

МЭНДЧИЛГЭЭ

Тус Эрүүл Мэндийн шинжлэх ухаан сэтгүүлийн ээлжит дугаар эрхэм уншигч түмний гар дээр хүрч байгаад сэтгүүлийн редакцийн хамт олон нэн баяртай байна. Энэхүү дугаарт эрүүл мэндийн олон салбар шинжлэх ухааны төлөөлөл болсон бүтээлүүд орж байна. Эрүүл мэндийн шинжлэх ухаан гэдэг нь хүний бие махдбодын хэвийн бүтэц, үйл, ажиллагаа, түүний эмгэгийн үеийн төлөв байдал, мөн эмчилгээний талаар хүмүүн төрөлхтний судалж туурвисан он удаан жилийн бүтээл туурвилыг эмхэтгэн нэгтгэсэн нэгдсэн цогц ойлголт юм.

Эрүүл Мэндийн шинжлэх ухаан сэтгүүлийн энэ дугаараас эхлэн эрүүл мэндийн салбарын эрдэм шинжилгээний бүтээлийг туурвихдаа анхаарвал зохих ерөнхий ойлголтыг залуу судлаач нартаа хүргэхээр бэлтгэлээ.

Шинжлэх ухааны салбар тус бүр өөрийн гэсэн өвөрмөц онцлогтой боловч тэдгээрийг шинжлэх ухааны салбарын хувьд нь нэгтгэн базсан нэгэн шаардлага байдаг билээ.

Эрүүл Мэндийн шинжлэх ухаан сэтгүүл 7 жилийн турш 18 дугаар гаргахдаа энэхүү шаардлагауудыг ерөнхийд нь хангасан бүтээлүүдийг авч хэвлэж байсан билээ.

Харин он жилийн уртад аливаа зүйлийн чанар чансаа танигддаг зүй тогтлоор тус сэтгүүлд хэвлэгдэж байсан бүтээлүүдийг сэтгүүлд бүтээлд тавигддаг шаардлагын үүднээс эргэн харвал утгын болон үг үсгийн алдаатай, зураг, хүснэгт нь шаардлага хангаагүй зэрэг олон алдаа мадаг бүхий өгүүллүүд хэвлэгдсэн байна.

Иймээс бид сэтгүүлийнхээ чанар чансааг дээшлүүлэхийн үүднээс хэвлэгдэх материалд тавигдах шаардлагагыг бүрэн дүүрэн хангасан материалуудыг хүлээн авах, тэгэхдээ тус сэтгүүлийн редакцийн гишүүдийн хянаж засаж зөвшөөрсөн материалыг тухайн зөвшөөрөл өгсөн гишүүний нэрийн хамт хэвлэж байхаар шийдлээ.

Иймийн учир эрүүл мэндийн шинжлэх ухааны оюуны охь болсон энэхүү сэтгүүл мэргэн уншигчийн мэлмийн өмнө хүрэлцэн очихуй дор элдэв алдаанаас алсуур байх болтугай

**Сэтгүүлийн хариуцлагатай нарийн бичгийн дарга,
Доктор, профессор С.Энэбиш**

Номын хур арвин байх болтугай.

Тэргүүлэгчид

Ерөнхий эрхлэгч: Г.Батбаатар АУ-ы доктор, профессор

Орлогч эрхлэгч: Н.Сүмбэрзул АУ-ы доктор, профессор

Хариуцлагатай нарийн бичгийн дарга: С.Энэбиш БУ-ы доктор, профессор

- Ц.Лхагвасүрэн академич, АШУ-ы доктор, профессор
- П.Цэдэн АУ-ы доктор, профессор
- Д.Амарсайхан АУ-ы доктор, профессор
- Д.Дүнгэрдорж академич, АШУ-ы доктор, профессор

Гишүүд

- Н.Баасанжав академич, АШУ-ы доктор, профессор
- Д.Амгаланбаатар АШУ-ы доктор, профессор
- Ж.Оюунбилэг БШУ-ы доктор, профессор
- Б.Эрдэнэчулуун АШУ-ы доктор, профессор
- Ч.Цэрэннадмид, АУ-ы доктор, профессор
- Г.Цагаанхүү АУ-ы доктор, профессор
- Б.Баасанхүү АУ-ы доктор, профессор
- И.Пүрэвдорж АУ-ы доктор, профессор
- Д.Малчинхүү АУ-ы доктор, профессор
- Г.Чойжамц АУ-ы доктор, профессор
- Ж.Баасанхүү АУ-ы доктор, профессор
- Л.Галцог АУ-ы доктор, профессор
- С.Олдох, АУ-ы доктор, профессор
- Я.Дагвадорж АУ-ы доктор, профессор
- Д.Гончигсүрэн АУ-ы доктор, профессор
- Д.Цэрэндагва АУ-ы доктор, профессор
- С.Цогтсайхан АУ-ы доктор, профессор
- О.Сэргэлэн АШУ-ы доктор, профессор
- Г.Сүхбат АУ-ы доктор, профессор
- Д.Энэбиш АУ-ны доктор, профессор
- Г.Одонтуяа АУ-ы доктор, дэд профессор
- Г.Наран АУ-ы доктор, дэд профессор
- С.Мөнхбаярлах АУ-ы доктор, дэд профессор
- Б.Амарсайхан АУ-ы доктор, профессор
- О.Чимэдсүрэн АУ-ы доктор, дэд профессор
- Д.Бира АУ-ы доктор, дэд профессор
- Ж.Сарантуяа АУ-ы доктор, дэд профессор
- Д.Энхжаргал АУ-ы доктор

Эрхлэгчийн хаяг:

Эрүүл Мэндийн Шинжлэх Ухааны Их Сургууль, Био-Анагаахын сургууль, Зоригийн гудамж-3, 128 тоот, Улаанбаатар 14210, Монгол

Захиалгын хаяг:

Эрүүл Мэндийн Шинжлэх Ухааны Их Сургууль, Био-Анагаахын сургууль, Зоригийн гудамж-3, 210 тоот, Улаанбаатар 14210, Монгол

Материал хүлээн авах хаяг:

Эрүүл Мэндийн Шинжлэх Ухааны Их Сургууль, Био-Анагаахын сургууль, Зоригийн гудамж-3, 210 тоот, Улаанбаатар 14210, Монгол
senebish@yahoo.com

Шуудангийн хаяг:

Р.О.Вох 272, Улаанбаатар-48, Монгол

Дугаарыг:

С.Энэбиш, Б.Журамт.

Эрхлэн гаргагч: ЭМШУИС, Био-Анагаахын Сургууль

Эрүүл Мэндийн Шинжлэх Ухаан сэтгүүл 2012

© Бүх эрх хуулиар хамгаалагдсан.
ЭМШУИС-ийн зөвшөөрөлгүйгээр энэхүү хэвлэлийн аль нэг хэсэг, электрон, механик болон өөр ямар нэг байдлаар хуулбарлах, дахин хэвлэх, хувилах, олшруулахыг хориглоно.

ГАРЧИГ

1. **Агт араа авахаас өмнө доод түүхийн мэдрэлийн гэмтэх эрсдлийг дэлгэмэл рентген зургаар үнэлэх нь.**
Э.Бүжин¹, Л.Хэнтий².
2. **Артерийн гипертензийн үеийн сувилгааны үйл ажиллагааны 5 шатлалын өнөөгийн байдал.**
Б. Азжаргал¹, Т. Зэвгээ¹.
3. **Бактерт менингитийн үүсгэгчийн серотипийг тодорхойлсон судалгаа.**
Д.Алтанцэцэг¹, Ж.Сарантуяа², Д.Булган², Talarico Carla³, Carvalho Mda G³, Д.Ану¹, Д.Содбаяр⁴
4. **Бамбайн хатгалтын эс судлалын шинжилгээний дүн.**
О.Сүрэн¹, Б.Туул², Ц.Индорж³, Б.Ганзориг³, Э.Баярмаа².
5. **Гэрийн сувилахуйн 5 шатлалын дагуу тэмдэглэл хөтөлсөн байдалд үнэлгээ өгөх нь.**
Д.Солонго¹, С.Наранчимэг¹, Б.Оргил², Б.Батсэрээдэнэ³
6. **Дүүргийн эрүүл мэндийн нэгдлээр үйлчлүүлэгчдийн сэтгэл ханамжийн судалгаа.**
Ю.Гантөгс¹, О.Чимэдсүрэн¹, П.Цэдэн¹, Б.Балжинням²
7. **Зарим аутоиммун эмгэгийн үед RF-IgM; dsDNA ауто эсрэг бие тодорхойлсон дүн.**
Н. Наранбаатар¹, Б. Саранцэцэг¹, С. Цогтсайхан¹ Г.Батбаатар¹
8. **Их дээд сургуулийн санхүүжилтийн асуудалд**
Г.Баярбат¹, С.Оюунцэцэг¹, Б.Солонго³, Б.Оюунгоо², Д.Цэрэндагва¹
9. **Насанд хүрсэн эрүүл монгол хүний зүрхний венийн судсыг идүүлэх аргаар судалсан дүн**
Б.Өнөрцэцэг¹, С.Түндэврэнцэн¹, Б.Дагданбазар¹, Д.Амгаланбаатар¹, С.Энэбиш¹, Б.Журамт¹,
10. **Нялхас, бага насны хүүхдийн хооллолтын дадлын үзүүлэлтийг тодорхойлсон судалгааны дүн**
Д.Отгонжаргал¹, Ж.Батжаргал¹, Д.Даваалхам², Д.Энхмягмар¹
11. **Оюутнуудын хөдөлгөөний идэвх, чийрэгжилтийн байдал**
Ц.Цэцэгмаа¹, Н.Сүхбаатар¹,
12. **Сувилын хүүхдийн бие бялдар, сэтгэц, хөдөлгөөний хөгжилт**
Г.Аззаяа¹, З.Гэрэлмаа²,
13. **Төрийн тусгай албан хаагчдын дунд нүдний өвчлөлийг илрүүлсэн нь**
Б.Баттуяа¹, Т.Булган²
14. **Тулгуур хөдөлгөөний хөгжлийн бэрхшээлтэй иргэнд зориулсан эмнэлгийн орчны үнэлгээ.**
Д. Мөнх-Учрал¹, Б.Нарантуяа², Ц.Эрдэнэсамбуу², О.Чимэдсүрэн³
15. **Туршилтын амьтанд үүсгэсэн ходоод, элэгний эмгэг загварын үед отгонтэнгэрийн раишааны эмчилгээний идэвхийг судалсан дүн.**
Д.Зоригтбаатар¹, М.Амбага², С.Олдох³
16. **Ураг болон 0-4 насны хүүхдийн нурууны нугалмын бүтэц судасжилтыг судлах асуудалд.**
Д.Оюунцэцэг¹, А.Авирмэд², С.Энэбиш², Д.Амгаланбаатар²
17. **Ургийн улаан хоолойн байрлал зүйн динамик хөгжлийн судалгаа.**
Л.Ганчимэг¹, С.Энэбиш¹, Д.Амгаланбаатар¹
18. **Ургийн улаан хоолойн морфометрийн судалгаа.**
Л.Ганчимэг¹, С.Энэбиш¹, Д.Амгаланбаатар¹
19. **Ургийн уртын хэмжээгээр долоо хоногийн хугацааг тодорхойлох аргуудыг харьцуулсан дүн.**
Л.Хосбаяр¹, Н.Шижир¹, М.Лхагважаргал¹, Б.Саранчимэг¹, С.Энэбиш¹
20. **Халдварт бус өвчний талаарх мэдээллийн эх сурвалж, эрэлт хэрэгцээг малчдад тодорхойлох нь.**
О.Алтанзул¹, О.Нандин-Эрдэнэ¹, Б.Батзориг¹, Д.Даваалхам¹
21. **Халдварт бус өвчний эрсдэлт хүчин зүйлсийн талаарх мэдлэгийн түвшинг малчдад тодорхойлох нь.**
О.Алтанзул¹, О.Нандин-Эрдэнэ¹, Б.Батзориг¹, Д.Даваалхам¹
22. **Хөхний хавдартай холбоотой эрүүл мэндийн тусламж хайх зан үйлийн судалгаа.**
Э.Эрдэнэчимэг¹, Ө.Мөнхчулуун⁴, Л.Оюунтогос², Д.Нямхорол³, Д.Нарансүх¹, С.Мягмарчулуун¹, Д.Хишигтогтох¹, Ц.Цэвэгдорж¹, Ч.Цолмон¹,
23. **Монгол оронд европ эмчилгээг дэлгэрүүлсэн эмч.**
Б.Шагдаржав.

Агт араа авахаас өмнө доод түүшийн мэдрэлийн гэмтэх эрсдлийг дэлгэмэл рентген зургаар үнэлэх нь

Э.Бүжиг ¹, Л.Хэнтий ²

^{1,2} ЭМШУИС-НАСС

Хүлээн авсан
2011 оны 12 сарын 01

Хэвлэхийг зөвшөөрсөн
2011 оны 12 сарын 26

Түлхүүр үг:

Доод түүшийн
мэдрэл, доод агт
араа, доод түүшийн
мэдрэлийн гэмтэл

Товч утга

Бидний судалгааны зорилго 20-30 насны хүмүүст агт араа авах үед доод түүшийн мэдрэл гэмтэх эрсдлийг дэлгэмэл рентген зургаар үнэлэхэд оршино. Дэлгэмэл рентген зургийг ЭМШУИС-ийн НАСС-ийн дүрс оношлолооны кабинетын архиваас 2011.01-2011.03 сарын хооронд үзүүлсэн өвчтөнүүдийн зургаас тодорхой шалгуураар сонгож түүвэрлэсэн. Түүвэрт нийт 60 өвчтөний (120 доод агт араа, 54 эрэгтэй, 68 эмэгтэй) дэлгэмэл рентген зургийг сонгож авсан. Сонгосон дэлгэмэл рентген зургийг I-VIEW 2D программаар хэмжиж үнэлэв. Дэлгэмэл рентген зургийг үнэлэхэд шүдний сурвалжийн орой эрүүний сувагтай харьцаж байгаа нь 6% доод түүшийн мэдрэл гэмтэх эрсдэлтэйг харуулж байна.

Удиртгал: Глобалчлагдаж буй өнөө үеийн нийгэмтэй холбоотой хүний биеийн бүтэц бага багаар өөрчлөгдөн хувьсаж байгаа билээ. Хүнд агт араа шүдний эх үүсвэр нь байхгүй, хөндлөн ба саатан ургаж чадахгүй хүндрэл үүсгэж буй нь илүүдэл эрхтэн мэт болж байгаагийн нэгэн тод жишээ юм. Агт араа шүд авах мэс засал нь гажиг заслын болон агт араа орчмын зөөлөн эдийн хүндрэлээс урьдчилан сэргийлэх зорилгоор хийгдэнэ.¹ Доод агт араа авахтай холбоотой доод түүшийн мэдрэл гэмтдэг.⁹ Доод агт араа авсны дараах доод түүшийн мэдрэлийн гэмтэл Испаний судлаач Valmaseda-Castellon E нарын судалгаагаар 0,5%- 8% байх боловч ихэвчлэн 5%, Германы судлаач Guelicher D нарын судалгаагаар 3,6%, Английн судлаач Brann C.R нарын судалгаагаар 13% тохиолдсоныг дурьдсан байна.^{2,4,5} Мэдрэл гэмтэх зарим нэгэн хүчин зүйл нь мэс заслын техник, мэдээ алдуулалтын арга, өвчтөний нас, доод агт арааны байрлал, эрүүний суваг болон агт арааны хоорондын харьцаатай холбоотойг ном хэвлэлд тэмдэглэсэн байдаг.^{2,4,5} Хагалгааны өмнө доод түүшийн мэдрэл агт араатай ойрхон байх эрсдлийг үнэлэхдээ дэлгэмэл рентген зургийн шинжилгээгээр үнэлдэг.^{2,6,7,8}

Зорилго: 20-30 насны хүмүүст агт араа авах үед доод түүшийн мэдрэл гэмтэх эрсдлийг дэлгэмэл рентген зургаар үнэлэхэд оршино.

Шинэлэг тал: Уг судалгааг манай оронд анх удаа хийж байгаагаараа шинэлэг юм.

Арга зүй: Дэлгэмэл рентген зургийг ЭМШУИС-ийн НАСС-ийн дүрс оношлолооны кабинетын архиваас 2011.01-2011.03 сарын хооронд үзүүлсэн өвчтөнүүдийн зургаас дараах шалгуураар сонгож түүвэрлэсэн.

- Үнэлж болохуйц тод гарсан
- Эрүүний их бие, булан хэсэгт эмгэг өөрчлөлтгүй, гэмтэл авч байгаагүй
- Доод агт араа шүд цооролгүй
- 20-30 насны хүмүүсийн дэлгэмэл рентген зургийг түүвэрлэв.

Түүвэрт нийт 60 өвчтөний (120 доод агт араа, 54 эрэгтэй, 68 эмэгтэй) дэлгэмэл рентген зургийг сонгож авсан. Сонгосон дэлгэмэл рентген зургийг I-VIEW 2D программаар хэмжиж үнэлэв.

1. Агт арааны сурвалжийн оройн цэгээс (А цэг) доод түүшийн мэдрэлийн хамгийн ойр байгаа цэг (В цэг) хүртэл хэмжив.
2. Сурвалжийн оройн хэсэг эрүүний сувагтай давхцсан, эрүүний сувагны цагаан шугам тасархайтсан, сувагт сурвалжийн оройн хэсэг сүүдэржилттэй харагдаж байгаа тохиолдлуудад доод түүшийн мэдрэлийг гэмтэнэ гэж үзсэн.

Үр дүн: 120 доод агт арааг эрүүний суваг хүртэл хэмжихэд хамгийн их нь 1.69мм урт сурвалж эрүүний сувагт орсон байсан. Сурвалжийн оройн хэсэг эрүүний сувагтай давхцсан, эрүүний сувгийн цагаан шугам тасархайтсан, сувагт сурвалжийн оройн хэсэг сүүдэржилттэй харагдаж байгаа, шүдний сурвалж муруйсан тохиолдлуудад доод түүшийн мэдрэлийг гэмтэнэ гэж үзсэн ба эдгээр тохиолдлууд 6%-ийг эзэлж байлаа.

Бидний судалгааг гадаадын эрдэмтдийн судалгаатай харьцуулахад One sample T test ашигласан бөгөөд $P < 0.05$ буюу статистикийн хувьд ялгаатай үр дүн гарсан.



Зураг 1. Эрүүний суваг, агт арааны хоорондын зайг хэмжсэн байдал



Зураг 2. Агт араа шүдний сурвалж эрүүний сувагтай харьцаж байгаа тохиолдол

Хэлцэмж: Испанийн судлаач Valmaseda-Castellon E нарын судалгаагаар доод агт араа шүд авсны дараа доод түүшийн мэдрэл гэмтэх эрсдэл 0,5%- 8% тохиолдож байсан нь доод агт араа авахаас өмнөх эрсдлийг үнэлэхэд 6% доод түүшийн мэдрэл гэмтэх эрсдэлтэй гэсэн бидний судалгаатай ойролцоо байна. Харин бидний судалгаа Германы судлаач Guelicher D нарын доод түүшийн мэдрэл гэмтэх эрсдэл 3,6% гэсэнтэй бараг 1 дахин өндөр, Английн судлаач Brann C.R нарын судалгаагаар 13% доод түүшийн мэдрэл гэмтэх эрсдэлтэй гэсэнээс 1 дахин бага тохиолдож байна.

Дүгнэлт:

1. Агт араа шүд, эрүүний сувагтай харьцаж буй нь доод түүшийн мэдрэл гэмтэх магадлал 6% байна.
2. Английн судлаач Brann C.R нарын судалгаагаар 13% доод түүшийн мэдрэл гэмтэх эрсдэлтэй байхад бидний судалгаагаар 6% гэмтэх магадлалтай байна.

Талархал: Энэхүү судалгааг хийхэд гүн туслалцаа үзүүлсэн Нүүр Амны Мэс Заслын тэнхмийн эрхлэгч АУ-ны Доктор, Дэд профессор Л.Хэнтий багшдаа гүн талархал илэрхийлье.

Ном зүй:

1. Fuster Torres MA, Gargallo Albiol J, Berini L, Gay Escoda C. Evaluation of the indication for surgical extraction of third molars according to the oral surgeon and the primary care dentist. Experience in the Master of Oral Surgery and Implantology at Barcelona University Dental School. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*.2008;13:E499-504.
2. Valmaseda-Castellon E, Berini-Aytes L, Gay-Escoda C: Inferior alveolar nerve damage after lower third molar surgical extraction: A prospective study of 1117 surgical extractions. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 92:377, 2001
3. Queral-Godoy E, Valmaseda-Castellon E, Berini-Aytüs L, Gay-Escoda C. Incidence and evolution of inferior alveolar nerve lesions following lower third molar extraction. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2005;99:259- 64.
4. Brann CR, Brickley MR, Shepherd JP: Factors influencing nerve damage during lower third molar surgery. *Br Dent J* 186:514, 1999
5. Guelicher D, Gerlach KL: Sensory impairment of the lingual and inferior alveolar nerves following removal of impacted mandibular third molars. *Int J Oral Maxillofac Surg* 30:306, 2001
6. Rood JP, Shehab BA. The radiological prediction of inferior alveolar nerve injury during third molar surgery. *Br J Oral Maxillofac Surg*. 1990;28:20-5.
7. Monaco G, Montevecchi M, Bonetti GA, Gatto MR, Checchi L. Reliability of panoramic radiography in evaluating the topographic relationship between the mandibular canal and impacted third molars. *J Am Dent Assoc*. 2004;135:312-8.
8. Jhamb A, Dolas RS, Pandilwar PK, Mohanty S. Comparative efficacy of spiral computed tomography and orthopantomography in preoperative detection of relation of inferior alveolar neurovascular bundle to the impacted mandibular third molar. *J Oral Maxillofac Surg*. 2009;67:58-66.
9. Nakagawa Y, Ishii H, Nomura Y, Watanabe NY, Hoshida D, Kobayashi K, et al. Third molar position: reliability of panoramic radiography. *J Oral Maxillofac Surg*. 2007;65:1303-8.

Damage risk assessment to the inferior alveolar nerve before the third molars extraction by panoramic radiography

E.Bujin¹, L.Khentii²

^{1,2} School of Dentistry, Oral Maxillary Surgery department

According to the scientists researches the inferior alveolar nerve damage is related to the surgery techniques, method of anesthesia, patient age, lower wisdom tooth location, and its relation with the mandibular canal. This study purpose was evaluate the injury risk to the inferior alveolar nerve before the lower third molars extraction at the age of 20-30. There were examined selected 60 patients panoramic radiography (120 lower third molars 52 male, 68 female) 2011.01-2011.03 from the archive of the imaging diagnostic cabinet, School of Dentistry, HSUM. The lower third molars have the relationship with the mandibular canal in 6%, and 94%-no relation. Thus the damage risk of IAN is 6%. This had significant statistic ($p<0.05$) This study has a difference of significant statistic ($p<0.05$) in a comparison of our and foreign explorer's indexes.

