдэг зэрэг бидний судалгаанд шаардлагатай зүйлийг зориуд анхаарч тодруулж байлаа.

## Тодорхой арга

1. Өвчилсөн яс үе мөчний рентген зураг авах. Бид архаг остеомиелит өвчтэй 158 өвчтөний зургийг «Чехословакийн ДУРОМЕТА-125» маркийн рентген оношийн аппарат дээр авав. Зураг авах нөхцөлийг урьдчилан

боловсруулж, өвчилсөн яс үе мөчний зургийг эгц хажуу 2 байрлалаар авч, шаардлагатай үед хагас хажуу ташуу байрлалаар авч байв. Нуруу, дунд чөмөг ясны зургийг торон шүүгчтэй (отсейвающий решеток) авч атгаал, шуу, шилбэ, гар хөлийн сарвуу-тавхайн яс, уений зургийг төрон шүүгчгүй авлаа. Зураг авахад хөдөлгөөнгүй байрлуулах зорилгоор эвүүр, дэр, даруултыг ашиглаж, өвчтөнийг туяаны нөлөөнөөс хамгаалахаар тугалгажуулсан резинийг өргөн хэрэглэж байв.

2. Цоорхойноос гарч байгаа идээний байдлыг тодорхойлохдоо харж идээрхэг, цусархаг, шүүсэрхэг, өтгөн, шингэн, үнэртэй эсэхийг тогтоож, хэрэв идээ өөрөө ялгарч байвал их, дарж шахаж гарвал бага гэж үзэв.

3. Идээнд нянг тодорхойлохдоо цоорхойн амсрыг ариутгагч бодисоор арчиж ариутгасан шилэн савхны үзүүрээр эсвэл нарийн урт төмөр зонд буюу хямысаанд ариун хөвөн ороож цоорхойн гүнээс идээний наалдац авч тусгай тэжээл бүхий Петрийн шилэнд хийж термостадад 24 цаг ургуулж дараа нь мікроскопсor харж (К. Д. Пяткин, со автор, 1969) үүстгэгчийг тодорхойлно. Бид энэ аргаар 82 өвчтөнд бактери судлалын шинжилгээ хийв.

4. Нянгийн антибиотик мэдрэг чанарыг М. Н. Лебедовын (1973) цаасан дискийн аргаар 72 өвчтөнд 9 төрлийн антибиотик тодорхойлов.

### Рентген шинжилгээний тусгай арга

1. Сүүлийн үед рентген шинжилгээнд хэрэглэж буй харьцангуй шинэ арга бол рентген зургийг шууд ёсгөн авах арга юм. Зөвлөлт улс болон бусад оронд саяхнаас практик ажил болон хэрэгжиж байгаа энэ арга маий эмнэлгийн практикт хараахан нэвтрээгүй байка. Энэ аргын талаар М. К. Климова (1961) Ю. Г. Елашев соавтор (1961) В. В. Рожковская (1968) Э. Я. Протас (1970) нар туршлагаа бичсэн байна. Бид архаг остеомиелит өвчтэй бусад аргаар онош тогтооход эргэлзээтэй 43 өвчтөнд энэ аргыг хэрэглэв. Зургийг 1,5—1,8 дахин тодруулан авч ердийн рентген зурагтай харьцуулан шинжилсний дунд доорхи дүгнэлтэнд хүрэв. Энэ арга нь архаг остеомиелит өвчтэй хүмүүст ясны хатуу бүрхэвчинд гарсан яльгүй өөрчлөлт, зузаарсан ясны гүнд үүссэн мөхлэгийг тодруулахад давуутай байна. Өсгөх дээд хэмжээг 1,8 дахинаас хэтрүүлэх нь зургийн тодролтыг бүдгэрүүлж байна.

2. Томографийн шинжилгээ Чехословак улсын «ДУРОМЕТА-125В» маркийн аппарат дээр 20 өвчтөнд хэрэглэв. Энэ аргын давуу талыг яс, үе мөчний шинжилгээнд А. П. Черновская (1956), А. С. Курбатов (1957) Д. М. Абдурасолов, соавтор (.1964) нар тодорхой бичсэн байна. Томографи хийхэд ердийн рентген зурганд гараагүй чөмөгний булуу, архаг үрэвслийн улмаас зузаарсан ясны гүнд үүссэн үрэвслийн голомт, хөндий мөхлөг, идээ дамжих суваг зэргийг тодруулна.

3. Фистулографийн шинжилгээт идээц цоорхойтой 27 өвчтөнд хийв. Иодлипол, иодурон, пропилойдон, офакарон, ромпакон зэрэг тодосогоч бодисуудыг хэрэглэв. Энэ аргыг хэрэглэсний дунд өвчилсөн ясны зөөлөн эдийн дотор үүссэн идээ хөндий, идээ дамжих хсолой, суваг түүний хэмжээ тоог тогтоож ясанд үүссэн үрэвслийн голомт, хөндий мөхлөг зэрэг идээ үүсгэж байгаа голомтыг слоход давуу сайн арга. Энэ аргын талаар академич Г. А. Зедгенэзде (1940, 1945), А. И. Шулутко (1943), Д. Е. Гольд штейн (1943) нар эх орны их дайны үеийн будагданы дараа үүссэн архаг остеомиелиттэй хүмүүст тодорхой судалж бичжээ.

## Т о в ч д у г н э л т

1. Ясны архаг остеомиэлит өвчтэй хүмүүсийн оношлолд дээр дурдсан өвчтөнийг шинжлэх нэгдсэн аргыг зохих дарааллын дагуу хэрэглэх нь өвчний оношийг зохих хугацаанд нь найдвартай зөв тогтоо ач холбогдолтой болох нь бидний хийсэн судалгаагаар нотлогдоо.

2. Рентген шинжилгээний тусгай арга болох рентген зургийг шууд өсгэн авах, ясны томографи болон фистулографийн шинжилгээг шаардлагын дагуу хийх нь ердийн ба тодорхой шинжилгээний аргаар мэдэгдэгүй шинж тэмдгийг илрүүлэх, эргэлзээтэй шинжийг тодруулж батлах тул оношлох бололцоог улам нэмэгдүүлж байна.

3. Шинжилгээний энэ нэгдсэн арга нь зөвхөн архаг остеомиэлиттэй өвчтөнийг шинжлэх төдийгүй яс үе мөчний сурьеэ, сурьеэгийн бус гаралтай янз бүрийн хурц архаг өвчтөнийг шинжлэхэд тохиromжтой энгийн дэвшилттэй арга тул манай эмнэлгийн байгууллагуудад өргөн хэрэглэх нь практикийн ач холбогдолтой байна.

## Х Э В Л Э Л

*П. Г. Корнеев*-Костне-суставный туберкулэс, М. 1951; *В. С. Конев* и *А. С. Марков* обследования больных гематогенным остеомиелитом, в *К. Н. Современные методы исследования в детской хирургии*, М 1965, *Я. Л. Щик*. Краткий пропедевтический курс по общей рентгенодиагностике, М 1956, *М. К. Климова*, значение метода рентгенографии с прямым увеличением изображения в диагностике костей. В *Кн. частные вопросы рентгенологии и радиологии*, М 1961, *Ю. Г. Елашев* соавтор Опыт рентгенографии с прямым увеличением изображения. Вестник рентгенологии, 1961, 2; *В. В. Рожковская*. Прямое увеличение рентгенологического изображения и томография при различных формах остеомиелита. В *Кн. II Всероссийский съезд рентгенологов и радиологов* доклады Л 1966—68, *Э. Я. Протас*. Значение одномоментной томографии с прямым увеличением изображения при остеомиелите. Мед. журнал Узбекистана, 1970, II; *А. П. Черновская* Томографические данные при изучении костей и суставов, Вестник рентгенологии и радиологии, 2; *А. И. Кубатов* Значение томографии при остеомиелите, вестник рент и радиологии, 1964, 4; *Д. М. Абдуров* и *К. Е. Никишин* томография нормального костного скелета, Ташкент, 1964; *В. Х. Василенко* и др. Пропедевтика внутренних болезней М 1974, 23—43

## Р Е З Ю М Е

Для выявления клинических признаков и рентгенологической семиотики хронического гематогенного остеомиелита нами разработана схема обследования больных, в которой включены общие, частные и специальные способы исследования.

### Схема обследования больных

1. Общие способы:
  1. Сбор анамнестических данных
  2. Осмотр больного
  3. Объективное исследование больного
  4. Рентгенологическое исследование органов грудной полости
  5. Лабораторные исследования (общий анализ мочи и крови, кровь на реакцию Вассермана и др.).
2. Частные способы:
  1. Рентгенография пораженной кости
  2. Определение характера отделяемого из свища.
  3. Определение микрофлоры очага поражения
  4. Определение чувствительности микрофлоры к антибиотикам
3. Специальные способы:
  1. Рентгенография пораженной кости с прямым увеличением
  2. Томография пораженной кости
  3. Фистулография

4. Под общими способами исследования больных мы понимаем общеизвестные клинические методы, которые применяются всем пациентам.

Частные способы проводятся только больным хроническим гематогенным остеомиелитом. Специальные способы-используются по показаниям с целью диагностики или подтверждения диагноза в трудных клинических наблюдениях.

## ПЬЕР МАРИЙН ХӨДӨЛГӨӨН ТЭНЦВЭРГҮЙТЭХ ӨВЧНИЙ КЛИНИК-ГЕНЕТИКИЙН СУДАЛГААНЫ АСУУДАЛД

Дэд эрдэмтэн Г. Цагаанхүү, дэд эрдэмтэн М. Отгон

Анагаах ухааны дээд сургуулийн мэдрэл сэтгэц гэм судлалын тэнхим (эрхлэгч анагаах ухааны дэд эрдэмтэн Д. Равдандорж)

XIX зууны хоёрдугаар хагаст мэдрэл гэм судлалын ухаан шинжлэх ухааны биеэ даасан тусгаар салбар болон ид хөгжиж эхэлсэн тэр үед эрдэмтэн Н. Фридрайх, Пьер Мари нар үе дамжин удамшиж, хөдөлгөөний тэнцвэр алдагдах шинжээр илрэдэг бага тархины архаг даамжрах явцтай хоёр өвчнийг анх судалж бичсэн түүхтэй. Н. Фридрейхийн анх 1861 онд бичсэн нэг гэр булийн хүүхдүүдэд тохиолдох хөдөлгөөн тэнцвэргүйдэх хам шинжийг Фридрейхийн өвчин гэх буюу гэр булийн тэнцвэргүйдэл гэж нэрлэдэг. Фридрейхийн өвчин нь нэг гэр булийн бараг нийт гишүүдийг хамран (6—10 насанд) өвчлүүлж, рецидив хэлбэрээр урамшдаг, өөрөөр хэлбэл хоёр гетерозигот өвчтөний гэр булийн хүүхдүүдийг өвчлүүлдэг байна. Н. Фридрейхийн нээлтийн дараагаар 1893 онд Пьер Мари хэд хэдэн үе дараалан доминант хэлбэрээр шууд удамших бага тархины тэнцвэр алдагдлын бас нэг клиникийн хэлбэрийг тодорхойлон бичиж Фридрейхийн өвчнөөс шинж тэмдэг, удамших онцлогоороо ялгаатай болохыг илрүүлсэн байна. Тэрээр эрдэмтдийн удаа дараагийн судалгаагаар биеэ даасан удамшлын өвчин болох нь нотлогдож, анхны судлагчийн нэрээр Пьер Мариин хөдөлгөөн тэнцвэргүйдэх өвчин хэмээн нэрлэгдэх болжээ.

Бидний энэ ажил нь хоёр үе дамжин удамшиж, нэг гэр булийн өгч дүү хоёрт илэрсэн Пьер Мариин өвчний клиник-генетикийн асуудалд судалгаа хийхэд чиглэгдсэн юм.

Пьер Мариин өвчний үүсэх эх сурвалж нь генийн хувьсамжаас шалтгаалан бага тархи ба түүний бүрэлдхүүн хэсгийн эсийн зохион байгуулалт, бүтэц эвдэрч, давших сенерелийн процесс явагдсанаас бага тархи хэмжээгээрээ 3—4 дахин багасдаг байна. Уг өвчин доминант хэлбэрээр удамшин, шууд үе дамжин өвчлүүлж эмнэл зүйн шинж нь 20—45 насанд илрэн гардаг. Клиникийн үндсэн шинж тэмдэг нь эхлээд хөдөлгөөний ба зогсоо байдлын тэнцвэр алдагдах (өвчтөн явахдаа согтуу юм шиг гүйвах) шинжээр илэрч, аажмаар хэл яриа өөрчлөгдөх, нүдний алимд чичигнэлт үүсэх, гарын хөдөлгөөн эв дүйгүй болох, ой ухаан сулрах, нүдний хараа муудах, шөрмөсний рефлексүүд ихсэх зэрэг бага тархи болон хөдөлгөөний системийн гэмтлийн хам шинжээр илэрдэг.

Бидний ажиглалтанд байсан Пьер Мариин хөдөлгөөн тэнцвэргүйдэх өвчинөөр өвчилсөн төрсөн эгч, дүү хоёрын дөрвөн үеийн ишийн бичгийг гаргаж үзэхэд, энэ гэр булийн гишүүдэд хоёр үе дараалан уг өвчин удамшсан баримт гарлаа.

Төрөл төрөгсдийн мэдүүлснээр эдгээр өвчтөний төрсөн эх, нагац, эгч нарт гүйвах, хэл яриа өөрчлөгдөх шинж (согтуу юм шиг) илэрч байжээ.

Энэ хоёр өвчтөний өвчиний түүхээс товч өгүүлье.

1. Пробанд Э. 25 настай, эмэгтэй ишийн бичгийн Ш<sub>4</sub>). УКГ эмнэлгийн мэдрэлийн тасагт 1974 оны 12-р сарын 7-ны өдөр хэвтсэн. Энэ үед явахдаа гүйвдаг, хэл яриа өөрчлэгдсэн, гарын хөдөлгөөний эв дүй алдагдсан гэсэн зовууртай байлаа.

Өзчний түүх: Өзчний анхны шинж нь 18 настайд (анхны хүүхэд төрүүлсний дараа) гүйвж явах байдлаар илэрч, 20 настайгаас гарын хөдөлгөөний эв дүй алдагдаж, согтуу мэт гүйвж явах байдал бүр тодорхой болсон. Энэ үеэс хэл яриа өөрчлэгдэж, үгийг тод бус хэлэх болжээ. Явахдаа гүйвах нь жилээс жилд нэмэгдэж, гуряв дахь хүүхдээ төрүүлсний дараа гүйвалт нь онцгой ихэссэн байна. 23 настайгаас орчин тойрны юмыг тулхагүйгээр явж чадахгүй болсэн учир тахир дутуугийн II группэд оржээ.

Амьдралын түүх: Эсээсээ хугацаандаа төрсөн, хэвийн өсөж бойжсон, тусгай мэргэжлийн дунд сургууль тэгсөн, дунд сурдаг байсан. 18 настайдаа гэрлэсэн, 2—7 настай 3 хүүхдэтгэй.

Гэр бүлийн түүх (зураг 1)

I<sub>1-2</sub> — Өвөг эцэг, эмэг эх; эдгээрийн талзар тэдэрхэй мэдээ сэлт олдоогүй.

I<sub>1</sub> — Нагац эгч, багадаа нас барсан.

I<sub>2</sub> — Эх Ж. 36 настайдаа гүйвж явдаг бэлсон, аажмаар хэл яриа нь өөрчлэгдэж, сүүлдээ хөл дээрээ тэнцэж явах чадвар алдагдан 58 настайдаа нас барсан.

I<sub>3</sub> — Эдэг эрүүл байсан, 78 настайдаа нас барсан.

I<sub>4</sub> — Нагац эгч Ц. 30 настайгаасаа гүйвж явдаг бэлсон, хэдэн жилийн турш хөдөлгөөний тэнцвэр алдагдаа өвчинөөр өвчилж байгаад нас барсан.

III<sub>1</sub> — ах, багадаа нас барсан.

III<sub>2</sub> — ах, 35 настай, эрүүл.

III<sub>3</sub> — ах, 32 настай, эрүүл.

III<sub>5</sub> — дүү, 21 настай, 17 настайгаасаа явахдаа тэнцвэр алдаж гүйвах болсон

IV<sub>1-8</sub> — Хүүхдүүд, эрүүл, 1—9 настай.

Мэдрэлийн байдал: Хүүхэн хараа ижил бус Д; хүүхэн харааны гэрлийн урвал сул; харин зохицох, дотогшлох урвал хэвийн (Аргайл Робертсоны шинжтэй). Нүдний алимд тод хөндлөн чичигнэлтгэй. Зогсох болон хөдөлгөөний тэнцвэр гүнзгий алдагдсан, Ромбергийн байрлалд гүйвдаг, явахдаа энд тэнд баримжаагүй гишгэн гүйвдаг, хавсарсан тэнцвэртэй хөдөлгөөнүүд алдагдсан. Хуруу-хамрын сорилыг хийхдээ алдаа гаргаж, хуруу нь чичирдэг.өсгий-өвдөгний сорилыг онож хийж чадахгүй байсан. Хэллэг өөрчлэгдсэн, үгийг тасалж, тод бус хэлдэг. Дээд доод мөчний шэрмэсний рефлексүүд ихэссэн, хөлийн тавхайд Россолимо, Бехтерев, Жуковскийн эмгэг рефлексүүдтэй.

Тархи-нугасны шингэн, цус, шээсний ерөнхий шинжилгээнд өөрчлөлтгүй байсан.

Өзчтөний гэр бүлийн түүх бэлон мэдрэлийн талаас илэрсэн дээрх шинжүүдийг үндэслэн «Пье Марийн хөдөлгөөн тэнцвэргүйдэх өвчин» гэдэг оношийг тогтоож, шинж тэмдгийн болон витамины (B<sub>1</sub> B<sub>6</sub> B<sub>12</sub>) эмчилгээг биеийн тамирын дасгалуудтай хослуулан 45 хоногийн турш эмчилсний дараа орчин тэйрэны юлсыг тулалгүйгээр явах чадвартай болон биеийн ерөнхий байдал сайжирч эмнэлгээс гарсан.

2. Пробанд Б. 21 настай, эрэгтэй (ишийн бичгийн Ш<sub>5</sub>), түрүүчийн өвчтөний дүү. 1975 оны 3-р сарын 1-ний өдөр УКГ эмнэлгийн мэдрэлийн тасагт хэвтсэн.

Хэвтэх үеийн зовуур: явахдаа хөл их гүйвах учир орчин тойрны юмсагыг тулж, түшиж явдаг, гарын хөдөлгөөний эв дүй алдагдсан, хэл яриатод бус, хараа муудсан.

Өвчний түүх: Өвчний анхны шинж 17 настайгаас гүйвж явах байдлаар эхэлж нэг жилийн дараа хэл яриа өөрчлөгдсөн, гарын нарийн үйлдэл хөдөлгөөний тэнцвэр 20 настайгаас алдагдсан. Сүүлийн 2 жилд нүдний хараа муудан, явахдаа гүйвах нь улам нэмэгдэж, орчин тойрны юмсыг тулж явах болжээ.

Амьдралын түүх: Эхээс хугацаандаа төрж, хэвийн бойжсон. Доллоон жилийн сургуулийг төгссөн, дунд сурдаг байсан. Одоо ажил хийдэггүй, тамхи татдаг.

Мэдрэлийн байдал: Ой ухаан суларсан, энгийн тооны үйлдлүүдийг бодож чадахгүй. Нүдний хараа муудсан. (харах чадвар ОД=0,1; 0=0,1). Хүүхэн хараа өргөн, хүүхэн харааны гэрлийн урвал сул; зохицох, дотогшлогох урвал хэзийн (Аргайл Робертсоны шинжтэй). Хэллэгийн хэм өөрчлөгдсөн, үгийг тасалж, сунжуулж хэлдэг. Хөдөлгөөний тэнцвэр гүнзгий алдагдсан, явахдаа хөлөө хол зайдтай тавьж алхан, нэмэлт гишгэлтэйгээр ихэд гүйвж явдаг. Хуруу-хамар, өсгий өвдөгний сорилуудыг онож хийж чадахгүй алддаг. Бабинскийн сорилд хавсарсан хөдөлгөөн алдагдсан, Ромбергийн сорилд хөлөө зайдтай тавьж дэмжлэгтэйгээр зогсоно. Нарийн хөдөлгөөний тэнцвэр алдагдсанаас бичгийн хэв өөрчлөгдсөн. Дээд доод мөчний рефлекс өндөр, өвдөг, тавхайд чичигнэлттэй, бөхийх дурсийн эмгэг рефлексүүдтэй. Хөлийн хуруунд гүн-булчингийн мэдрэхүй алдагдсан.

Цус, шээсний өрөнхий шинжилгээнд өөрчлөлтгүй байсан. Онош: Пьер Марийн хөдөлгөөн тэнцвэргүйдэх өвчин.

Өвчтөн эмнэлэгт хэвтэх хугацаандаа хөдөлгөөний тэнцвэрийг сайжруулах биеийн тамирын дасгалуудыг тогтмол хийх байснаас гадна, В-гийн төрлийн витаминуудаар ( $B_1$   $B_6$   $B_{12}$ ) 48 хоногийн турш эмчлүүлсний үр дүнд орчин тойрны юмыг тулахгүй буюу бусдын дэмжлэг авахгүйгээр явах тэнцвэр сайжран 4-р сарын 8-нд эмнэлгээс гарсан.

Пьер Марийн өвчний үүсэхэд генийн хувьсамжийн хүчин зүйлүүд гол үүрэг гүйцэтгэх болсвч, төрөлт, гэмтэл, халдварт зэрэг гадны нөлөөнийүүд уул өвчний анхны шинж илрэхэд буюу өвчин хурцдаахад онцгой тулхэц болдог тухай хэвлэлд нэг биш удаа тэмдэглэжээ. С. Н. Давиденков (1956), Н. З. Гурская (1973) нар судалгаандаа төрөлтийн дараагаар уг өвчний шинж хүндэрч хурцалсан тухай бичсэн байна. Бидний дээр өгүүлсэн нэг гэр бүлийн хоёр гишуунд илэрсэн Пьер Марийн хөдөлгөөн тэнцвэргүйдэх өвчний эхлэл, язц, эмнэл зүйн шинж тэмдгийн онцлогоос үзэхэд өвчтөн Э-д анхны хүүхэд тэрүүлсээ ийн дараагаар хөдөлгөөний тэнцвэр алдагдах байдал илэрч, гурав дахь төрөлтийн дараа өвчний шинж улам гүнзгийрсэн нь дээрх баримтыг дахин иотолж байна.

Тэрчлэн бодит үзлэгээр эгч дүү хоёрын хэн хэнд нь Аргайл Робертсоны шинж, дүүд нь ой ухаан сул сууралын шинж илрөч байгаа нь уг өвчний үед эдгээр шинжүүд илэрдэг гэж үзсэн зөвлөлтийн эрдэмтэн С. Н. Давиденков (1932) бэлон Н. З. Гурская (1973). Бид өвчтэний гэр булийн эрүүл нэг гишүүнд үзлэг хийхэд, мэдрэлийн талаас шөрмөсний рефлексүүд ихэссэн, хуруу-хамрын сорилд хуруу чирчэх шинж илрөч байв.

Бидний судалсан хоёр өвчтэнд (Ш) Пьер Мариин хөдөлгөөн тэнцвэргүйдэх өвчний анхны шинж 17—18, 4—5 насанд эхлэн илэрч байгаа онцлогтой бөгөөд 20 нас хүрэхэд уул өвчний шинж тэмдэг улам гүнзгийрч, хөдөлмөрийн чадварыг алдагдуулсан байна. Ер нь сүүлийн үед ихэнх судлагчид удамшлын өвчний эмнэл-зүйн шинж тэмдэг өвчлүүлэх нааснаасаа урьдчилан илрэх явдал зонхилох болсныг тэмдэглэсэн байдаг. (К. Шгерн, 1965) Жишээлбэл өвчтэн Ж-д ( $P_2$ ) өвчний анхны 36 насанд,

түүний дүү Ц-д ( $\Pi_4$ ) 30 насанд илэрсэн байхад хүүхдүүдэд нь 17—18 наснаас уг өвчний шинж илэрсэн байна. Харин I үеийн хүмүүсийн эрүүл мэндийн хувьд тодорхой мэдээ сэлт гаргах боломж олдоогүй боловч. II үеийн З гишүүний хоёрт нь хөдөлгөөн тэнцвэргүйдэх өвчний шинж илэрч байсан явдал өвөг эцэг, эмэг эхийн ( $1_{1-2}$ ) хэн нэгэнд гаднын алив нэг шалтгаанаар генийн хувьсамжийн үзэгдэл гетерозигот (эсрэг эвсэл үртэй) байдлаар илэрсэн гэж үзэж болно. Түүнчлэн II үеийн гэр бүлд бүгд 5 хүүхэд ( $III_{1-5}$ ) төрснөөс багадаа нас барсан нэг хүүхдийг эс оруулбал бүх хүүхдийн тэн хагас өвчтэй байгаа нь дээрх санааг нэг талаар баталж байна. Бидний судалгаанаас үзэхэд Пьер Мариин өвчинөөр энэ гэр бүлийн хоёр үеийн 4 гишүүн өвчилжээ.

Гетерозигот байдалд өвчний шинж тэмдэг илэрдэг явдал доминант хэлбэрээр удамшдаг өвчний өвөрмөц онцлог юм. Ийм тохиолдолд Ж-ийн ( $\Pi_2$ ) нөхөр эрүүл байсан бол өвчтөн Э( $III_4$ ), Б( $III_5$ ) нар нь цөм гетерогигот генотип (генийн цогцолбор)-тэй байх үндэстэй бөгөөд тэдгээрийн хүүхдийн тэн хагасад (ишийн бичгийн IV үе) эл өвчин удамших бүрэн үндэстэй юм.

Пьер Мари анх бичихдээ уул өвчин зөвхөн эмэгтэйчүүдийг өвчлүүлдэг гэж үзсэн нь дараагийн судалгаануудаар тэрээр үндэслэлгүй болох нь нотлогдлоо гэж С. Н. Давиденков (1956) бичжээ. Нэгэнт гэр бүлийн эрэгтэй, эмэгтэй хүүхдэд өвчин илэрч байгаа явдал Пьер Мариин өвчин хүйс хамааран удамшдаггүй болохыг нотолж байна.

Бидний, Пьер Мариин хөдөлгөөн тэнцвэргүйдэх өвчний шинж тэмдэг илэрсэн дээрх өвчнүүдэд хийсэн клиник-генетикийн судалгаа болон энэ гэр бүлийн дөрвөн үеийн нийт 19 гишүүнийг хамруулсан ишлэлийн судалгаа нь уг өвчин доминант хэлбэрээр удамшдаг болохыг дахин харууллаа. (зураг 1).

Пьер Мариин өвчин аажим давших явцтай учир олон арван жилийн туршид идэр насны хүмүүсийг өвчлүүлж, хөдөлмөрийн чадварыг эрс буруулдаг, улмаар хөдөлгөөний тэнцвэрийг бүрэн алдагдуулж хэвтрийн байдалд оруулдаг байна. Энэ өвчин бүрэн эдгэрэхгүй боловч амь насанд аюулгүй, өвчтөн голдуу хоёрдогч халдвараас буюу заримдаа ургавтартархины саагаар нас бардаг.

М. Б. Цукер (1960), Г. Р. Ткачева, Н. З. Гурская И. Я. Калиновская (1973) нар Фридрайх ба Пьер Мариин өвчнийг эмчлэхэд хөдөлгөөний тэнцвэрийг сайжруулах биеийн тамирын дасгалуудыг витамин В-ийн бүрдлүүдтэй хослуулан хэрэглэхэд сайн үр дүнд өгдгийг өөрсдийн ажиглалтаар харуулжээ.

Бидний судалгаанаас үзэхэд, Пьер Мариин хөдөлгөөн тэнцвэргүйдэх өвчинөөр өвчилсөн хүмүүсийн оношийг эрт тогтоох нь тэдгээр өвчтөний гэр бүлийн гишүүдэд цаг алдалгүйгээр клиник-генетикийн судалгаа хийх, өвчний шинж тэмдэг хадгалагчдыг эрт илрүүлэн оношилж, эмчийн хяналтанд авах, энэхүү удамшлын хунд өвчинөөс урьдчилан сэргийлж болох зарим нэг арга хэмжээг авч явуулахад үлэмж ач холбогдолтой юм.

#### РЕЗЮМЕ

#### К ВОПРОСУ КЛИНИКО-ГЕНЕТИЧЕСКОГО ИЗУЧЕНИЯ НАСЛЕДСТВЕННОЙ МОЗЖЕЧКОВОЙ АТАКСИИ ПЬЕРА МАРИ

Г. Цагаанхүү, М. Отгон

Наблюдали развитие наследственной мозжечковой атаксии Пьера Мари у 2 человек, принадлежащих к одному поколению одной семьи. Это наследство инодегенеративное заболевание с передачей по доминантному типу, проявляется рез-

ками нарушениями статики и походки, скандированной речью, нистагмом, снижением интеллекта и другими мозговыми, пирамидными симптомами. Неврологические признаки заболевания, у наблюдавшихся нами больных, становились очевидными и прогрессировали под 20 лет. По сведениям родственников, у родной сестры матери и у пробандов наблюдались нарушения походки и речи «как упьяных». Приведены подробные сведения об этих больных. Авторами указывается, что раннее установление диагноза у таких больных способствует своеобразному проведению клинико-генетического изучения семей пробандов, раннему выявлению возможных носителей и профилактике этого тяжелого наследственного заболевания.

НОМЗЫЙ

1. Гурская Н. З. Особенности генетики семейной атаксии Фридрейха. В кн: Вопросы нейрогенетики. М. 1973, стр 145–153.
  2. Ткачева Г. Р. Гурская Н. З. Калиновская И. Я. Лечебная гимнастика в сочетании с медикаментозной терапией семейной атаксии фридрейха. В кн: Вопросы нейрогенетики. М. 1973, стр 161–158.
  3. Давиденков С. Н. Наследственные болезни нервной системы М., 1932.
  4. Давиденков С. Н. Клинические лекции по нервным болезням. В 2, Л., 1956
  5. Цукер М. Б. Хронические прогрессирующие атаксии (болезнь фридрейха, болезнь Пьера Мари и смежные мозжечковые синдромы) В кн: Руководство по неврологии, Т. 7. медгиз. 1960. стр 217–255
  6. Штерн К. Основы генетики человека. М.; 1965.

## АТЕРОСКЛЕРОЗЫН ШИНЖ ЧАНАРЫГ ГОЛ БА ЗҮРХНИЙ ТИТЭМ СУДАС ДЭЭР СУДАЛСАН ДҮН

Л. Галцог (АУДС-ийн эмгэганатоми-шүүх эм-  
нэлгийн тэнхимийн эрхлэгч, доцент  
Д. Цэдэв.).

Зүрх судасны системийн атеросклероз гаралтай эмгэг тасралтгүй ёсч, үхэлд хүргэх шалтгааны хувьд тэргүүн байрыг эзлэх болсон нь орчин үед түүнийг тахал (эпидеми) хэлбэрийн өвчин гэж үзэхэд хүргэжээ. Атеросклероз ялангуяа орчин үеийн үйлдвэрийн өндөр хөгжил бүхий лац. Атеросклероз суурьшсан Европ, умард Америкийн олон оронд ихээхэн тар төвлөрч суурьшсан Европ, умард Америкийн олон оронд ихээхэн тархан дэлгэрсэн өвчин юм. Гэвч урьд өмнө нь атеросклероз өвчин ховорхан тохиолдол гэж тооцож байсан олон оронд энэхүү өвчин ёсч байгааг суулийн үед тэмдэглэх болов. (Г. Г. Автандилов, 1970, А. И. Струков, 1971, Е. П. Чазов, 1973, А. М. Вихерт 1974 болон бусад).

Манай оронд хийгдсэн эмнэлзүй-статистикийн шинж чанар бүхий сү-  
далгаанаас үзэхэд (Е. Готов, 1957, Н. Дондог, 1967, И. П. Бондаренко,  
1968. Рагчaa, 1972) уг өвчин нутгийн оршин суугчдын дотор зөвхөн нэ-  
лээд тархсан төдийгүй, түүнчлэн эмнэлзүйн өвөрмөц илрэлтэй болох нь  
ажиглагджээ. И. П. Бондаренкогийн (1968) судалгаагаар атеросклероз  
хотын оршин суугчдын эмнэлэгт үзүүлсэн дотрын бүх өвчтөний 22,4%-д  
ажиглагджээ.

Түүнчлэн атеросклероз хангайн бүсийн хүмүүст говь-тал газарт оршин суугчдаас олонтаа тохиолддогийг заасан байна. (Цэвэгмид, 1971).

Атеросклерозыг эмнэлзүй, биохими, бүтэц зүй, гэх зэрэг олон талаас нь судлан шинжилсэн юм. Сүүлийн жилүүдэд атеросклероз өвчний тархлын байдлыг улс, үндэстэн, орон нутгийн онцлогтой холбон судлах явдалд тодорхой анхаарал тавих болсон учир бол улс үндэстний зан заншил газар зүй, цаг уур, нийгэм, эдийн засгийн онцлогоос болж атеросклерозын илрэл, өвчлөлтийн хэлбэрүүд харилцан ялгаатай байдгаас шалтгаалжээ. ДЭХБ-ын судлаачдын өгсөн удирдамж ёсоор (1960—1963) ЗХУ болон бусад зарим оронд задлан шинжилгээний үед авсан гол судас, зүрх

ний титмэн болон бусад судсаар хийсэн бэлдмэл дээр атеросклерозын өөрчлөлтийг судлах явдал ихээхэн дэлгэрчээ. Ийнхүү судасны бэлдмэл дээрх эмгэг үзэгдлийг тоо хэмжээний үндсэн дээр тогтоох (морфометри, түүний тусгай хэлбэр-планиметри) шинэ чиглэл буй болов.

Атеросклерозын өөрчлөлтийг тоо хэмжээний үндсэн дээр тогтоох олон арга эрдэмтдээс сэдсэн юм. Gore бусдын хамт, 1958, Jeiada бусдын хамт, 1958 Radan, Ūemiga, 1964 Ūemiga бусдын хамт 1964, Г. Г. Автандилов, 1970). Иймэрхүү судалгаа бол атеросклерозын өвчлөлийн жинхэнэ мөн чанарыг тогтоосноор тодорхой нөхцөлд энэ өвчинеөс урьдчилан сэргийлэх болон эмчилгээний арга хэмжээг боловсруулахад тусалдаг учир практикийн асар их ач холбогдолтой юмаа.

Манай улсын хэмжээнд атеросклерозын патоморфологийн асуудлаар урьд өмнө хийсэн судалгаа үгүй билээ. Энэ бүхнээс үндэслэн бид манай нөхцөл дэх атеросклерозын шинж чанар, илрэл, тэдгээрийн онцлогийг нас, хүйстэй харьцуулан судлах, Улаанбаатар хот болон хөдөө орон нутгийн оршин суугчдын атеросклерозын ялгааг тогтоох зорилт тавилаа.

Бид больниц, шуух эмнэлгийн задлан шинжилгээний материалыг судлан боловсруулав. Атеросклерозын илрэлийг Г. Г. Автандиловын боловсруулсан (1970) шууд планиметрийн аргаар тодорхойлов. Уул аргын үндэс нь судасны бүтэн бэлдмэл дээр атеросклерозын үзэгдэхүйц өөрчлөлт бүрийг планиметрийн шугам хэмээх хуваарь бүхий тусгай шугамын тусламжаар хэмжиж, 4 үе, 5 зэрэг болгон хуваана. Үүнд: 1-р үед судасны дотор давхарт өөхөн толбо, зурvas үүсэх (липоидоз), 2-р үе сорвит (фиброз), 3-р үе хундээрсэн гэмтлийн үе (судасны дотор давхар шархлах, цус харвах, тромбжих), 4-р үе шохой хуримтлагдах үе (кальциноz). Эдгээр эмгэг үзэгдэл тус бүртээ буюу нийлбэр дүнгээр судасны дотор давхрыг хамарсан байдлаар 1-р зэрэг судасны дотор давхрын 6,25% хүртэл, 2-р зэрэг 12—12,5% хүртэл 3-р зэрэг 2,5% хүртэл, 4-р зэрэг 50% хүртэл, 5-р зэрэг 50%-иас дээш гэмтээсэн гэж таван зэрэгт хуваан үзнэ. Судасны атеросклерозын үе тус бүрийн өөрчлөлтийг түүний ерөнхий талбайд харьцуулан гаргасны үндсэн тухайн судасны атеросклерозын үзүүлэлтийг тогтооов. Энэ бол тухайн судасны атеросклерозын 4 төрлийн үеийн өөрчлөлт болон эдгээрийн нийлбэрийг судасны бүх талбайд харьцуулан процентаар илэрхийлсэн үзүүлэлт юм. Жишээ нь: тохиолдлын № 108, нас 73, эрэгтэй, цээжний гол судасны дотор давхар  $82 \text{ cm}^2$  атеросклероз бүхий талбай нь  $27,5 \text{ cm}^2$ . Үүнээс өөхжил  $1,5 \text{ cm}^2$  (1,80%), сорвижил (31,7%) үзүүлэлт нь  $33,5/1,80+31,70=0$ . цээжний гол судасны атеросклероз бүхий талбай нь судасныхаа ерөнхий талбайн 33,5%-ийг эзлэх бөгөөд үний 1,80% нь өөхжиж, 31,7% нь сорвижсон харин хүндрэл, шохойжилгүй байна гэж ушина. Ийм журмаар дээрх тохиолдлын хэвлэлийн гол судас болон зүүн титмэн артерийн уруудах салааны атеросклерозын үзүүлэлтийг гаргавал: хэвлэлийн гол судасны бүх дотор талбай  $73 \text{ cm}^2$ , өөрчлөгдсөн талбайн нийлбэр нь  $54 \text{ cm}^2$ , өөхжилт  $1 \text{ cm}^2$  (1,4 %) сорвижил  $46 \text{ cm}^2$  (63,1 %) хүндрэл  $2 \text{ cm}^2$  (2,70%), шохойжил  $5 \text{ cm}^2$  (6,8%). үзүүлэлт нь:  $74,0(1,4+63,1+2,7+6,8)$  4-р үе, 5-р зэрэг.

Зүүн титмэн артерийн уруудах салаа  $11,4 \text{ cm}^2$  талбайтай, атеросклероз бүхий талбай  $5,2 \text{ cm}^2$ , өөхжилт  $0,5 \text{ cm}^2$  (4,35%), сорвижил  $3,5 \text{ cm}^2$  (30,4%) хүндрэл  $0,5 \text{ cm}^2$  (4,35%), шохойжил  $0,7$  (6,09%) үзүүлэлт  $45,2$  ( $4,35+30,4+4,35+6,09$ ), 4-р үе, 4-р зэрэг.

Судсанд планиметрийн хэмжилт явуулахын тулд задлан шинжилгээн дээрээс гол судас, титэм судсуудыг өвчин авч, холбогдох материалыг тусгай карт дээр хөтөлж, өөрчлөлтийг эхлээд нүдээр баримжаалан (визуаль арга) тэмдэглэж, 10%-ын саармагжуулсан формалины уусмалд 1 хоногийн турш бэхжүүлсний дараагаар Г. Г. Автандиловын зохиосон планим тийн шугамыг судасны дотор давхарт нягт хүрэлцүүлэн барьж су-

дасны ерөнхий талбай, атеросклероз бүхий талбай, түүний үе бүрийн өөрчлөлтийг хэмжиж бэлдсэн хүснэгтэд тэмдэглэн, судас бүрийн атеросклерозын үзүүлэлтийг гаргав.

Гол судасны цээж, хэвлэлийн хэсэг, зүүн титэм судасны уруудах тойрох салаа баруун титэм arteri тус бүрт 5 үзүүлэлт (өөхжил, сорвижил хүндрэл, шохойжил, бүх гэмтэл), тохиолдол бүрийн 5 судсанд 25 үзүүлэлт гаргаж судалгаа хийв.