Артерийн гипертензийн үеийн сувилгааны үйл ажиллагааны 5 шатлалын өнөөгийн байдал

Б. Азжаргал¹, Т. Зэвгээ¹

¹ Этүгэн дээд сургууль

Хүлээн авсан
2011 оны 11 сарын 22

Хэвлэхийг зөвшөөрсөн
2011 оны 12 сарын 07

Түлхүүр үг:
Сувилгааны үйл
ажиллагаа
Үнэлэх
Оношлох
Төлөвлөх хэрэгжүүлэх
Дүгнэх

Товч утга

Нийслэл дэхь улс, хот, дүүргийн эмнэлэг болон зарим өрхийн эмнэлэгт ажиллаж байгаа сувилагч нарын дунд артерийн гипертензийн үеийн сувилгааны үйл ажиллагаа, сувилахуйн тусламж үйлчилгээ үзүүлж байгаа өнөөгийн байдлыг судлах зорилгыг дэвшүүлэн ажилласан юм. Бид судалгаандаа I-III шатлалын эмнэлгүүдэд ажиллаж буй дипломын болон бакалаврын боловсролтой нийт 93 сувилагч нарыг судалгаандаа хамруулан үнэлэх, оношлох, төлөвлөх, хэрэгжүүлэх, дүгнэх гэсэн сувилгааны үйл ажиллагааны шатлалыг тодорхойлов. Сувилгааны үйл ажиллагааны үнэлгээний шатлалаар асуумж авч ярилцан, ажиглалт хийн, биеийн жин, өндөр, цусны даралт, халуун хэмжсэн, пульс, амьсгал тоолсон, тухайн эрхтэн тогтолцоог чагнасан, тогшсон, тэмтрэх үзлэг хийсэн, бичиж тэмдэглэсэн нь зовиур, шинж тэмдэг, эрсдэлт хүчин зүйл, сэтгэц–нийгмийн хэрэгцээг тодорхойлж сувилгааны онош, төлөвлөлт, хэрэгжүүлэлт хийснээр сувилгааны үр дүнг тодорхойлсон байдлыг судлав.

Удиртгал: Сувилахуйн ухаан нь анагаах ухааны зэрэгцээ биеэ даасан шинжлэх ухаан мөн бөгөөд сувилахуйн тусламж үйлчилгээ нь өөрийн өвөрмөц зарчим, тодорхой дүрэм журам, технологийн дагуу биеэ даасан чиглэлээр явагдаж байна. Нийгмийн хөгжил дэвшлээс шалтгаалан сувилгаа нь өөрчлөгдөн хөгжиж байна. Сувилах үйл ажиллагаа нь зөвхөн өвчин эмгэгтэй хүмүүст тусламж үзүүлдэг байсан бол өнөө үед нийгэм тал руугаа шилижиж эрүүл хүмүүст эрүүл мэндээ сахин хамгаалах тал руугаа шилиж дэвшиж байна. Сүүлийн хэдэн арван жилийн туршид хүн амын өвчлөлийн байдал өөрчлөгдөж амьдралын буруу хэв маяг, зохисгүй хооллолт, хөдөлгөөний хомсдол, архи, тамхины хэрэглээтэй холбоотой халдварт бус өвчнөөр өвчлөгсдийн тоо нэмэгдэж, нас баралтын шалтгаанд халдварын бус өвчин зонхилж, тэдгээрийг үүсгэгч анхдагч (зохисгүй хооллолт, хөдөлгөөний хомсдол, архи, тамхи) болон завсрын (илүүдэл жин, цусны даралт ихсэлт, цусан дахь өөх тос, сахар ихсэлт) эрсдэлт хүчин зүйлс нь сувилахуйн шинжлэх ухаанд онцгой анхаарал татах болсон¹.

Зорилго: Улс, хот, дүүргийн эмнэлэг болон зарим өрхийн эмнэлэгт ажиллаж байгаа сувилагч нарын дунд артерийн гипертензийн үеийн сувилгааны үйл ажиллагааны (үнэлэх, онош тавих, төлөвлөх, хэрэгжүүлэх, дүгнэх) өнөөгийн байдлыг судлах.

Шинэлэг тал: Артерийн гипертензийн үе дэхь сувилгааны үйл ажиллагааны төлөв байдлыг тусгайлан судалсан нь шинэлэг болж байна.

Арга зүй: Судалгаанд 21-59 насны 93 сувилагчийг хамруулсны 3 (3.2%) нь эрэгтэй, 90 (96.8%) нь эмэгтэй, 43 нь сувилахуйн бакалаврын боловсролтой, 50 нь сувилахуйн дипломын боловсролтой сувилагч нар байв. Сувилгааны үйл ажиллагааг асуумж судалгаагаар, нэг агшингийн аналитик судалгааны аргаар хийж гүйцэтгэсэн. Судалгааны боловсруулалтыг SPSS 17, EXSEL программаар хийж гүйцэтгэн, үр дүнг t test, p утгаар илэрхийлэв. Статистик боловсруулалтыг үнэлэхдээ хи квадрат шалгуураар $p < 0.05$ байгаа тохиолдол статистикийн үнэн магадтай гэж үзэв.

Үр дүн:

Хүснэгт 1-ээс харахад улсын клиникийн эмнэлэгт ажиллаж буй сувилагч 46 (48.8%), дүүргийн нэгдсэн эмнэлэгт ажиллаж буй нь 23 (24.4%), өрхийн эмнэлэгт ажиллаж буй нь 24 (26.8%) байв. Дипломын боловсролтой сувилагч нар 53.7%, бакалаврын сувилагч нар 46.2% байна. Улс болон дүүргийн нэгдсэн эмнэлэгт ажиллаж буй сувилагч нарын 87% нь, өрхийн эмнэлэгт 13% нь тус тус бакалаврын боловсролтой сувилагч нар ажил үүрэг гүйцэтгэж байна. Сувилахуйн боловсролын түвшингээр хот, дүүргийн нэгдсэн эмнэлэгт ажиллаж буй бакалаврын боловсролтой сувилагч нар зонхилж байна. ($X^2_F = 5.45 > X^2_S = 3.84$ K=1 P < 0.05)

Хүснэгт 1

Сувилагч нарын ажлын байрны байдал

Сувилахуйн боловсрол	Ажлын байр			
	(III)	(II)	(I)	
	n (%)	n(%)	n (%)	Бүгд
Бакалавр	30 (32.3)	7 (7.5)	6 (6.4)	43 (46.2)
Диплом	16 (17.2)	16 (17.2)	18 (19.3)	50 (53.7)
Бүгд	46 (49.5)	23 (24.7)	24 (25.7)	93 (100)

Хүснэгт 2

Сувилагч нарын сувилгааны үйл ажиллагааг судалсан үр дүн

Артерийн гипертензийн үе дэхь сувилгааны үнэлгээ хийсэн байдал

Сувилгааны үнэлгээний үзүүлэлтүүд	Сувилахуйн боловсрол		Бүгд
	Бакалавр n(%)	Диплом n(%)	n(%)
Асуумж авсан	42 (45.2%)	44 (47.3%)	86 (92.5%)
Ажиглалт хийсэн	14 (15%)	13 (13.9%)	27 (28.9%)
Даралт хэмжсэн	42 (45.2%)	44 (47.3%)	86 (92.5%)
Халуун, амьсгал, пульс хэмжсэн	36 (38.7%)	44 (47.3%)	80 (86%)
Жин, өндөр хэмжсэн	29 (31.2%)	36 (38.7%)	65 (69.9%)
Тэмтрэх үзлэг хийсэн	13 (13.9%)	15 (16.1%)	28 (30.1%)
Чагнах үзлэг хийсэн	11 (11.8%)	11 (11.8%)	22 (23.7%)
Тогших үзлэг хийсэн	27 (29%)	17 (18.3%)	44 (47.3%)

СҮА-ны үнэлэх шатлалаар сувилагч нарын боловсролын түвшингийн хувьд эрүүл мэндийн үнэлгээ хийж буй байдалд үнэлгээ өгөхөд бакалаврын боловсролтой сувилагч нарын 42 (45.2%) нь даралт хэмжсэн, 36 (38.7%) нь халуун, амьсгал, пульс хэмжсэн, 29 (31.2%) нь жин өндөр хэмжсэн, 13 (13.9%) нь тэмтрэх үзлэг хийсэн, 27 (29%) нь тогших үзлэг хийсэн, 11 (11.8%) нь чагнах үзлэг хийсэн байна. Гемодинамикийн үзүүлэлтийг тодорхойлсон арга хэлбэр нь бакалавр болон дипломын боловсролтой сувилагч нарт ижил түвшинд ($P=0.05$) байна. Харин бодит үзлэгийн хувьд бакалаврын сувилагч дипломын сувилагчаас ялгаатай ($P>0.05$) байна.

Хүснэгт 3-т сувилгааны оношуудыг сувилагч нар гемодинамикийн үзүүлэлтийн өөрчлөлтөд 4, зовиур шинж тэмдэгт 5, эрсдэлт хүчин зүйлд 4, сэтгэц-нийгмийн хэрэгцээнд 3 онош тус тус тавьсан байна. Эдгээр нь эрхтэн тогтолцооны үйл ажиллагааны өөрчлөлтөөс гадна хувь хүний хэрэгцээ болон эрсдэлт хүчин зүйл, шалтгаан нь онош болсныг илэрхийлсэн байна.

Хүснэгт 4-т харахад сувилагч нар эмийн эмчилгээг АГ-н аль ч үед 100% хийж гүйцэтгэж байхад эмчлүүлэгчдэд үе шатаас хамаараад асаргаа сувилгааг харилцан адилгүй хийж байгаа нь харагдаж байна. 1 өдөрт олон нэр төрлийн тарилгыг олон удаагийн давтамжтайгаар тарьж байгаагаас зайлшгүй хийгдэх ёстой асаргаа, сувилгааны тусламж үзүүлэх цаг төдийлөн хангалттай биш байгааг бусад судлаач нарын хийсэн судалгаатай харьцуулан судлахад статистикийн ач холбогдол ижил ($P<0.001$) байна.

Хүснэгт 5-д харахад дүгнэх шатлалд эргэн үнэлэх үйл ажиллагааг хийсэн байдлыг судлахад сувилагч нарын 31 (33.3%) нь асуумж авсан, 33 (35.5%) нь ажиглалт хийсэн, 22 (23.6%) нь бодит үзлэг хийсэн байна. Ерөнхий дүгнэлтээр зөвхөн 7 (7.5%) нь биеийн байдал сайжирсан гэж дүгнэсэн байна. ($X^2_f=17.7 > X^2_{st}=3.84$ $K=1$ $P < 0.05$), ($X^2_f=17.09 > X^2_{st}=3.84$ $K=1$ $P < 0.05$)

Артерийн гипертензийн үе дэхь сувилгааны онош (II шатлал) тавьсан байдал

NANDA-н сувилгааны онош	Бакалавр	Диплом	Бүгд	X²	P утга		
Гемодинамикийн үзүүлэлтүүд:							
Цусны даралтын өөрчлөлт	33 (35.4%)	36 (38.7%)	69 (74.1%)	8.9	P<0.05		
Судасны өөрчлөлт	26 (27.9%)	27 (29%)	53 (56.9%)				
Зүрхний өөрчлөлт	28 (30.1%)	25 (26.9%)	53 (57%)				
Хавагналт	12 (12.9%)	18 (19.3%)	30 (32.2%)				
Зовиур, шинж тэмдэг:							
Нойргүйдэл	12 (12.9%)	21 (22.5%)	33 (35.4%)	21.9	P<0.05		
Дотор муухайралт	18 (19.3%)	12 (12.9%)	30 (32.2%)				
Халууралт	9 (9.6%)	9 (9.6%)	18 (19.2%)				
Ядралт	18 (19.3%)	22 (23.6%)	40 (42.9%)				
Айдас	19 (20.4%)	22 (23.6%)	41 (44%)	14	P<0.05		
Эрсдэлт хүчин зүйлс:							
Тамхины хэрэглээ	6 (6.4%)	14 (15%)	20 (21.5%)				
Архины хэрэглээ	27 (29%)	30 (32.2%)	57 (61.2%)				
Хөдөлгөөний өөрчлөлт	16 (17.2%)	14 (15%)	30 (32.2%)	5.5	P<0.05		
Мэдлэгийн дутагдал	9 (9.6%)	8 (8.6%)	17 (18.2%)				
Сэтгэц-нийгмийн хэрэгцээ:							
Нийгмийн харилцааны өөрчлөлт	4 (4.3%)	11 (11.8%)	15 (16.1%)				
Бодох сэтгэх үйл ажиллагааны өөрчлөлт	3 (3.2%)	12 (12.9%)	15 (16.1%)	5.5	P<0.05		
Хэл ярианы өөрчлөлт	4 (4.3%)	11 (11.8%)	15 (16.1%)				

Хүснэгт 4

Артерийн гипертензийн I-III үе дэхь сувилгааны үйл ажиллагааны төлөвлөлт, хэрэгжүүлэлт (III-IV шатлал)

Сувилахуйн тусламж үйлчилгээ	Даралт		ихдэлтийн		түвшин	
	I үе		II үе		III үе	
	n	%	n	%	n	%
Эмийн эмчилгээ хийдэг	93	100%	93	100%	93	100%
Амин үзүүлэлт 4 цаг тутам	25	61.0%	27	29.0%	27	29.0%
Шингэний баланс хянадаг	27	65.9%	29	31.1%	29	31.1%
Өглөө цайны өмнө жин үздэг	11	26.8%	13	13.9%	15	16.1%
Бүлээн жин тавьдаг	22	53.7%	24	25.8%	24	25.8%
Хаван үздэг	19	46.3%	21	22.5%	26	27.9%
Дэр өндөрлөдөг	0	0.0%	2	2.1%	51	54.8%
Хүчилтөрөгч өгдөг	0	0.0%	0	0.0%	37	39.7%
Угаалга хийдэг	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
Эм тогтмол уухыг зөвлөдөг	12	12.9%	27	29%	52	55.9%
Зөв хооллолтыг зөвлөдөг	27	65.9%	28	30.1%	28	30.1%
Унтаж амрахыг зөвлөдөг	26	63.4%	28	30.1%	30	32.2%
Хорт зуршлын зөвлөгөө өгдөг	3	3.2%	3	3.2%	24	25.8%
Хөдөлгөөний зөвлөгөө өгдөг	2	2.1%	3	3.2%	21	22.5%
Стресс тайлах зөвлөгөө өгдөг	25	26.8%	28	30.1%	29	31.1%

Сувилгааны үр дүнг дүгнэх шатлал

Үр дүнг дүгнэх үнэлгээний үзүүлэлтүүд	n	(%)
Асуумж авдаг	31	(33.3%)
Ажиглалт хийдэг	33	(35.5%)
Бодит үзлэг хийдэг	22	(23.6%)
Нэмэлт зовиурыг тодруулдаг	23	(24.7%)
Оношийн байдалд үнэлгээ өгдөг	3	(3.2%)
Төлөвлөгөөг үнэлдэг	5	(5.3%)
Хэрэгжүүлэлтэд үнэлгээ өгдөг	5	(5.3%)
Биеийн байдал сайжирсан	7	(7.5%)
Биеийн байдал дордсон	0	0%
Биеийн байдал хэвэндээ	0	0%
Сувилгааны картад бичдэг	33	(35.4%)

Хэлцэмж: Бидний судалгаанд хамрагдсан бакалаврын боловсролтой сувилагч нарын эзлэх хувь 46.2% байгаа нь С. Наранчимэг нарын судалгаанаас сувилахуйн тусламжийн чанарыг дээшлүүлэхэд бакалаврын боловсролын түвшинд бэлтгэх шаардлага байгааг харуулж байна². Сувилагч нарын дундаж нас 38.8 ± 8.2 байгаа нь В. Даваахүү нарын судалгааны үр дүнтэй ойролцоо байгааг харуулж байна³. Уг судалгаанд сувилагч нарын дундаж нас 41.2 ± 2.1 ($P < 0.05$) байсан байна. Бид сувилагч нарын дунд сувилгааны үйл ажиллагааны хэрэгжүүлэх шатлалд хийгдэж байгаа сувилахуйн тусламж үйлчилгээг судалж үзэхэд эмийн эмчилгээ буюу тарилга хийхэд зонхилж байсан нь Ш. Цэрмаа нарын хийсэн судалгааны үр дүнтэй тохирч байна. Энэ нь 1 өдөрт олон нэр төрлийн тарилгыг олон давтамжтайгаар тарьж байгаагаас зайлшгүй хийгдэх ёстой асаргаа, сувилгааны тусламж үзүүлэх цаг төдийлөн хангалттай биш байгааг харуулж ($P < 0.001$) байна⁴.

Дүгнэлт:

1. Сувилгааны үнэлгээг сувилагч нар хангалттай (54.75%) хийж байгаа нь судалгаанаас харагдаж байна.
2. Зовиур, шинж тэмдэг, эрсдэлт хүчин зүйл, сэтгэц-нийгмийн хэрэгцээг тодорхойлж артерийн гипертензийн үе дэхь сувилгааны оношийг сувилагч нар тавихдаа зүрх судасны өөрчлөлтийн оношийг зонхилон тавьсан атлаа эрсдэлт хүчин зүйл, сэтгэц-нийгмийн хэрэгцээг илэрхийлсэн сувилахуйн оношийг цөөн тохиолдолд (24.1%) тавьж байна.

3. Сувилгааны төлөвлөгөө гаргах, хэрэгжүүлэх шатлалд (Сувилгааны үйл ажиллагааны III-IV шат) эмийн эмчилгээг эмчийн заалтын дагуу 100% хийж гүйцэтгэж байна.
4. Эмчлүүлэгчийн биеийн байдалд хийгдсэн сувилгааны үр дүнг дүгнэхдээ 7.5% -д сайжирсан гэсэн үнэлгээг өгсөн байна.
5. Сувилгааны үйл ажиллагааны 5 шатлал нь хоорондоо онол, арга зүйн үндэслэл бүхий харилцан хамааралтай амьдралд хэрэгжих боломжтой бөгөөд цаашид боловсронгуй болгох шаардлагатай байна гэдгийг энэхүү судалгаа харуулсан байна.

Ном зүй:

1. ЭМЯ, ДЭМБ, НЭМХ “Халдварт бус өвчин ба амьдралын эрүүл хэв маяг” (Сургалтын гарын авлага) Улаанбаатар. 2006.
2. Наранчимэг.С. Монгол улс дахь сувилахуйн боловсролын сургалтын агуулга, шаталсан сургалтын тогтолцоог боловсронгуй болгох нь. Сувилахуйн боловсролын докторын зэрэг горилсон нэг сэдэвт бүтээл. Улаанбаатар: Эрүүл мэндийн шинжлэх ухааны их сургууль; 2002.
3. Даваахүү.В. Сувилахуйн хүний нөөцийн хомсдолыг арилгах арга замыг судлах нь. Сувилахуйн ухааны магистрийн зэрэг горилсон нэг сэдэвт бүтээл. Улаанбаатар: Эрүүл мэндийн шинжлэх ухааны их сургууль; 2006.
4. Цэрмаа.Ш. Элэгний циррозтой эмчлүүлэгчийн сувилахуйн тусламжийг боловсронгуй болгох нь. Сувилахуйн ухааны магистрийн зэрэг горилсон нэг сэдэвт бүтээл. Улаанбаатар: Эрүүл мэндийн шинжлэх ухааны их сургууль; 2009.

Survey on current situations of 5 steps of nursing patients with Arterial hypertension

Azjargal.B¹, Zevgee.T¹

¹ Etugen institute

Background: In socialist Mongolia nurses learned to do nursing procedures, like injections, distribution oral medicines, skin care, wound care, bed care, etc. Prevalence of non communicable diseases in Mongolia dictate the implementation of new nursing system with 5 stage of nursing activities.

Keywords: Nursing process, assessment, diagnosis, planning, implementation, evaluation.

Objective: To learn the current situation of nursing activities during the hypertension, aids and services among the nurses who are working at the hospitals and family clinics of provinces and districts in capital city.

Results: Nurses with Bachelor degree who are working in province, district hospitals have more knowledge about 5 stages of nursing activities, compared with nurses with nursing diploma ($P<0.05$). Hospital nurses have more knowledge about 5 stages of nursing activities, compared with nurses who worked in family clinics and outpatient settings. Most nurses provide assessment of hemodynamic changes, like blood pressure, pulse, respiratory rate, edema of patients with hypertension, but very rare they assessed the risk factors, psychosocial, family factors of hypertension. Most nurses not enough made nursing diagnosis, nursing planning, education, evaluation, because of poor assessment stage of nursing. Patients with hypertension just received medicine from nurses and not educated about risk factors, no stimulation to fight with smoking, unhealthy diet.

Conclusion:

1. 54.75% of nurses provide complete assessment of patients with hypertension.
 2. Most nurses provide assessment of hemodynamic changes, like blood pressure, pulse, respiratory rate, edema of patients with hypertension, but just 24.1% of nurses assessed the risk factors, psychosocial, family factors of hypertension.
 3. All nurses 100% did injections and distribute the medicine during the implementation stage of nursing activities.
 4. Just 7.5% of nurses made evaluation and reevaluation after implementation stage.
 5. We have to reeducate nurses in Mongolia to do complete nursing activities.
-

1

Бактерт менингитийн үүсгэгчийн серотипийг тодорхойлсон судалгаа

Д.Алтанцэцэг¹, Ж.Сарантуяа², Д.Булган²,
Talarico Carla³, Carvalho Mda G³, Д.Ану¹, Д.Содбаяр⁴

¹ Халдварт Өвчин Судлалын Үндэсний Төв

² Эрүүл Мэндийн Шинжлэх Ухааны Их Сургууль

³ АНУ-ын Өвчний Хяналт Сэргийлэлтийн Төв

⁴ ДЭМБ-ын суурин төлөөлөгчийн газар

Хүлээн авсан
2011 оны 12 сарын 05

Хэвлэхийг зөвшөөрсөн
2011 оны 12 сарын 07

Түлхүүр үг:
Бактерт менингит
N. meningitidis
H. Influenza
S. pneumoniae

Товч утга

Үндэслэл: Дэлхийн улс оронд болон Монгол орны хувьд бактерт менингит ихээр тархаж бүртгэгдэх болсон бөгөөд үүсгэгчийн эзлэх хувь, хоруу чанар байнга өөрчлөгдөж байдаг. Хэдийгээр нянгийн эсрэг эрчимт эмчилгээ, вакцинжуулалт сүүлийн жилүүдэд сайжирч байгаа боловч менингитээр нас баралтын эзлэх хувь дэлхийн томоохон төвүүдийн мэдээлснээр 20-25%-д хүрсэн байна. Иймд менингитийн үүсгэгчийн бүрэлдхүүнийг тодорхойлж, илэрсэн нянгуудын ийлдэс хүрээг тогтоон, өвөрмөц урьдчилан сэргийлэлтийг шийдвэрлэх асуудал өнөөгийн тулгамдсан асуудал болоод байна.

Арга зүй: Тархи нугасны шингэн (ТНШ) 433 сорьцонд нян өсгөвөрлөх, латекс наалдуулах урвал, мультиплекс ба бодит хугацааны полимеразын гинжин урвал (бх-ПГУ)-ын шинжилгээ хийж илэрсэн үүсгэгчийн ийлдэст хүрээ хэв шинжийг тодорхойлов.

Үр дүн: *N.meningitidis* -ийн 60, *H.Influenzae* 54, *S.pneumoniae* 63 өсгөвөрт ийлдэст хүрээ хэв шинж тодорхойлоход *N.meningitidis* -ийн А, ийлдэс хүрээ 22 (35,4%) -д, *H.Influenzae* type b 52 (96,3%) -д, *S.pneumoniae* 6А хэв шинж 10 (15.9%), 7 хэвшинж 6 (9.5%) 14 хэв шинж 8 (12.7%), 19F хэв шинж 7 (11.1%) -д тодорхойлогдсон байна.

Дүгнэлт: Улаанбаатар хотын хэмжээнд судалгаанд хамрагдсан хүүхдүүдийн бактерт менингитийн шалтгаан нь *N.meningitidis*, *H.Influenza*, *S.pneumoniae* болохыг тогтоосон ба энэ нь Азийн бусад орныхтой харьцуулбал өвчлөлийн түвшин өндөр байна.

Удиртгал: Европ, Өмнөд Америк, Африк Ази тивд менингитийн 23 дэгдэлт бүртгэгдсэнээс сүүлийнх нь ОХУ-д 2006 оны 1 сард *N.meningitidis* А дэд хүрээгээр үүсгэгдсэн дэгдэлт болжээ. Дэгдэлтийн 90% нь *N.meningitidis* А, В, С дэд хүрээ, 10% нь *N.meningitidis* Y, W135-аар үүсгэгдсэнээс Европ, Латин Америкт В, С, Африк, Ази тивд А дэд хүрээ зонхилж байсан байна.^{1,2} Монгол улсад менингококкт халдвараар 4 хүртэлх насны хүүхэд илүүтэй өвчилж, сүүлийн 5 жилд нас баралтын 77,8% нь 2 хүртэлх насны хүүхэд, үүний 47,5% нь Улаанбаатар, Чойбалсан хотоос бүртгэгдсэн байна. Тус улсад менингит өвчин 1951 оноос дэгдэлт байдлаар бүртгэгдэж, 1960 онд клиник шинж тэмдгээр бүрэн оношлож эхлэв. 1960-1968 онд Улаанбаатар хотод амьсгалын замын улаанбурхан, сахуу, хөхүүл ханиад менингит өвчнүүдийн дотор 0,1% эзэлж байсан байна. Н.Цэндийн судалгаанаас үзвэл 1951-1975 онд уг өвчин 2 удаа ихэссэн байна. Үүнд 1951-1959, 1969-1975 онуудад өвчлөл ихсэж дэгдэлтийн үе нь 1958, 1974 оны хооронд 16 жил, намжмал үе нь 10 жил, 1-р дэгдэлтийн үргэлжилсэн хугацаа 10 жил, 10 000 хүн амд 9.8-30.2, 2-р дэгдэлтийн оргил үе 1974

онд 10 000 хүн амд 194,1 өвчлөл тохиолдож байв. 2-р дэгдэлтийн үед Улаанбаатар хотын өвчлөл Монгол улс дахь нийт өвчлөлийн 50,7% (1974)-ийг эзэлж байжээ. 2-р дэгдэлтийн үед нийт өвчлөлийн 75%-83,2% өвөл хаврын цагт, 78% нь 10 хүртэлх насны хүүхдүүд эзэлж, нас баралт 2,5-40% нэг хүртэлх хүүхдийн нас баралт 10.3-19.7%-ийг эзэлж байсан байна.^{3,4,5,6} Менингококк нь бусад үүсгэгчдээс томоохон хэмжээтэй дэгдэлт үүсгэгдгээрээ ялгаатай⁸. Дэлхийн улс орнуудад менингитийн дэгдэлт болоогүй үед жилд нэг сая тохиолдол бүртгэгдэн 200 000 нас бардаг байна⁷. Урьдах судалгаагаар 2002-2004 онд Монгол улсад нянгийн гаралтай менингитийн магадлалтай болон батлагдсан тохиолдлын тоо 100,000 хүн амд дунджаар 68 байхад, Hib-ийн менингитийн батлагдсан тохиолдол жилд 100,000 хүүхдэд 28, пневмококкын менингит 100,000 хүүхдэд 11, менингококкын менингит 100,000 хүүхдэд 13 тохиолдол тус тус илэрсэн байна⁹. Бактерт менингитийг хянах, сэргийлэхэд вакцин чухал ач холбогдолтой байдаг. Манай улсад үечилсэн давталтын жилүүд болох 1974-1975, 1994-1995 онуудад бүх аймаг хотуудад менингококкын полисахаридын А, С хүрээний

вакцинаар 16 хүртэлх хүүхдүүдийг вакцинжуулжээ¹². *H.influenzae*, *N.meningitidis*, *S.pneumoniae*-ийн эсрэг вакцинууд нь зөвхөн тухайн нянгийн эсрэг заримдаа тухайн ийлдэст бүлэг, хэвшинжийн эсрэг дархлаа тогтооно¹⁰. Тухайлбал: HiB-ийн вакцин нь *H.influenzae*-ийн ийлдсийн бусад хэвшинжээс хамгаалах чадваргүй. Менингитийн шалтгаан, үүсгэгчийн ийлдэст бүлэг болон хэвшинжийг тодорхойлоход лабораторийн ач холбогдол их байдаг.

Монгол оронд тархаж байгаа бактери менингитийн үүсгэгчийн бүрэлдхүүнийг цаг хугацааны давтамжаар тодорхойлж, илэрсэн нянгуудын ийлдэст өвөрмөц хүрээг тогтоон, өвөрмөц урьдчилан сэргийлэлтийн асуудлыг шийдвэрлэх нь өнөөгийн тулгамдсан асуудал болоод байна. Иймд бид судалгаандаа бактери менингитийн гол шалтгаан болсон *N.meningitidis*, *H.influenzae*, *S.pneumonia* нянгуудын ийлдэст хэв шинжийг тодорхойлж, тэдгээрийн өвөрмөц онцлог байдлыг илрүүлэхээр зорьсон билээ.

Арга зүй: Судалгааны хамрах хүрээ, материал: 2002-2010 онд тандалтын хүрээнд ЭХЭМХҮТ, ХӨСҮТ, 4 дүүргийн нэгдсэн эмнэлгийн хүүхэд, сэхээн амьдруулах тасгаас эмнэлзүйн шинжээр бактери менингитийн тохиолдлын тодорхойлолтыг хангасан 0–5 насны

үйлчлүүлэгчдээс ТНШ 433 сорьцыг нян судлал, латекс наалдуулах шинжилгээ хийж илэрсэн үүсгэгчийн ийлдэст хүрээг тодорхойлов. Илэрсэн үүсгэгчийн ийлдэс хүрээг мультиплекс ПГУ-аар тодорхойлсон ба уг шинжилгээг ХӨСҮТөв, АНУ-ийн ӨХСТөв (CDC)-ийн бактери менингитийн судалгааны лабораторит хийлээ.

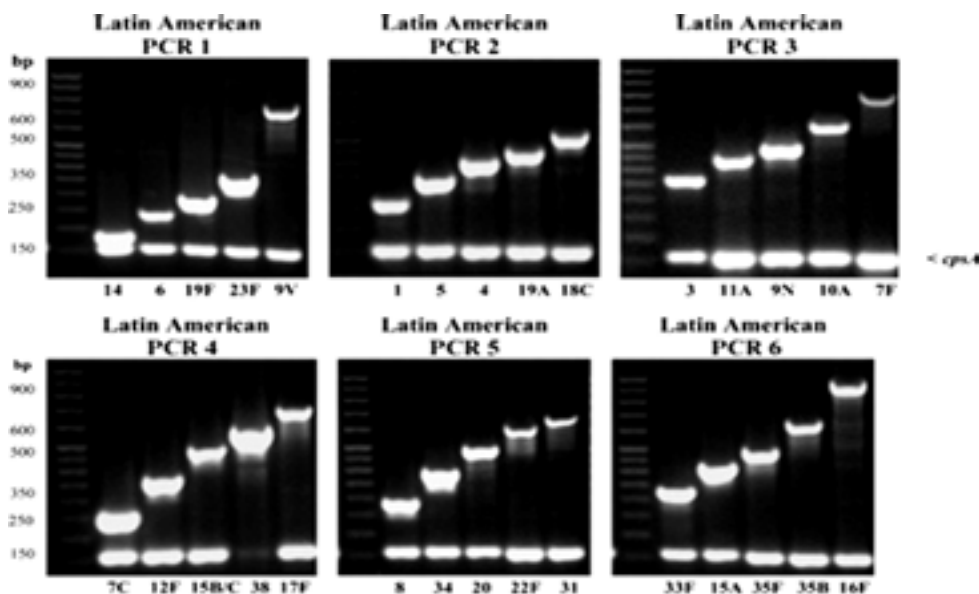
Бактериолог ба серологийн шинжилгээ: Peds Plus Bactec стандарт шөлөнд авсан сорьцыг (цус) цус өсгөвөрлөх “Bactec 9120” машинд өсгөвөрлөж, эерэг дохио дуугарсан тохиолдолд нян өсгөвөрлөж, ялган дүйх, латекс наалдуулах урвалаар үүсгэгчийг илрүүллээ. ТНШ-ээс наалдац бэлтгэн, Грамын аргаар будаж, бичил харах, нян өсгөвөрлөн, нянгийн эсрэгтөрөгч илрүүлэх цомгоор (Bacterial Antigen Kit) латекс наалдуулах урвал тавив.

Клиник-биохимийн шинжилгээ: ТНШ-ний цагаан эсийн тоог тоолж, уургийг фотоэлектрокалориметрээр, сахарыг геллерийн аргаар тодорхойлж, үзүүлэлтийг (хүснэгт 1) баримтлан бактери менингитийн магадлалтай, боломжтой тохиолдлуудыг ялган оношлов.

Хүснэгт 1.

ТНШ-ний клиник биохимийн шинжилгээний үзүүлэлт

Онош	Лабораторын шинжилгээний үзүүлэлтүүд			
	Уураг (мг/дл)	Глюкоз (мг/дл)	Лейкоцит (мкл)	Эсийн давамгайлалт (%)
Бактерт менингит	>100	<40	>1000	PMN (>50)
Мөгөнцөрт менингит	өндөрсөх	<30		лимфоцит
Вируст болон асептик менингит	<100		<500	PMN (эрт үе) лимфоцит (хожуу үе)



Зураг 1. *S.pneumoniae*-ийн 33 хэвшинжийг Multiplex ПГУ-аар тодорхойлж, Латин Америкийн стандартыг ашиглан илрүүлсэн ийлдэст хүрээ.

Молекул биологийн шинжилгээ: Дээрх шинжилгээгээр ялган оношлогдсон сорьцуудад пневмококкын аутолизинийг кодлогч *lytA* ген, (Cu-Zn superoxide dismutase gene), супероксид дисмутаза ген *sodC*, Д уургийг кодлогч *hpd* генүүдийг ашигласан бх-ПГУ-аар *H.influenzae*, *N.meningitidis*, *S.pneumoniae*-г илрүүлэн, ийлдэс хүрээг тодорхойлов ¹⁴. Үүнд: 1) *N. meningitidis*-ийн A, B, C, W135, X, Y, H. influenza-ийн a, b, c, d, e, f өвөрмөц ийлдэст хүрээг баримжаалсан наалдах урвал болон RnaseP ПГУ-аар тодорхойлов. 2) *S.pneumoniae*-ийн 33 хэвшинжийг Multiplex ПГУ-аар тодорхойлж, Латин Америкийн стандартыг ашиглан ийлдэст хүрээг илрүүлэн ялгав (Зураг 1). 3) *S.pneumoniae* эерэг ТНШ-д MLST (Multilocus sequence typing) аргаар нуклейн хүчлийн дарааллыг тодорхойлсон.

Үр дүн: Судалгаанд нийт 433 өвчтөн хамрагдснаас ТНШ-ний цагаан эсийн тоо олширч, уураг ихсэх, сахар багассан нейтрофил нь цагаан эсийн 80%-ийг эзэлж байгаа 260 (47,8%) тохиолдлыг бактерт менингит, нейтрофил нь цагаан эсийн 80%-ийг эзэлж байгаа

26(4,8%) тохиолдлыг магадлалтай, цагаан эсийн тоо олширч, уураг ихсэх, сахар багассан гэсэн үзүүлэлтийн аль нэг нь илэрсэн 79 (14,5%) тохиолдлыг болзошгүй гэж оношлов. Хүснэгт 2-т дээр хийгдсэн ялган оношлох шинжилгээний аргуудаар илэрсэн тоон үзүүлэлтүүдийг харьцуулан харуулав.

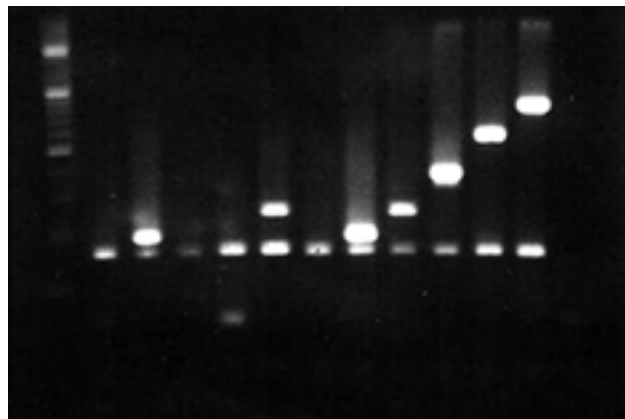
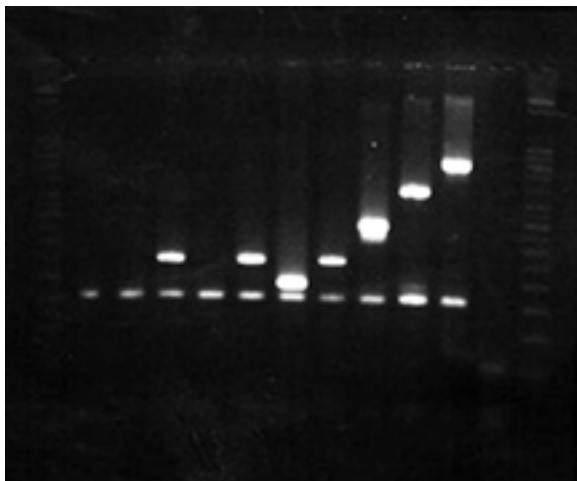
Нян өсгөвөрлөх шинжилгээгээр 433 ТНШ-ээс 91 (21.0%) өсгөвөр илэрснээс 21 (23.1%) -д *N. meningitidis*, 40 (43.9%) -д *H.influenzae*, 30 (32.9%) -д *S.pneumoniae* 430 ТНШ – нд латекс наалдуулах урвалаар тавихад 127 (36.6%) нь эерэг байснаас 55(43.3%) –д *H. influenzae*, 30 (23.6%) –д *N.meningitidis*, 42 (33.1%) –д *S.pneumoniae* нянгийн эсрэг төрөгч илэрсэн байна. 242 ТНШ –д БХ-ПГУ-аар шинжилгээ хийхэд 183 (66.1%) нь эерэг байснаас 54 (33.8%) -д *H. influenzae*, 60 (37.5%) -д *N.meningitidis*, 69 (28.9%) –д *S. pneumoniae* нянгийн ген илрэв (Хүснэгт 2).

Латин Америкийн стандартыг ашиглан *S.pneumoniae*-ын ийлдэст хэв шинжийг мультиплекс ПГУ-аар тодорхойлсон байдлыг Зураг 2- т харуулав.

Хүснэгт 2.

Шинжилгээний аргуудаар тодорхойлогдсон үүсгэгчдийн харьцуулалт

Тохиолдлын төрөл	Тохиолдлын тоо	Шинжилгээний арга			
		Латекс наалдуулах урвал	ТНШ нян өсгөвөрлөх	Бодит цагийн ПГУ	Нийт илэрсэн үүсгэгч
Бактерт менингит	260[47,8%] 173	127[67,2%]	91[21.0%]	147[60.7%]	171[65,8%]
Шүүдэст менингит	[31.8%]	33[7,6%]	27[6,2%]	36[14.9%]	69[39,9%]
<i>H. influenzae</i>		65[40,6%]	56[47,5%]	54[21.6%]	83[27,9%]
<i>S. pneumoniae</i>		50[31,3%]	30[25.5%]	69[37.7%]	71[23,8%]
<i>N. meningitidis</i>		42[26,3%]	21[17.8%]	60[32.8%]	111[37,2%]
Other		3[1,9%]	11[9,3%]	0[0%]	33[11,1%]



Зураг 2. Multiplex ПГУ, *S. pneumoniae*-ын ийлдэст хүрээ тодорхойлсон байдал: М маркер, 2-SK110576 -14, 3-SK080118-6A, 5-SK110478-6A, 5-BZ100048 -6A хэв шинжүүд.

N. meningitides -ийн 60-д, H. Influenzae 54-д, S. pneumoniae 63 өсгөөрт ийлдэст хүрээ хэв шинж тодорхойлоход N. meningitides-ийн A ийлдэс хүрээ 22 (35,4%) -д, H. Influenzae type b 52 (96,3%) -д, S. pneumoniae 6A хэв шинж 10(15.9%), 7 хэвшинж 6 (9.5%) 14 хэв шинж 8 (12.7%), 19F хэв шинж 7 (11.1%) -д тодорхойлогдсон байна. Харин N.meningitides 12 (20%), H.Influenzae 2 (3.7%), S.pneumoniae 4 (6.3%) – д ийлдэст хэв шинж тодорхойлогдоогүй байна.

ПГУ-аар хэвшинж тодорхойлох боломжгүй нэг S.pneumonia-гийн нуклейн хүчлийн дарааллыг MLST (Multilocus sequence typing) аргаар тодорхойлоход 27-р хэв шинжийнх байсныг тогтоолоо. Мөн бусад орнуудад бүртгэгдсэн S.pneumoniae -ын ижил хэвшинжид хийсэн шинжилгээний дүнтэй харьцуулахад нуклеотидын дараалал 99% тохирч байв (www.mlst.net).

Хэлцэмж: 0-5 насныханд менингитийн өвчлөлийн түвшин нь сүүлийн 10 жилийн дунджаар 100,000-д 20.4 тохиолдол байв. Косовод хийсэн судалгаагаар нян өсгөөрлөх шинжилгээгээ 3.3% (n=50/1500) эерэг байсан ба үүнээс S.pneumoniae 24%, N. meningitidis 22%, Escherichia coli 16%, Haemophilus influenzae 14%, Group B streptococci 8% and Enterococci 8%-ийг эзэлж байсан байна¹⁵.

Монгол улсад 2002-2010 онд менингитийн магадлалтай болон батлагдсан тохиолдлын тоо 100,000 хүн амд тутамд дунджаар 6.5 байхад, Hib пневмококкын менингит их байгаа нь менингококкийн менингитийн дэгдэлт болоогүй үед S.pneumoniae-ийн халдвар тархалт өндөртэй байгааг харуулж байна. Монголд 2005 оноос 5-т вакцин хийснээр 2007 оноос Hib-ийн менингит эрс буурсан билээ.

Польш улсад 1997-2004 онд H.influenzae-ийн 245 өсгөврийн ийлдэс хүрээг тодорхойлоход H.influenzae type b 233, H.influenzae type f -2, noncapsulate 10 илэрсэн байна²². Хөгжиж буй орнуудын S.pneumoniae –ийн 14, 19F, 3, 7F, 6A/6B, 10A, 18C, 23F, 5, 1 зэрэг ийлдэст хэв шинж давамгайлдагийг тогтоосон бөгөөд Өмнөд Америкд 1 болон 5 ийлдэст хэв шинж түгээмэл байдаг байна¹⁶. Бидний хийсэн судалгаагаар N.meningitides -ийн A, ийлдэс хүрээ 35,4% -д, H. Influenzae type b 96,3% -д, S. pneumoniae 6A хэв шинж 15.9%, 7 хэвшинж 9.5% 14 хэв шинж 12.7%, 19F хэв шинж 11.1%- д давамгайлан илэрч байгаа нь Польш улсынхтай харицуулахад ижил төстэй байна.

Үүсгэгчийг илрүүлэх шинжилгээ дотроос хамгийн сайн тодорхойлогч нь молекул биологийн арга буюу бх-ПГУ (66.1%) байна. Молекул биологийн аргууд нь бусад аргуудыг бодоход оношлогооны илүү мэдрэг чанартай нь батлагдаж байна.

Үүсгэгч илэрсэн ТНШ-ий цагаан эсийн тоо заримд нь бага байгаа бөгөөд судалгаанд бактерт менингит ба сэжигтэй тохиолдол хоёрын үзүүлэлт зарим тохиолдолд адил байна. Бусад улс оронд батлагдсан ба сэжигтэй тохиолдлуудын ялгаа их байгааг антибиотикийн хэрэглээ бага байгаагаар тайлбарлаж болно. Судалгаанд оролцогчдын 52 %-нь эмнэлэгт ирэхээс өмнө антибиотик хэрэглэсэн байна гэж Оюунгэрэл нарын судалгаанд тогтоогдсон байдаг¹³. Иймд урьдчилан гэрийн нөхцөлд эмчилгээ эхэлсэнтэй холбоотойгоор нянгийн илрэл багассан байхыг үгүйсгэх боломжгүй юм. Бидний судалгаагаар 0-5 насны хүүхдийн бактерт менингитийн голлох

шалтгаан нь N.teningitidis, H.influenzae, S.pneumoniae зэрэг нянууд болохыг тогтоосон ба энэ нь Азийн бусад орныхтой харьцуулбал өвчлөлийн түвшин өндөр байна¹¹.

Дүгнэлт:

Улаанбаатар хотын бага насны хүүхдүүдийн бактерт менингитийн шалтгаан нь N.Meningitides, H.Influenza, S.pneumoniae болох нь тогтоогдсон ба энэ нь Азийн бусад орныхтой харьцуулбал өвчлөлийн түвшин өндөр байна. Түүнчлэн N. meningitides -ийн A, H. Influenzae-ийн b, S. pneumoniae 6,7,14,19-р хэвшинжүүдээр үүсгэгдсэн бактерийн менингит давамгайлж байна.