Судалгааны үр дүнд статистикийн боловсруулалт хийв.

372 эрэгтэй, 236 эмэгтэй, бүгд 608 тохиолдол дээр судалгаа явуулсны нас, хүйсний ялгааг 1-р хүснэгтээр үзүүлэв. Манай судалгаагаар хүний амьдралын 2 дахь арван жилээс эхлэн судасны дотор өөхлөг бодис хуримтлагдах, түүний орчин тойронд холбох нэхдэсийн бага зэргийн урвал илэрч нимгэн жижиг сорвит төвгөр үүсэх явдал ажиглагдав.

*Хүснэгт I*

Тохиолдол нас хүйсний ангиалал

Нас 10 жилээр	Эрэгтэй		Эмэгтэй		Бүгд	
	Тоо	Хувь %	Тоо	Хувь %	Тоо	Хувь %
10—19	16	4,3	10	4,2	26	4,3
20—29	41	11,0	17	7,2	58	9,5
30—39	47	12,7	41	17,3	88	14,5
40—49	75	20,1	42	18,0	117	19,2
50—59	77	20,7	51	21,6	128	21
60—69	72	19,4	48	20,3	120	19,8
70—79	44	11,8	27	11,4	71	11,7
ДҮН	372	61,2	236	38,8	608	100

Атеросклерозын анхны үе болох өөхөн нэвчилт амьдралын 2:3 дахь арван жилд зонхицж байв. Энэ нь 6-р арван жилээс эрс багасч цаашид бурмөсөн алга болжээ. Атеросклерозын 2 дахь үе 4 дэх арван жилээс нэлээд элбэгшин, гуч дөчин насанд зонхилох өөрчлөлт болжээ. Харин 30-аад насанд сорвит төвгөр жижиг хэмжээтэй, нимгэн зөөлөн, 50-иад наснаас эхлэн сорвит төвгөр нь гол төлөв зузааран хатуурсан бүрхүүл бүхий, дотроо ухжилт зүйлийг агуулсан байх нь олонтаа үзэгдэв. 50 наснаас дээш тохиолдуудад шохойжих хатуурсан судас олшров.

Бидний судалгаанд хүндэрсэн гэмтэл (шохойжил илрээгүй боловч судасны хананд шархлаа, тромб үүссэн тохиолдол) маш ховор үзэгдсэн бөгөөд зөвхөн 50-иас дээш насны хүмүүстижижээд тохиолдоос хэтэрсэнгүй.

Бүх дунгээр атеросклерозын анхны үе 15,6%, 2-р үе 45,4% 3-р үе 37,8% тус тус тохиолдсоны зонхилох олонхи нь сорвит төвгөр ба шохойжин хатуурсан судас байв. Түүнчлэн бидний судалгаанаас өвчлөгчийн нас гэмтлийн талбай хоёрын хооронд тодорхой шүтэлцээ буй нь ажиглагдав. 30 нас хүртэл судасны гэмтэл ихэвчлэн анхдуугаар, бага хэмжээгээр 2-р зэргийг хамарч байв. 40—50 насны хооронд 2-р зэргийн гэмтэл давамгайлж, 4, 5-р зэргийн өөрчлөлт амьдралын 6, 7, 8 дахь арван жилд ихэсжээ.

Атеросклерозын өөрчлөлт хэдийгээр хүний нас ахих тусам ихэсч байсан боловч бүх судалсан тохиолдлын барагцаалбал 1/3% нь үүнтэй тохиорхгүй байв. 30-аад насны хүмүүст судасны нэлээд ихээхэн талбайг хамарч 3, 4, 5-р үе хүрсэн гэмтэл тохиолдож байхад 70-аад насны хүмүүст атэжээ.

## Хэвлийн гол судасны атеросклерозын насы профиль

Нас 10 жиллээр	Үзүүлэлт	Атеросклерозын					Атеросклерозын зэрэг					Бүх ажиглалт	
		0	I	II	III	IV	0	1	2	3	4	5	
10—19	тоо %	2 7,7	21 80,8	3 11,5	—	—	2 7,7	18 69,2	6 23,1				26
20—29	тоо %	1 1,7	38 65,5	18 31,1	—	1 1,7	1 1,7	47 81	10 17,3	—	—	—	58
30—39	тоо %	3 3,5	16 18	66 75	—	3 3,5	3 3,5	28 31,8	15 17	30 34	39 10,2	3 3,5	88
40—49	тоо %	— —	12 10,2	81 69,3	— —	24 20,5	— —	25 21,3	31 26,4	23 20	21 17,8	17 14,5	117
50—59	тоо %	— —	2 1,60	54 42,2	3 2,30	69 53,9	— —	7 5,4	9 7,0	33 25,9	37 28,9	42 32,8	128
60—69	тоо %	— —	1 0,80	37 30,8	3 2,60	79 65,8	— —	1 0,80	6 5,0	25 20,8	25 20,8	63 52,6	120
70-с дээш	тоо %	— —	— —	13 18,3	1 1,4	57 80,3	— —	— —	2 2,80	6 8,4	17 24,0	46 64,8	71
Дун	тоо %	6 1,0	90 14,8	272 44,7	7 1,20	233 38,3	6 3,1	126 20,7	79 13	117 192	109 180	171 281	608 100

росклерозын зөвхөн хөнгөн хэлбэрийн өөрчлөлт байх нь нэлээд элбэг үзэгдэв. Энэ бол атеросклероз зөвхөн насы асуудал бус, өвчин болохыг гэрчилнэ.

Атеросклерозын үе зэрэг хоёрын шүтэлцээний коэффициентыг (Л. С. Каминский 1961) шалган үзэхэд 0.671 хүрэв. Энэ бол атеросклерозын хэмжээ (зэрэг), чанарын өөрчлөлт үе хоёрын хооронд тодорхой холбоо буйг гэрчилнэ.

Бидний хийсэн планиметрийн судалгааны үндсэн дээр атеросклерозын насы динамик өөрчлөлтийг тогтоох боломж олгов. (З-р хүснэгтэд зөвхөн хэвлийн гол судас, зүүн титэм артерийн уруудах салааны үзүүлэлтийг тусгав).

Атеросклерозын өсөлтийн хурдац нас ахих тутам жигд бус явагддагийг М-арифметикийн дундаж; дунджаийн алдаа, хэлбийлтийн квадрат үүнээс ажиглаж болно. 10—19-ээс 30—39 насы хооронд буюу амьдралын бүтэн гурван арван жилийн хугацаанд өөрчлөлтийн талбай 2 дахин 10—19 насанд 6,54% 30—39 насанд 12,5% өссөн байхад 40—49 насы ганцхан арван жилийн дотор мөн 2 дахин нэмэгджээ. Амьдралын цаашдын арван жилүүдэд атеросклерозын өсөлтийн хурдац 50—59 насанд 12,9% 60, 70-ас дээш насанд 10% болж нас ахих тутам буурах хандлага ажиглагддаг.

*Хүснэгт 3*

Судасны атеросклерозын дундаж хэмжигдхүүн.

(Судасны талбайд процентоор харьцуулсан нь)

Нас 10 жилээр	Хэвлийн гол судас			Зүүн титэм судасны уруудах салаа		
	M	$\pm m$	$\sigma$	M	$\pm m$	$\sigma$
10—19	6,54	0,92	4,35	2,39	0,54	2
20—29	9,0	0,94	7,15	4,35	0,60	4,41
30—39	12,5	1,09	9,95	8,40	1,08	9,65
40—49	25,2	2,31	24,3	20,6	1,97	20,5
50—59	38,1	2,41	24,6	25,1	2,01	21,6
60—69	48,2	2,60	27,1	36,8	2,96	29,6
70-аас дээш	58,1	2,56	20,5	43,9	3,60	28,6

Зүрхний титэм артерит ч мөн дээрхийн ижил зүй тогтоол илрэв. Ийнхүү зүүн титэм судасны уруудах салбарт атеросклерозын ерөнхий талбай 2 дахь, 4 дэх арван жилийн хооронд 3,5 дахин, 5 дахь арван жилд 2,5 дахин тус тус өсжээ. Зүүн титмийн тойрох салаа, баруун титэм артерит судасны гэмтлийн талбар 5 дахь арван жилд мөн ихээхэн хурдацтай өссөн явдал ажиглагддаг.

Атеросклерозын өөрчлөлтийг үе тус бүрээр нь яланг авч үзвэл өөхжилт 20—29 насанд өөрийн дээд цэгт хүрч, хэвлийн гол судасны 6%-ийг хамарчээ. (хүснэгт 4).

*Хүснэгт 4*

Өөхжисөн талбайн дундаж хэмжигдхүүн

(судасны талбайд процентоор харьцуулсан нь)

Нас 10 жилээр	Хэвлийн гол судас			Зүүн титмийн уруудах салаа		
	M	$\pm m$	$\sigma$	M	$\pm m$	$\sigma$
20—29	5,91	0,67	5,10	2,42	0,25	1,96
40—49	3,58	0,28	3,00	3,00	0,26	2,74
70—79	2,79	0,30	2,45	1,61	0,21	1,70

Зүрхний зүүн титэм артерийн уруудах салаанд 5 дахь, баруун титэм артерит 6 дахь, тодрох салаанд 7 дахь арван жилд тус тус судасны дотор давхрын 3%-ыг өзлэв. Өөхжилтийн хувьд насны булэг хоорондын ялгавар статистикийн лавтай байж чадсангүй.

Сорвит төвгөр хэвлийн гол судаст 30 наснаас дээш зонхилох өөрчлөлт болсон байв. Сорвит төвгөрийн хэмжээ хэвлийн гол судаст 40—49 насанд 20—29 насныхаас 5 дахин ихэсжээ. (20—29 насанд 3,78%-иас 40—49 насанд 19,2% болжээ). (хүснэгт 5).

Сорвижсон төвгөр зүүн титмийн уруудах салаанд 3 дахь, баруун титмд 4 дэх, тойрох салаанд 5 дахь арван жилээс эхэлж үүсжээ.

Сорвит төвгөрийн талбай зүүн титэм артерийн уруудах салаанд 40—49 насанд 17,6% хүрч урьдах 10 жилээс 3 дахин өссөн байна. (30—39 насанд 5,95%).

**Сорвиг төвгөрийн дундаж хэмжигдхүүн  
(судасны талбайд процентоор харьцуулсанар)**

Нас 10 жилээр	Хэвллийн гол судас			Зүүн титмийн уруудах салаа		
	M	± m	σ	M	± m	σ
20—29	3,78	0,36	2,72	3,80	0,52	4,0
30—39	8,3	0,41	6,45	5,95	0,86	7,65
40—49	19,2	1,85	19,5	17,6	1,76	18,4
50—59	27,8	2,07	22,6	21,7	1,87	19,8
60—69	41,8	2,26	23,6	33,7	2,39	23,0
70—79	48	2,42	19,0	38	3,01	23,9

Шохойжих үзэгдэл судаснуудад 40 наснаас эхлэн үүсч, хэвллийн гол судасны 1,18%, зүүн титмийн уруудах салааны 1,44%-ийг тус бүр эзлэв. (хүснэгт 6). Нас 10 жилээр ахих тусам шохойжлын хэмжээ дунджаар 1 дахин нэмэгдэж, судасны дотор ханын 4,5% хүрчээ.

**Шохойжлын дундаж хэмжигдхүүн  
(Судасны талбайд процентоор харьцуулсан)**

Нас 10 жилээр	Хэвллийн гол судас			Зүүн титмийн уруудах салаа		
	M	± m	σ	M	± M	σ
40—49	1,18	0,14	1,55	1,44	0,21	2,19
50—59	2,38	0,25	2,75	2,16	0,30	3,30
60—69	3,24	0,36	3,79	3,45	0,42	4,20
70—79	4,36	0,39	3,13	4,48	0,52	4,14

Хүндэрсэн гэмтэл гол судас болон зурхний зүүн титэм артерийн уруудах салаанд 40 наснаас эхлэн харьцангуй ховор тохиолдов. Атеросклерозын процессыг хүйсний ялгаагаар судалсан дүнг 7-р хүснэгтэд үзүүлэв.

Судасны артеросклерозын өөрчлөлт нас ахих тутам эр, эм хүйсийн хүмүүст нэгэн адил нэмэгдэв. Хэвллийн гол судсанд атеросклерозын ерөнхий гэмтэл эрэгтэй эмэгтэй хүмүүсийн насны бүлэг тус бурт статистикийн лавтай байв. Атеросклерозын ерөнхий талбайн хувьд эр, эм хүйсийн хооронд статистикийн лавтай ялгаа гол судасны цээжний хэсэгт 7 дахь, хэвллийн хэсэгт гагцхүү 8 дахь арван жилд тус тус ажиглагдав.

Шохойжих үзэгдэл эрэгтэй хүмүүсийн гол судасны хэвллийн хэсэгт 3 дахь, эм хүйст 4 дэх арван жилээс эхлэн үүсжээ. Эр, эм хүйсийн хэвллийн гол судасны шохойжилтын өөрчлөлт 5; ( $P < 0,001$ ), 6,8 дахь ( $P < 0,05$ ) арван жилд лавтай байв. Судасны дотор давхарт цус харвах, язрах, тромбожих үзэгдэл эр хүйст 5 дахь, эм хүйст 7 дахь арван жилээс эхлэн үүсжээ.

Эр хүйсийн хүмүүст дээрх өөрчлөлт амьдралын 5 дахь арван жилд судасны дотор талбайн 0,75%, 8 дахь арван жилд 2,31%-ийг хамрав.

**Эрэгтэй, эмэгтэй хүмүүсийн атеросклерозын дундаж хэмжигдхүүн  
(судасны талбайд процентаар харуулсан нь)**

Нас 10 жилээр	эр, эм	Хэвллийн гол судас			Зүүн титэм артерийн уруудах салаа		
		M	±m	σ	M	±m	σ
10—19	эр	4,58	0,69	2,33	2,11	0,52	1,90
	эм	2,85	0,94	2,50	1,5	0,40	1,06
20—29	эр	10,8	1,17	7,50	4,86	0,75	4,8
	эм	10,4	1,93	7,50	2,13	0,53	—
30—39	эр	13,5	1,63	10,6	10,0	1,50	10,1
	эм	12,1	1,40	8,65	5,25	0,96	5,79
40—49	эр	25,3	2,68	22,6	25,6	2,66	22,4
	эм	25,3	3,54	22,7	12,1	2,33	14,4
50—59	эр	40,2	3,05	26,1	30,3	2,77	23,0
	эм	36,5	3,03	21,0	18,1	2,53	17,2
60—69	эр	48,3	3,23	26,7	42,2	3,67	28,7
	эм	50,0	4,38	28,4	28,6	4,11	26,1
70—79	эр	59,7	3,43	22,0	52,0	4,47	27,3
	эм	48,6	3,51	16,5	34,3	5,48	27,9

Эм хүйст энэ нь 7,8 дахь арван жилд судасны 1,14—1,70%-ыг эзэлжээ. Атеросклерозын процесс зүүн титэм артерийн уруудах салбарт хоёр хүйст ижил 20 нааснаас эхлэн үзэгдэв. (хүснэгт 7). Гэвч баруун титэм артерит эм хүйст 3 дахь, зүүн титмийн тойрох салаанд 4 дэх арван жилээс эхлэн ууссан байхад эр хүйст бүтэн арван жилээр түрүүлэн үссэн байв.

Атеросклерозын өөрчлөлт зүрхний титэм судсууд ялангуяа зүүн титэм судасны уруудах салбарт эр хүйст хүйсээс ихээхэн өндөр үзүүлэлттэй, ямагт статистикийн лавтай байв.

Титмэн судасны шохойжилтын талаар эр, эм хүйсийн хооронд нь нэлээд ялгаа илрэв. Эр хүйст энэхүү өөрчлөлт титмэн судасны 3 салбарт амьдралын 5 дахь арван жилээс, харин эм хүйст бол зүүн титмийн уруудах салаанд 7 дахь, баруун титэм артерит 8 дахь арван жил, тойрох салаанд зөвхөн 70 нааснаас дээш цөөн тоотой ажиглагдav.

Өөхжилтийн үзүүлэлт залуу насанд эр хүйст, ахимаг насанд эм хүйст тус давамгайлдгийг ажигласан бөгөөд үүний ялгаа нь статистикийн лавтай байв.

Манай явуулсан судалгаа нь ийнхүү атеросклерозын үзэгдлийн илрэл явцын талаар эр, эм хүйсийн хооронд нэлээд ялгаа байгааг тогтоов.

Цээж, хэвллийн хэсгийн гол судаст атеросклерозын ерөнхий өөрчлөлтээр хүйсний ялгаа илрээгүй бол харин титэм судаст ийм ялгаа тод илрэв. Судасны ханын шохойжилт болон хүндэрсэн гэмтлийн талаар дээрх ялгаа, судалсан бүх тохиолдолд бүрч тод үзэгдэв. Сорвит төвгөрийн өөрчлөлт судалсан судаснуудын эм хүйст эр хүйснийхээс арван жил, шохойжилт ба хүндэрсэн гэмтэл гол судаст арав, зүүн титэм артерийн уруудах салаанд хорь түүний тойрох салаа, баруун титэм артерит 20-иос дээш жилээр тус давамгайлж байв.

Харин өөхжил залуу насны тохиолдолд эр хүйст, ахимаг насанд эм хүйст давамгайлж байв.

Бид хот, хөдөөгийн оршин суугчдад атеросклерозын ялгааг тогтоохын тулд хэвллийн гол судас, зүүн титэм артерийн уруудах салаан дахь түүний илрэлийг Улаанбаатар хотын 222, хөдөө орон нутгийн 122 оршин суугчид дээр судалж үзэв. (хүснэгт 8).

Хөдөө орон нутгийн оршин суугчдад илрэх атеросклерозын үзэгдэл хэвлийн гол судасны дотор хананд  $40-49$  насанд  $20\pm3,19\%$ ,  $50-59$  насанд  $30,9\pm2,77\%$ ,  $60$ -аас дээш насанд  $42\pm3,99\%$  тохиолдов.

Улаанбаатар хотын оршин суугчдад доорхи үзүүлэлтүүд тус бүр  $28,9\pm2,7\%$ ,  $44,6\pm3,01$ ,  $49,6\pm3,07\%$  байв. Зүрхний зүүн титмэн артерийн уруудах салаанд атеросклерозын үзэгдэл хотын оршин суугчдад хөдөө орон нутгийнхаас нэлээд их хэмжээгээр илэрсэн бөгөөд  $40-49$ ,  $60-69$  ( $P 0,01$ ) насанд статистикийн лавтай байв.

Хүндрэлийн хувьд ч гэсэн хотын оршин суугчдад атеросклерозын үзэгдэл илүүтэй байв. Хэвлийн гол судаст хөдөөгийн оршин суугчдад  $40-49$  насанд  $0,87\pm0,27\%$ ,  $60-69$  насанд  $-2,11\pm0,45\%$  байсан бол Улаанбаатар хотын оршин суугчдад дээрх процесс судасны дотор давхарын тус бүр  $1,33\pm0,21\%$ ,  $3,71\pm0,36\%$ ,  $3,69\pm0,43\%$ -ыг хамарсан байв. Зүүн титмийн уруудах салааны дээрх бүх үзүүлэлт статистикийн лавтай байв. ( $P 0,05-0,001$ ).

Ийм маягаар Улаанбаатар хотын хөдөө орон нутгийн оршин сууучдын атеросклерозын үзэгдэл ялгаатай байгаа нь илрэв.

Залуу насны хүмүүст атеросклерозын процесс өөхжих үзэгдлээр илэрч нас ахих тусам энэ үзэгдэл багасах журмаар, сорвижих, шохойжих үзэгдлээр солигдсон дунд насны хүмүүст тохиолдлын хувьд сорвижил,  $50$  наснаас дээш судасны хана шохойжиж хатуурах үзэгдэл давамгайлан тохиолдов.