Ном зүй:

1. Н.Цэнд Ч.Уртнасан, Л.Дашицэрэн(2006) Дэлхий ба Монгол дахь менингококкт халдварын эпидемиологийн шинж төрх, урьдчилан сэргийлэлт Халдварт Өвчин Судлалын Үндэсний Төвийн сэтгүүл № 1(8), 36-39 тал
2. Л.Энхбаатар Халдварт өвчин нарны идэвхжил УБ 2007
3. Т.Дэлгэр Халдварт мэнэн УБ 1973
4. Т.Дэлгэр Мэнэн бөөмт халдварын оношлогоо, халдварын дараах дархлалын байдал БНЭШБХ-38, УБ, 1996 157-159
5. “Эпидемиологический характеристика менингококковой инфекции в МНР и оценка некоторых профилактических средств” Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук, Москва, 1975
6. Ц.Цэнд, Б.Энхболд “ БНМАУ дахь менингококкт халдварын тархал зүйн судалгааны асуудал” УБ, 1991.
7. Berkley J, Versteeg A, Mwangi I, Lowe B, Newton C. Indicators of acute bacterial meningitis in children at a rural Kenyan district hospital. *Pediatrics* 2004; 114:e713–9.
8. Mwangi I, Berkley JA, Lowe B, Peshu N, Marsh K, Newton CRJC. Acute bacterial meningitis admitted to a rural Kenyan hospital: increasing antibiotic resistance and outcome. *Pediatr Infect Dis J* 2002;21:1042–8.
9. Detection of bacterial pathogens in Mongolia meningitis surveillance with a new real-time PCR assay to detect Haemophilus influenzae. Wang X, Mair R, Hatcher C, Theodore MJ, Edmond K, Wu HM, Harcourt BH, Carvalho Mda G, Pimenta F, Nymadawa P, Altantsetseg D, Kirsch M, Satola SW, Cohn A, Messonnier NE, Mayer LW.
10. [Surveillance and research on acute meningitis, encephalitis syndrome in Guangxi, China]. [Article in Chinese] Dong BQ, Yang JY, Lin M, Tan Y, Wu XH, Quan Y, Xie YH, Bi FY, Li YX, Hadler S. *Zhonghua Yu Fang Yi Xue Za Zhi*. 2011 Jun;45(6):527-30.
11. Jamsran Mendsaikhan, 1 James P. Watt, 3 Osman Mansoor, 4 Nyam Suvdmaa, 2 Karen Edmond, 5 David J. Litt, 6 Pagsajav Nymadawa, 2 Yang Baoping, 4 Dorjpurev Altantsetseg, 2 and Mary Slack 6 Childhood Bacterial Meningitis in Ulaanbaatar, Mongolia, 2002–2004
12. Н.Цэнд Эпидемиологическая характеристика менингококковой инфекции в монгольской народной республике в оценка некоторых профилактических
13. Р.Оюунгэрэл Клинико-эпидемиологическая характеристика менингококковой инфекции среди населения г. Улаанбаатар (1989-1998) и её диагностика
14. Luis Morais, Maria da Glyria Carvalho, Anna Roca, Brendan Flannery, Inacio Mandomando, Montserrat Soriano-Gabarró Sequential multiplex PCR for identifying pneumococcal capsular serotypes from south-Saharan African clinical isolates. *J.Clin. Microbiol.* July 1, 2009 47:2353-2354

Detection of pathogens and their serotypes causing bacterial meningitis

*D.Altantsetseg*¹, *J.Sarantuya*², *D.Bulgan*² *Talarico, Carla*³,
*Carvalho Mda G*⁴, *D.Anu*¹, *D.Sodbayar*³

¹ National Center of Communicable Diseases

² Health Sciences University of Mongolia Head

³ WHO (World Health Organization)

⁴ CDC (Centers of Disease Control)

Background: Bacterial meningitis is a severe, potentially life-threatening infection that is associated with high rates of morbidity and significant disability in survivors. In recent years, despite improvements in antimicrobial therapy, intensive care support, and conjugate vaccines against of bacterial agents overall mortality rates related to bacterial meningitis of around 20% to 25% have been reported by major centers. Therefore our study is to determine the incidence rate and etiology of childhood bacterial meningitis.

Methods: Total of CSF 433 samples were examined by bacteriological, latex-serotyping, and multiplex and real-time PCR assay for identification pathogens and serogrouping.

Results: 60 samples of *N. meningitidis*, 54 samples of *H.influenzae*, 63 samples of *S.pneumoniae* were serogrouped and identified *N.meningitidis* A type 22 (35,4%), *H.influenzae* type b 52 (96,3%) *S.pneumoniae* 6A serotype were 10 (15.9%), 7 serotype were 6 (9.5%), 14 serotype were 8 (12.7%), 19F serotype were 7 (11.1%).

Conclusion: *N.meningitidis*, *S.pneumoniae* *H.influenzae* type b are the leading causative agents of childhood bacterial meningitis in Ulaanbaatar, and the incidence rate is higher than what were reported in other Asian countries.

Бамбайн хатгалтын эс судлалын шинжилгээний дүн

О.Сүрэн¹, Б.Туул², Ц.Ишдорж³, Б.Ганзориг³, Э.Баярмаа².

^{1,2} ЭМШУИС-ийн Био-Анагаахын Сургууль

³ Улсын Клиникийн Төв Эмнэлэг

Хүлээн авсан

2011 оны 12 сарын 8,

Хэвлэхийг зөвшөөрсөн

2011 оны 12 сарын 21

Түлхүүр үг:

Бамбай булчирхайн эмгэг

Нарийн зүүний хатгалтын

эсзүйн шинжилгээ

Бетезда систем

Товч утга

Манай орны нөхцөлд тохиолдож буй бамбай булчирхайн эмгэгийг эс судлалын шинжилгээгээр ялган оношлох зорилго тавьсан юм. Бидний судалгаанд 2011 оны 07 сарын 01-нээс 12 сарын 01 хооронд УКТЭ-ийн мэс заслын кабинетэд үйлчлүүлсэн бамбай булчирхайн зангилаат өөрчлөлттэй 135 өвчтөн хамрагдсан ба нийт өвчтний 3 буюу 2,2% нь эрэгтэй, 132 буюу 97,8% нь эмэгтэйчүүд байв. Өвчтөн тус бүрийн эсзүйн шинжилгээг авч үзвэл 21 буюу 15,6% нь онош тогтоох боломжгүй цусны эс болон макрофаг илэрсэн бол 114 буюу 84,4% нь бамбайн эмгэг оношлогдсон: хоргүй өөрчлөлт зангилаа 97 тохиолдол буюу 85%, тодорхой хэв шинжгүй фолликуляр эсийн эмгэг 6 тохиолдол буюу 5,2%, хорт хавдрын сэжигтэй 5 тохиолдол буюу 4,3, хорт хавдрын өөрчлөлт 6 буюу 5,2% тус тус тодорхойлогдов. Бидний судалгаанаас дүгнэхэд манай орны нөхцөлд тохиолдож буй бамбайн эмгэгийн 85% хоргүй зангилаат өөрчлөлт эзэлж, 40-49 насныханд (30,4%) илүү тохиолдож, эмэгтэйчүүд (97,8%) зонхилон өвчилж байна.

Удиртгал: Манай орны эмнэлгийн практикт бамбай булчирхайн бүтцийн өөрчлөлтийг ЭХО, цөмийн оношзүй зэрэг багажийн шинжилгээ, эмнэлзүйн хам шинж болон тэмтрэлтээр оношлож байгаа нь бамбай булчирхайн хавдар болон хавдар бус өөрчлөлтийг ялган оношлох боломжийг хязгаарлаж байна. Дэлхийн өндөр хөгжилтэй орнуудад бамбай булчирхайн зангилаат өөрчлөлттэй бүх өвчтөнд арьсны гаднаас хатгах эсзүйн шинжилгээг хийх заалттай байдаг^{1,2}. Бамбай булчирхайг арьсны гаднаас хатгаж авсан эсзүйн шинжилгээ нь үнэтэй багаж төхөөрөмж шаардагдахгүй, хавдрын оношлогоонд чухал мэдээлэл өгч чадах хамгийн энгийн шинжилгээний арга юм^{2,3}. Монгол улсын эрүүл мэндийн статистикийн 2010 оны үзүүлэлтээс үзвэл манай оронд нийт хорт хавдрын 4466 тохиолдол оношлогдсоноос бамбайн хорт хавдар 32 тохиолдол илэрч үүний 10 эрэгтэй, 22 (68,7%) тохиолдол нь эмэгтэй байв. 2010 онд ХСҮТ-д нийт 1052 хатгалтын шинжилгээ хийгдсэний 97 бамбайн эс зүйн шинжилгээ хийгдэж, түүний 16 нь сэжиг бүхий, 4 нь хавдрын шинжтэй байсан байна. Эс зүйн шинжилгээний хариуг хорт хавдрын эс илэрсэн, хавдрын сэжигтэй, хавдрын эс илрээгүй түрхэц, муу бэлтгэгдсэн түрхэц зэргээр тодорхойлдог. 2007 онд гарсан Bethesda тогтолцоог олон улсын хэмжээнд бамбайн булчирхайн эмгэгүүдийг нарийвчлан оношлоход хэрэглэх болсон. Монгол орны хувьд энэхүү системийн тогтолцоог нэвтрүүлэн эс судлалын нарийн зүүний хатгалтын

шинжилгээний аргачлалыг боловсронгуй болгох нь тулгамдсан асуудал хэвээр байна. Манай орны хувьд бамбай булчирхайн хавдар нь мэс заслын дараа эдийн шинжилгээгээр оношлогдож байгаа бөгөөд хатгалтын эсзүйн шинжилгээг практикт нэвтрүүлэн үр дүнг тодорхойлох явдал энэхүү судалгааны ажлын үндэслэл болсон юм.

Зорилго: Манай орны нөхцөлд тохиолдож буй бамбай булчирхайн эмгэгийг эс судлалын шинжилгээгээр ялган оношлох. Зорилгоо биелүүлэхийн тулд бамбай булчирхайг арьсны гаднаас хатгаж авсан эс судлалын шинжилгээг нас, хүйсээр ангилан Бетезда систем (Bethesda System)-ээр дүгнэж үр дүнг тодорхойлов.

Арга зүй: Бамбай булчирхайн эс зүйн шинжилгээний ач холбогдлыг тодорхойлох нэг агшингийн эс судлалын судалгаа юм. Энэхүү судалгаанд 2011 оны 07 сарын 01-нээс 12 сарын 01-ний хоорондох хугацаанд УКТЭ-ийн мэс заслын кабинетээр үйлчлүүлсэн бамбай булчирхайн томролт буюу зангилаат өөрчлөлттэй болох нь эмнэлзүйн болон ЭХО шинжилгээгээр тогтоогдсон 135 өвчтөнд нарийн зүүний хатгалтаар авсан эсзүйн шинжилгээний 150 түрхэц хамрагдав. Судалгааны ажлыг 2011 оны 06 сарын 21 өдрийн ЭМШУИС-ийн анагаах ухааны ёс зүйн хяналтын салбар хорооны (№15/1А) зөвшөөрлөөр хийж гүйцэтгэсэн.

Бамбай булчирхайн зангилаат өөрчлөлттэй хэсгээс ариун нөхцөлд мэс заслын эмч тусгай зориулалтын баригч бүхий буунд 10 гр-ын тариур угсран, түүний зүүгээр нь арьсны гаднаас хатгалт хийж, эдийг соруулж авсан зүйлээс түрхэц бэлтгэв. Тавиур шилэн дээр бэлдсэн түрхэцийг Папаниколаугийн аргаар будаж гэрлийн микроскопоор харж оношлов. Эсзүйн шинжилгээний үр дүнг Бетезда систем (Bethesda System)-ээр үнэлэв ². Эсзүйн шинжилгээгээг хоргүй өөрчлөлт зангилаа, тодорхой хэв шинжгүй фолликуляр эсийн эмгэг, фолликуляр неоплази, хорт хавдрын сэжигтэй, хорт хавдартай гэсэн 6 категороор үнэлсэн. Судалгааны ажлын үр дүнг SPSS 15.0 программд оруулан боловсруулалт хийсэн.

Үр дүн: Бидний судалгаанд 25-72 насны 135 өвчтөн хамрагдсан. Судалгаанд хамрагдсан өвчтөнүүдийг насны бүлгээр авч үзвэл 20-29 насанд 6 (4.4%) 30-39 насанд 37 (27.4%), 40-49 насанд 41 (30.4%), 50-59 насанд 33 (24.4%), 60-69 насанд 17 (12.6%) 70-аас дээш насанд 1 (0.7%) тохиолдол тус тус тохиолдсон. Судалгаанд хамрагдсан нийт өвчтний дундаж нас нь 45 ± 10.6 , судалгаанд хамрагдсан өвчтнүүдийг хүйсний байдлаар авч үзвэл 3 буюу 2.2% нь эрэгтэй 132 буюу 97.8% нь эмэгтэй байв. Арьсны гаднаас бамбай булчирхайг хатгаж авсан 135 түрхэцийн шинжилгээний 21 буюу 15.6% нь онош тогтоох боломжгүй цусны эс болон

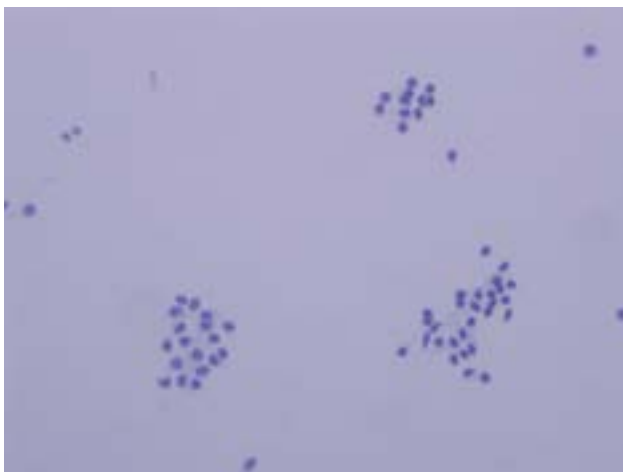
макрофаг илэрсэн бол бамбайн эмгэгтэй нь 114 (84.4%) тохиолдол оношлогдов. Бамбайн эмгэгтэй тохиолдлын 85%-д нь хоргүй өөрчлөлт бүхий зангилаа оношлогдсон (Хүснэгт 1). 114 хоргүй өөрчлөлтөд зангилааны 2 тохиолдол нь Хашимато, 9 тохиолдол нь хэт үржилт зангилаа байв. Хатгалтын эсийн шинжилгээний онош тавих боломжтой (Зураг 1) түрхэцэд нэгэн жигд хэлбэр хэмжээтэй тод бөөрөнхий бөөмтэй тиреоцит эсийн бөөгнөрөл буюу макро фолликул харагдах бөгөөд бөөм цитоплазмын харьцаагаар хоргүй өөрчлөлт зангилаа гэсэн онош тавьсан. Харин зураг 1 үзүүлсэн тохиолдолд мэс заслын дараа гистологийн шинжилгээнд макро микро фолликуляр зоб илэрсэн юм.

Эсийн түрхцэнд хавдрын эс болон хувирч гажигшсан эс ганц нэг, тиреоцит эсүүд цөөн тоотой, хоргүй өөрчлөлтөөс эрс ялгаатай, хортой шинж нь тодорхойгүй энэ өөрчлөлтийг (Зураг 2) тодорхой хэв шинжгүй фолликуляр эсийн эмгэг гэж оношлосон бөгөөд бидний судалгаанд 5.3% тохиолдов (Хүснэгт 1). Эсийн шинжилгээний түрхцэд тиреоцит эсийн хэлбэр хэмжээ янз бүр, бөөм сийвэнгийн харьцаа алдагдсан, бөөмийн будагдалт гиперхромази буюу хэт будагдсан. Зарим эсийн бөөмөнд бөөмхөн тод харагдаж, ховил үүссэн мөн бөөмөн доторх оршихуйн илэрсэн зэрэг шинжээр ^{2, 4} нь бид хорт хавдрын өөрчлөлт буюу папилляр карциномын сэжиг бүхий эсийн өөрчлөлт гэсэн дүгнэлт өгсөн (Зураг 3).

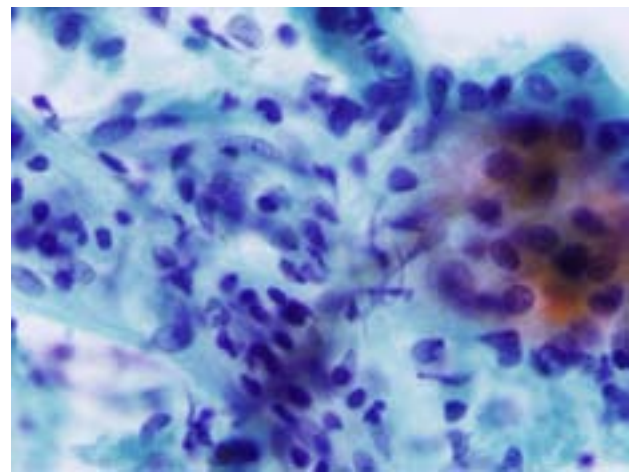
Хүснэгт 1

Бамбайн эмгэгийн үзүүлэлт

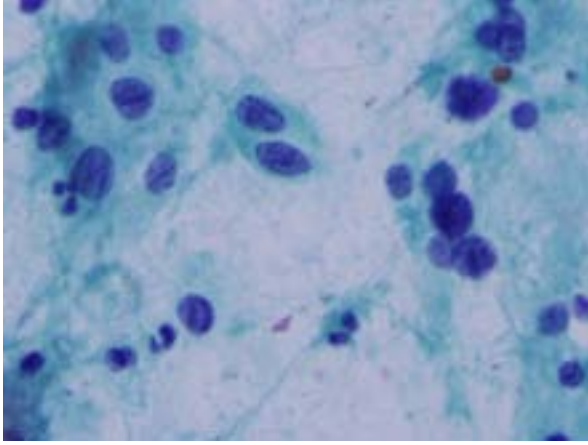
№	Бамбайн эмгэгтэй эсийн шинжилгээний үзүүлэлт	Тоо	%
1	Хоргүй өөрчлөлт зангилаа	97	85%
2	Тодорхой хэв шинжгүй фолликуляр эсийн эмгэг	6	5.3%
3	Хорт хавдрын сэжигтэй	5	4.4%
4	Фолликуляр неоплази	2	1.8%
5	Бамбайн хорт хавдар	4	3.5%
	Нийт	114	100%



Зураг 1. Өвчтөн А. 39 настай, эмэгтэй. Хоргүй өөрчлөлтөд зангилааны түрхэц. Будаг Папаниколау. Өсгөлт 10 x10.



Зураг 2. Өвчтөн Д., 55 настай, эмэгтэй. Тодорхой хэв шинжгүй фолликуляр эсийн эмгэг Будаг Папаниколау. Өсгөлт 100x10./эмерсийн дор/



Зураг 3. Өвчтөн.Б.57 настай. Папилляр карциномын сэжиг бүхий эсийн өөрчлөлт. Будаг: Папаниколау. Өсгөлт 100 х10./эмерсийн дор/

Бидний судалгаанд эсийн шинжилгээгээр хорт хавдрын өөрчлөлт байж болзошгүй 11 тохиолдол буюу 9,6% тодорхойлогдсон билээ. Эдгээрийг Бетезда системээр ялган оношловол бамбай булчирхайн хорт хавдрын сэжиг бүхий өөрчлөлттэй 5 тохиолдол буюу 4.4%, фолликуляр неоплази 2 тохиолдол буюу 1.8% оношлогдсон бол бамбайн хорт хавдар 4 буюу 3.5% тус тус оношлогдсон билээ. Бамбай булчирхайн өмөн нь дотроо олон хэлбэртэй. Үүнд: цэврүүт, хөхлөгт, тархилаг, ялгарал багатай өмөн гэж ангилдаг⁴. Фолликуляр буюу бидний практикт цэврүүт гэж нэрлэсэн хавдар нь аденомын суурь дээр үүсдэг бөгөөд ихэвчлэн гадна хальс руугаа болон цусны судас руу нэвчиж ургадаг. Харин хөхлөгт буюу папилляр хэлбэр

нь бамбайн хорт хавдрын хамгийн их хувийг эзэлдэг бөгөөд эсийн гажигшил бүхий өөрчлөлттэй хөхлөгүүд олон тооны хөндийг дүүргэсэн байдаг.

Бидний судалгаанд бамбайн фолликуляр карциномын 1 тохиолдол, папилляр карцинома 3 тохиолдол илэрсэн. Бамбайн өмөнг эрт үед оношлох, шаардлагагүй хагалгааны заалтаас сэргийлэх болон мэс заслын эмчилгээний тактикийг боловсронгуй болгоход эс судлалын шинжилгээний үр дүн практик ач холбогдолтой байлаа.

Дүгнэлт:

Манай орны нөхцөлд тохиолдож буй бамбайн эмгэгийн 85% хоргүй зангилаат өөрчлөлт эзэлж, 40-49 насныханд (30,4%) илүү тохиолдож, эмэгтэйчүүд (97.8%) зонхилон өвчилж байна.

Ном зүй:

1. Edmund S. Barbara S. "Cytology diagnostic and Clinical Correlates" 2009. 255-283
2. Zubair W. A. LiVolsi, Syl L. Asa, Juan Rosai, Maria J. William J. Frable. "Diagnostic Terminology and Morphologic Criteria for Cytologic Diagnosis of Thyroid Lesions: A Synopsis of the National Cancer Institute Thyroid Fine-Needle Aspiration State of the Science Conference" Cytopathol.2008;36:425-437
3. Gabrijela Kocjan, Ashish Chandra, Paul A. Cross, Thomas Giles, J. Johnson, Timothy J. Stephenson, Michael Roughton, David N. Poller. "The Interobserver Reproducibility of Thyroid Fine-Needle Aspiration Using the UK Royal College of Pathologists' Classification System" FRCPath8
4. Jak, Vicki Schnadig. "Fine -needle Aspiration of Thyroid Nodules: A Study of 4703 Patients With Histologic and Clinical Correlations" American Cancer Society 2007; 111:306-15.

STUDY OF CYTOLOGY FINE NEEDLE ASPIRATION OF THE THYROID GLAND

Suren.O¹, Tuul.B¹, Bayarmaa.E¹, Ishdorj.Ts², Ganzorig.B²,

¹ HSUM, Bio-medical school, ² Centrel Clinical Hospital of Mongolia

Background: Fine needle aspiration (FNA) is an essential tool for the management of thyroid nodules. Therefore, we analyzed our experience to determine if these changes in practice led to alterations in the population of patients undergoing FNA at our institution.

Materials and Methods: Patient cytology data were searched by a cross-sectional studies of thyroid FNA in the institutional databases. Cytologic diagnoses were classified as unsatisfactory, benign, atypical cellular lesion (ACL), follicular neoplasm (FN), suspicious for malignancy, and positive for malignancy. In this research of thyroid nodules we use 25-72 age 135 patients.