Түүнчлэн  $30$  нас хүртэл зөвхөн  $1$ ,  $2$ -р зэргийн гэмтэл ажиглагдаж  $30$  наснаас эхлэн  $4$ ,  $5$ -р зэргийн гэмтэл эхлэн үүсч улмаар ахимаг насны хүмүүст дийлэнх өөрчлөлт болон хувирчээ.

Ийнхүү атеросклерозын процесс нас ахих тусам ихэссэн байв. Гэвч бидний судалгааны  $1/3 \%$  нь атеросклерозын процессын дээрх зүй тогтолтой тохирохгүй байв.

Судасны ханын «цэвэр» өөхжилт хэвлийн гол судсанд  $20-29$  насанд зүүн титмэн артерийн уруудах салаанд  $40-49$  насанд өөрийн дээд цэгт хурч дотор давхрын  $6\%$ ;  $3\%$ -ыг тус тус тээлэв. Цаашдын насанд энэхүү өөрчлөлтийн хэмжээ буурчээ.

Зарим судлаачид (А. М. Вихерт бусдын хамт, 1969, Г. Г. Автандилов, 1970) өөхя илийн хэмжээ дөрөв дэх  $10$  жилд өөрийн дээд цэгт хурч судасны  $15-20\%$ -ыг эзэлдэг гэж заажээ. Манай нөхцөлд судасны өөхжилийн процесс их бус тохиолдсон нь сийвэнгийн холестерины хэмжээ гадаад орны хүмүүсийнхээс их бус (Дондог, 1967, Б. Лувсанноров, 1970) харин ч зарим талаар доогуур байдаг явдалтай холбоотой байж болзошгүй.

Учир нь сийвэнгийн холестерины хэмжээ өндөр байхад судасны ханын өөхжих нэвчилт ихэсдэгийг судлаачид заасан байдаг. (Н. Н. Аничков 1947, 1956) Харин дээр дурдсан энэхүү өөхжилт бол сорвит төвгөртэй холилдоогүй «Цэвэр» өөхөн толбо бөгөөд нас ахих тусам сорвит төвгөр олширч давхар өөхөждөг «цэвэр» өөхжилтийн талбай нь багасдаг ажээ. Сорвижих үзэгдэл атеросклерозын гол үзэгдлийн нэг бөгөөд бидний судалгаанаас үзэхэд  $2$  дахь арван жилээс эхлэн үүсч тохиолдлын тооны хувьд хамгийн ихээр дөрөв тав дахь арван жилд үзэгдэв.

Хүндэрсэн гэмтэл манай нөхцөлд тун ховор үзэгдсэн явдал ихээхэн өвөрмөц талтай юм. Хүндэрсэн гэмтлийг хэмжээ бага, тохиолдлын тоо цөөн байгаа явдал нь манай нөхцөлд зүрхний шигдээс мэтийн хүнд эмгэг харьцангуй ховор байгаатай холбоотой гэж үзэх бүрэн үндэс байна. Учир нь зүрхний титмэн артерийн тромбжил нь зүрхний шигдээсийн үндсэн шалтгаан гэж үздэг билээ.

Шохойжсон өөрчлөлт тохислдлын хувьд 50 нааснаас дээш дийлэнх олонхи байгаа боловч, гэмтээх талбайн хэмжээний хувьд их бус, бусад судлаачдын иймэрхүү шинжилгээний шохойжлын дунгээс 2—2,5 дахин бага ажээ. (К. Р. Седов, 1967, А. М. Вихерт 1969, 1975)

Атеросклерозын өсөлтийн хурдац хамгийн дээд хэмжээгээр хэвллийн гол судсанд амьдралын 5 дахь арван жилд ажиглагдаж байгаа бөгөөд 4 дэх 10 жилтэй харьцуулахад 2 дахин нэмэгджээ.

Цаашид өсөлтийн хурдац нэмэгдэхгүй нэг хэвийн байдалд тогтворждог бөгөөд харин насын эцсийн бүлэглэлд буурах хандлагатай байгаа нь атеросклерозын процесс 70 дээших насад өрөнхийдөө намжилтын бэй-далд ордгийг харуулж байна. Титэм судсууд дээр ч өсөлтийн хурдцын хувьд иймэрхүү зүй тогтоол ажиглагдав.

Эмэгтэй хүмүүсийн атеросклерозын өвөрмөц шинж бол, атеросклерозын илрэл эрэгтэй хүмүүсийнхээс нэлээд хожимдуу байгаа явдал юм.

Ялангуяа хүндэрсэн гэмтэл шохойжил мэтийн өөрчлөлт эмэгтэй хүмүүст нэлээд бага хэмжээтэй, хожуу илрэлтэй байна.

Харин ахимаг насын эм хүйсийн хүмүүст судасны өөхжилийн процесс ижил насын эр хүйсийн хүмүүсийнхээс өндөр узүүлэлттэй байгаа нь эм хүйст атеросклероз бага хожуу илэрдгийн давхар гэрч мөн.

Улаанбаатар хотын оршин суугчдад атеросклерозын илрэл хөдөө орон нутгийнхаас нэлээд их хэмжээтэй байгаа нь судалсан бүх хүмүүс дээр ажиглагдав. Улаанбаатар хотод оршин суугчдын судасны атеросклерозын гэмтсэн талбай нь их, хүндэрсэн гэмтэл харьцангуй олон тоотой, шохой шохойжсон судасны тso олон, өөрчлөлт нь өндөр узүүлэлттэй байв.

Бидний явуулсан судалгаа монгол хүмүүсийн атеросклерозын илрэл өвөрмөц тал, онцлогийг нас, хүйсний ялгаагаар харьцуулан гаргаж, мөн атеросклерозын насын узүүлэлт, зүй тогтол, эмгэг өөрчлөлтийн хурдцыг ангилан тогтоов.

#### РЕЗЮМЕ

Проведено планиметрическое изучение сосудов у 608 умерших лиц по методу Г. Г. Автандилова.

Установлено, что развитие атеросклероза происходит неодинаково у мужчин и женщин. Более тяжелые виды атеросклеротического поражения характерны для лиц мужского пола. У женщин атеросклеротический процесс развивается позже, протекает легче.

Наше исследование показало, что атеросклеротический процесс в городских условиях развивается раньше, протекает тяжелее с большей площадью поражения.

Основными из особенностей является слабая выраженность процесса липодоза в сосудах, сравнительная редкость осложненных поражений в виде тромбоза, изъявлений, кровоизлияния в интиму. Обызвествление атеросклеротических бляшек хотя и встречается часто, но интенсивность его небольшая.

#### НОМЗҮЙ

1. Автандилов Г. Г. Динамика атеросклеротического процесса у человека М., 1970.
2. Анчиков Н.Н. В кн: Частная патологическая анатомия М, 1947 стр 350—390.
3. Бондаренко И. П. Клиническая медицина 1968, № 1 стр. 79
4. Вихерт А.М. Жданов В. С. Матова Е.Е. В кн: Эпидемиология артериальной гипертонии и коронарного атеросклероза М, 1969 стр 14—33
5. Вихерт А. М. Кардиология 1974, № 12, стр 61—66
6. Вихерт А. М. Кардиология 1975, №3 стр 102—108
7. Готов Ф. Анагаах ухааны эрдэм шинжилгээний бичиг. Улаанбаатар 1962. №4 (13), стр 21—35.
8. Дондог Н. Дисс. канд. мед. наук М, 1967.

9. Каминский Л. С. Статическая обработка, лабораторных и клинических данных Л. 1964.
10. Лувсанноров Б. Автороф дисс. канд. Улан-Батор, 1970
11. Седов К. Р. в кн: Труды IV съезда пат. анат. М. 1967, стр 354—358
12. Струков А. И. Патологическая анатомия М. 1971
13. Техада К. Стронг, Д. Мак Гилл Г. Арх, пат. 1958. ХХ, 9, стр 22—25

## АЛГАНЫ ХЭЭ СУДЛАХ АСУУДАЛД

*Л. Лхагва (Анагаах Ухааны дээд сургуулийн багш)*

*М. Отгон (Анагаах ухааны дээд эрдэмтэн)*

Арьсны хээний үндсэн элементүүд нь жирэмсний 10—12 долоо хоногийн эхлэн үүсээд хүний бүхий л амьдралын туршид өөрчлөгдөн хоцордог байна. Төрөл садангийн хүмүүс эсвэл нэг өндгөн эсний ихрүүдэд арьсны хээ ижил буюу төсөөтэй байхад, ураг төрлийн биш хүмүүст харилцан өөр байх нь арьсны хээ үлэмж хэмжээгээр генетикийн шалтгаантай байдгийн нэг нотолгоо юм. Орчин усийн дерматоглификийг 17-р зууны үеэс эхэлсэн гэж болно. Энэ үед бие бүтэш зүйч Грю (Crew) 1684, Бидло (Bidlo) Мальпиги (Malpighi) Ян, Пуркинье (Purkinje) нар өөрсдийн ажилд гарын хээний тухай бичиж байжээ. 18—19-р зууны үед анатомийн шинжлэлийн олон асуудлуудад энэ тухай бичигдсэн ажээ. 19-р зууны сүүлийн хагаст дан дерматоглификт зориулагдсан ажлууд хийгдэх болсон байна.

Тэр үеэр бараг анх удаа хурууны хээгээр бие хүнийг таних ажил эхэлжээ. (Herschel 1880, Faulds 1880, Galton 1892.)

19-р зууны сүүлч 20-р зууны эхэн гэхэд примат болон бусад сүүн тэжээлтэн амьтны арьсны хээний талаар (Alix 1867, 1868, Kollman 1883, 1885, Klaatsch 1888, Нервици 1895, Wilder 1897, Whipple 1904, Schlaginhaufen 1905 нар болон Blaschko 1884, 1887 Kidd 1907, Johnson 1899, Retzius 1904) тусгай ажлуудыг хийсэн байна.

Америкийн эрдэмтэн Welder 1904, 1913, 1922, угсаатны зүйн дерматоглификийн эх үндсийг тавьжээ. Бонневи (Bonnevie) 1924, 1927, 1929 хурууны хээний үр хөврөлийн хөгжилийг удамшилтай холбон судалж байжээ. 30-аад оны үеэс примат болон сүүн тэжээлтний арьсны хээгээр Bychowska 1930, Midlo 1930, 1935, 1938, Cummins 1933, Wolff 1937, 1938 Cummins, Spragg 1938 Dankmeijer 1938, Biegert 1959) судалгаа хийсэн байна.

Сүүлийн хэдэн арван жилд арьсны хээний удамшлын талаар (Elderton 1920 Criineberg 1928, Bonnevieve 1931 Gelpel, wershner 1935, Ennenbach 1939, Penrose 1949, Holt 1961) ихрийн дерматоглификийн талаар (Newman 1930, Meyer-Heydenhagen 1935, Mac. Arthur 1938, Rife 1933, wilde 1963) мөн алга болон хурууны хээний хоорондын холбооны тухай Holt 1949, 1959, Pons 1956, Mavalwala 1962) судалжээ.

ЗХУ-аас В. И. Лебедев (1912) П. С. Семеновский (1923, 1927), М. В. Волоцкая (1936, 1937, 1941), Гладкова (1937, 1958, 1959, 1960 1961, 1964) Левин (1960), Григорьева (1961), Гаджиев (1962), Хить (1935) нар угсаатны зүйн дерматоглифик болон гарын хээний удамшил тэрчлэн дактилоскопоор шинжилгээ судалгaa хийж ирснээс гадна С. С. Усоев (1972) хромосомын өвчин болон төрөлхийн зарим гажгийн үе дэх дерматолификийн ач холбогдлыг Л. З. Кунькина, Ю. И. Баращев (1973) нар удамшлын ухаан хомсдолын үед дерматоглифик хэрхэн өөрчлөгдж байсныг судалжээ.

1930-аад оноос эхлэн гадаадын эрдэмтдээс монголчуудын гарын хээг авч судлах болсон байна. Японы Макино, Сато нар 1936 онд эрэгтэй 51 хүний, Акобори, Суда нар 1937 онд эрэгтэй 27 хүний ЗХУ-ын антропологич Т. Д. Гладкова 1957 онд эрэгтэй 81 хүний, Чехословакийн антропологич Э. Влчек 1959 онд 26 (эрэгтэй 23, эмэгтэй 3) хүний алганы хээг тус тус авч судлан хэвлүүлсэн байна.

### Ажлын зорилго

Хурууны хээний байдал, түүний давтамж хэр зэрэг байгаа өнцгийн хэмжээ, хянганы тоог (гребневой счет) судалгааны материалд статистикийн боловсруулалт хийж тогтоох, гол трирадиусын байдлыг авч үзэх, гарсан дунг бусад судлаачдынхтай жиших зэрэг болно.

### Ажлын арга барил

Гарын алганы арьсны хээг скипидараар шингэрүүлсэн хэвлэлийн будгийг өнхрөгч булын тусламжтайгаар тодорхой хэмжээний хавтгай шил дээр түрхэж жигд тараан алгыг будаж бичгийн цаасан дээр даруулж I—V хурууны хээг нэг бурчлэн авсан болно.

### Ажлын урьдчилсан дүн

Судалгаанд нийт 22 эрэгтэй 60 эмэгтэй хүний 164 алга, 820 хурууны хээнд боловсруулалт хийллээ.

*Xүснэгт 1*

Судалгаанд хамрагдагсад		<i>M</i>	$\pm m$	$\pm \sigma$
22♂	баруун зүүн гар	105 98	10,2 9,5	46 43
60♀	Баруун Зүүн	102 99	6,5 5,6	50 44

Хянганы тоог статистикийн боловсруулалт хийж үзэхэд доорхи үзүүлэлтүүд гарав.

Үүнээс ажихад хянганы тоо баруун гартийн байна.  
atd-өнцгийн хэмжээг статистикийн боловсруулалт хийж үзэхэд доорхи үзүүлэлтүүд гарав.

*Xүснэгт 2*

Судалгаанд хамрагдагсад		<i>M</i>	$\pm m$	$\pm \sigma$
22♂	Зүүн гар Баруун гар	40,32 41,5	0,88 1,09	3,96 4,92
60♀	Зүүн гар Баруун гар	40,14 41,6	1,03 0,45	4,12 3,48

Энэ хүснэгтээс ажихад atd өнцгийн хэмжээ баруун гартийн байдаг нь ажиглагдаж байна. Эмэгтэйчүүдийн хурууны хээ (%-иар)

Xүснэгт 3 n = 60

Хуруу	A			L <sup>k</sup>			L <sup>u</sup>			W		
	зүүн	ба- руун	%	зүүн	ба- руун	%	зүүн	ба- руун	%	зүүн	ба- руун	%
1-р	1	—	0,83	—	—	—	35	24	49,17	26	34	50,0
2-р	7	5	10,0	6	4	8,3	22	18	33,33	27	31	48,33
3-р	3	2	4,17	1	—	0,8	33	30	52,50	25	26	42,50
4-р	—	1	0,83	—	—	—	24	25	40,83	37	33	58,34
5-р	2	1	2,5	—	—	—	51	45	80,0	9	12	17,5

Эмэгтэйчүүдийн хурууны хээний байдлыг авч үзвэл: чигчийн гогцоо хээ (L<sup>u</sup>) чигчийл хуруунд хамгийн олон (80,0) долоовор хуруунд цөөн (33,33) байна.

Харин битүү хээ (w) нь ядам хуруу, эрхий хуруунд олон (58, 34, 50,0) чигчий хуруунд мөн цөөн (17,5) байна. Нуман хээ (A) ба эрхийн гогцоо хээ (L<sup>k</sup>) нь долоовор хуруунд олон тохиолдож байна. Чигчийн гогцоо хээ (L<sup>u</sup>) зүүн гарын хуруунуудад, битүү хээ, (w) нь баруун гарын хуруунуудад олон байна.

Xүснэгт 4  
Эрэгтэйчүүдийн хурууны хээ (%-иар)

Хуруу	A			L <sup>k</sup>			L <sup>u</sup>			W		
	ба- руун	зүүн	%	ба- руун	зүүн	%	ба- руун	зүүн	%	ба- руун	зүүн	%
1-р	—	1	2,27	—	2	4,55	10	6	36,36	12	13	56,82
2-р	4	2	13,63	6	4	22,73	5	8	29,55	7	8	34,09
3-р	1	2	6,83	1	—	2,27	13	11	54,56	8	8	36,34
4-р	—	—	—	—	—	—	8	11	43,18	15	10	56,82
5-р	—	—	—	1	—	2,27	16	15	70,46	6	6	27,27

Эрэгтэйчүүдийн хурууны хээний байдлыг шинжлэн үзэхэд чигчийн гогоцоо хээ (L<sup>u</sup>) чигчий хуруунд хамгийн олон (70,46) долоовор хуруунд хамгийн цөөн (29,55) байхад битүү хээ ядам, эрхий хуруунд (56, 82, 56, 82) мөн адил олон, чигчий хуруунд цөөн (27, 27) байна. Нуман хээ, мөн эрхийн гогцоо хээ, долоовор хуруунд олон тохиолдож байна.

Бидний судалгаагаар олдсон эдгээр баримтууд нь судлаач Л. Намсрайнайдангийнхтай (1968) тохирч байна.

Алганы гол трирадиусыг бид тодорхойлохдоо:

atd—өнцгийн хэмжээ 40°-аас бага бол t, хэрэв

atd—өнцөг 41—60° бол t', 61-аас их бол t'' гэж Гладковын бичсэнийг ашиглал.

Ингэхэд алганы гол трирадиус шугам т эмэгтэйчүүдийн зүүн гартийн t'-гол трирадиус шугамаас бага, баруун гартийн тэнцүү байсан бөгөөд хувиар авч үзвэл t' нь t-ээсээ ялигүй их байна. Харин эрэгтэйчүүдэд t-гол

## Алганы гол трирадиусын байдал (%-ийр)

Гол трирадиус	Эм			эр		
	зүүн	баруун	хувь	зүүн	баруун	хувь
t	29	30	49,17	16	14	68,18
t'	31	30	50,83	6	7	29,55
t''					1	2,27

трирадиус зүүн, баруун гарч ямагт t'-гол трирадиусаас их байсан бөгөөд хувиар авч үзэхэд t'-гол трирадиус (66,67) нь t'-ээсээ их байлаа. Эрэгтэйд t''-гол трирадиус I тохиолдсон.

Бидний судалгааны урьдчилсан зарим дүнг Монголчуудын гарын хээ судалсан бусад хүмүүсийнхтэй харьцуулж үзсэн нь:

Ямар үндэстэн	Судлагч	Эмэгтэй эрэгтэйн тоо	A	L <sup>k</sup>	L <sup>u</sup>	W	D <sub>l<sub>10</sub></sub>
Монгол	sato, Makino 1936	51♂	2,7	1,6	41,6	54,1	15,13
Монгол	Akobori suda 1937	27♂	2,6	3,7	46,7	47,0	14,44
Монгол	Гладкова Т. Д. 1957	81♂	1,0	3,1	36,6	59,3	15,83
Монгол	Влчек Э. 1959	26♂ ♀	0,8	2,4	48,8	48,0	14,72
Монгол	Намсрайнайдан 1968	30 30♂ ♀ 60♂ ♀	1,0 4,3 2,6	3,2 2,8 3,0	38,9 44,0 41,3	57,0 49,0 53,0	15,60 14,47 15,03
Монгол	Биднийхээр 1975	♂Б 22 3 60 Б ♀3	2,7 4,5 3,0 4,1	7,3 4,5 1,4 2,0	48,2 48,2 47,8 54,2	41,8 42,7 47,8 39,7	15,3 15,2 14,5 13,5

Энэ хүснэгтээс үзэхэд бидний судалгаагаар чигчийн гогцоо хээ ( $L^u$ ) битүү хээнээс (W) их байгаа нь чехословакийн судлагч Влчек (1959)-ийн судалгаатай тохирч байна.

Энэ хоёр хээнээс бусад үзүүлэлтээр бидний судалгаа бусад судлагчдынхтай үндсэндээ тохирч байна. Нуман хээ (A) эрэгтэй эмэгтэйчүүдийн зүүн гарч баруун гарынхаас их байна. Дельтийн индекс эрэгтэйчүүдэд эмэгтэйчүүдийнхээс их байсан нь бусад судлагчдынхтай тохирч байна.