Results: 3 were male, 132 female of total 135 people. Result of this research 135 FNA samples, 5,6% (21) were classified as unsatisfactory, 85% (97) were classified as benign, 5,3% (6) were classified as ACL, 4,4% (5), 1,5% (2) were classified as FN and 3% (4) were classified as malignant.

Conclusion: The current results indicated that FNA provides an accurate diagnosis of thyroid malignancy. We determined in this research that benign nodules in more females and 40-49 older patients.

Гэрийн сувилахуйн 5 шатлалын тэмдэглэл хөтөлсөн байдалд үнэлгээ өгөх нь

Д.Солонго ¹, С.Наранчимэг ¹, Б.Оргил ², Б.Батсэрээдэнэ ³
УБДС-ийн Сувилахуйн сургууль, ЭМШУИС, Ач АУДС

Хүлээн авсан
2011 оны 4 сарын 20

Хэвлэхийг
зөвшөөрсөн
2011 оны 4 сарын 27

Түлхүүр үг:
Гэрийн сувилахуйн тусламж
Сувилгааны карт
гэрийн эргэлт
Гэрийн сувилагч
Сувилгааны үйл ажиллагааны 5 шатлал

Товч утга

Гэрийн нөхцөлд сувилагчийн хөтөлж буй бичиг баримт нь сувилахуйн тусламж үйлчилгээний чанарт нөлөөлж буйг судлах зорилго тавьсан. Бид судалгаанд дескриптив загварыг ашиглав. Судалгаанд Улаанбаатар хотын 6 дүүргийн өрхийн 10 эмнэлгийн 45 сувилагч, 194 өвчтөнд хөтөлсөн “Гэрээр асаргаа сувилгаа хийх захиалгын хуудас”-нд дүн шинжилгээ хийв. Судалгаанд чанарын судалгаанд хэрэглэдэг баримт бичгийн, бүлгийн ярилцлага хийх аргыг ашиглав. Гэрээр сувилгаа хийсэн 15 сувилагчийн дунд Фокус бүлгийн ярилцлага хийв. Судалгааг статистикийн Excel, SPSS 17 программаар боловсруулалт хийсэн.

Үр дүн: Судалгаанд хамрагдсан сувилагч нарыг насны байдлаар нь авч үзвэл 20 – 29 насныхан 4.2%, 30 – 39 насныхан 41.6%, 40 – 49 насны сувилагчид 47.9%, 50-аас дээш насныхан 6.7%-ийг эзэлж байна. Сувилагч нар хийдэг бүх ажлынхаа 25.3%-ийг анхан шатны бичиг баримт хөтлөлтөнд зарцуулдаг байна.

“Гэрээр асаргаа сувилгаа хийснийг бүртгэх хяналтын карт”-нд Сувилгааны үйл ажиллагааны 5 шатлалын дагуу тэмдэглэл хөтөлсөн байдлыг авч үзвэл судалгаанд хамрагдагсдын 79,4% нь тэмдэглэл хөтөлсөн, 20,6% нь тэмдэглэл огт хөтлөөгүй байлаа. Сувилгааны үйл ажиллагааны Үнэлгээ өгөх шатлалд үйлчлүүлэгчийн биеийн байдлыг цогц үнэлэхийн тулд ажиглах, асуух, бодит үзлэг хийх аргыг хэрэглэдэг ба 79,3% нь ажигласанаа, 73,1% нь асуумжаар илрүүлсэн байдлыг, 34,3% нь бодит үзлэг хийснээ бичиж тэмдэглэсэн байна. Судалгаанд хамрагдсан 194 хуудсанд 76,2% нь сувилгааны онош тавигдсан, 23,8% нь сувилгааны онош тавиагүй байна. “Гэрээр асаргаа сувилгаа хийснийг бүртгэх хяналтын карт”-нд судалгаа хийхэд 72,5% нь сувилгааны оношиндоо тохирсон төлөвлөгөө зохиосон, 2,6% нь сувилгааны оноштой тохироогүй ажлыг төлөвлөгөөнд тусгасан, 24,9% нь төлөвлөгөө зохиосон тэмдэглэлгүй байлаа. Судалгаанд хамрагдагсдын 68,2% нь төлөвлөгөөний дагуу асаргаа сувилгаа хийсэн байдлаа тэмдэглэсэн, 28,6% нь тэмдэглэл хөтлөөгүй, харин 3,2% нь огт төлөвлөөгүй ажлыг нэмж тэмдэглэсэн байна.

Удиртгал: Сувилагч нар бичиг баримт хангалтгүй хөтөлдөг нь гэрийн сувилахуйн тусламжийн чанарт сөргөөр нөлөөлж байна. Хөтөлж буй бичиг баримт нь зөвхөн ажил дүгнэхэд ашиглагддаг, хөтөлсөн баримт бичгээ өдөр тутмын үйл ажиллагаанд ашигладаггүй, сувилахуйн судалгаа хийхэд баримт бичиг хомс байдаг, сувилагч нар “сувилгааны картыг” хөтлөх мэдлэг хомс байна. Сувилахуйн тусламж өндөр хөгжсөн оронд сувилгааны талаарх мэдээллийг:

- Сувилагчийн гүйцэтгэх ажлын орхигдуулж болзошгүй нэг хэсэг гэж үздэг.
- Сувилагчийн ажлыг үнэлэхэд нотолгоонд үндэслэх шаардлагатай
- Хууль эрх зүйн баримт болдог

- Өвчтөний талаар мэдээлэл солилцоход ашигладаг
- Судалгааны ажил хийхэд ашигладаг

2004 онд Эрүүл мэндийн сайдын 136 тоот тушаалаар “Гэрээр сувилахуйн тусламж, асаргаа сувилгаа хийх журам” батлагдан, хэрэгжүүлж байгаа бөгөөд “Гэрээр асаргаа сувилгаа хийх захиалгын хуудас”-ыг баталсан Иймээс бид сувилагч “Гэрээр асаргаа сувилгаа хийх захиалгын хуудас”-ыг хөтөлж буй байдалд үнэлгээ өгөх зорилгоор энэхүү сэдвийг сонгосон болно.

Судалгааны ажлын зорилго: Гэрийн нөхцөлд Сувилгааны үйл ажиллагааны 5 шатлалын дагуу тэмдэглэл хөтөлсөн байдал нь сувилахуйн тусламж үйлчилгээний чанарт нөлөөлж буйг судлах зорилго тавьсан.

Арга зүй: Судалгаанд хамрагдсан сувилагч нарыг насны байдлаар нь авч үзвэл 20 – 29 насныхан 4.2%, 30 – 39 насныхан 41.6%, 40 – 49 насны сувилагчид 47.9%, 50-аас дээш насныхан 6.7%-ийг эзэлж байна. Сувилагч нар хийдэг бүх ажлынхаа 25.3%-ийг анхан шатны бичиг баримт хөтлөлтөнд, 18.4%-ийг өрхийн эмнэлэг дээр хийдэг ажлуудад /тариа хийх, хүүхэд жинлэж хэмжих, даралт үзэх, массаж хийх, шинжилгээ авах гэх мэт/, гэрээр эргэлт хийхэд 20.1%-ийг эрүүл мэндийн боловсрол олгох сургалтанд 13.2%-ийг жирэмсэн эхчүүд болон хүүхдийг вакцинд дуудахад 18.7%-ийг, харин өрөөгөө цэвэрлэх, цэцэг арчлах, сургалтын материал бэлтгэх зэрэг ажилд 4.3%-ийг зарцуулдаг байна. Бид гэрээр сувилгаа авсан нийт үйлчлүүлэгчдийн насны байдлаар нь авч судлахад 0 – 1 сартай нярай 17.5%, 1 сараас 1 нас хүртэлх хүүхэд 5.3%, 2 – 10 насны хүүхэд 6.9%, 11 – 20 насныхан 3.2%, 21 – 30 насны хүмүүс 5.3%, 31 – 40 насны хүмүүс 4.8%, 41 – 50 насныхан 9%, 51 – 60 насны хүмүүс 12.2%, 61 – 70 настай хүмүүс 10.6% болж, 71-ээс дээш настангууд 25.6%-ийг тус тус эзэлж байна. “Гэрээр асаргаа сувилгаа хийлгэх захиалгын хуудас”-ыг 194 хүнд хөтөлсөн ба судалгаанд хамрагдсан хүмүүсийг хүйсээр авч үзвэл 42.3% нь эрэгтэй, 57.7% нь эмэгтэй байв. “Гэрээр асаргаа сувилгаа хийлгэх захиалгын хуудас”-нд Үйлчлүүлэгчийн овог нэр, гэрийн хаяг, тусламж авахыг хүссэн үйлчлүүлэгчийн хүсэлт, эмчийн анхны үзлэгийн онош, заалт зэргийг 100% тэмдэглэсэн байв. Дараагийн хуудсанд “Гэрээр асаргаа сувилгаа хийснийг бүртгэх хяналтын карт” байх ба үйлчлүүлэгчид Сувилгааны үйл ажиллагааны 5 шатлалын дагуу хэрхэн ажиллаж, тэмдэглэл хөтөлсөн байдлыг авч үзвэл судалгаанд хамрагдагсдын 79.4% нь тэмдэглэл хөтөлсөн, 20.6% нь тэмдэглэл огт хөтлөөгүй байлаа. “Гэрээр асаргаа, сувилгаа хийснийг бүртгэх хяналтын карт” нь “Сувилгааны үйл ажиллагааны таван шатлалд” үндэслэгдэн боловсруулагдсан (ЭМС-ын 2004 оны 136 тоот тушаал)

Сувилгааны үйл ажиллагааны Үнэлгээ өгөх шатлалд үйлчлүүлэгчийн биеийн байдлыг цогц үнэлэхийн тулд ажиглах, асуух, бодит үзлэг хийх аргыг хэрэглэдэг. Бидний судалгаанаас харахад 79.3% нь ажигласанаа, 73.1% нь асуумжаар илрүүлсэн байдлыг, 34.3% нь бодит үзлэг хийснээ бичиж тэмдэглэсэн байна.

Судалгаанд хамрагдсан 194 хуудсанд 76.2% нь сувилгааны онош тавигдсан, 23.8% нь сувилгааны онош тавиагүй байна.

Сувилгааны онош нь сувилагчийн юу хийхийг тодорхойлдог бөгөөд сувилгааны оношинд тулгуурлаж сувилгааг хэрхэн хийхээ төлөвлөдөг. Өөрөөр хэлбэл Сувилгааны үйл ажиллагааны 5 шатлал нь нэг нь нөгөөтэйгөө уялдаж байж хийсэн ажлын үр дүн тооцогддог юм. “Гэрээр асаргаа сувилгаа хийснийг бүртгэх хяналтын карт”-нд судалгаа хийхэд 72.5% нь сувилгааны оношиндоо тохирсон төлөвлөгөө зохиосон, 2.6% нь сувилгааны оноштой тохироогүй ажлыг төлөвлөгөөнд тусгасан, 24.9% нь төлөвлөгөө зохиосон тэмдэглэлгүй байлаа.

Судалгаанд хамрагдагсдын 68.2% нь төлөвлөгөөний дагуу асаргаа сувилгаа хийсэн байдлаа тэмдэглэсэн, 28.6% нь тэмдэглэл хөтлөөгүй, харин 3.2% нь огт төлөвлөөгүй ажлыг нэмж тэмдэглэсэн байна.

“Гэрээр асаргаа сувилгаа хийснийг бүртгэх хяналтын карт”-нд 55.6% нь сувилгааны үр дүнг тооцсон, 44.4% нь сувилгааны үр дүнг тооцоогүй буюу тэмдэглэл байхгүй байлаа.

Гэрээр ихэвчлэн ямар сувилгаа хийдэг эсэхийг судлахад давхардсан тоогоор 91% нь тариа хийлгэсэн байна.

Судалгаанд хамрагдсан сувилагч нарын Сувилгааны үйл ажиллагааны 5 шатлалын талаарх мэдлэгийг авч үзвэл 29.1% нь энэ талаарх мэдлэггүй, ажилдаа хэрэгжүүлдэггүй хэмээн хариулжээ.

Дүгнэлт:

1. Гэрээр сувилахуйн тусламж авч буй үйлчлүүлэгчдийн 25.4% нь 71-ээс дээш настай хүмүүс эзэлж байна.
2. Сувилагч нар хийсэн ажлынхаа 25 %-ийг бичиг баримт хөтлөхөд зарцуулдаг бөгөөд үүний 91% нь тариа хийснээ тэмдэглэсэн.
3. Сувилагч нарын 79.4% нь СҮА-ны 5 шатлалын дагуу тэмдэглэл хөтөлсөн, 20.6% нь тэмдэглэл огт хөтлөөгүй байлаа. Сувилагч нарын 29.1% нь СҮА-ны 5 шатлалын талаарх мэдлэггүй байгаа нь сувилахуйн тусламжийн чанарт сөргөөр нөлөөлж байна.

Ном зүй:

1. Нарантуяа Л. Эрүүл мэндийн анхан шатны тусламжийн тухай. Өрхийн сувилагч, сум, багийн бага эмч, сувилагч нарт зориулсан сургалтын материал. УБ. 2001 он 9-92-р тал.
2. Sherry L., Shamansky RN FAAN, Catherine M., Handy MA RN. The Nursing Clinics of North America. Home Health Care. New York, 1988, p 6, 315.
3. Бат-Отгон З. Монголчуудын гэгээрэл I боть УБ, Мөнхийн үсэг групп, 2009 он, хууд 20, 23.
4. Ягаанцэцэг Ж. Сувилахуйн үйл ажиллагаа, 2000 он.
5. Солонго Д. Эмнэлгийн нөхцөлд сувилагчийн бичиг баримт хөтлөлтийг боловсронгуй болгох нь, магистрын ажлын тезис 2001 он.
6. Эрүүл мэндийн сайдын 2004 оны 5-р сарын 136 дугаар тушаалын хавсралт
7. Эмнэлгийн мэргэжилтний ажлын байрны тодорхойлолт. үлгэрчилсэн загвар 2004 он. ЭМСайдын 2004 оны 5 сарын 31-ний 138 тоот тушаал. 125-р тал
8. Эрүүл мэндийн үзүүлэлтүүд УБ. 2004 он. 18, 19-р тал
9. Нарантуяа Л. Эрүүл мэндийн анхан шатны тусламжийн тухай. Өрхийн сувилагч, сум, багийн бага эмч, сувилагч нарт зориулсан сургалтын материал. Хянан тохиолдуулсан Оргил Б. УБ. 2001 он 9 – 92-р тал
10. Мухар Ц. Нийгмийн эрүүл мэнд. УБ. 1999он.
11. Наранчимэг С. Сувилгааны үйл ажиллагаа 2004 он.
12. Наранчимэг С. Монгол улс дахь сувилахуйн боловсролын сургалтын агуулга, шаталсан сургалтын тогтолцоог боловсронгуй болгох нь. Сувилахуйн ухааны боловсролын докторын зэрэг горилсон сэдэвт бүтээлийн хураангуй. УБ, 2002 он.
13. Оргил Б. Монгол улсын өрхийн эмнэлгийн үзэл баримтлал, түүний хэрэгжилтийн байдал. Монголын анагаах ухаан сэтгүүл 2002 он №1, 48, 49-р тал

To study documents among the nursing process in Home care nursing

Solongo D ¹, Naranchimeg S ¹, Orgil B ², Batsereedne B ³

¹ Health Science's University, Nursing School of Ulaanbaatar Institute, Ach Institute,

Background: The nurse spends one fifth of his/her daily working time for booking documents in the countries where nursing help is developed highly.

The order form made for being nursed through home is passed by the order No. 136 signed by Minister of Health in 2004. Therefore, we have chosen to study and make analysis on this subject of how the order form for being nursed through home is being booked.

In this survey, 45 nurses worked for 10 family hospitals belong to 6 districts of Ulaanbaatar city, 194 copies of "the order form for being nursed through home" booked for the period of 2009-2011 and nursing card booked for 30 patients who were nursed through the "Caring Team" which provides its service through the homes have been studied. Research materials are being processed through medical statistical common methods and computer programs including MS Excel, SPSS 17 and others.

If we consider the nurses covered in this survey through their ages, it is found that the ages between 20 to 29 stands for 4.2%, 30 to 39 stands for 41.6%, 40 to 49 stands for 47.9% and the ages more than 50 years olds stands for 6.7% respectively. Also the nurses spend 25.3% of their total allotted works for booking primary documents only.

And we consider the patients who take services through their homes by their ages, it is found that 0 to 1 month infants stand for 17.5%, 1 month to 1 years old stand for 5.3%, 2 to 10 years old children stand for 6.9%, 11 to 20 stands for 3.2%, 21 to 30 stands for 5.3%, 31 to 40 stands for 4.8%, 41 to 50 stands for 9%, 51 to 60 stands for 12.2%, 61 to 70 stands for 10.6% and older than 71 years old stands for 25.6% respectively. The order forms for being nursed through home are booked for 194 patients and if we consider the people covered in this survey through their sex, it is found that 42.3% of them stand for males and 57.7 stand for females.

CONCLUSION: 25.4% of the customers who took the services through their homes stand for patients aged more than 71 years old and 91% of the total services are provided for injection only in the category of nursing through home.

79.4% of the attendants covered in our survey have booked notes in conformity with the 5 stages of nursing activity and 20.6% of them have not booked any notes for.

Дүүргийн эрүүл мэндийн нэгдлээр үйлчлүүлэгчдийн сэтгэл ханамжийн судалгаа

Ю.Гантөгс ¹, О. Чимэдсүрэн ¹, П.Цэдэн ¹, Б.Балжинням ²

¹ ЭМШУИС, НЭМС

² ЭМШУИС, СБЗА

Хүлээн авсан
2011 оны 11 сарын 23

Хэвлэхийг
зөвшөөрсөн
2011 оны 11 сарын 30

Түлхүүр үг:
Эрүүл мэнд
Үйлчлүүлэгч
Сэтгэл ханамж

Товч утга

Сүүлийн жилүүдэд хөдөө орон нутгаас Улаанбаатар хот руу чиглэсэн хүн амын шилжилт хөдөлгөөний урсгал улам бүр нэмэгдсэн. Шилжилт хөдөлгөөний үр дагавар нь Улаанбаатар хотын хүн амын өсөлтөд нөлөөлж байна. Үүнээс үүдэн эрүүл мэндийн салбар тэр дундаа дүүргийн эрүүл мэндийн нэгдэл болон эмнэлгийн ачаалал эрс нэмэгдсэн бөгөөд хэт их ачааллаас үүдэлтэй тусламж үйлчилгээний чанар, хүртээмж нөгөө талаас хэрэглэгчдийн сэтгэл ханамжийн асуудал анхаарал татаж, түүнийг зайлшгүй үнэлэх хэрэгцээ тулгарсан. Дүүргийн эрүүл мэндийн нэгдлээр хэвтэн эмчлүүлэгчдийн сэтгэл ханамжийг үнэлэхэд сэтгэл ханамжийн түвшин дунджаар 3.2 ± 0.84 байна. Үйлчлүүлэгчийн сэтгэл ханамжийн түвшин судалгаанд хамрагдсан дүүргийн эрүүл мэндийн нэгдлүүдэд харилцан адилгүй байлаа ($p < 0.001$).

Удиртгал: Даяршлын үйл явц улам бүр эрчимжиж, улс орнуудын хамтын ажиллагаа олон талаар өсөн нэмэгдэж байгаа өнөө үед эрүүл мэндийн байгууллагууд нь хурдацтайгаар өөрчлөгдөж байгаа гадаад орчинтой зохицохын тулд үйл ажиллагааныхаа гүйцэтгэлд дүн шинжилгээ хийж, менежментээ үйл ажиллагаатайгаа уялдуулан сайжруулах шаардлагатай болж байна. Нөгөө талаас хүн амын эрүүл мэндийн байдлыг сайжруулах, хүн амын өвчлөлийг бууруулахад эмнэлгийн удирдлагын оновчтой шийдвэр гаргалт нь улс орны нийгэм-эдийн засагт ихээхэн үүрэг хариуцлага хүлээдэг байна ¹.

Эрүүл мэндийн салбарын менежмент нь үйлдвэрлэлийн болон үйлчилгээний бусад салбаруудаас нэлээн онцлог салбарын хувьд өөрийн гэсэн өвөрмөц шинжийг агуулсан байдаг. Гэхдээ энэ нь менежментийн ерөнхий зарчмуудын хүрээнээс хальж гарна гэсэн үг биш юм. Мөн эрүүл мэндийн байгууллага нь нээлттэй тогтолцоо бөгөөд гадаад болон дотоод орчны нөлөөнд оршин байдаг учраас менежер нь эдгээр орчныг судлах зайлшгүй шаардлага гардаг ².

Хүн амд эрүүл мэндийн жигд, хүртээмжтэй хийгээд чанартай тусламж үйлчилгээг үзүүлж, тэдний эрүүл мэндийн байдлыг сайжруулах нь эрүүл мэндийн салбарын эрхэм зорилго юм. Сүүлийн жилүүдэд хөдөө орон нутгаас Улаанбаатар хот руу чиглэсэн хүн амын шилжилт хөдөлгөөний урсгал улам бүр нэмэгдсээр байна. Шилжилт хөдөлгөөний үр дагавар нь Улаанбаатар хотын хүн амын өсөлтөд нөлөөлж

байна. Үүнээс үүдэн эрүүл мэндийн салбар тэр дундаа дүүргийн эрүүл мэндийн нэгдэл болон эмнэлгийн ачаалал эрс нэмэгдсэн бөгөөд хэт их ачааллаас үүдэлтэй тусламж үйлчилгээний чанар, хүртээмж нөгөө талаас хэрэглэгчдийн сэтгэл ханамжийн асуудал анхаарал татаж, түүнийг зайлшгүй үнэлэх хэрэгцээ тулгарч байна.

Зорилго: Дүүргийн эрүүл мэндийн нэгдлээр хэвтэн эмчлүүлэгчдийн сэтгэл ханамжийг үнэлэх

Арга зүй: Судалгаанд Улаанбаатар хотын 6 дүүргийн Эрүүл Мэндийн нэгдэлд 2011 оны 9 сарын 3-наас 10 сарын 15-ны хооронд хэвтэж эмчлүүлсэн 422 үйлчлүүлэгчийг санамсаргүй түүвэрлэлтийн аргаар сонгон хамруулсан бөгөөд, судалгаанд оролцогчдоос таниулах зөвшөөрлийн хуудсаар зөвшөөрөл авсны дараа судалгааг явуулсан. Үйлчлүүлэгчдийн сэтгэл ханамжийг Калифорнийн Их Сургуулийн профессор Мари Нигетикогийн 2007 онд боловсруулсан 15 бүлэг бүхий 66 асуулттай асуумжийг өөрийн орны нөхцөл байдалд тохируулан зарим нэг өөрчлөлтийг хийн судалгаанд хэрэглэсэн. Сэтгэл ханамжийг 1-5 хүртэлх оноогоор үнэлсэн бөгөөд 5 оноо нь сэтгэл ханамж хамгийн өндөр байгааг 1 оноо хамгийн бага сэтгэл ханамжийг илэрхийлсэн. Цуглуулсан тоон мэдээллийг Microsoft Excel, SPSS-17 программыг ашиглан боловсруулж, статистик үнэн магадлалыг ANOVA болон T-test-ийн аргаар шалгав.

Үр дүн:

Судалгаанд нийт 422 үйлчлүүлэгч хамрагдсанаас 15-24 нас 15.6 хувь (n=66), 25-34 нас 19.9 хувь (n=84), 35-44 нас 16.6 хувь (n=70), 45-54 нас 21.1 хувь (n=89), 55-64 нас 13.4 хувь (n=58), 65< нас 13 хувь (n=55) гэсэн насны 6 бүлэгт ангилан үзсэн ба хүйсийн хувьд 35.1 хувь (n=148) нь эрэгтэй, 64.9 хувь (n=274) нь эмэгтэй байна.

Судалгаанд оролцогчдын ерөнхий үзүүлэлтийг хүснэгт 1-д үзүүлэв.

Үйлчлүүлэгчдийн сэтгэл ханамжийн түвшинг хүснэгт 2-д харуулав. Эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний хүртээмжид өгсөн сэтгэл ханамж 3.19 ± 0.74 , үндсэн үйл ажиллагааны сэтгэл ханамж 2.93 ± 0.72 , эмч,

Хүснэгт 1

Дүүргийн эрүүл мэндийн нэгдлээр хэвтэн эмчлүүлэгчдийн нас, хүйс

Үзүүлэлт	Нийт n (%)	Баянгол n (%)	Багануур n (%)	Чингэлтэй n (%)	Хан-Уул n (%)	Сонгинохайрхан n (%)	Налайх n (%)	Р утга
Насны бүлэг								<0,002
15-24	66 (15.6)	2 (6.7)	10 (15.9)	14 (14.4)	10 (20.4)	10 (10.6)	20 (22.5)	
25-34	84 (19.9)	0 (0)	10 (15.9)	17 (17.5)	14 (28.6)	19 (20.2)	24 (27)	
35-44	70 (16.6)	3 (10)	14 (22.2)	12 (12.4)	5 (10.2)	19 (20.2)	17 (19.1)	
45-54	89 (21.1)	10 (33.3)	15 (23.8)	25 (25.8)	10 (20.4)	16 (17)	13 (14.6)	
55-64	58 (13.4)	6 (20)	7 (11.1)	15 (15.5)	5 (10.2)	15 (16)	10 (11.2)	
65<	55 (13)	9 (30)	7 (11.1)	14 (14.4)	5 (10.2)	15 (16)	5 (5.6)	
Хүйс								<0,024
Эрэгтэй	148 (35.1)	14 (46.7)	23 (36.5)	45 (46.4)	11 (22.4)	27 (28.7)	28 (31.5)	
Эмэгтэй	274 (64.9)	16 (53.3)	40 (63.5)	52 (53.6)	38 (77.6)	67 (71.3)	61 (68.5)	

Хүснэгт 2

Дүүргийн эрүүл мэндийн нэгдлээр хэвтэн эмчлүүлэгчдийн сэтгэл ханамж

№	Сэтгэл ханамжийн үзүүлэлтүүд	Баянгол n=30 x (SD)	Багануур n=63 x (SD)	Чингэлтэй n=97 x (SD)	Хан-Уул n=49 x (SD)	СХД n=94 x (SD)	Налайх n=89 x (SD)	Нийт n=422 x (SD)	Р утга
1	Эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний хүртээмж (4 асуулт)	3,13 (0,78)	3,51 (0,80)	3,11 (0,59)	3,16 (0,76)	3,10 (0,69)	3,20 (0,76)	3,19 (0,74)	<0,013
2	Үндсэн үйлчилгээний талаарх сэтгэл ханамж (7 асуулт)	2,26 (0,77)	3,27 (0,77)	2,95 (0,74)	3,06 (0,69)	2,84 (0,55)	2,79 (0,73)	2,93 (0,72)	<0,001
3	Эмч эмнэлгийн мэргэжилтний ур чадварын талаарх сэтгэл ханамж (5 асуулт)	3,30 (0,60)	3,67 (0,60)	3,53 (0,63)	3,57 (0,61)	3,51 (0,58)	3,31 (0,70)	3,49 (0,63)	<0,008
4	Эмч, мэргэжилтний үйлчлүүлэгчтэй харилцах харилцаа, хандлага (5 асуулт)	3,17 (0,79)	3,73 (0,68)	3,36 (0,77)	3,35 (0,80)	3,32 (0,66)	3,29 (0,71)	3,38 (0,74)	<0,002
5	Эмнэлэгт хэвтэхэд шаардлагатай бичиг баримт бүрдүүлэлт (3 асуулт)	2,87 (0,82)	3,54 (0,74)	3,51 (0,84)	3,39 (0,67)	3,28 (0,82)	3,43 (0,81)	3,38 (0,81)	<0,002
6	Үйлчлүүлэх эмчийг сонголт хийх боломж (6 асуулт)	2,73 (0,94)	3,44 (0,84)	2,80 (0,91)	3,24 (0,78)	2,79 (0,80)	3,12 (0,78)	3,01 (0,87)	<0,001
7	Хүмүүс хоорондын харилцаа буюу бусад мэргэжилтнүүдийн зүгээс үйлчлүүлэгчид анхаарал халамж тавьж буй байдал (5 асуулт)	3,13 (0,82)	3,83 (0,64)	3,43 (0,78)	3,49 (0,71)	3,46 (0,62)	3,36 (0,82)	3,47 (0,74)	<0,001
8	Үйлчлүүлэгчид үзүүлсэн хүндэтгэл (3 асуулт)	3,50 (0,82)	3,95 (0,63)	3,69 (0,85)	3,76 (0,75)	3,76 (0,71)	3,60 (0,78)	3,72 (0,77)	<0,049
9	Эрүүл мэндийн боловсрол олголт (4 асуулт)	2,87 (0,78)	3,63 (0,70)	3,19 (0,87)	3,18 (0,88)	3,04 (0,87)	3,21 (0,80)	3,20 (0,85)	<0,001
10	Тусламж үйлчилгээ авах үед төлсөн төлбөр болон төлбөр төлөлттэй холбоотой асуудлаар (6 асуулт)	2,77 (0,73)	3,24 (0,73)	3,20 (0,69)	3,10 (0,68)	3,07 (0,72)	2,97 (0,76)	3,09 (0,73)	<0,021
11	Тусламж үйлчилгээний өртөг, даатгалын зардлын нөхөн төлөлттэй холбоотой мэдээлэл авах боломж (2 асуулт)	2,63 (0,72)	3,27 (0,83)	2,87 (1,11)	2,98 (0,83)	2,60 (0,82)	3,09 (0,86)	2,91 (0,92)	<0,001
12	Үйлчилгээний ажилтнуудын харилцаа, хандлага (3 асуулт)	3,43 (0,90)	3,63 (0,79)	3,45 (0,89)	3,22 (0,87)	3,41 (0,83)	3,49 (0,81)	3,45 (0,85)	0,230
13	Ялгаварлан гадуурхалт мэдэрсэн байдал (4 асуулт)	2,70 (1,06)	2,13 (1,35)	1,94 (1,08)	2,20 (1,21)	2,13 (1,21)	2,51 (1,21)	2,21 (1,21)	<0,007
14	Шаардлагатай хэрэгцээ шаардлагад тусламж үйлчилгээний чанар нийцсэн (4 асуулт)	3,17 (0,75)	3,68 (0,71)	3,53 (0,77)	3,53 (0,77)	3,44 (0,66)	3,34 (0,75)	3,46 (0,74)	<0,014
15	Эмнэлгээр үйлчлүүлсний дараах ерөнхий сэтгэл ханамж (5 асуулт)	3,20 (0,89)	3,94 (0,93)	3,36 (0,78)	3,67 (0,90)	3,43 (0,75)	3,47 (0,91)	3,51 (0,87)	<0,001

эмнэлгийн мэргэжилтний ур чадварын талаарх сэтгэл ханамж 3.49 ± 0.63 , эмч, эмнэлгийн мэргэжилтний үйлчлүүлэгчтэй харилцах харилцааны ур чадвар 3.38 ± 0.74 , эмнэлэгт хэвтэхэд шаардлагатай бичиг баримт бүрдүүлэлт 3.38 ± 0.81 , үйлчлүүлэх эмчийг сонгох боломж 3.01 ± 0.87 , хүмүүс хоорондын харилцаа буюу бусад мэргэжилтнүүдийн зүгээс үйлчлүүлэгчид анхаарал халамж тавьж буй байдал 3.47 ± 0.74 , үйлчлүүлэгчид үзүүлсэн хүндэтгэл 3.72 ± 0.77 , эрүүл мэндийн боловсрол олголтод сэтгэл ханамжтай байдал 3.20 ± 0.85 , тусламж үйлчилгээ авах үед төлсөн төлбөр болон төлбөр төлөлттэй холбоотой асуудлаарх сэтгэл ханамж 3.09 ± 0.73 , тусламж үйлчилгээний өртөг, даатгалын зардлын нөхөн төлөлттэй холбоотой мэдээлэл авах боломж 2.91 ± 0.92 , үйлчилгээний ажилтнуудын харилцаа хандлага 3.45 ± 0.85 , ялгаварлан гадуурхалт мэдэрсэн байдал 2.21 ± 1.21 , хэрэглэгчийн хэрэгцээ шаардлагад тусламж үйлчилгээний чанар нийцсэн эсэх 3.46 ± 0.74 , эмнэлгээр үйлчлүүлсний дараах ерөнхий сэтгэл ханамж 3.51 ± 0.87 байна. Мөн дүүргийн эрүүл мэндийн нэгдэл бүрээр үйлчлүүлэгчдийн сэтгэл ханамжийн түвшин харилцан адилгүй байгаа нь статистик үнэн магадтай байна. Багануур дүүргийн эрүүл мэндийн нэгдлийн үйлчлүүлэгчид хамгийн өндөр сэтгэл ханамжтай буюу 3.51 ± 0.82 , харин Баянгол дүүргийн эрүүл мэндийн нэгдлээр үйлчлүүлэгчдийн сэтгэл ханамж 2.91 ± 0.87 байна.

Хэлцэмж: Жозе М Куантана, Нэри Гонзалис, Амай Вилбао нарын Испанийн 4-н эмнэлгийн 650 үйлчлүүлэгчдийн дунд судалгааг мэдээлэл, тав тух,

цэвэр байдал зэрэг 6-н үзүүлэлтийн дагуу явуулсан бөгөөд сэтгэл ханамж дунджаар 83 хувь байсан³. Бэттил, Фиорилло, Хэндрикс нарын АНУ-д хийсэн судалгаагаар 12000 үйлчлүүлэгчээс сэтгэл ханамжийг судлахад эмнэлгээр үйлчлүүлсэн үйлчлүүлэгчдийн сэтгэл ханамж 76 хувь байсан байна⁴. Бидний судалгаагаар эрүүл мэндийн нэгдлээр үйлчлүүлэгчдийн сэтгэл ханамж 55 хувьтай байгаа нь дээрх 2 судалгааны үр дүнтэй харьцуулахад хэрэглэгчдийн сэтгэл ханамж бага байна.

Дүгнэлт:

1. Дүүргийн эрүүл мэндийн нэгдлээр үйлчлүүлэгчдийн сэтгэл ханамжийн түвшин дунджаар 3.2 ± 0.84 буюу 55 ± 16 хувь байна.
2. Үйлчлүүлэгчийн сэтгэл ханамжийн түвшин судалгаанд хамрагдсан дүүргийн эрүүл мэндийн нэгдлүүдэд харилцан адилгүй байна ($p < 0.001$).

Ном зүй:

1. П.Наранцэцэг "Монгол менежмент, тулгамдсан асуудал, шийдвэрлэх арга зам" 2009 он.
2. Б.Цэцэгмаа "Хүний нөөцийн менежмент" УБ 2001
3. Jose M Quintana, Nerea Gonzales, Amai Bilbao: Predictor of patient satisfaction with hospital health care. Soc Sci Med 1997, 45:1829-1843.
4. Bethell C, Fiorillo J, Lansky D, Hendryx M, Knichman J: Online consumer surveys as a methodology for assessing the quality of the United States health care system. J Med Internet Res 2004, 6:e2

Patient satisfaction with hospital care in ulaanbaatar district health centers

Yu.Gantugs¹, O. Chimedsuren¹, P.Tseden¹, B.Baljinnyam²

¹ HSUM, SPH

² HSUM, DEPM

Key words: health centers, patient satisfaction

We used validated inpatient satisfaction questionnaire was used in the study to evaluate the health care received by patient admitted to district health centers. The study had a cross-sectional design. Random sample 422 patients from the 6 health centers were selected during September and October 2011. Patient satisfaction was measured by validated questionnaire with 15 sections which includes 66 questions: general access to care, general convenience, technical quality, communication, paper work, choice and continuity, interpersonal care, respectfulness, health education, services covered, information about plan, office staff, discrimination, perceived quality of care, general satisfaction with care. Score from 1-5 was given to each question, with higher scores indicating highest level of satisfaction. In the inivariate analysis, district was related to satisfaction ($p < 0.001$). Overall patient satisfaction was 3.2 ± 0.84 among patient who get inpatient services at the district health department.

Зарим аутоиммун эмгэгийн үед RF-IgM; dsDNA ауто эсрэг бие тодорхойлсон дүн.

Н. Наранбаатар¹, Б. Саранцэцэг¹, С. Цогтсайхан¹, Г.Батбаатар¹

¹ Бичил амь судлал, дархлааны тэнхим

¹ Эрүүл Мэндийн Шинжлэх Ухааны Их Сургууль

Хүлээн авсан
2011 оны 12 сарын 20

Хэвлэхийг
зөвшөөрсөн
2011 оны 12 сарын 27

Түлхүүр үг:
RF-IgM
Anti-dsDNA
Rheumatoid arthritis
Systemic lupus erythematosus
Psoriatic arthritis

Товч утга

Ревматойдний фактор (RF-IgM) буюу эрчлэгдээгүй давхар утаслаг ДНХ нь эмнэлгийн практикт системийн аутоиммуны өвчнүүдийг оношлоход ба ялган оношлоход хэрэглэгддэг. Энэ судалгаанд дархлааны эмгэгтэй 18-72 насны 140 өвчтөн (51 эр, 89 эм) хамруулсан ба үүнээс 82 нь ревматойдний артрит (RA), 40 өвчтөн системийн чонон хөрвөс(SLE), 18 нь псориазын гаралтай артриттай (PA) өвчтөн байсан. 181 шинж тэмдгийн болон лабораторийн өөрчлөлтгүй хүмүүсийг хяналтын групп болгон хамруулсан.

Судалгаанд оролцогчдын цусны сийвэн дэх RF-IgM ба anti-dsDNA хэмжээг ELISA (Magiwell INC. USA) аргаар тодорхойлсон ба RA өвчтөний 45.1% -д, SLE- тэй 259 өвчтөнд, PA-тэй өвчтөний 38.9% -д ба эрүүл бүлгийн 12.2%-д RF-IgM хэмжээ нь 25-55IU/mL байсан. Харин RA өвчтөний 45.1%-д 55IU/mL-ээс дээш хэмжээтэй гарсан.

Эрчлэгдээгүй давхар утаслаг ДНХ –ийн хэмжээ нь RA өвчтөний 24.4% -д, SLE-тэй өвчтөний 40% -д, PA-тэй өвчтөний 27.8% -д ба эрүүл бүлгийн 7.3% -д 25-40IU/mL илэрсэн.

Гэвч эрчлэгдээгүй давхар утаслаг ДНХ –ийн хэмжээ нь RA өвчтөний 9.8%-д, SLE and PA –тэй өвчтөний 45% ба 44.4% -д 40IU/mL-ээс их байсан ба эрүүл группт өндөр түвшний эсрэг бие илрээгүй.

Ревматойдний артритийн үед RF-IgM нь anti-dsDNA –тай харьцуулахад өндөр өвөрмөц болон мэдрэг чанар, эерэг ба сөрөг боломжит хариуг үзүүлсэн ба түвшин хоорондын зөвшөөрөгдөх хэмжээ (κ) илүү байсан.

Харин системийн чонон хөрвөс(SLE), псориазын гаралтай артритын үед anti-dsDNA нь өвөрмөц болон мэдрэг чанар, эерэг ба сөрөг боломжит хариу өндөр байсан ба түвшин хоорондын зөвшөөрөгдөх хэмжээ (κ) илүү байсан.

Үүнээс үзэхэд Ревматойдний артритийн үед RF-IgM –ийн хэмжээ өндөр (κ=0.74) илэрсэн ба системийн чонон хөрвөс(SLE), псориазын гаралтай артритын үед anti-dsDNA –ийн хэмжээ өндөр (κ=0.77 and κ=0.67) илэрч байгаа нь оношийн ач холбогдолтой байж болох юм.

Удиртгал: Олон эсрэг биеүүд нь эмнэлгийн практикт аутоиммуны өвчний оношлогоо, эмчилгээнд хэрэглэгдэж байна.^{1, 2.}

Ялангуяа ревматойдний фактор (RF-IgM) буюу эрчлэгдээгүй давхар утаслаг ДНХ –ийн эсрэг биеүүд илүү өргөн ашиглагдаж байна²⁻⁵.

Монголд эмнэлгийн практикт аутоиммуны эмгэгтэй хүмүүст эдгээр эсрэг биеийг оношлогоонд хэрэглэсэн судалгаа хийгдээгүй байна.

Арга зүй: Агшингийн аргыг ашиглаж дархлааны эмгэгтэй 18-72 насны 140 өвчтөн (51 эр, 89 эм) хамруулсан ба үүнээс 82 нь ревматойдний артрит (RA), 40 өвчтөн системийн чонон хөрвөс(SLE), 18 нь псориазын гаралтай артриттай (PA) өвчтөн байсан.

Бүх өвчтөн урьдчилж оношлогдсон ба стеройд эмчилгээний өмнө эсрэг биеийг илрүүлэх шинжилгээг авсан.

Гепатит В ба С, сүрьеэ зэрэг архаг халдвар, бөөрний, цусны эргэлтийн ба харшлын эмгэгтэй хүмүүсийг судалгаанд хамруулаагүй. 181 шинж тэмдгийн болон лабораторийн өөрчлөлтгүй хүмүүсийг хяналтын групп болгон хамруулсан.

Судалгаанд оролцогчдын цусны сийвэн дэх RF-IgM ба anti-dsDNA хэмжээг ELISA (Magiwell INC. USA) аргаар үйлдвэрлэгчийн санал болгосон протоколын дагуу тодорхойлсон.

RF-IgM and anti-dsDNA –ийн өвөрмөц болон мэдрэг чанар, эерэг ба сөрөг боломжит хариуг эмгэг тус бүрд хоёрдогч ангиллын тестээр (binary classification test) тодорхойлсон. Кохен каппа коэффициентийг түвшин хоорондын зөвшөөрөгдөх хэмжээ (κ)-г тодорхойлоход ашигласан. Статистик боловсруулалтыг SPSS.10 програмыг ашиглаж хийсэн.

Арга аргачлал нь ЭМШУИС-ийн ёс зүйн салбар хорооны хурлаар хэлэлцэгдсэн.

Үр дүн, хэлцэмж: Хүснэгт 1-д тохиолдол хяналтын бүлгийн эсрэг биеийн түвшинг үзүүлэв. RA өвчтөний 45.1% -д, SLE- тэй 259 өвчтөнд, PA-тэй өвчтөний 38.9% -д ба эрүүл бүлгийн 12.2%-д RF-IgM хэмжээ нь 25-55IU/ml байсан. Харин RA өвчтөний 45.1%-д хэмжээ нь 55IU/ml-ээс дээш гарсан.

Эрчлэгдээгүй давхар утаслаг ДНХ –ийн хэмжээ нь RA өвчтөний 24.4% -д, SLE- тэй өвчтөний 40% -д, PA-тэй өвчтөний 27.8% -д ба эрүүл бүлгийн 7.3% -д 25-40IU/ml байсан.

Гэвч эрчлэгдээгүй давхар утаслаг ДНХ –ийн хэмжээ нь RA өвчтөний 9.8%-д, SLE and PA –тэй өвчтөний 45% ба 44.4% -д 40IU/ml-ээс их байсан ба эрүүл группт өндөр түвшний эсрэг бие илрээгүй.

Хүснэгт 2-д RF-IgM and anti-dsDNA –ийн өвөрмөц болон мэдрэг чанар, эерэг ба сөрөг боломжит хариуг тооцоолсон үр дүнг үзүүлэв.

RF-IgM-ийн хэмжээ RA –тэй өвчтөнд 90.2% -д ихэссэн. (тэдгээрийн хагас хувьд 55IU/ml-ээс дээш байсан). SLE өвчтөний 25%, PA өвчтөний 38.9% ба эрүүл группын 12.2%-д RF-IgM хэмжээ 25-55IU/ml байсан.

Helliwell PS et al. (2007) RA-тэй 363 өвчтөний 274 (76%) -д, PA-тэй 338 өвчтөний 22 (6%) -д RF-IgM хэмжээ ихэссэн ба үүнээс үзэхэд PA-тэй өвчтөнд энэ эсрэг бие нь оношлогооны ач холбогдол байхгүй гэж үзсэн ⁶.

Anti-dsDNA хэмжээ SLE өвчтөний 85%-д ихэссэн (in 45% high or more than 40IU/ml titer) RA өвчтөний 34.2% -д ихэссэн (in 9.8% high or more than 40IU/ml titer), ба эрүүл группт 7.3%-д RF-IgM 25-40IU/ml ихэссэн.

PA өвчтөний 72.2%-д anti-dsDNA түвшин (44.4% high or more than 40IU/ml titer) ихэссэн.

Ревматойдний артритийн үед RF-IgM нь anti-dsDNA –тай харьцуулахад өндөр өвөрмөц болон мэдрэг чанар, эерэг болон сөрөг боломжит хариу үзүүлсэн ба түвшин хоорондын зөвшөөрөгдөх хэмжээ (κ) илүү байсан.

Харин системийн чонон хөрвөс (SLE), псориазын

Хүснэгт 1.

Дархлааны өвчтэй хүмүүсийн сийвэн дэх эсрэг биеийн түвшин (%)

Antibody	Range	RA	SLE	PA	Control
RF-IgM	25IU/ml >	9.8% (n=8)	75% (n=30)	61.1%(n=11)	87.8% (n=36)
	25-55IU/mL	45.1% (n=37)	25% (n=10)	38.9%(n=7)	12.2% (n=5)
	55IU/mL<	45.1% (n=37)	0%	0%	0%
	25IU/ml >	65.8% (n=54)	15% (n=6)	27.8% (n=5)	92.7% (n=38)
anti-dsDNA	25-40IU/ml	24.4% (n=20)	40% (n=16)	27.8% (n=5)	7.3% (n=3)
	40IU/ml<	9.8% (n=8)	45% (n=18)	44.4% (n=8)	0%

Diagnostic significance of autoantibodies for immune disorder pathologies

Хүснэгт 2.