## Дүгнэлт

1. Бидний энэ судалгаанд монголын бүх ястан хамрагдаагүй учир шинжлэх ухааны бүрэн баттай дүгнэлт хараахан гаргаж болохгүй боловч, 82 монгол хүнд хийсэн судалгааны дүнд тулгуурлан зарим үзүүлэлтээр урьдчилан норматив гаргахыг оролдоо.

2. Цаашид өөрсдийн судалгаанд түшиглэн уул ажлыг хромсом, генийн хувьсамтгай өвчтөнд өөрийн орны хүн амд хийх явдал сонирхолтой байна.

## РЕЗЮМЕ

Изучение дерматоглифики нами проводилось общепринятым методом отпечатков кожи ладоней с помощью типографической краски.

При этом изучены следующие дерматоглифические показатели: характер и частота пальцевых узоров, величина угла  $\alpha_{td}$ , осевые трирадиусы, и гребневого счета. Качественные данные статистически обработаны.

Полученные нами, данные у 82 обследованных (22 мужчины, 60 женщин) суммированы в таблицах. (см. таблицу № 1, 2, 3, 4, 5, 6) Количество гребневого счета у лиц женского пола на левой и правой руках в среднем  $99 \pm 5,6$  и  $102 \pm 6,5$  соответственно. В то время оно у лиц мужского пола  $98 \pm 9,5$  и  $105 \pm 10,2$  соответственно. А величина угла  $\alpha_{td}$  у лиц мужского пола на левой руке  $40,3 \pm 0,8$  и на правой  $41,5 \pm 1,09$  причем у лиц женского пола данная величина на обоих ладонях почти одинаково в среднем  $41,6 \pm 0,51$ .

## -НОМ ЗҮЙ

1. Т. Д. Гладкова Кожные узоры кисти и стопы обезьян и человека. М 1966
2. С. С. Усоеев Значение дерматоглифики в клинико-морфологической диагностике хромосомных болезней и некоторых врожденных пороков человека. Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. Минск 1972.
3. Л. З. Кунькина и Ю. И. Барашнев Изменение дерматоглифики при наследственных формах олигофрении. Журнал невропатологии и психиатрии. том 73 1973 № 10. х 1546—1552
4. Л. Намсрайнайдан Монголчуудын дерматоглифики (гарын хээ)-ийн судалгааны асуудалд Улаанбаатар хот 1968
5. Т. Д. Гладкова Особенности дерматоглифики некоторых народностей СССР. Советская антропология 1957 №1 х 83—90
- Б. Т. Д. Гладкова и М. Г. Левин Дерматоглифика чукчей. Вопрос Антропологии 1960 № 3 х 92—98
7. Нгуен Динь Хуа Данные по дерматоглифике некоторых этнических групп юга. Демократической Республики Вьетнам. Вопрос Антропологии. Вып. 15. 1963 х 91—99
8. Т. Д. Гладкова Дерматоглифика некоторых северо-восточных народностей СССР (манси и коми-) Вопрос Антропологии вып. 6. 1961 х. 100—111
9. Т. Д. Гладкова Особенности дерматоглифики Аджарцев, Мингрельцев и Сванов. Советская Антропология 1958 №3 х 97—103.
10. Г. Л. Хитъ Дерматоглифика народов средней Азии. Доклад на VII междунар. конгр. антропол. этногр. наук. Москва август 1964 М изд-во «Наука» (отд. оттиск).
11. Т. Д. Гладкова Элементы кожного рельефа пальцев и ладоней в группах родственников. Доклад на VII Междунар. конгрессе антропол. и этногр. наук. М. Москва 1964 август изд-во «наука»
12. Т. Д. Гладкова. Материалы по дерматоглифике казахов. Вопрос антропологии. вып 16 х 77—85.
13. Т. Д. Гладкова. Явления симметрии и асимметрии у человека в признаках дерматоглифики. Вопрос антропологии вып. 10 х 44—53
14. Основы цитогенетики человека. под редакцией А. А. Прокофьевой-Бельговской М. изд Медицина 1969
15. В. Герасимов. Дактилоскопия. Наука и жизнь. 1975 № 1. х 79—83.
16. В. П. Эфроимсон. Введение в медицинскую генетику. М. изд-во мед. литературы 1964.

# ИЙЛДЭСТ ГЕПАТИТЫН ЭПИДЕМИОЛОГИЙН ЗАРИМ АСУУДАЛ

С. Шаадай, Ц. Эрдэнэ

Анагаах ухааны дэд эрдэмтэн Ч. Дангаа

Вируст гепатит өвчинтэй тэмцэх, урьдчилан сэргийлэх нь манай эрүүлийг хамгаалах явдлын хамгийн хурц асуудал хэвээр байна.

Энэ өвчинтэй тэмцэх, ялангуяа урьдчилан сэргийлэхэд вируст гепатитыг халдварт, ийлдэст гепатитаар нь ялган оношлох, тэдгээрийн хувийн жинг тодорхойлох, ингэснээрээ урьдчилан сэргийлэх ажлын чиглэлийг зөв гаргах, эмч мэргэжилтэн нарын анхаарлыг төвлөрүүлэн асуудлыг зөв тодруулах, эрүүлийг хамгаалах, байгууллагын хүч хөрөнгийг юуны өмнө уг ажлын аль хэсэгт зарцуулахыг оновчтой шийдвэрлэх чухал ач холбогдолтой билээ.

Анагаах ухааны дэд эрдэмтэн Т. Гомбосүрэн доцент Г. Дуламсүрэн С. Дорж Н. Дондог зэрэг эмч мэргэжилтэн нар вируст гепатитыг ялган оношлох, урьдчилан сэргийлэх асуудлыг ихээхэн анхаарч судалгаа шинжилгээ хийж байна. Бид уг ажилд бага ч атугай нэмэр болгохыг эрмэлзэн 1974 онд Улаанбаатар хотод оношлогдсон ийлдэст гепатитын эпидемиологийн зарим асуудлыг халдварт гепатиттай харьцуулан судлах оролдлого хийсэн юм.

Тэгэхдээ ийлдэст гепатитын хувийн жин тодруулах зорилго бид тавиагүй.

1974 онд Улаанбаатар хотын халдварт өвчнийг анагаах больниц мөн хүүхдийн халдварт өвчнийг анагаах больницид нийт вируст гепатит өвчтөний 61,2%-ны халдварт гепатитаар, 38,7%-ны ийлдэст гепатитаар оношлогджээ.

Хүснэгт 1.

Өвчлөлт улирал сараар (хувиар)

Сар Онош	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	Бүгд
Халдварт гепатит	69,8	68,5	72,5	50,9	51,6	38,9	59,4	71,7	65,7	70,8	58,3	39,5	61,3
Ийлдэст гепатит	30,2	31,5	27,5	49,1	48,4	61,1	40,6	28,3	34,3	29,2	41,7	60,5	38,7

Үүнээс үзвэл ийлдэст гепатит 1-р улиралд нийт өвчлөлийн 29,9%, 2-р улиралд 34,8%, 4-р улиралд 42%-г тус тус эзэлсэн буюу ийлдэст гепатитаар оношлогдох нь 2-р улиралд их, 1-р улиралд бага байжээ.

2-р хүснэгтээс үзвэл халдварт гепатитаар 0—10 хүртэлх насын эмэгтэй хүүхдүүд мөн насын эрэгтэй хүүхдээс (6,1%—9%) арай илүү өвчлөлтэй, ийлдэст гепатитаар дээрх насын эрэгтэй хүүхдүүд эмэгтэй хүүхдээс арай их (0,8—10%) өвчлөлтэй байжээ.

Харин 15—19 наасанд аль ч хэлбэрийн гепатит хүйсний ялгаа бараг арилж, 20—34 наасанд аль ч хэлбэрт эмэгтэйчүүдийн өвчлөл харьцаангуй тэсвөний дотор ийлдэст гепатитаар өвчлөгсдийн дунд эмэгтэйчүүдийн эзлэх хувийн жин 3,4—14% хүртэл өсжээ.

Өвчлөлт нас хүйсээр (*xuviaar*)

		онош нас		Хүйс	
		эм	эр	эм	эр
Халдварт гепатитт		41,1	58,9	56,1	43,9
Ийлдэст гипатит		40,6	59,4	55,1	44,9
		49,2	50,8	54,5	54,5
		41,6	58,4	59,0	41,0
		42,1	57,9	47,0	53,0
		40,0	60,0	46,0	54,0
		47,6	52,4	50,0	50,0
		50,0	50,0	52,3	47,7
		64,0	36,0	53,5	40,5
		64,4	35,6	36,6	63,4
		56,6	43,4	52,6	47,4
		44,2	55,8	55,4	44,6
		50,0	50,0	51,4	48,6
		27,2	72,8	100,0	48,6
		40,7	59,3	70,7	29,3
		55,0	45,0	71,4	28,6
		36,0	64	57,4	42,6
					60+

Цаашдаа 40—44 насанд хүйсний ялгаа нийт вируст гепатитад үндсэндээ адилхан болсон атлаа ахмад насны хүмүүст халдварт гепатитаар эмэгтэйчүүд голлож (70—100%,) ийлдэст гепатитаар эрэгтэйчүүд голлож 59,3—72%) өвчилсөн байна.

Ийлдэст гепатитаар өвчлөгсдийн 48,7%-г 0,1 насны хүүхэд эзэлж байгаа бөгөөд 15—40 насны хүмүүст дахин өсөх хандлагатай байжээ.

Халдварт гепатит нь 0—4 насны хүүхэд (5,2—12,7%), 5—14 насны хүүхэд (11,3—14,3%) бусад наснаас илүүтэй өвчилсөн байна. Бусад насанд өвчлөлт ойролцоогоор адилавтар байна.

Вируст гепатитын өвчлөлийг насны ялгаагаар (*xuviaar*)

		$H_{\alpha C}$	Онош		
			Халдварт гепатит	Ийлдэст гепатит	
29,9	8,9	0—12 сар			
19,8	12,7	1 нас			
3,9	8,8	2 —“—			
2,3	7,3	3 —“—			
1,2	6,2	4 —“—			
2,5	14,3	5—9			
2,6	11,3	10—14			
4,6	6,6	15—19			
7,8	7,0	20—24			
8,0	3,3	25—29			
6,0	3,0	30—34			
3,3	2,9	35—39			
2,8	2,7	40—44			
2,0	1,3	45—49			
1,7	1,8	50—54			
1,2	0,8	55—59			
1,4	2,1	60+			

Баран В. И. Пүзевский И. Я. нараас 40-өөс дээш насны хүмүүс ийлдэст гепатитаар өвчлөгчдийн 53,4%-ийг эзэлж буй нь эдгээр хүмүүсийн нас ахиж эмчилгээ шинжилгээ их хийдэгтэй холбоотой гэж үзжээ. Мөн эдгээр судлаачид 1 хүртэл насны хүүхэд ийлдэст гепатитаар гол төлөв (65,8%) өвчилдөг гэжээ. Ю. М. Роголь насанд хүрэгчдийн 35 хувиас доoshгүй нь ийлдэст гепатитаар өвчилж байгааг судалсан байна.

Халдварт болон ийлдэст гепатитын өвчлөлийг насаар нь хооронд нь харьцу улснаас 10000 хүнд харьцуулахад тэдгээрийн ялгаа, ер нь насны ялгаа нэлээд тодорхой болж байв.

Гользанд Г. В. (1975) парентераль замаар вируст гепатит халдах нь наснаас их хамаардаг бөгөөд 1 хүртэлх насны хүүхдийн 80—97% хүртэлх нь парентераль замаар халдварт авсныг судалжээ.

69
66,0
64
61,4
40,0
57,4
42,6
60+

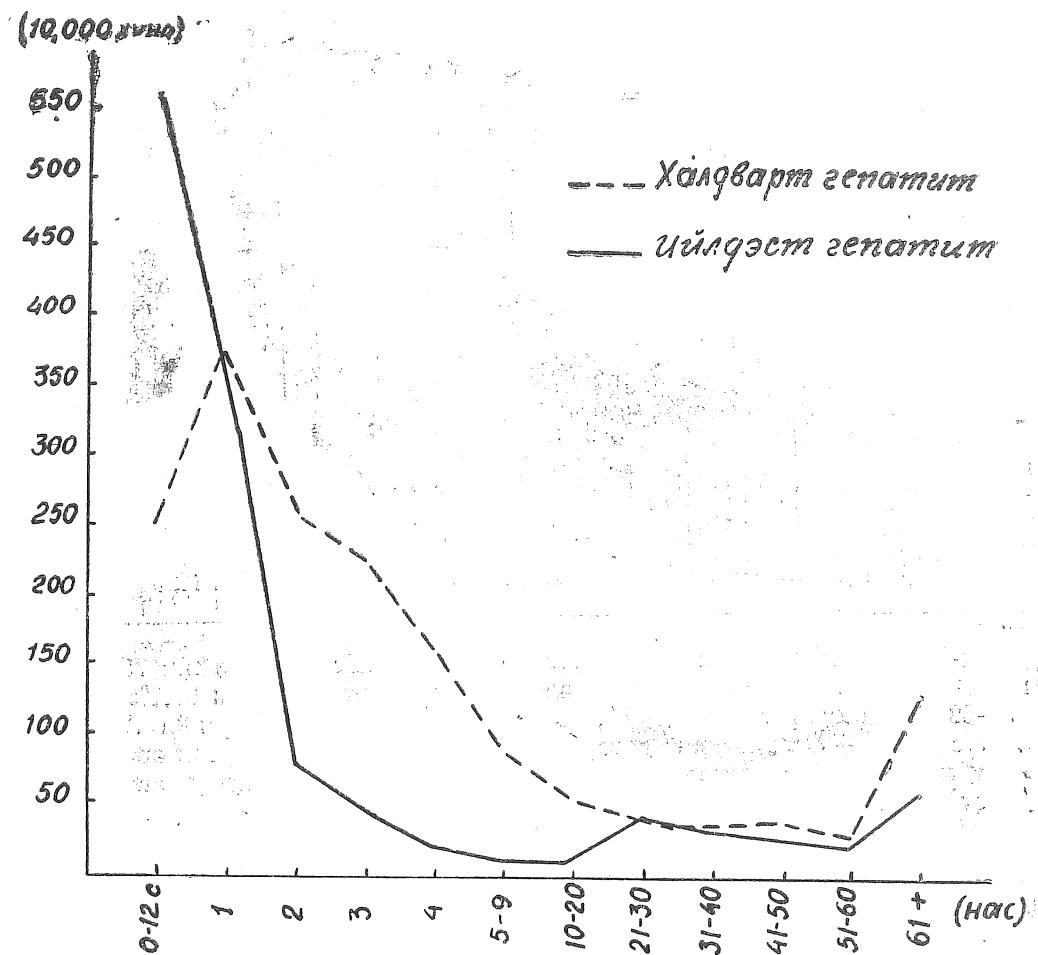
дсэн-  
эмэг-  
ллож  
зэлж  
9.  
насны  
асанд

егт 3

66
66-65
0,8
2,1
1,2
1,4
60+

ийл-  
усийн  
. Мөн  
төлөв  
доош-

нд нь  
насны  
ах нь  
трэлх



1-р зураг. Вируст гепатитын өвчлөл насаар (10000 хүнд).

Мөн энэ судлаачаас вируст гепатит парентераль замаар халдах нь 2. настай хүүхдэд 51,9%, 3-аас дээш насны хүүхдэд бүр ховор байсан, харин 3—15 насны хүүхдэд энтераль замаар халдах нь голлож байгааг судалсан байна.

Улаанбаатар хотын халдварт өвчнийг анагаах больницуудад оношигдсон бидний судалсан халдварт болон ийлдэст гепатитын насны ялгаа үндсэндээ энэ судлаачийнхтай ойролцоо тохирч байна.

### Өвчиний нууц хугацаа

Ийлдэст гепатитаар оношилсон 1621 өвчтөний нууц хугацааг өвчин эхлэхээс өмнө 8 сарын дотор, эмчилгээ шинжилгээ хийлгэсэн хугацаа, хэрэв олон дахин эмчилгээ шинжилгээ хийлгэсэн бол хамгийн олон удаа давтан хийлгэсэн хугацаа, хэрэв ижил хэмжээтэй хийлгэсэн бол 2—6 сарын дотор хийлгэсэн хугацааг баримтлан гаргалаа. Халдварт гепатитаар өвчлөгсдийн нууц хугацааг хүн бүр дээр тодруулах бололцоогүй байсан учир өвчин эхлэхээс өмнө вируст гепатит өвчтөнтэй тодорхой хувьтасан байна.

гацаанд хавьтальтай байсан 639 өвчний нууц хугацааг судалж, ийлдэст гепатитаар өвчлөгсдийн нууц хугацаатай харьцуулан үзэв.

Хүснэгт 4  
Ийлдэст гепатитын нууц хугацаа (насаар)

Нас Нууц хугацаа	0,5 нас		2—20		21—40		41—60		61-ээс		Бүгд	
	тоо	%	тоо	%	тоо	%	тоо	%	тоо	%	тоо	%
30 хоног болоогүй	16	1,7	4	2,4	11	2,8	4	3,5	1	4,2	36	1,6
31—45 хоног	36	3,9	25	14,8	67	17,3	35	30,2	7	29,1	170	10,5
46—60 хоног	87	9,4	27	15,9	67	17,3	23	19,8	7	29,1	211	13,6
61—75 —“	94	10,2	35	20,7	80	20,7	19	16,4	3	12,6	231	14,2
76—90 —“	243	26,2	27	15,9	47	12,2	12	10,3	2	8,3	331	20,4
91—105 —“	110	11,9	10	5,9	19	4,9	6	5,2	1	4,2	146	9,0
106—120 —“	166	17,9	14	8,3	38	9,8	7	6,0	2	8,3	227	14,0
121—135 —“	37	4,0	6	3,6	3	0,8	1	0,8	—	—	47	3,0
136—150	66	7,1	7	4,2	14	3,7	3	2,6	—	—	90	5,5
151—165	13	1,4	3	1,7	5	1,2	2	1,7	—	—	23	1,4
166—180	28	3,0	3	1,7	8	2,1	—	—	—	—	39	2,4
180-аас дээш	17	1,8	2	1,2	7	2,0	4	3,5	1	4,2	31	1,9
Тодорхойгүй	13	1,4	6	3,6	20	5,2	—	—	—	—	39	2,4
Бүгд	926	100	169	100	386	100	116	100	24	100	1621	100

4-р хүснэгтээс үзвэл: Нууц хугацаа нь 0—5 насны хүүхдийн 75,3% нь 61—120 хоногтоо өвчилсөн байхад 21—40 насны хүмүүсийн 67,6% нь, 41—60 насны хүмүүсийн 76,7 %, нь 61-ээс дээш насны хүмүүсийн 79,2% нь тус тус 31—90 хоногийн дотор өвчилсөн буюу нас ахих тутам өвчний нууц хугацаа ойролцоогоор 1—1,5 сараар богиносох, хүүхдийн өвчний илрэх хугацаа нь 1 сар орчмоор уртсах хандлага ажиглагдаж байна.

Цус плазмаар халдсан ийлдэст гепатитын нууц хугацаа богино байдалтай энэ хандлага холбоотой эсэх нь энэ удаа тодорхой биш байв. Ийлдэст гепатитын нууц хугацааны цэг нэгдсэн дундаж нь 86,3 хоног байв.

Халдварт гепатитын нууц хугацааны цэгнэгдсэн дундаж 35,6 хоног байв.