	Antibody	Sensitivity	Specificity	PPV	NPV	каппа
RA	RF-IgM	90.24%	87.8%	93.76%	81.81%	0.74
	anti-dsDNA	34.14%	92.68%	90.32%	41.30%	0.20
SLE	RF-IgM	25%	87.8%	66.6%	54.5%	0.12
	anti-dsDNA	85%	77.27%	91.89%	86.36%	0.77
PA	RF-IgM	38.9%	87.8%	58.3%	76.6%	0.29
	anti-dsDNA	72.2%	92.7%	81.3%	88.4%	0.67

гаралтай артритын үед anti-dsDNA нь өндөр өвөрмөц болон мэдрэг чанар, эерэг болон сөрөг боломжит хариу үзүүлсэн ба түвшин хоорондын зөвшөөрөгдөх хэмжээ (κ) илүү байсан.

Үүнээс үзэхэд Ревматойдний артритийн үед RF-IgM – ийн хэмжээ өндөр ($\kappa=0.74$) илэрсэн ба системийн чонон хөрвөс (SLE), псориазын гаралтай артритын үед anti-dsDNA –ийн хэмжээ өндөр ($\kappa=0.77$ and $\kappa=0.67$) илэрч байгаа нь оношийн ач холбогдолтой байж болох юм.

Yongjiang Sun et al. (2001) нь SLE –тэй өвчтөний 90% -д өвчний идэвх ба эсрэг биеийн түвшний хоорондын харьцаа их үед anti-dsDNA ихэссэнийг тогтоосон ⁴. Энэ судалгаа нь RA үед RF-IgM мэдрэг чанар (90.24%) ба өвөрмөц чанар (87.8%) байгааг тогтоосон. Karl Egerer et al. (2009) нь RA үед RF-IgM мэдрэг чанар (80%) ба өвөрмөц чанар (95%) гэсэн ойролцоо түвшинг гаргасан ⁷.

Дүгнэлт:

Ревматойдний артритийн үед RF-IgM хэмжээ 55IU/mL-ээс дээш ($\kappa=0.74$) ба системийн чонон хөрвөс(SLE), псориазын гаралтай артритын үед anti-ds DNA –ийн хэмжээ өндөр ($\kappa=0.77$ and $\kappa=0.67$) илэрч байгаа нь оношийн ач холбогдолтой байж болох юм.

Ном зүй:

1. Mitchell, Richard Sheppard; Kumar, Vinay; Abbas, Abul K.; Fausto, Nelson (2007). *Robbins Basic Pathology*. Philadelphia: Saunders. ISBN 1-4160-2973-7. 8th edition
2. Richard A Watts. *Autoantibodies in Autoimmune Diseases*. Medicine. 2002, 30 (10):2-6
3. Gunter Steiner; Joset Smolen. *Autoantibodies in rheumatoid arthritis and their clinical significance*. *Arthritis Research*. 2002; 4 (suppl2):s1-s5.
4. Yongjiang Sun, Kok-Yong Fong, Maxey C.M. Chung, Zhi-Jian Yao. *Peptide mimicking antigenic and immunogenic epitope of double-stranded DNA in systemic lupus erythematosus*. *Int Immunol*. (2001) 13 (2): 223-232.
5. Hilda Fragos-Loyo, Javier Cabiedes, Alejandro Orozco-Narvaez, Luis Davila-Maldonado, Yemil Atisha-Fregoso, Betty Diamond et al. *Serum and cerebrospinal fluid autoantibodies in patients with neuropsychiatric lupus erythematosus. Implications for diagnosis and pathogenesis*. *PloS ONE*. 2008; 3(10): e3347.
6. Helliwell PS, Porter G, Taylor WJ. *Polyarticular psoriatic arthritis is more like oligoarticular psoriatic arthritis, than rheumatoid arthritis*. *Ann Rheum Dis*. 2007 Jan;66(1):113-7. Epub 2006 Jul 13.
7. Karl Egerer, Eugen Feist, Gerd Rudiger Burmester. *The serological diagnosis of rheumatoid arthritis*. *Dtsch Arztebl Int*. 2009 March; 106(10): 159–163

Diagnostic Significance of some Autoantibodies in Clinical Diagnostics of Autoimmune Diseases in Mongolian patients

Naranbaatar Nyam¹, Batbaatar Gunchin¹, Sarantsetseg Bira¹, Tsogtsaikhan Sandag¹

¹Department of Microbiology and Immunology,

¹Health Sciences University of Mongolia

Rheumatoid factor (RF-IgM) and anti-double stranded DNA (anti-dsDNA) autoantibodies are most widely used diagnostic tools for diagnosis and differential diagnosis of systemic autoimmune diseases in clinical practice. In this cross-sectional study, 140 patients aged from 18-72 years old (51 males and 89 females) with confirmed immune disorder pathologies, including 82 patients with rheumatoid arthritis (RA), 40 patients with systemic lupus erythematosus (SLE) and 18 patients with psoriatic arthritis (PA) were enrolled. 181 subjects without legend and current clinical and laboratory findings of systemic diseases attended as control. Determination of serum RF-IgM and anti-dsDNA titer were performed in all attendants using ELISA (Magiwell INC. USA). Titer of RF-IgM in range of 25-55IU/ml were found in 45.1% of patients with RA, in 25.9% of patients with SLE, in 38.9% of patients with PA and in 12.2% of healthy subjects, but higher titer (more than 55IU/ml) were found only in 45.1% of patients with RA while only 9.8% of patients with RA has demonstrated titer of RF-IgM in normal range (less than 25IU/ml). Titer of anti-dsDNA with range of 25-40IU/mL were demonstrated in 24.4% of patients with RA, in 40% of patients with SLE, in 27.8% of patients with PA and only in 7.3% of healthy subjects. But only 9.8% of patients have shown titer of anti-dsDNA more than 40IU/ml, while 45% and 44.4% of patient with SLE and PA respectively and no healthy subject demonstrated high level of the antibody. RF-IgM has shown higher sensitivity, specificity, PPV and NPV and better inter-rater agreement (κ) for RA comparing with anti-dsDNA. But anti-dsDNA demonstrated higher sensitivity, specificity, PPV and NPV and better inter-rater agreement (κ) for SLE and PA comparing with RF-IgM. There were concluded that only high titer of RF-IgM for RA ($\kappa=0.74$) and high titer of anti-dsDNA for SLE and PA ($\kappa=0.77$ and $\kappa=0.67$ respectively) may have diagnostic significance.

Их, дээд сургуулийн санхүүжилтийн асуудалд

Г.Баярбат¹, С.Оюунцэцэг¹, Б.Солонго³, Б.Оюунгоо², Д.Цэрэндагва¹

¹ ЭМШУИС-ийн Сувилахуйн сургууль

² ЭМШУИС, Сургалтын Бодлого Зохицуулалтын Алба

³ ЭМШУИС, Анагаах Ухааны Сургууль

Хүлээн авсан
2011 оны 10 сарын 21

Хэвлэхийг зөвшөөрсөн
2011 оны 11 сарын 01

Түлхүүр үг:
Санхүүжилт
Орлогын эх үүсвэр
Сургалтын
төлбөр

Товч утга

ЭМШУИС-ийн Сувилахуйн сургуулийн санхүүжилтийн өнөөгийн байдалд дүн шинжилгээ хийх зорилгоор нэгэн агшингийн дескриптив загвараар баримт бичгийн түүвэр судалгааны дагуу сувилхуйн сургуулийн 2007-2011 хичээлийн жилийн санхүүгийн тайланг ашиглан судаллаа.

Сувилахуйн сургуулийн санхүүжилт нь улсын төсвөөс /тогтмол зардлыг санхүүжүүлж/, сургалтын төрийн сангаас /төрийн албаны хуулиар, сургалтын төрийн сангийн буцалтгүй тусламж, сургалтын төрийн сангийн зээл/, туслах үйл ажиллагаа/ төсөл хөтөлбөр/, үндсэн үйл ажиллагааар /оюутны сургалтын төлбөр/ тус тус орлогоо бүрдүүлж байна. Мөн 2009-2010 оны хичээлийн жилийн санхүүжилтийн эх үүсвэрийг судлахад сургуулийн нийт орлогын төрөөс авдаг тогтмол зардалд 8,2%, сургалтын төрийн сангаас 8,1%, туслах үйл ажиллагаа 5,4%, үндсэн үйл ажиллагаа 78,2%-ийг эзэлж байгаа нь суралцаж байгаа хүмүүсийнхээ төлбөрийн чадвараас хараат байгааг илтгэж байна. Энэ нь оюутны сургалтын төлбөрөөс сургуулийн үйл ажиллагаа шууд хамааралтай, оюутны сургалтын төлбөртэй холбоотой Засгийн газар, БСШУЯамны шийдвэрүүд нь сургуулийн үйл ажиллагаанд шууд нөлөөлж, эрсдэл учруулж болохоор байгаа тул эдийн засгийн тооцоолол хийж, санхүүжилтийн эх үүсвэрүүдийг нэмэгдүүлэх боломжийг судлах шаардлагатай гэж үзэж байна.

Удиртгал: Монгол улс 1990-ээд оноос өмнө боловсролын үйлчилгээний зардлыг төрөөс хариуцаж байсан. Боловсролын үйлчилгээний зардлыг төрөөс хариуцаж байсан үед санхүүгийн эрсдэл, тулгамдсан асуудал багатай байсан боловч нөгөө талаас санхүүгийн чадавхи муутай байсан.

1990-ээд оноос хойш төвлөрсөн төлөвлөгөөт эдийн засгийн тогтолцооноос зах зээлийн эдийн засгийн тогтолцоонд шилжсэнтэй холбогдон их, дээд сургууль, коллежийн санхүүжилтийн тогтолцоонд өөрчлөлт орж, төрийн өмчийн их дээд сургуулиуд, коллежүүд санхүүгийн эх үүсвэрийг өөрийн үйл ажиллагааны орлогоос бүрдүүлдэг болсон байна.

2003-2007 онд төрийн өмчийн их, дээд сургууль, коллежууд зөвхөн сургалтын төлбөрийн орлогоор бүх үйл ажиллагаагаа санхүүжүүлж, 2008 оноос төрийн өмчийн дээд боловсролын сургалтын байгууллагуудын тогтмол зардал, нэг удаагийн тэтгэмж болон хөрөнгө оруулалтын зардлыг улсын төсвөөс санхүүжүүлдэг болсон.

Зорилго: Сувилахуйн сургуулийн санхүүжилтийн өнөөгийн байдалд дүн шинжилгээ хийх

Зорилт:

1. Санхүүжилтийн эх үүсвэрийг тодорхойлох
2. Сургалтын төлбөрийн хэмжээг харьцуулан судлах

Арга зүй: Судалгааг нэгэн агшингийн дескриптив загвараар хийсэн ба баримт бичгийн түүвэр судалгааны дагуу 2007-2011 оны хичээлийн жилийн Сувилахуйн сургуулийн санхүүгийн тайланг ашиглан эдийн засгийн өртөг, зардал тооцох уламжлалт аргачлалаар дүн шинжилгээ хийн, 2006-2011 оны сургалтын төрийн сангийн дээд боловсролын нэгдсэн үзүүлэлт, Монгол улсын ерөнхийлөгчийн “Дээд боловсролын санхүүжилт, суралцагчдын цалин, тэтгэлэг, тэтгэмж, нийгмийн баталгааны тухай” хуулийн төслийн материал зэргийг ашигласан. Баримт бичгийн түүвэр судалгаагаар цуглуулсан тоо материалын статистик боловсруулалтыг “Microsoft office-2007” иж бүрдэл болон зураг, хүснэгтийг Photoshop CS4 программыг ашиглан хийсэн.

Үр дүн: Монгол улсын дээд боловсролын суралцагчийн тоо, санхүүжилтийг 2011 оны 2007 оны мөн үетэй харьцуулахад суралцагчийн тоо, хувийн зардлаар суралцагчийн тоо болон өссөн бол сургуулийн зардлаар суралцагч, төрөөс санхүүгийн дэмжлэгтэй суралцагчийн тоо буурсан байна (Хүснэгт 1). Энэ нь суралцагчийн тоо өссөн ч төрөөс үзүүлэх дэмжлэг нэмэгдэхгүй буурч байгаа нь боловсролд төрийн дэмжлэг сул байгааг харуулж байна.

Дээд боловсролын суралцагч, санхүүжилт (2007-2011).

Хичээлийн жил	2007-2008		2008-2009		2009-2010		2010-2011	
Дээд боловсролын нийт суралцагчид	150,326		161,111		164,773		170,126	
Хувийн зардлаар суралцдаг	104,026	69.2%	115,077	71.4%	119,730	72.7%	125,215	73.6%
Сургуулийн зардлаар суралцдаг	1,121	0.7%	988	0.6%	917	0.6%	924	0.5%
Бусад зардлаар	3,123	2.1%	5,401	3.4%	4,942	3.0%	5,273	3.1%
Төрөөс санхүүгийн дэмжлэгтэй бүгд	42,056	28.8%	39,645	24.6%	39,184	23.8%	38,714	22.8%
Төрийн албаны тухай хуулиар	17,259	11.5%	16,875	10.5%	16,847	10.2%	16,631	9.8%
СТС-гийн буцалтгүй тусламжаар	14,417	9.6%	13,313	8.3%	13,257	8.0%	14,007	8.2%
СТС-гийн зээлээр	10,380	6.9%	9,457	5.9%	9,080	5.5%	8,076	4.7%

Монгол улсын дээд боловсролын байгууллагуудын 2009-2010 оны хичээлийн жилийн орлогын эх үүсвэрийг судлахад:

1. Сургалтын төлбөр 81% (99.4тэр бум, үүний19% нь СТС)
2. Улсын төсвийн шууд санхүүжилт – 9%
3. Бусад орлого (туслах үйл ажиллагаа 3% (3.9тэр бум)
4. Хандив тусламж 2% (2.4Тэр бум)
5. Бусад эх үүсвэр 3.6%(4.45Тэр бум)
6. Хөтөлбөр төсөл1.4%(1.75тэр бум)

2009-2010 оны хичээлийн жилийн дээд боловсролын байгууллагуудын орлогын эх үүсвэрээс харахад нийт орлогын 81%-ийг суралцагчид бий болгодог болох нь харагдаж байна. Харин сувилахуйн сургуулийн хувьд нийт орлогын эх үүсвэрийг 78,2%-ийг оюутны сургалтын төлбөр эзэлж 21,8%-ийг бусад эх үүсвэрээс бүрдүүлж байна. Энэ нь оюутны сургалтын төлбөрөөс сургуулийн үйл ажиллагаа шууд хамааралтай, сургалтын төлбөртэй холбоотой Засгийн газар, БСШУЯамны шийдвэрүүд нь сургуулийн үйл ажиллагаанд шууд нөлөөлж, эрсдэл учруулж болохоор байгаа тул эдийн засгийн тооцоолол хийж, санхүүжилтийн эх үүсвэрүүдийг нэмэгдүүлэх боломжийг судлах шаардлагатай байна.

Манай улсад 2010-2011 оны хичээлийн жилд Бакалаврын өдрийн сургалтын төлбөрийн жилийн дундаж хэмжээ төрийн өмчийн сургуульд 709.2 төрийн бус өмчийн сургуульд 737.8 мянган төгрөг байна. Сувилахуйн сургуулийн 2010-2011оны хичээлийн жилд хувьд нэг оюутны дундаж сургалтын төлбөр 672,037 /мян.төг/, (бакалаврын өдрийн сургалтын жилийн дундаж хэмжээ 681,250 /мян.төг/) бөгөөд улсын дундаж төрийн болон төрийн бус өмчийн сургуулиудаас сургалтын төлбөрийн хэмжээ бага байна. Гэвч сүүлийн жилүүдэд үнийн өсөлт, багш ажилчдын цалингийн өсөлттэй шууд холбоотойгоор нэг оюутанд ногдох зардал жил тутам өсөх хандлагатай байна.

Хэлцэмж: Олон улсын жишгийг харахад их дээд сургуулиудын орлогын эх үүсвэрт оюутны сургалтын төлбөрийн эзлэх хувь бага бусад эх үүсвэрүүдийн эзлэх хувь өндөр байгаа бол манай улсад орлогын эх үүсвэрийн ихэнх хувийг оюутны сургалтын төлбөр эзэлж байна.

Мэргэжлийн байгууллагаас оюутны сургалтын тэтгэлгийн асуудлаар олон нийтийн дунд хийсэн социологийн судалгаанаас үзэхэд манай орны нийт өрхийн 65.5 хувь нь их, дээд сургуульд сурдаг оюутантай, үүний 20.7 хувь нь хоёр оюутан бүхий гэр бүл байна. Судалгаанд оролцогчдын 60 хувь нь “дээд боловсролын үр шимийг нийгэм бүхэлдээ хүртдэг”, иймээс “төр, засаг дээд боловсрол олгохтой холбогдох зардлаас хуваалцах ёстой” гэсэн бол 82.6 хувь нь “их, дээд сургуулийн оюутанд төрөөс сургалтын тэтгэлэг өгөх шаардлагатай” хэмээн үзжээ.

“Дээд боловсролын санхүүжилт, суралцагчдын цалин, тэтгэлэг, тэтгэмж, нийгмийн баталгааны тухай” хуулийн төсөлд их дээд сургуулийн нийт зардлын 20%-ийг уралдаант байдлаар тодорхой шалгуураар төрөөс санхүүжүүлдэг болно гэж хуулийн төсөлд тусгасан байна. Уг хуулийг хэрэгжүүлэхэд улсын төсвөөс жилд дунджаар 43.6 тэрбум төгрөг, Хүний хөгжил сангаас 88.8 тэрбум төгрөг шаардагдах тооцоо гаргасан байна.

Дүгнэлт:

1. Сувилахуйн сургуулийн санхүүжилтийн эх үүсвэрийн ихэнх хувийг оюутны сургалтын төлбөр бүрдүүлж байна. Иймд бусад орлогын эх үүсвэрийг нэмэгдүүлэх боломжийг судлах нь зүйтэй гэж үзэж байна.
2. Сувилахуйн сургуулийн сургалтын төлбөрийн хэмжээ нь монгол улсын төрийн өмчийн болон хувийн өмчийн сургуулиудын сургалтын төлбөрийн дунджаас бага байна.

Санал зөвлөмж: Сувилахуйн сургуулийн хувьд орлогын эх үүсвэрүүдийг нэмэгдүүлэхэд орлого олох боломжийг бүрдүүлэх нь зүйтэй гэж үзэж байна. Үүнд:

1. “Дээд боловсролын санхүүжилт, суралцагчдын цалин, тэтгэлэг, тэтгэмж, нийгмийн баталгааны тухай” хуулийн төсөл хэрэгжвэл нийт зардлын 20%-ийг санхүүжүүлэхэд оролцох
2. Эдийн засгийн бүх төрлийн тооцооллуудыг хийж, бизнес төлөвлөгөө боловсруулах
3. Эрдэм шинжилгээ, судалгааны ажлын төслийн санхүүжилт
4. Аж ахуйн үйл ажиллагааны орлого

Ном зүй:

1. Г.Алтанзаяа, Г.Мөнхзул “Зардлын бүртгэл”, 2007он, Улаанбаатар хот
2. С.Жамъяансүрэн “Бизнесийн шинжилгээ”, 2000он, Улаанбаатар хот
3. Ж.Бат-Өлзий, Л.Жаргал “Санхүүгийн менежмент”, 2000 он, Улаанбаатар хот
4. “Дээд боловсролын санхүүжилт, суралцагчдын цалин, тэтгэлэг, тэтгэмж, нийгмийн баталгааны тухай” хуулийн төсөл, Улаанбаатар хот
5. БСШУЯ-м дээд боловсролын салбарын статистикийн мэдээлэл
6. Монгол улсын Гэгээрлийн сайдын тушаал, 1999, Их сургууль, коллежийн төсөв зохиох, сургалтын төлбөрийг тодорхойлох үлгэрчилсэн аргачлал, Улаанбаатар хот.
7. Монгол улсын хууль, Дээд Боловсролын тухай 2002.05.03 Улаанбаатар хот
8. Монгол улсын хууль, 2002, Төсвийн байгууллагын удирдлага, санхүүжилтийн тухай, Улаанбаатар хот.
9. БСШУЯ-ны сайдын тушаал, Дээд боловсролын байгууллагад тавигдах нийтлэг шаардлага, 2007.03.13, дугаар 74, УБ хот
10. UNESCO: EDUCATION COUNTS –WORLD EDUCATION INDICATORS 2007

Study on School of Nursing tuition fee

G.Bayarbat ¹, S.Oyuntsetseg ¹, B.Solongo ³, B. Oyungoo ², D.Tserendagva ¹

¹ School of Nursing, HSUM

² Division of educational policy and Management, HSUM

³ School of Medicine, HSUM

The financing of the School of Nursing, HSUM consists of the incomes from the State Budget /funding constant expenses/, State training fund /by the Law on Civil Service, State fund grant and State training fund loan/ and other activity /program and project/ and main activities /student tuition fee/. As calculation on the financial source of School of Nursing, HSUM, total amount of its income consists of constant expenses from the state (8,2%), from State training fund (8,1%), assisting activities (5,4%), main activities (78,2%) and it seems that the school is depended on learners' affords. The average tuition fee is Tugrugs 709.200 for state institutions and Tugrugs 737.800 for private institutions in bachelor's degree in 2010 – 2011. The School of Nursing's average tuition fee is Tugrugs 672,037 per a student and it seems to be lower than other state and private institutions. Cost per a student could be increased in terms of increase in cost and salaries for the past years. Therefore, it is necessary to increase cost range per a student and provide students with a wide range of quality services relating to the tuition fee increased.

Насанд хүрсэн эрүүл монгол хүний зүрхний венийн судсыг идүүлэх аргаар судалсан дүн

Б.Өнөрцэцэг ¹, С.Түндэврэнцэн ¹, Б.Дагданбазар ¹,
Д.Амгаланбаатар ¹, С.Энэбиш ¹, Б.Журамт ¹
¹ ЭМШУИС, Био-АС, Анатомийн тэнхим

Хүлээн авсан
2011 оны 4 сарын 8,

Хэвлэхийг
зөвшөөрсөн
2011 оны 4 сарын 11

Түлхүүр үг:
Титэмийн синус
Венийн судас
Зүрхний вен
Судсан тор

Товч утга

Үндэслэл: Монгол улсын хэмжээнд зүрх судасны өвчний тохиолдол жил бүр өсөн нэмэгдэх хандлагатай байна. ЭМЯ-ны харъяа ЭМХҮТөвийн 2010 оны статистик үзүүлэлтээс харахад зүрх-судасны тогтолцооны эмгэг 10000 хүн амд 23.61 тохиолдолоор нас баралтын эхний 5 шалтгааны нэгдүгээрт байна¹. Манай улсад зүрхний бүтэц зүйн чиглэлээр хийгдсэн олон судалгаа байдаг боловч зүрхний венийн судасны хэмжил зүйн талаар хийгдсэн судалгааны ажил бидэнд олдохгүй байна.