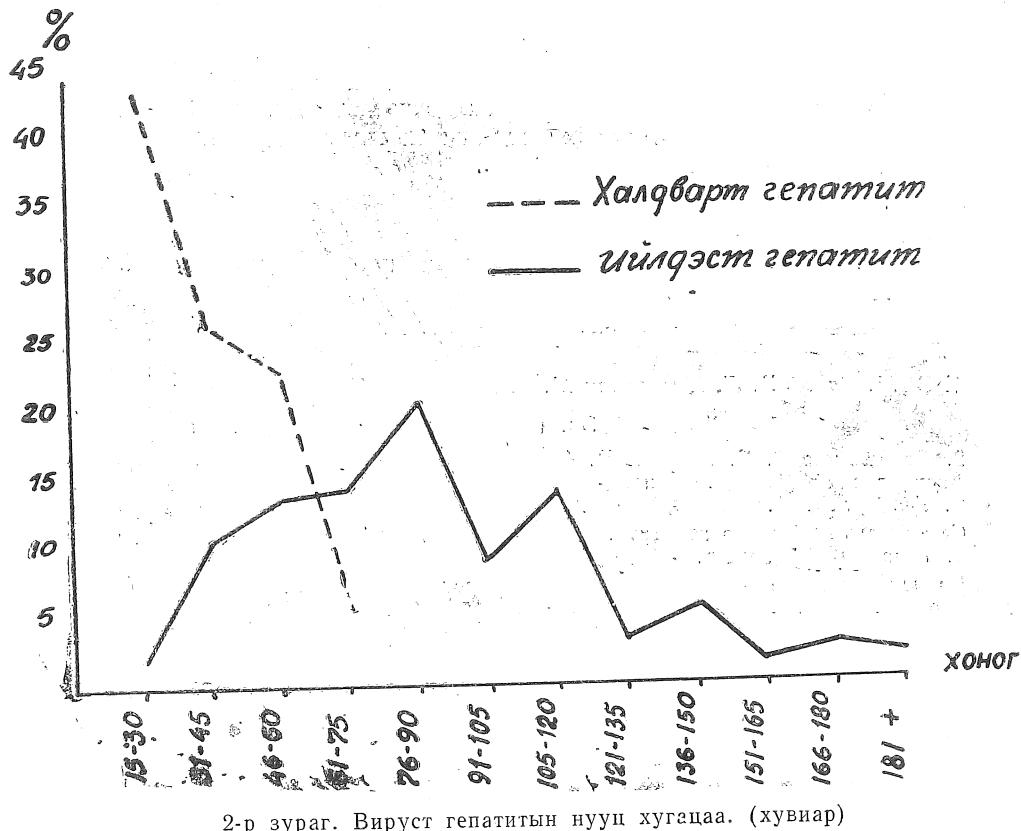
Хүснэгт 5  
Халдварт гепатитын нууц хугацаа

Нууц хугацаа хоногоор	15-аас доопп	15—20	21—25	26—30	31—35	36—40	41—45	46—50	51—55	56—60	61-ээс дээш	Бүгд
Өвчилсөн тоо	5,4	34	18,2	52	13,6	86	16,5	106	15,8	96	6,0	38
Хувь												
		5,4	34	18,2	52	13,6	86	16,5	106	15,8	96	6,0

Гользанд И.В. (1975) судалснаар парентераль замаар халдсан вируст гепатитын нууц хугацаа нь 88,2 2,2 хоног, Кругман болон түүний хамтран судлаачид (1970) энтераль замаар халдсан вируст гепатитын нууц хугацаа 50 хоногоос их биш буюу төлөв 39—40 хоног байсан бөгөөд харин трансаминаиз ихсэж эхэлснээс үзвэл 30 хоног орчим байна гэжээ. Бидний су-

далгаа эдгээр судлаачдынхтай тохирч байна. Бид ийлдэст гепатитын нууц хугцаа халдварт гепатитынхаас ялгаатай эсэхийг статистикийн аргаар шалгаж узвэл (2-р зураг) дараах ялгаа гарлаа.

Улаанбаатар хотын халдварт өвчнийг анагаах больници, хүүхдийн халдварт өвчнийг анагаах больници, Налайхын нэгдсэн эмнэлгийн халдвартын тасгийн материалаар 1974 онд вируст гепатитын үхэл 2,9% байнаас ийлдэст гепатитын үхэл 4,8% халдварт гепатитын үхэл 1,6% буюу ийлдэст гепатитын үхэл халдварт гепатитынхаас 3 дахин их байжээ.



2-р зураг. Вируст гепатитын нууц хугцаа. (хувиар)

Энэ нь зөвлөлтийн болон гадаадын судлаачдынхтай тохирч байна. И. В. Шахгильдян, Т.Ч. Ворожбиева нар 1974 онд дээрх эмнэлгүүдэд эмчлүүлж байсан болон хяналтын бүлгийн 741 хүнд австраль антиген тодорхойлоход 290 (39,1%) нь эсрэг гарснаас 199 хурц гепатит өвчний 103 (51%)-үүнээс 75 хүүхдийн 42 (56%) нь зерэг гарчээ.

Мөн онд эрүүл ахуй халдварт нян судлалын Улсын институтээс халдварт өвчнийг анагаах больницын вируст гепатит 594 хүнд австраль антиген тодорхойлоход 195 (38,2%)-ны, хүүхдийн халдварт өвчнийг анагаах больницын 1051 хүүхдэд тодорхойлсны 402 (38,2%) нь, хсёр больницын дунджаар 36,3% нь тус тус австраль антиген зерэг гарчээ.

G-оске, Ravey (1969) нарынхгар вируст гепатит өвчтөний 61%-д нь өвчний эхний 12 хоногт 88%-д нь австраль антиген зерэг тодорхойлогдох байжээ.

Энэ бол хамгийн их хэмжээний илрэлт гэж бусад судлаачид үзэж байна. Дэлхийн бөмбөрцгийн янз бүрийн хэсэгт оршин суугч эрүүл хүмүүст австраль антиген тодорхойлогдох нь харилцан адилгүй байна.

Америкийн нэгдсэн улсад 0,1% Франц 0,44% Африк болон Азийн зарим оронд 20% хүртэл зэрэг гарч байна.

Манай орны эрүүл хүмүүсийн цусанд австраль антиген хэдэн хувь байгаа нь хараахан судлагдаагүй байна.

## Д У Г Н Э Л Т

1. Ийлдэст гепатит Улаанбаатар хотын байдлаар 0—1 насны хүүхдэд зонхицж байна. (Бүх ийлдэст гепатитын 48,7%). Насанд хүрэгчдийн дотор 20—34 насны эмэгтэйчүүдэд илүүтэй (56,6—64,4%) тохиолдож байна.

2. Ийлдэст гепатитын нууц хугацааны цэгнэгдсэн дундаж  $86,3 \pm 2,3$  хоног, халдварт гепатитын нууц хугацааны нэмэгдсэн дундаж  $35,6 \pm 1$  хоног байна. Ялгаа нь  $t > 1$ .

3. Хурц вируст гепатит өвчний дотор австраль антиген 38,2—56% зэрэг тодорхойлогджээ.

4. Ийлдэст гепатитын ухэл халдварт гепатитынхаас 3 дахин их байна.

## АШИГЛАСАН НОМ, СТАТЬЯ

1. Е. М. Тареев Е. Л. Назаретян М. Ё. Семеняева И. Е. Таргева

### Эпидемический гепатит

2. Ворождиеva T. Е. Ананьев В. А.

Австарльский SH антиген и вирусный гепатит

3. Герасун Б. А.

Сезонность вирусного гепатита.

4. Голосова Т. В. и др.

Изучение эпидемиологический роли доноров; длительных носителей Австральского антигена.

5. Гользанд И. В.

«Заболевания печени и желчного пузыря у детей»

6. Ю. М. Роголь Вопросы парентерального инфицирования вирусным гепатитами и методы его предупреждения.

## РЕЗЮМЕ

### НЕКОТОРЫЕ ВОПРОСЫ ЭПИДЕМИОЛОГИИ СЫВОРОТОЧНОГО ГЕПАТИТА

С. Шаадай, Ц. Эрдэнэ, Ч. Дангаа.

В 1974 году в инфекционной больнице и детской инфекционной больнице из всех находившихся на лечении больных диагностированы больных сывороточным гепатитом 38,7%.

Инкубационный период у больных с сывороточным гепатитом (1621) составляет в среднем 86,3 суток, а у больных с инфекционным гепатитом инкубационный период составляет 36,5.

Из всех заболевших сывороточным гепатитам составляет 48,9% дети в возрасте от 0—1 года из них 67,5% дети до года. Женщины от 20—34 лет составляют 56,6—64,4%

Инкубационный период у заболевших сывороточным гепатитом детей на 1 месяц длиннее (3—5 мес) а у больных пожилого возраста по сравнению с детьми на 1 месяц короче (2—4 мес).

Смертность больных с сывороточным гепатитом в 3 раза выше, чем больных инфекционным гепатитом.

В 1974 году находившихся на лечении в больницах больных с острым вирусным гепатитом, из 1645 больных положительный австральский антиген отмечался у 597 (36,3%).

## МОНГОЛ ОХИДЫН МЕНАРХЕ

П. Цэндсүрэн (Хүүхдийн клиникийн төв эмнэлэг)

Охидын бэлгийн бойжилтын гол үзүүлэлтийн нэг нь менархе (анхны сарын тэмдэг) юм.

Ю. Ф. Борисова (1962—1963) Rogers (1963) SRubisrewska (1964) Rrayl (1965) В. С. Соловьева (1966) Н. В. Кузнецова (1968) Е. А. Богданова (1971), Х. Лхагважав (1971) R. Raiaram Anand Г. О. Rao (1973) зэрэг олон эрдэмтэд, харилцан адилгүй газар зүй, уур амьсгалтай нутгийн язэж бурийн ястан үндэстэн охидын менархийг судлан, менархийн дундаж насыг тогтоожээ.

Эдгээр эрдэмтдийн судалгаагаар охидын менархийн дундаж 12,8—13,8 нас байна.

Х. Лхагважавын (1971) судалгаагаар монгол охидын менархийн дундаж 14, 25 нас байжээ.

Таннерын (1968) судалгаагаар, амьдрал нь хангамжтай Бирма охидын менархийн дундаж 13,2 нас (Европ охидынхтой адил), хүрэлцээтэй хоол тэжээлтэй байсан, нигери охидынх 14,3 эскимос охидынх 14,4 нас тус тус байсан учир менархед цаг уурын нөлөөгүй байна гэсэн дүгнэлт хийжээ.

Халуун бүсэнд Ellis (1950) амьдрагч охидын менархийн дундаж нас, хүйтэн аляскийн (Zevine (1953) охидынхтай адил байна.

ЗХУ-ын эрдэмтдийнхээр (Москва Тбилис, Душанбе) охидын менархийн дундаж, инд газар зүй, цаг уур, ястан үндэстний ялгаа байхгүй байна. (В. С. Соловьева 1966, Н. В. Кузнецова 1968, Е. А. Богданова (1971)

Гэтэл Нью-Йоркийн негр охидын менархе, өмнөд америкийн негр охидынхоос 10 сарын өмнө (Donovan, Genbos.ch 1965) Калифорнид төрж, өссөн япон охидын менархе, калифорнид төрөөд, японд өссөн япон охидынхоос 20 сарын өмнө (Ito 1942) тус тус үзэгдэж байжээ.

Энэ бүхнээс үндэслэн, эрдэмтэд менархед газар зүй, уур амьсгал ястан үндэстний ялгаа байхгүй, харин амьдрал ахуйн нөхцөлд нийгэм эдийн засгийн байрлалаас хамаарч байна гэсэн дүгнэлт хийж байна.

Хүүхдийн бие бялдрын болон бэлгийн бойжилт түргэссэнтэй уялдан Европын орнуудад, сүүлийн зуунд менархе үзэгдэх нас, 10 жил тутамд 4 сараар (Таннер, 1962) урагшилжээ.

Орчин үеийн судлаачид, охидын 13—14 насанд мөөм ургахгүй, 15—16 насанд менархе үзэгдэхгүй бол бэлгийн хожуу бойжилт гэж үзэж байна.

Бид, 1972 онд Монгол охидын менархийн дундаж насыг тогтоох зорилгоор Улаанбаатар, Зүүнхараа, Сүхбаатар, Даланзадгад, Сайншанд хотуудад 9—18 насны бүгд 6458 охидод судалгааг явууллаа.

Судлагдсан охидын 2598 нь сарынхаа тэмдгийг үзэж байв.

Судалгааг явуулахдаа анкетны ба анамнезын хэсгийг асуух (нас, менархе үзэгдсэн хугацаа, улирал гэх мэт). төрсний гэрчилгээг үзэх, эцэг эхээс нь лавлах байдлаар бүртгэн авч, бодит үзлэг хийн, цуглуулсан материалыа вариацийн аргаар боловсрууллаа.

Судалгаанд охидын насыг 5 сар 29 өдрийг хүртэл бодож тогтоосон. Үүнд: 11 настайд 10 нас 6 сараас, 11 нас 29 өдрийг хүртэл, 12 настайд, 11 нас 6 сараас, 12 нас 5 сар 29 өдрийг хүртэл гэх мэтээр.

Бидний судалгаагаар, Монгол охидын менархе 10—17 насанд үзэгдэж байгаа ба ихэнх охидынх (68,8%) 13—14 насанд үзэгджээ. Менархе үзэгдсэн хугацааг 1 хүснэгтээр үзүүлэв.

## Хүснэгт I

## Менархе үзэгдсэн хугацаа

Судалгаа хийгдсэн хотууд	Сарын тэмдэг эжэлсэн бүх охид	Үүнээс манархе үзэгдэлт насаар							
		10	11	12	13	14	15	16	17
Сүхбаатар	233	—	4	24	77	83	39	6	—
Зүүн-хараа	248	—	12	14	83	81	54	4	—
Даланзадгад	229	3	6	35	85	75	21	3	1
Сайншанд	261	—	3	28	81	92	45	11	1
Улаанбаатар	1627	3	17	211	489	641	243	19	4
нийт дүн	2598	6	42	312	815	972	402	43	6

Хүснэгтээс үзэхэд: Судлагдсан бүх 2598 охидын менархийн 0,2%-ны 10 нааснаас, 1,6%-ны, 11, 12% нь 12, 31,4% нь 13, 37,4% нь 14, 15,5% нь 15, 1,7% нь 16,02% нь 17 нааснаас тус тус үзэгджээ.

Абсолют тоогоор авч үзвэл, Даланзадгадаас бусад хотуудад охидын менархе голдуу 14 насанд үзэгдсэн байна.

Ер нь ихэнх охидын (96,3%) менархе 12—15 насанд үзэгджээ. Судалгааны байдлаас үзэхэд, тухайн үед монгол охидын менархе 11—16 насын хооронд үзэгдэж байвал бэлгийн бойжилт нь хэвийн явагдаж байна гэж дүгнэж болмоор байна.

Менархе үзэгдсэн хугацаанаас, менархийн дундаж насыг бодож судалгааны дүнг 2-р хүснэгтээр үзүүлэв.

## Хүснэгт 2

Менархийн дундаж нас (*Xot тус бүрээр*)

Үзүүлэлт	N	m	σ	m (m)
Хотуудад				
Сүхбаатар	233	13,63	±1,02	±0,07
Зүүнхараа	248	13,65	±1,07	±0,07
Даланзадгад	229	13,33	±1,08	±0,07
Сайншанд	261	13,71	±1,07	±0,07
Улаанбаатар	1627	13,58	±1,0	±0,02

Хүснэгтээс үзэхэд: Охидын менархе Даланзадгадад (13,33 нас) хамгийн эрт, Сайншандад (13,71 нас) хамгийн хожуу үзэгдэж байгаа бөгөөд, зөрүү нь 3,6 сар болж байна.

Бусад хотуудын охидын менархе адил байлаа. Иймээс бидний судалгаагаар монгол орны эрс тэс уур амьсгал, газар зүйтэй, уулархаг ба говийн бүсэд оршин суугч охидын менархийн дундаж нас ойролцоо байна.

Судлагдсан бүх охидын менархийн 31,3% нь зүн 19% нь намар, 24,2% нь өвөл, 25,5% нь хавар үзэгджээ.

Хот тус бүрээр авч үзвэл, зүүнхараагаас бусад хотын охидын менаархе зуны улиралд үзэгдсэн байна. Харин аль ч хотод, охидын менаархе (13,7—21,2%) намар ховор үзэгдсэн байлаа.

### У рь д ч и л с а н      д ү г н э л т

1. Монгол охидын менаархе 10—17 насанд үзэгдэж байгаа ба ихэнх охидынх (68,8%) 13—14 насанд үзэгдэж байна.
2. Охидын менаархе, ихэвчлэн хавар зуны улиралд (56,8%) үзэгдэж байна.
3. Монгол охидын менаархийн дундаж  $13,3 \pm 1,08 - 13,71 \pm 1,07$  нас байна.

### Н о м з у й

1. *Лхагважав Х.* Монгол охидын анхны сарын тэмдэг ирэх тухай Монголын анагаах ухаан, 1971 он № 3
2. *Лхагважав Х.* Монгол охид хөвгүүдийн биеийн өсөлт, бэлгийн бойжилтын зарим үзүүлэлтүүд. Их дээд сургуулийн багш нарын эрдэм шинжилгээний бага хурлын илтгэлийн товчлол 1971 он, хуудас 110—111.
3. *Лхагважав Х.* Материалы к установлению возраста коренного населения Монгольской Народной Республики в судебно-медицинском отношении. Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук Москва 1972
4. *Цэндсүрэн П. Богданова Е. А.* Улаанбаатар, Москва хотын охидын менаархе ба түүний явц. Анагаах ухааны эрдэм шинжилгээний бичиг 1970 он № 12, 20 хуудас 124—127.
5. *Цэндсүрэн П.* Становление менструальной функции у девушки г. Улан-Батора В кн: Тезисы докладов научно-практической конференции врачей, Улан-Батор 1973 г. стр 85—87
6. *Чултэмдорж Ч.* Физическое развитие школьников и новорожденных детей г. Улан-Батор в 1961 г. Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук Москва 1966 г
7. *Чултэмдорж Ч.* Сурагчдын бие бялдрын хөгжилтийн зарим асуудалд. Улаанбаатар 1967 он.
8. *Борисова Ю. Ф.* Показатели физического развития школьников г. Москвы. Акуш. и гин. 1964 № 5 стр. 105—111.
9. *Богданова Е. А Саркисян Р. Г.* О соотношении процессов роста и полового развития у девочек. Вопросы охраны материнства и детства 1972 г № 6, стр 42—45
10. *Богров И. И.* Позднее половое созревание. В кн: Гинекология детского возраста, 1966 стр. 151—153
11. *Бодяжина В. И.* Нарушение полового развития у девочек. В кн: Тезисы докладов Международного конгресса акушеров-гинекологов. 1973. стр. 455—456
12. *Жмакин К. Н.* Клиническое лекции по гинекологии. М. 1966 г.
13. *Заворова А. С.* Материалы к вопросу физиологии и патологии половой системы у девочек школьного возраста. Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук, 1962, Ростов-на-Дону.
14. *Заяц Л. Д.* Некоторые вопросы клиники и терапии ювенильных кровотечений Акуш. и гин. № 3, 1968, стр. 61—66
15. *Кузнецова М. Н.* Физиология периода полового созревания. В кн: Актуальные вопросы гинекологии детей и подростков, 1973 стр. 24—38.
16. *Лельчук П. Я.* Некоторые вопросы возрастной физиологии созревания женского организма. Вопросы охраны материнства и детства № 10, 1968, стр. 3—6
17. *Мастеров С. Н.* К вопросу о половом созревании школьников г. Петровловска. Казанский медицинский журнал № 12 1970 стр. 30
18. *Мельникова М. М.Мустафина И. Ф.* Особенности становления менструальной функции у школьниц г. Казани. Казанский мед. журнал № 4 1968 стр. 102—105.
19. *Тумилович Л. Г.* Преждевременное половое созревание у девочек Акуш. и гин. № 8 1968 стр. 57—60.
20. *Цейтмин А. Г.* Физическое развитие детей и подростков. Медиц. 1963.
21. *Брачанова Б. Р.* Физиология и патология кубертатного возраста София 1967; стр 45—48

22. Beris E; Vieum N Cavitovrs Z Особенности наступления менархе у девочек в Югославии. В кн: Тезисы докладов VII международного конгресса акушеров-гинекологов.

23. Presl J Vesely R Ratosek A Нарушения менструального цикла; начинающиеся с мечархе В кн: Тезисы докладов VII международного конгресса акушеров-гинекологов. Москва 1973, стр. 462.

24. Ramaram P, Anand Rao Г. О. Особенности наступления менархе у девочек в Индии. Анализ социально-экономических факторов

25. Widholm O Становление менструальной функции у девушек В кн: Тезисы докладов VII международного конгресса акушеров-гинекологов. Москва 1973 стр. 452.

## РЕЗЮМЕ

### МЕНАРХЕ У МОНГОЛЬСКИХ ДЕВУШЕК

П. Цэндсүрэн

Наступления менархе является одним из основных показателей полового развития девушек

С целью установления среднего возраста менархе исследовано всего 6459 девушек школьниц гг Улан Батор, Даланзадгад, Сайк-Шанд, Сухбаатар и Дэун-Хара в возрасте 9—18 лет.

Установлено, что менархе у монгольских девушек наступает в возрасте 10—17 лет, а у большинства (68,8%) случаях в 13—14 лет.

Средний возраст менархе равен  $13,33 \pm 1,02$ — $13,71 \pm 1,08$  лет, независимо от климато-географических различий. У обследованных девушек менархе наступает чаще весенне и летние периоды года.

Средний возраст наступления менархе в основном совпадает с данным других авторов.

## ЭХСИЙН БА ТӨРСНИЙ ДАРААХЬ ҮЕИЙН ЭРТ ЦУС АЛДАЛТ

Т. Эрхэмбаатар (Эх барих эмэгтэйчүүдийн эмч)

Эх барихуйн практикт олонтоо тохиолдох хүндрэлүүдийн нэг эхсийн ба төрсний дараах цус алдалт юм.

Төрсний дараах үеийн эрт цус алдалт голдуу умайн агших ажиллагааны сулралт, цусны бүлэгнүүлэгч ба ул бүлэгнүүлэгч хүчин зүйл ёрчлэгдсэн, төрөх замын зөвлөн эдийн урагдалт, мэдрэл сэтгэхүйн нелөөлэл, жирэмсний хордлого зэрэг шалтгаанаас болдог байна.

ЗХУ-ын эх барих эмэгтэйчүүдийн эмч нарын V их хурлаар төрлөгийн 3-р үед 250,0 хүртэл цус гарахыг хэвийн байхаар тогтоожээ. Эхсийн алдах цусны хэмжээг маш бага байлгах санааг А. Ю. Лурье, П. А. Белошапко, М. С. Малявинский нар дэвшүүлж байсан.

Ихэнх эрдэмтдийн үзэж байгаагаар 250,0 цус гарахыг хэвийн гэж үзэж 250,0—400,0 цус гарахыг эрүүл эмгэг хоёрын завсрлын цус гаралт гэж үзэж байна.

Манай улсын хэмжээгээр 1967—1971 онд төрөлтөөс нас барсан эхчүүдийн 37,4% нь төрсний дараах үеийн цус алдалтаас нас барсан байна. (М. Дамбадорж, Б. Шижирбаатар 1973 он)

Төрсний дараах үеийн эмгэг цус алдалт манай орны судлаачдынхаар 20—25% С. Дунгаамаа (1973 он), 20—21% Д. Цэвэлмаа (1973 он), Увс аймагт 22,9%, Б. Бадам (1973 он), Төв аймагт 5,3—16,9% (эмгэг цус алдалтыг 500,0 гэж үзсэн) Т. Дуламжав (1970), ЗХУ-ын янз бурийн судлаачдынхаар 3,8—81,7% (М. С. Малиновская) тохиолдож байна.

Төрсний дараах цус алдалт нь эхийн нас барагт ба эмгэг төрөлтийн зонхилох шалтгаан болж байдаг учир төрсний дараах үеийн цус алдалтын эсрэг авах арга хэмжээ, урьдчилан сэргийлэх эх барихуйн шинжлэх ухааны анхаарлын төвд байнга байдаг чухал асуудал юм. Бид Сэлэнгэй аймгийн нэгдсэн больницын төрөх тасагт 1972—73 онд төрсөн 949 эхийн түүхээс төрсний дараах үеийн хэвийн цус гаралтыг 400,0-аас доош гэж үзээд цус алдсан эхийн түүхэд судалгаа хийж үзлээ.

#### Хүснэгт 1.

Цус алдсан эхчүүдийн нийгмийн байдал

	Бүх төрсөн эхчүүд	Хувь	Цус алдсан эхчүүд	Хувь
Ажилчин	671	72,2	208	79,5
Сэхээтэн	162	17,5	22	8,3
Малчин	4	0,4	1	0,1
Гэрийн ажилтай	92	9,9	32	12,1
Бүгд	929	100,0	263	28,3

1-р хүснэгтээс үзэхэд төрөх тасагт 929 эх төрснөөс 263 нь буюу 28,3%-ийн цус алдалт байна. Цус алдалт ажилчин эмэгтэйчүүд 79,5% гэрийн ажилтай эмэгтэйчүүд 12,1%—ийг эзэлж байгаа нь ажилчин, гэрийн ажилтай эмэгтэйчүүдэд цус алдалт элбэг тохиолдож байна.

#### Хүснэгт 2

Цус алдалтын хувь

Цус алдалт мл-ээр	401— 600	601— 800	801— 1001	1001— 1200	1201— 1400	1401— 1600	1601— дээш	Бүгд
Цус алдалтын тоо	87	53	36	29	25	22	11	263
Хувийн жин	33,1	20,1	13,6	11,3	9,5	8,3	4,1	100

2-р хүснэгтээс үзэхэд бүх эмгэг төрөлтийн дотор 401—800 грамм цус алдалт 53,2% 801—1200 грамм цус алдалт 24,9% байхад 1201 гр-аас дээш их хэмжээгээр цус алдалт 21,9%-ийг эзэлж байна.

3-р хүснэгтээс үзэхэд аль ч насны төрөгчдөд цус алдалт их байгаа боловч 16—30 насанд бүх цус алдалтын 65,2% эзэлж байгаа нь энэ насны эхчүүд бүх төрөгчдийн 67,6%-ийг эзэлж байгаагаар тайлбарлагдана.

4-р хүснэгтээс үзэхэд анхны төрөлтөөс V дахь төрөлт хүртэл 542 эх төрснөөс 136 буюу 24,9% олон төрсөн (5 ба түүнээс дээш төрсөн) 387 эхчүүдийн 127 буюу 32,8%-ийн цус алдалт байна.

5 дахь төрөлт хүртэл бүх эмгэг төрөлтөөс 401—800 грамм цус алдалт 55,9% 801—1200 грамм цус алдалт 25,8% их хэмжээгээр 1201 граммаас дээш цус алдалт 18,3%-ийг эзэлж байхад олон төрсөн эхчүүдийн бүх эмгэг төрөлтөөс 401—800 грамм цус алдсан 50,4%, 801—1200 грамм цус алдсан 23,7%, их хэмжээгээр 1201 граммаас дээш цус алдалт 25,9%-ийг эзэлж байгаа нь төрөлтийн тоо нэмэгдэх тутам цус алдалтын хэмжээ

## Цус алдалт эхчүүдийн насны ялгавар

Насны ялгавар	Бүх төрөлт		бүх эмгэг төрөлт	
	төрсөн эх	хувь	цус алдсан эх	хувь
16—20 нас	115	12,4	35	13,2
21—25	324	34,8	78	29,6
26—30	189	20,4	59	22,4
31—35	156	16,8	48	18,2
36—40	108	11,7	35	13,2
41-дээш	37	3,9	8	3,4
Бүгд	929	100,0	263	100

## Цус алдалт төрөлтийн тооны харьцаа

Төрөлтийн тоо	Бүх төрөлт	Эмгэг цус алдалт	Эзлэх хувь		Цус алдалтыг мл-ээр үзүүлбэл							
			хэд дэх төрөлтэнд	бүх эмгэг төрөлтөөс	401—600	601—800	801—1000	1001—1200	1201—1400	1401—1600	1601 дээш	
1 дэх	144	39	27	15,2	13	10	2	6	4	4	—	
2 дахь	167	42	25,1	15,9	14	10	8	4	2	2	2	
3 —“	128	27	21	10,2	10	4	4	2	4	2	1	
4 —“	103	28	28,3	10,6	9	6	5	4	3	1	—	
5 —“	88	33	37,5	12,5	13	8	3	5	2	—	2	
6 —“	76	25	32,8	9,5	11	3	4	2	1	4	—	
7 —“	62	18	29	6,8	6	5	1	2	1	2	1	
8 —“	52	14	26,9	5,3	3	2	1	—	4	3	1	
9 —“	37	10	27	3,7	1	5	3	—	1	—	—	
10-аас дээш	72	27	37,5	10,2	7	—	5	4	3	4	4	
Бүгд	929	263	—	100,0	87	53	36	29	25	22	11	

харьцангуй нэмэгдэх байна. Нийт төрөлтийн дотор олон төрсөн эхчүүд 48,3% -ийг эзэлж байна. Бүх төрөлтийг, төрөлтийн тоотой харьцуулан цус алдалтын хувийг гаргахад, 1,2 дахь төрөлтөнд цус алдалт их байгаа нь 1,2 дахь төрөлт олонтоо байгаагаар тайлбарлагдана.

Цус алдалтын давхардсан байдлаар авч үзвэл умайн булчингийн сүл агшилтаас 43,3%, эхэс түдсэнээс 22,9% эхсийн эд үлдсэнээс 19,2% жирэмсний хордлоготой төрөлтөөс 18,2% төрөх замын зөвлөн эдийн урагдалтаас 14,5% умайн хэт суналтаас 14,2% төрөлт хүчний суралттай төрөлтөөс 11,7% тохиолдож байгаагаас умайн сүл агшилт төрлөгийн 3-р уеийн эмгэг (эхэс түдэх, эхсийн эд үлдэх) нь цус алдалтын үндсэн шалтгаан болж байна. Бүх цус алдсан төрөлтийн 72,3%-д мэргэжлийн бус эмч нарын үйлчилгээнд төрсөн байна. Эхсийн ба төрсний дараах уеийн цус алдалтын үед авсан арга хэмжээ нь дан эмийн бодисоор умайн агшилтыг сайжруулан цус тогтоосон 22,4% эхэс гардсан 22,4% умайн хөндийг гараар шалгасан 19,5% умайн хөндийг багажаар шалгасан 5,6% умай дотор талын иллэг хийсэн 17,8% умайн арын хүнхэрт эфирээр норгосон самбай тавьсан 13,3% умайг агшаах эм бусад аргуудтай хамсран хэрэглэсэн 31,1% байна. Дээрх цус алдсан бүх төрөлтийн зөвхөн 21 хувьд умайг агшаах эмийн бодисоор цус алдалтаас урьдчилан сэргийлэх эмчилгээг хийсэн байна.

Цус алдалтын уед авсан арга хэмжээ нь эмийн эмчилгээг дангаар ихээр хэрэглэн, умайн агшилтыг эмийн бүх аргаар сайжруулан цус зогсоох механик болон мэс заслын аргаар цус тогтоох аргуудыг эмийн эмчилгээтэй хамсруулан хийх эмчилгээг багаар хэрэглэсэн байна..

Бүх эмгэг 263 төрөлтөөөс эхэс гардсан 59 түүхэнд тусгайлансудалгаа хийж үзэхэд 200 грамм цус алдахад эхэс гардсан 15,2%, 201—300 грамм цус алдахад эхэс гардсан 18,6% 301 граммаас дээш цус алдахад эхэс гардсан 44,1%, хэдэн грамм цус алдахад эхэс гардсан тодорхой бус 22,1 байна.

### Д У Г Н Э Л Т

1. Бидний судалгаанаас үзэхэд эмгэг цус алдалт бүх төрөлтийн 28,3%-ийг эзэлж байгаа нь манай аймагт бусад судлаачтай жишиж үзвэл эмгэг цус алдалт харьцангуй их байна.

2. Олон төрсөн эхчүүдэд (5 ба түүнээс дээш) цус алдалтын хувийн жин их, мөн төрөлтийн тоо нэмэгдэх тутам цус алдалтын хэмжээ нэмэгдэж байна.

3. Бүх эмгэг төрөлтийн дотор 801—1201 грамм цус алдалт 24,9% 1201 граммаас дээш цус алдалт 21,9% байгаа нь их хэмжээгээр цус алдалт их байна.

4. Төрсний дараах цус алдалтаас урьдчилан сэргийлэх эмийн эмчилгээ болон умайн агших ажиллагааг сайжруулах идэвхтэй эмчилгээг хангалтгүй хийж, эхэс гардах ажилбарын 44,1%-д 301—граммаас дээш цус алдахад хийсэн нь авах арга хэмжээг зарим талаараа оройтуу лж байна.

### РЕЗЮМЕ

#### КРОВОТЕЧЕНИЕ В ПОСЛЕРОДОВОМ И РАННЕМ ПОСЛЕРОДОВОМ ПЕРИОЛАХ

Т. Эрхэмбаатар

Среди различных видов акушерской патологии возникающих в послеродовом и раннем послеродовом периодах акушерские кровотечения занимают одно из ведущих мест\*

В данной работе представлены результаты статистической обработки материалов родильного отделения объединенной больницы Селенгийского аймака за 1972—1973 гг. Кровотечение в послеродовом и раннем послеродовом периодах по нашим данным встречается 28,3% к общему числу родов в этом числе среди повторнородящих женщин у которых были 5 или больше родов занимает 48,3%.

Патологическое кровотечение в наших условиях часто встречается у многорожавших женщин.

Массивное кровотечение в количестве 1201 грамм и больше в послеродовом и раннем послеродовом периодах наблюдается 21,9% всех патологических кровотечений.

Большой процент кровотечения у родильниц в наших условиях связывается с плохим проведением профилактических мероприятий и с недостаточным проведением хирургических манипуляций и других активных методов лечения.

### НОМЗҮЙ

-- 1. Т. Дуламжав. Хойтохын уейн цус алдалт. Монголын анагаах ухаан 1970 он. 1 хуудас 59.

2. Д. Цэвэлмаа. Кровотечение в послеродовом и в раннем послеродовом периодах. Научно-практической конференции 1973.

3. С. Дунгаамаа. Медикаментозная профилактика кровотечения в родах у многорожавших женщин. Научно-практической конференции врачей 1973

4. М. Дамбадорж, Б. Шижирбаатар. О материнской смертности. Научно-практической конференции врачей 1973.

5. Б. Бадам. О кровотечении в послеродовом и раннем послеродовом периодах 1973.
6. Н. С. Бакшеев. Маточные кровотечения в акушерстве 1970.
7. С. Я. Малиновская. Кровотечение в послеродовом и раннем послеродовом периодах 1974.
8. Н. С. Бакшеев. Клинические лекции по акушерству 1972. стр 405—463.
9. Маточные кровотечения в акушерстве и гинекологии Киев 1966.
10. М. С. Малиновский. Оперативное акушерство 1967. 110—142. 1974 101—113.

ХЭВЛЭЛИЙН ТОЙМ  
АЛКОГОЛИЗМЫН УДАМШЛЫН ЗАРИМ АСУУДАЛД  
*Үргэлжлэл (түрүүч нь 1978—1-т)*

**ҮР УДАМД АРХИНЫ НӨЛӨӨ**

*Г. Даизээвэг, М. Отгон И. Пүрэвдорж*

Үр удамд архины нөлөөг судлах нь алкоголизмын удамшлын асуудалтай тойруу замаар холбоотой юм. Гэвч үр хүүхдэд архи ямар нөлөө үзүүлдэг тухай асуудал удам зүйч нарын анхаарлыг зүй ёсоор татаж байгаа юм. Учир нь гэвэл:

1. Саяхан болтол эмчилгээний практикт өргөн хэрэглэгдэж байсан эмийн зүйлс, хоргуйд тооцож байсан химийн нэгдлүүд, зарим мансууруулагч бодисууд удамшлын байгууламжинд хувьсал (мутац) үүсгэх үйлчилгээтэйг тогтоолоо.

2. Химийн зарим нэг бодисын үйлчилгээг шууд үнэлж болохуйц төрөлхийн олон гажиг байна. Жишээ нь: Талидомидыг жирэмсэн эмэгтэйчүүд хэрэглэхэд фокомели болон хөгжлийн бусад гажгууд илрэдэг. Тэрчлэн героин. (S. Bingham 1972) болон бусад мансууруулагч (S. N. ilisop 1973) бодис хөгжлийн гажиг үүсгэх болохыг саяхан нотоллоо. В. Маккынсих (1967) төрөлхийн аливаа гажгийг хэдэн арав дахин ихэсгэгч ямар нэг химийн бодис бидэнд анзаарагдахгүй байсаар байж болох юм гэж тун зөв хэллээ.

Хүүхдийн эрүүл мэнд эцэг эхийн бэлгийн эс боловсрох нөхцөл дараа нь умай доторхи орчин, төрөлт болон цаашдын амьдралын байдлаас ихээхэн хамаарах нь мэдээж. Эдгээрээс эцэг эхийн бэлгийн эс боловсрох ба хүүхдийн, умай доторхи өсөлтийн үед архи гэмтээгч нөлөө үзүүлж болох уу? гэсэн асуулт онц анхаарал татаж байна. Эцэг эхийн архины архаг өвчин үр хөврэлийн ба хүүхэд төрсний дараах ямар нэг гажиг янз бүрийн өвчин эмгэг үүсгэх журмаар хүүхдийн үхлийг ихэсгэгч хучин зүйл байж болох уу? Архинд мэдрэг байх удамшлын үндэс байна. уу? Архи удамших хувьслыг үүсгэх үйлчилгээтэй юу? гэсэн асуултууд гарч байна.

Бүр Гиппокарт «согтуурал бол сул дорой, эмгэг өвчтэй хүүхэд төрөхийн шалтгаан юм» гэж бичиж байжээ. Үнэхээр ч хүүхдийн бие бялдрын ба оюун санааны өсөлт бойжилтонд хортой үйлчлэгч бодисуудын дотроос архи тэргүүн байранд ордог байна. (В. П. Осипов 1922)

Эцгийн согтуу үед үр тогтоход үхсэн буюу тэнэг мулгуу хүүхэд ордэг (Bazzola 1901) эсэн санаа орчин үед эргэлзээ төрүүлж байна.

(В. Д. Дульнев 1934) Үр тогтох үеийн эхийн архидалт хүүхдэд ямар нөлөөтэй нь от судлагдаагүй байна.

Эрэгтэйчүүдийн алкоголизм эмэгтэйчүүдийнхээс 10—12 дахин илүү тохиолддог учраас үр удамд эцгийн архидалтын нөлөө илүүтэй судлагддэг.

Архаг архичдын бэлгийн эс, бүтэц, үйл ажиллагааны хувьд төгс бус, хөдөлгөөн муутай дутуу хөгжилтэй байдаг. А. Введенский (1928) Н. Ни- колаевски (1948) Ю. Т. Жукова (1965, 1966), Н. П. Садоков (1902) нарын судалгаанд бэөмийн уусалт, өөхжилт зэрэг өөрчлөлт ажиглагдаж байсан ба өндгэн эс боловсрох ажиллагаа эвдэрч (Н. И. Фронтовский 1901) байжээ.

А. I. Vihm (1930) эр хулганы биеийн 1 кг жинд 1 см<sup>3</sup> 96° этилийн спирт байхаар бодож арьсан дор нь жилийн турш тариад хээлтүүлэгт оруулсны дараа гарсан зулзагыг 8 уе дамжуулан үржүүлж, архи өгөөгүй хулганатай жишиж үзэхэд, туршлагын амьтанд зулзаганы эх доторхи ба төрсний дараах үхэл, өсөлтийн саатал үргүйдэлт зэрэг их хэмжээгээр ажиглагдажээ. Ялангуяа зулзага төрөхийн өмнө ба төрсний дараа үхэх явдал 3-р уе илүүтэй ажиглагдсаныг үлдэгдэл нөлөө гэжээ. (Отзвучавший эффект) Geni (1905) эр эм тахианд 96° этилийн спирт биеийн 1 кг жинд 0,5 см<sup>3</sup> бодож хоолтой нь хольж өгөхөд туршлагын тахиа ердийн тахианаас 3 дахин нөөн өнцөг өгсөн ба 130 өндөгнөөс 56 дэгдээхэй цаашдаа өсөлтөө-рөө ходорч байжээ.

96° этилийн спритийг туулай биеийн 1 кг жинд 1 см<sup>3</sup> оногдохоор бодож тэжээлд нь хольж 4—5 сарын турш өгөөд гарсан бүжиннд бэлэг бойжилтын үе хүртэл нь мөн дээрх байдлаар архи өгчээ. (SchrodeR 1913) Туршлагын үр дүнд эх доторхи ба төрсний дараах үхэл, өсөлт, хөгжлийн саатал ажиглагдсан байна.

Энэ ажлын дутагдалтай тал нь судалгаанд жиших шалгуурын бүлэг үгүйд оршино. Дээрхтэй төстэй ажил цагаан оготоно дээр хийгдсэн байна. (CourrieR 1958) Архи өгсөн оготоны зулзаганы ухэл, ерийн оготоныхоос 2 дахин их байжээ. Харин өсөлт, хөгжлийн доройтол ажиглагдаагүй байна.

C. Stockard (1933) 2500 усан гахайг саванд хийж жилийн турш өдөр бүр этинолын уураар утаж туршжээ. Туршлагын амьтныг ерийн оготнобур эхийн зулбалт 1,5 дахин зулзаганы төрсний дараах үхэл 2,5 той харьцуулбал үр зулбалт 1,5 дахин зулзаганы төрсний дараах үхэл 2,5 дахин илүү ажиглагдаж байна.

дахин илүү ажилдаж боли. Q. wolf. (1924) эм туулай дээр хээлтэй ба хөхөөр бүжингээ тэжээх үеийг оролцуулан 2,5 жил архи өгч туршаад эмэгчин амьтны хээлийн ба хөхний үед архины хордуулагч нөлөө алга гэжээ. Уг судалгаагаар бүжингийн төв мэдрэлийн системийн хөгжил зэрэг нарийн бүтцүүдийг судлаагүй болохоор ийм дүгнэлт нь үнэмшил багатай юм.

Жишээ нь E. M. Dowell (1927) архичин амьтны (оготно), 5 дахь үед нөхцөлт рефлексийн үйл ажиллагаа буурсан байдгийг ажигласан байхад В. Д. Дульнев түүлэй дээр хийсэн туршлагаар удаан хугацааны архидалт бужингийн уураг тархинд сонгомлоор нөлөөлж тархины жинг бууруулдаг гэжээ. Үр удамд архины нөлөөг судалсан судалгаа ерөнхий зарчмын хувьд дээрх ажлуудаас төдий л ялгараахгүй учир тэр бүхнийг тоочих хэрэггүй гэж бид үзлээ. Амьтад дээр хийсэн эдгээр туршлагаар архины үр удамд илэрхий мую нөлөө үзүүлэх үргүйдэх, үр зулбах, эх дотроо үхэх дутуу төрөх, гараад үхэх, эрэмдэг сүл дорой төл гарах буюу тэдгээр бие бялдрын өсөлт хөгжлөөрөө мую байдаг нь нотлогдож байна.

Эцэг эх хоёул архичин тохиолдолд архины хор нэлээ үр удамд яаж илрэх, хээлтэй амьтанд архины нэг удаагийн ба давтагдаж тун яаж үйлчилгээг, онтогенез хөгжлийн чухам ямар үед архи илүү хөнөөлтэйг сүдалсан судалгаа ховор байна.

40° архины спиртийг хээлтэй хулганы биеийн 1 кг жинд 0,5 мл-ээр бодож органогенезийн үед нь уулгаж туршсан бидний судалгаагаар (И. Пурэвдорж 1975) ургийн өсөлт хөгжилт удааширч эх доторхи хөврэлийн ухэл нэмэгдэж байлаа. Харин мэдэгдэхүйц хөгжлийн гажиг илэрсэнгүй.

Амьтад дээр хийгдсэн туршлагууд клиникийн ажиглалтаар хэрхэн батлагдаж байгааг сонирхож үзье.

Архичин хүмүүсийн үр хүүхдийн эруул мэндийн байдлыг судалсан эрдэм-шинжилгээний бүтээл бүр өнгөрсөн зууны эцсээр хэвлэгдэж байжээ. 1880—1895 онд Францад оюун ухааны дутмаг хөгжилтэй тэнэг дүйнгэ 1000 хүүхдийг судалж үзэхэд тэдгээрийн 471 тохиолдолд эх эцэг нь архичин, 85 тохиолдолд эх нь архичин, 65-д эх эцэг хоёул архичин байсан тухай мэдээлсэн байдаг.

Н. И. Фронтовский (1901) архичин гэр бүлд хүүхдийн үхэл, өвчлөл өндөр байгааг бичжээ. Гэвч архичны хүүхдийн үхэл, өвчлөлтийг тэр үеийн хүүхдийн өвчлөл, үхлийн байдалтай хэн ч харьцуулж үзсэнгүй.

В. Я. Канель (1914) хаант оросын усан тэнэг хүмүүсийн 33% нь архичин эцэгтэй, тэдгээр сэтгэл мэдрэлийн согогтнуудын 10% нь эцгийн согтуу үед олдсон хүүхэд болохыг тэмдэглээд архичны хүүхэд дорой ядмаг, өвчлөмтий, бие бялдар, оюун ухааны хөгжлөөр дулимаг хичээл номондоо муу, байн байн унадаг өвчтэй байдаг гэжээ.

Эпилепси өвчтэй, тэнэг мулгуу, нийгмийн гэмт хэрэгтэн, зориг шантарч гутран доройтогч зэрэг сэтгэл санааны согогтой хүмүүс голдуу архичин эцэг эхтэй байдгийг судлагчид ажиглажээ.

Архичин гэр бүлд ерийн айлынхаас үхсэн буюу дутуу төрөлт 2 дахин нярайн үхэл 3 дахин их ажиглагдсан байна. (M. Boss 1929)

Клиникийн өргөн хүрээтэй материал дээр хийгдсэн судалгаагаар дотоод шүүрлийн булчирхайн гэмтэл хавсарсан хэлгүй дүлий ихэнх нь архаг архичдаас төрдөг болохыг тогтоожээ. (Л. А. Богданович 1959). Тэнэг мулгуу хүүхдийн 20—25% нь архичдын хүүхэд болохыг Е. М. Экелова-Багала (1970)-ийн судалгаа гэрчилж байна.

K. Pohlisch (1927) архичны 118 хүүхдэд хийсэн судалгаагаараа тэр хүүхдүүдэд сэтгэц мэдрэлийн өвчний ихсэлт ажиглагдсангүй гэж бичжээ. Гэвч энэ судалгаа хүүхдийн бие бялдрын бойжилт, оюун ухааны байдлыг анхаарч судалсангүй.

4—5 жилийн турш архийг хортойгоор хэрэглэсэн эцгийн хүүхэд бие бялдрын хэвийн өсөлттэй байвч оюун санааны хөгжлөөрөө үе тэнгийнхээсээ хоцорч байдаг гэсэн дүгнэлтий В. Д. Дульнев (1971) клиникийн баялаг материалд түшиглэн хийжээ. Түүний үзэж байгаагаар хүүхдийн оюун ухааны доройтол эцгийн архаг архидалтын хугацаатай шууд хамааралтай ажээ.

Францад эцэг эх нь удаан хугацаагаар архи хэрэглэсэн 700 хүүхэд дээр хийсэн судалгаагаар (Rougent 1957) эцэг архичин тохиолдолд 17% дутуу төрөлт, 45% өсөлт хөгжилтийн саатал ажиглагдаж байсан бол эх нь архичин тохиолдолд дутуу төрөлт 31%, өсөлт хөгжлийн саатал 86% байжээ. Мөн хүүхдэд тэжээлийн доройтол эцэг архичин тохиолдолд 37%, эх нь архичин тохиолдолд 60% ажиглагджээ. Энэ судалгаагаар бол үр удамд эхийн архидалт эцгийнхээс 2 дахин илүү нөлөөтэй ажээ.

Саяхан нэгэн судалгаагаар C. Illeland архичин эмэгтэйчүүдийн 83% ердийнхээс бага жинтэй хүүхэд төрүүлдэг гэж мэдээлжээ. Энэ булэгт танилцсан ажлуудыг цэгнэж үзвээс дараах дүгнэлүүдийг хийж болох байна. Үүнд:

1. Эцгийн архидалт төв мэдрэлийн системийн хэвийн хөгжлийг алдагдуулах замаар хүүхдийг ой ухааны доройтолд хургэдэг ба тэрчлэн өвчний явц архидалтын хугацаанд шууд хамааралтай байна.

2. Судалгаануудаас үзэхэд эхийн архидалт үр удамд олон талын муу нөлөөтэй боловч эм бэлгийн эс боловсрох ба үр хөврөлийн үед тэрчлэн төрсний дараах шатанд хүүхдэд мэдэгдэхүйц хөгжлийн гажиг зэрэмдэгшил үүсгэх шалтгаан ажиглагдаагүй байна. Гэвч архи умай дахь урагт гажиг

Үүсгэгч хүчин зүйл болохыг гэрчилж болох хамгийн жижиг эмгэгийн шилжин хувьсалт хүүхдэд байгаа эсэхэд хэн ч анхаарал тавиагүй байна.

Архичдын хүүхдэд элбэг тохиолддог эпилепси, олигофрені психопати зэрэг өвчинүүд умайн доторхи үеийн архины үйлчлэлийн нөлөөгөөр эхлэн нөхцөлдөөд тэр нь архичин гэр бүл дэх нийгэм эдийн застийн нөхцөл зэрэг орчны нөлөөгөөр гүнзгийрдэг байж болох бүрэн үндэстэй юм. Тэгэхээр архи урагт хордуулагч, магадгүй зэрэмдэглэгч үйлчилгээтэй гэж үзэж болох байна. Энэ үйлчилгээний ямар механизм байна вэ? Үйлчлэгч хүчин зүйл нь архи өөрөө юу? Эсвэл архаг архичны бие махбодод үүсч байгаа бодисын солилцооны ямар нэгэн бүтээгдхүүн үү? Энэ битүүлэг хүчин зүйлийн үйлчилгээ архийг хортойгоор хэрэглэхээ зогссондаа ч гэсэн үргэлжилсээр байж болох уу? Архины үйлчилгээг мэрдэх чанарт удамшлын ялгаа бий юу?

Эдгээр асуулт одоогоор хариулагдахгүй хэвээр улдлээ. Архины хөнөөлт үйлчилгээг үүсгэгч бүтээгдхүүн мутаген (удамшлын бүтцийг хувьсгагч) үйлчилгээтэй байж болох уу гэдэг асуултанд хариулахад бүр ч түвэгтэй юм. Архийг эртнээс өргөн олноор хэрэглэсээр ирсэн хэдий боч ловч хүмүүсийг үй олноор нь хааягүй мөхөлд хургэх явдал үзэгдэхгүй байгааг бодоход архи ямар ч атугай хүчтэй мутаген үйлчилгээг агуулдаггүй бололтой. Харин мутаци үүсгэх, архины сул үйлчилгээг угүйсгэнэ гэдэг бэрхтэй.

Архи хүнд *in vitro* хромосомын гэмтлийг үүсгэдэг гэсэн D. de Gorok судалгаанаас өөр алкоголь мутаци үүсгэдэг эсэхийг шууд нотолсон туршигын ажил одоогоор алга байна.

Орчин үед анагаах ухааны генетик аяндаа ба нөлөөгөөр үүсэх удамших хувьслын жам зүй, төрөлхийн гажгуудын ба хүүхдийн төрсний дараах үхлийн шалтгааныг маш идэвхтэй судалж байна. Архи хордуулагч буюу зэрэмдэглэгч тэрчлэн мутаци үүсгэгч үйлчилгэээрээ зарим эмийн бодисуудаас сул байж болох юм. Гэвч аль ч улс оронд архийг зүй бусаар хэрэглэх явдал өргөн тохиолддог нь түүний үр удамд үзүүлэх хор нөлөөг нягтлан судлахыг шаардаж байна.

Үр удамд нөлөөлөх архины хорын тухай хэвлэлийн материалыг задлан шинжилж үзвээс тэдгээр нь баахан өнгөц чанартай, энэ асуудалд чиглэсэн уламжлалт судалгааны доголдолтой талыг бүрэн дүүрэн нөхөж бас л чадамгүй санагдана. Энэ асуудлыг шийдэхэд удам зүйч, физиологич биохимич болон бусад холбогдох мэргэжилтнүүдийн оролцоотойгоор социологийн ба хүүхэд эх барих тэрчлэн генетик, анагаах ухааны генетикийн хавсарсан судалгаа явуулах нь онц ач холбогдолтой юм. Мөн амьтад дээр загварчлан турших нь ихээхэн ирээдүйтэй арга гэж үзэж байна.

## РЕЗЮМЕ НЕ КОТОРЫЕ ВОПРОСЫ НАСЛЕДСТВЕННОСТИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ АЛКОГОЛИЗМЕ

Г. Дацээвэг. Кандидат мед. наук.

М. Отгон канд. мед. наук. И. Пүрээдорж

В работе проанализированы данные литературы, перспективность существующих методов изучения роли генетических факторов в этиологии и патогенезе алкоголизма (клинико-генеалогический, близнецовый, метод приемных детей, биохимический цитогенетических маркеров, моделирование на животных). Отдельно рассмотрен вопрос о действии алкоголя на потомство. Подобный обзор издается впервые.

Сделана попытка не только проанализировать полученные данные, но и обсудить умственность и перспективность существующих подходов к изучению генетических факторов алкоголизма.

Подобная работа необходима для планирования научных исследований по этиологии, патогенезу алкоголизма, разработке адекватных методов лечения и профилактики его.

## АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

- Богданович Л. А. Цит. по Н.А. Виноградов, А. К. Качаев, 1971  
Введенский А. БМЭ, 1928, т. 1, стр. 418  
Виноградов Н. А. Качаев А. К. Алкаголизм: проблема, борьба М.; «Знание» 1971г.  
вып. 1  
Дульнев В. Д. Влияние хронического алкоголизма родителей на развитие нервной системы у потомства. Автореф. М., 1964  
Дулунев В. Д. Состояние здоровья у потомства больных хроническим алкоголизмом. «Проблемы алкоголизма» М., 1971, вып. 2  
Жуков Ю. Т. Сборник «Вопросы психоневрологии» 1955, стр. 430  
Канель В. Я. Алкоголизм и борьба с ним, 1914  
Аукомский И. Н Алкоголизм и наследственность Ж. невропатол и психиатр. 1967г.  
№12, 1969.  
Маккрюсик В Генетика человека Н. «Мир» 1967  
Николаевски П. Хронический алкоголизм. СофияЛекон 1948  
Осипов В. И. Научн. медицина 1922, 9, 19.  
Пашенков С. З. О некоторых аспектах наследственности при хроническом алкоголизме. Сборник «Алкоголизм». «Знание». 1973  
Пүрэвдорж И. Влияние алкоголя на развития мышечных эмбрионов. Тезисы докл. науч конф, МГМИ, 1975  
Рыбаков Ф. Е. Ж. невропатол. и психиатр. 1910, 2—3.  
Стрельчук И. В. Острая и хроническая интоксикация алкоголем. М., 1972.  
Сытинский И. А Успехи физиологических наук. 1975, № 1  
Фронтовский Н. И. К вопросу о патолоанатомических изменениях в яичниках животных при отравлении этиловым алкоголем. Дисс. СПб, 1901.  
Экелова-Багалей Е. М. Роль хронического алкоголизма родителей в патологии нервной системы у детей. В ос. «Алкоголизма», Киев. 1970, 24—25.  
Энтин Г. М. Дифференцированное применение активной терапии при стационарном лечении больных алкоголизмом. Дисс.докт.М.,1972.

## ГАРЧИГ

### Судалгаа шинжилгээ

<i>Г. Жамба, Д. Дандий</i> — Галзуу өвчний тахал судлал, өвөрмөц сэргийлэлтийн асуудалд . . . . .	3
<i>А. С. Чиж, А. С. Корзун, Р. А. Ратнер</i> — Бөөрний түгээмэл гломерулонефритыг метийдолоор эмчилсэн нь . . . . .	9
<i>Д. Балдандорж, С. А. Бекирова</i> — Алтан гагнуурын нэг дурс, могойн идээ гэдэг ургамлын үндэс ясны бэртэнгэнд хэрхэн нелёөлөх байдлыг гэрлийн шинжилгээний тусlamжтайгаар судалсан дүн . . . . .	13
<i>В. Ичинхорлоо, Д. Жодов</i> — Ходоод улаан хоолойн заагийн өргөссөн венийн цус алдалт . . . . .	16
<i>М. Дамбадорж, С. Дорж</i> — Урьдчилан сэргийлэх үзлэгээ зэр умаик хүзүүний оменг эрт үед илрүүлэх . . . . .	18
<i>Х. Лхагважав, Р. Дорждээрэм</i> — Улаанбаатар хот дахь хүүхдийн гэргээт нас баралтын байдалд хийсэн судалгааны дүнгээс . . . . .	23
<i>Н. Дондог, Б. Бадамцэдэн, Я. Олзийхутаг</i> — Гипертони өвчтөнд хэрэглэх сойлт хоолны эмчилгээ . . . . .	25
<i>Д. Жодов</i> — Шулуун гэдэсний гадуурх ўхжлэгт эдийн хурц үрэвсэл өвчний зарим асуудал . . . . .	29
<i>Т. Пүрэвжав</i> — Архаг остеомиэлиттой өвчтөнийг шинжлэх арга . . . . .	31
<i>Г. Цагаанхүү, М. Отгон</i> — Пьеер Мариин хөдөлгөөн тэнцвэргүйдэх өвчний клиник-генетикийн судалгааны асуудалд . . . . .	35
<i>Л. Галцог, Атеросклерозын шинж чанарыг гол ба зүрхний ти тэм судас дээр судалсан дүн . . . . .</i>	39
<i>Л. Лхагва, М. Отгон</i> — Алганы хээ судлах асуудалд . . . . .	48
<i>С. Шаадай, Ц. Эрдэнэ, Ч. Дангаа</i> — Ийлдээст гипатитын эпидемиологийн зарим асуудал . . . . .	53
<i>П. Цэндсүрэн</i> — Монгол охидын менархе . . . . .	59
<i>Т. Эрхэмбаатар</i> — Эхсийн ба төрсний дараах үеийн эрт цус алдалт . . . . .	62
<i>Г. Дашзэвэг, М. Отгон, И. Пүрэвдорж</i> , — Алкаголизмын удамшлын зарим асуудалд (хэвлэлийн тойм) үргэлжлэл (түрүүч нь 1978-1-т)	66

Эрхлэн бэлтгэх зөвлөл:  
Редакционный совет:  
Н. Гэндэнжав, Б. Гоош, Ч. Дангаа, Г. Дашиэвэг, Б. Доржгов, Б. Жав,  
Л. Жигжидсүрэн, А. Ламзав, Л. Мягмар, Ж. Раднаабазар, Г. Цагаанхүү, Д. Цэдэв, Н. Чагнаа, Ж. Шагж, С. Ямаахай

Хэвлэл эрхэлсэн коллегийн хаяг:  
Улаанбаатар, К. Марксын гудамж  
Эрүүлийг хамгаалах Яам, 201-р өрөө  
Адрес редакционной совет:  
г. Уланбатор, ул. К. Маркса.  
Министерство Здравоохранения МНР  
Ком. 201

61  
—  
M-195

5-1  
—  
298-78

МОНГОЛЫН АНАГААХ УХААН, 1978. 2/29,30

A-67516. Өрөлтөнд 1978 оны 8 -р сарын 26 .нд  
Хэвлэлтэнд 1978 оны 10 -р сарын 26 -нд  
Хэвлэсэн тоо. 1100 Х. х. 4,5 Х. н. х. 6,30 Т. х. 5,02  
Цаасны хэмжээ 70X108/16. Х. г 423/77  
Зах 147 Үнэ. 5 тө. 85 мэ

Улсын хэвлэлийн газар  
Улаанбаатар; Элдэв-очирын гудамж, 7

Сүхбаатарын нэрэмжит хэвлэлийн комбинатад  
хэвлэв. Улаанбаатар; Сүхбаатарын талбай, 2