Иймд харьцангуй эрүүл Монгол хүний зүрхний венийн судасны салаалах хэлбэр, голчийн хэмжээг тогтоох нь судас судлалын практикт төдийгүй эмнэл зүйн практикт чухал ач холбогдолтой байна. Орчин үед зүрхний эмгэг судлалын практикт шинээр нэвтэрч буй зүрхний ресинхронизаци эмчилгээнд, зүрхний титэмийн синусээр дамжуулан зүүн ховдолын гадна бүрхүүлд хүрэх болон зүрхний артерийн нарийслыг эмчлэх, зүрхний шигдээсийн үед үүдэл эс хүргэх зэргээр ашиглаж байна. Зүрхний венийн судас, тэдгээрийн хувилбар, голч, уртыг судлан тогтоох нь оношлогоо эмчилгээний ач холбогдолтой⁴.

Зорилго: Насанд хүрсэн монгол хүний зүрхний венийн судасны хэмжээг судлан тогтоох.

Арга зүй: Бид судалгаандаа зүрхний бус эмгэгээр нас барсан (авто осол, амьсгалын бүтэлт, бусад тохиолдол) 20-54 насны эр, эм хүйсийн хүний 6 цогцсонд зүрхний венийн судсыг идүүлэх аргаар судаллаа.

Үр дүн: Зүрхний венийн судасны голч эхэн, дунд, адагтаа ойролцоо давтамжтайгаар нарийсч байна.

Удиртгал: Харьцангуй эрүүл Монгол хүний зүрхний венийн судасны салаалах хэлбэр, голчийн хэмжээг тогтоох нь судас судлалын практикт төдийгүй эмнэл зүйд шаардагдаж байна. Хөгжингүй улс бүхэн өөрийн үндэстний эрхтэн тогтолцооны бүтцийн онцлогийг үлэмж болон бичил бүтцийн түвшинд судлан тогтоож, хүн амынхаа эрхтэн тогтолцооны лавлагаа материалыг бий болгож байгаа өнөө үед бид энэхүү судалгааг хийж байна. Манай улсад зүрхний бүтэц зүйн чиглэлээр хийгдсэн олон судалгаа байдаг боловч, зүрхний венийн судасны хэмжил зүйн талаар хийгдсэн судалгаа байхгүй байна. Манай зарим судлаачдын бичсэнээр “Монгол улсын хэмжээнд зүрх судасны өвчний тохиолдол нь өсөн нэмэгдэх хандлагатай байна. Нийт хүн амын ихэнх нь эрүүл бус хооллолт, хөдөлгөөний хомсдолтой хүмүүс байгаа нь тухай өвчлөлд хүргэх эрсдэлт хүчин зүйл болж байна” гэжээ². ЭМЯ-ны харъяа ЭМХҮТөвийн 2010 оны статистик үзүүлэлтээс харахад зүрх-судасны

тогтолцооны эмгэг 10000 хүн амд 23,61 тохиолдолоор нас баралтын эхний 5 шалтгааны нэгдүгээрт, 10000 хүн амд 708,52 тохиолдолоор хүн амын өвчлөлийн тэргүүлэх 5 шалтгааны дөрөвдүгээрт байна¹. Урьд нь зүрхний титэмийн артерийн тогтолцоог судлах эрдэмтэд их байсан ба сүүлийн үед зүрхний венийн тогтолцоог гочлон судлаж байна. Орчин үед зүрхний эмгэг судлалын практикт шинээр нэвтэрч буй зүрхний ресинхронизаци эмчилгээнд, зүрхний титэмийн синусээр дамжуулан зүүн ховдолын гадна бүрхүүлд хүрэх болон зүрхний артерийн нарийслыг эмчлэх, зүрхний шигдээсийн үед үүдэл эс хүргэх зэргээр ашиглаж байна. Иймд зүрхний вен судас, тэдгээрийн хувилбар, голч, уртыг судлан тогтоох нь оношлогоо эмчилгээний ач холбогдолтой⁴.

Зорилго: Насанд хүрсэн монгол хүний зүрхний венийн судасны хэмжээг тогтоох.

Арга зүй: Бид судалгаандаа зүрхний бус эмгэгээр нас барсан (авто осол, амьсгалын бүтэлт, бусад тохиолдол) 20-54 насны эр, эм хүйсийн хүний 6 цогцсонд зүрхний венийн судсыг идүүлэх аргаар судаллаа. Идүүлэх аргаар зүрхний венийн судасжилтыг судлахдаа зүрхний венийн судсанд түргэн царцдаг бодисыг цутгаж энэ бодис нь судасны салбарлалт тороор дүүрч тархсаны дараа тодорхой хугацаанд царцааж хатуурсаны дараа, эрхтнээ хүчтэй хүчил, шүлтэнд хийж зөөлөн эдийг нь идүүлэх замаар судсыг гаргаж хэмжилт хийсэн.

Үр дүн: Зүрхний титэмийн синус: Зүрхний титэмийн синусын урт 10.88 ± 0.26 мм, голч 7.62 ± 0.33 мм байна. Зүрхний том вен (v.cordis magna). Зүрхний том венийн уртын хэмжээ 130.17 ± 7.0 мм, голч нь эхэндээ 4.70 ± 0.24 мм, дунд хэсэгтээ 4.02 ± 0.34 мм, адагтаа 1.30 ± 0.12 мм хэмжээтэй байна. Зүрхний дунд вен (v.cordis media): Зүрхний дунд венийн уртын хэмжээ 125.00 ± 4.30 мм, голчийн хэмжээ эхэндээ 3.93 ± 0.27 мм, дунд хэсэгтээ 2.47 ± 0.27 мм, адагтаа 0.90 ± 0.16 мм тус тус байна.

Зүрхний бага вен (v.cordis parva). Бага венийн уртын хэмжээ 106.7 ± 6.7 мм, голч нь эхэндээ 2.55 ± 0.34 мм, дунд хэсэгтээ 2.80 ± 0.28 мм, адагтаа 0.70 ± 0.68 мм байна.

Зүрхний зүүн ховдлын арын вен: уртын хэмжээ 53.3 ± 3.3 мм, голч нь эхэндээ 2.55 ± 0.34 мм, дунд хэсэгтээ 1.75 ± 0.28 мм, адагтаа 0.62 ± 0.03 мм

Дүгнэлт: Зүрхний венийн судасны голч судасны эхэн, дунд, адагтаа ойролцоо давтамжтайгаар нарийсаж байна.

Ном зүй:

1. “Эрүүл мэндийн үзүүлэлт 2010” Эрүүл мэндийн хөгжлийн үндэсний төв(2010)
2. Д.Даваалхам, Г.Даваац, Д.Ангармөрөн, Ц.Лхагвасүрэн нарын “Зүрхсудасны эрсдэлт хүчин зүйлийн судалгаа” ЭМШУИС, НЭМС
3. Д.Амгаланбаатар, Б.Дагданбазар “Хүний биеийн эрүүл анатоми” (2011)
4. The Coronary Venuos Anatomy JACC juornaly of the American college of Cardiology (2005)
5. С.С.Михайлов. Клиническая анатомия сердца (1987) х 207-217

Study results on coronary venous sistem of relatively healthy Mongolians by using corrosion

B.Unurthetseg¹, S.Tundevrentsen¹, B.Dagdanbazar¹,
D.Amgalanbaatar¹, C.Enebish¹, B.Juramt¹
¹ HSUM, BMS

Background: Cardiovascular diseases have increasing tendency in Mongolia. In accordance with statistical data of 2010, from the National Healthy Care Center at Ministry of Healthy Mongolia, cardiovascular system disorders was the first of death major 5 causes, which accounts 23.61 cases in 10000 person. There are plenty of research works on structure of cardiovascular system, but the studies on measurements of coronary venous system are not found.

Thus it would be beneficial in practice of vascular study as well as clinical to determine coronary venous branching and diameter of relatively healthy Mongolians. Nowadays in cardiac resynchronization therapy, up- to-date method in cardiopathology, there was used treatment coronary artery stenosis, and to delivery of stem cells to infarcted myocardium. Study and determine coronary venous and its branching, diameter and lengthy are diagnostically significant.

Purpose: Study and determine the coronary venous measurements of relatively healthy Mongolians.

Materials and Methods: The study involved 6 corpuses, aging 20-54, of both sexes, whose death cause were not cardiovascular disease. There was used coronary venous corrosion method.

Result: According to our study the length of the coronary sinus was 10.88 ± 0.26 mm, the diameter 7.62 ± 0.33 mm, the length of vein cordis magna beginning 4.70 ± 0.24 mm, in the middle 4.02 ± 0.34 mm, in the end 1.30 ± 0.12 mm, the length of vein cordis media was 125.00 ± 4.3 mm, the diameter of its in the beginning 3.93 ± 0.27 mm, in the middle 2.47 ± 0.27 mm, in the end 0.90 ± 0.16 mm, the length of v.cordis parva was 106.7 ± 6.7 mm, the diameter of its in the beginning 2.55 ± 0.34 mm, in the middle 2.80 ± 0.28 mm, in the end 0.70 ± 0.68 mm, the length of vein posterior ventriculi sinistri was 53.3 ± 3.3 mm, the diameter of its in the beginning 2.55 ± 0.34 mm, in the middle 1.75 ± 0.28 mm, in the end 0.62 ± 0.03 mm.

Results: The diameters were decreasing approximately similar at the beginning, middle and end of the coronary vein.

Нялхас, бага насны хүүхдийн хооллолтын дадлын үзүүлэлтийг тодорхойлсон судалгааны дүн

Д.Отгонжаргал¹, Ж.Батжаргал¹, Д.Даваалхам², Д.Энхмягмар¹

¹ Нийгмийн эрүүл мэндийн хүрээлэн, Хоол судлалын төв

² Эрүүл мэндийн шинжлэх ухааны их сургууль, Нийгмийн эрүүл мэндийн сургууль

Хүлээн авсан
2011 оны 4 сарын 8,

Хэвлэхийг
зөвшөөрсөн
2011 оны 4 сарын 11

Түлхүүр үг:
Титэмийн синус
Венийн судас
Зүрхний вен
Судсан тор

Товч утга: Нялхас, бага насны хүүхдийн зохистой хооллолт нь тэдний эрүүл мэнд, хоол тэжээл, өсөлт хөгжилт, эсэн мэнд амьдрахад хамгийн чухал үүрэгтэй¹⁻³. ДЭМБ-ын зөвлөмжинд хүүхдийг 6 сар хүртэл дан эхийн сүүгээр хооллох ба 2 нас хүртэл үрэгжлүүлэн эхийн сүүгээр хооллож, 6 сар хүрэхэд зохистой нэмэгдэл хоолонд оруулна гэж зөвлөсөн байдаг⁴. Хоол тэжээлийн дутлаас урьдчилан сэргийлэх, эрт эмчлэх асуудал нь хүүхдийн эрүүл өсөн бойжих нөхцлийг бүрдүүлж, өвчлөл, эндэгдлийн ихэнх хувийг эзэлж байдаг суурь өвчлөл, түүнээс үүсэх хор хөнөөлийг бууруулахад ихээхэн нэмэр тустай. Бага насандаа буюу 2 хүртэлх насандаа хоол тэжээлийн дуталд өртөх нь ирээдүйд тэдний бие бялдрын болон оюун ухааны улмаар улс орны нийгэм, эдийн засгийн хөгжилд сөргөөр нөлөөлдөг². Бага насны хүүхдийн хоол тэжээлийн байдал нь хүүхдийг эхийн сүүгээр хооллох, нэмэгдэл хоолонд хугацаанд нь зөв оруулах, асран хамгаалагчдын хүүхдийн хоол тэжээлийн талаарх мэдлэг, эмнэлгийн ажилтнуудын зөвлөгөө өгөх ур чадвар, өрхийн хоол хүнсний хангамж, аюулгүй байдал, аминдэм, эрдэс бодисын хангалт зэрэг олон хүчин зүйлээс шалтгаалдаг.

Сүүлийн жилүүдэд өсөлт хоцролт зэрэг зарим бичил тэжээлийн дутлууд тав хүртэлх насны хүүхдийн дунд ихсэх хандлагатай байгаа нь эхчүүд хүүхдээ эхийн сүүгээрээ хооллох дадлын үзүүлэлт хангалтгүй байгаатай холбоотойг олон оронд хийгдсэн судалгааны дүн нотолж байна. Бага насны хүүхдүүдийн дундах нас баралтыг бууруулах, хоол тэжээлийн дутлаас үүдэлтэй өвчин эмгэгээс сэргийлэх хамгийн үр дүнтэй арга хэмжээ нь хүүхдийг эхийн сүүгээр, тохирсон нэмэгдэл хоолоор хооллох, хүүхдийн хоол, хүнсийг А аминдэм, цайр зэрэг шаардлагатай аминдэм, эрдэс бодисын нэмэлтээр баяжуулах, хоол тэжээлийн хурц дутлыг зөв эмчлэх гэх мэт арга хэмжээнүүд чухал болохыг тогтоосон³. Мөн 6 сар хүртлээ дан эхийн сүүгээр хооллох хувь жилээс жилд буурсаар 38.3% болсон. Нялхас, бага насны хүүхдийн хооллолтын дадлын үзүүлэлт (эхийн сүүгээр хооллох)-ийг судалсан судалгааны шинжилгээний ажлууд хомс байгаа нь уг судалгааг хийх үндэслэл болсон.

Зорилго: Нялхас, бага насны хүүхдийн хооллолтын дадлын үзүүлэлтүүдийг тодорхойлох

Арга зүй: Нэг агшны энэхүү судалгааг Монгол Улсын эдийн зэсгийн 4 бүсийн 21 аймаг, Улаанбаатарыг хамруулав. Судалгаанд эхний шатанд 125 түүврийн нэгжийг (тус бүр 25)-ийг сонгож авсан. Дараагийн шатанд нийт өрхийн жагсаалтаас судалгаанд хамаарагдах 16 өрхийг санамсаргүйгээр сонгож судалгаанд хамруулсан. Судалгаанд асуулгын аргаар хүүхдийн хооллолтын талаарх мэдээллийг эхчүүдээс урьдчилан боловсруулсан асуумжийн дагуу асууж, мэдээллийг цуглуулсан. 0-23 сартай хүүхдийн хооллолтын дадлын үзүүлэлтийг ДЭМБ-ын шинэчилсэн үзүүлэлтээр үнэлсэн. Судалгааны мэдээллийн статистик боловсруулалтыг SPSS програмын PASW

Statistics хувилбар, EPI INFO 2000 програмыг ашиглан хийсэн. Давтамжийн хуваарьлалтын дундаж утгыг 95 хувийн магадлалтай байхаар тооцон статистик тайлбарыг хийв. Судалгааны ёс зүй. Монгол улсын Эрүүл мэндийн яамны дэргэдэх Анагаах Ухааны Ёс зүйн хяналтын хорооны 2010 оны 6 сарын 4-ны өдрийн хурлаар судалгааны аргачлалыг хэлэлцүүлж, судалгаа хийх зөвшөөрлийг авсан.

Үр дүн: Ангир уургийн амлалт Судалгаанд хамрагдсан 0-23 сартай 350 хүүхдийн 85.5% (95%ИМ 80.5-89.4) нь төрөөд 1 цагийн дотор ангир уургаа амласан.Төрөөд 1 цагийн дотор ангир уургаа амласан хүүхдийн эзлэх хувь баруун бүсэд төв, зүүн бүс болон Улаанбаатартай харьцуулахад өндөр байна. Мөн ангир уургаа эрт амласан хүүхдийн үзүүлэлтийг насны бүлгээр

харьцуулахад ижил түвшинд (0-11 сартай хүүхдийн дунд 86.0% (95%ИМ 77.6-91.6); 12-23 сартай хүүхдийн дунд 85.1% (95%ИМ 79.3-89.5)) байна.

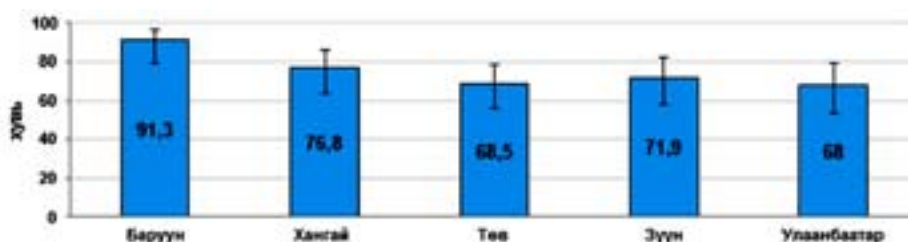
Эхийн сүүгээр хооллолт: Судалгаанд хамрагдсан 0-23 сартай хүүхдийн 98.2% (95%ИМ 96.3-99.1) нь эхийн сүүгээр хооллож байсан ба одоо хооллож байна. Бүсээр харьцуулж үзэхэд баруун бүсийн 0-23 сартай хүүхдийн 98.4% (95%ИМ 88.6-99.8), хангайн 98.6% (95%ИМ 90.5-99.8), төвийн бүсэд 94.2% (95%ИМ 86.6-97.6), зүүн бүсэд 97.6% (95%ИМ 91.3-99.4) нь эхийн сүүгээр хооллож байсан ба одоо хооллож байна. Нийт 0-5 сартай хүүхдийн 98.0% (95%ИМ 91.2-99.6), 6-11 сартай хүүхдийн 89.1% (95%ИМ 74.5-95.8), 12-17 сартай хүүхдийн 73.1% (95%ИМ 62.2-81.7), 18-23 сартай хүүхдийн 57.8% (95%ИМ 47.2-67.6) нь эхийн сүүгээр хооллож байгаа бөгөөд эхийн сүүгээр хооллолт 12-23 сартай хүүхдийн дунд статистикийн ач холбогдол бүхий бага байна.

6-23 сартай хүүхдийн эхийн сүүгээр хооллолт: Эхийн сүүгээр хооллож байгаа хүүхдийн эзлэх хувийг 6-23 сартай хүүхдийн дунд тооцвол 73.1% (95%ИМ 66.5-78.9) байна.

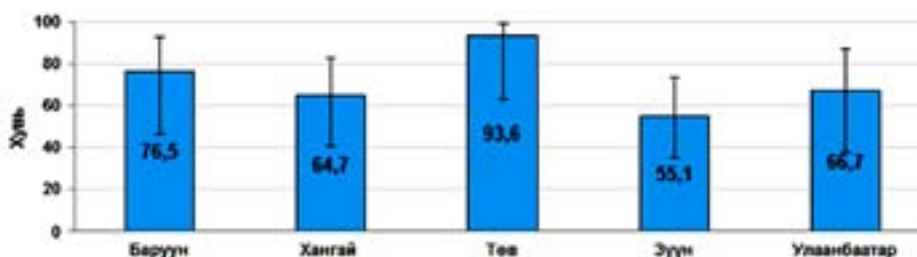
Эхийн сүүгээр хооллож байгаа 6-23 сартай хүүхдийн эзлэх хувь баруун бүсэд хамгийн өндөр байсан бөгөөд бусад бүсүүдтэй харьцуулахад статистикийн ач холбогдол бүхий өндөр байна (Зураг 1).

Эхийн сүүгээр хооллож байгаа 6-23 сартай хүүхдийн эзлэх хувь хотод 71.5% (95%ИМ 61.6-79.7), хөдөөд 75.5% (95%ИМ 67.3-82.2) байна.

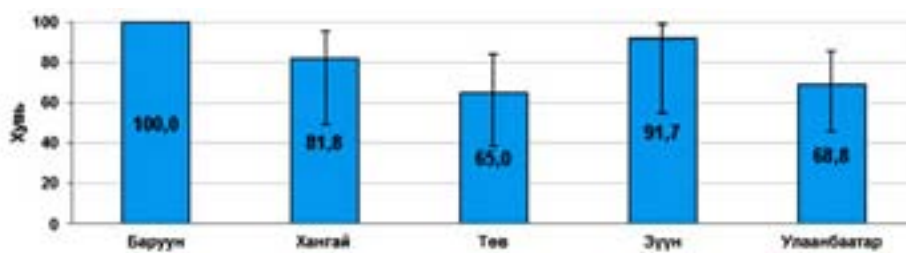
Эхийн сүүгээр дагнан хооллолт: Судалгаанд хамрагдсан 0-5 сартай нийт хүүхдийн 71.3% (95%ИМ 55.8-81.2) нь эхийн сүүгээр дагнан хооллож байв. Зураг 2-оос харахад төвийн бүсийн 0-5 сартай хүүхдийн дундах эхийн сүүгээр дагнан хооллож байгаа хүүхдийн эзлэх хувь бусад бүсийнхтэй харьцуулахад өндөр байсан боловч зөвхөн зүүн бүсээс статистикийн ач холбогдол бүхий



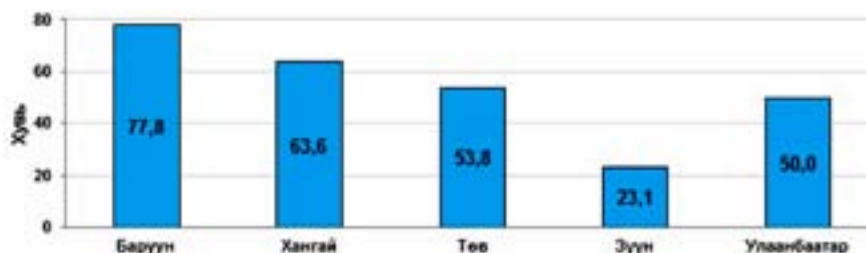
Зураг 1. 6- 23 сартай хүүхдийн эхийн сүүгээр хооллолт, бүсээр



Зураг 2. Эхийн сүүгээр дагнан хооллож байгаа хүүхэд, бүсээр



Зураг 3. Эхийн сүүгээр 1 нас хүртэл хооллолт, бүсээр



Зураг 4. Эхийн сүүгээр 2 нас хүртэл хооллолт, бүсээр

өндөр байна. Эхийн сүүгээр дагнан хооллож байгаа 0-5 сартай хүүхдийн эзлэх хувь хотод 69.1% (95%ИМ 50.6-83.0), хөдөөд 74.2% (95%ИМ 57.7-85.9) байв.

Насны бүлгээр харьцуулвал, 0-1 сартай хүүхдийн 98% (95%ИМ 87.2-99.7), 2-3 сартай хүүхдийн 85.8% (95%ИМ 67.8-94.6), 4-5 сартай хүүхдийн 46.7% (95%ИМ 29.2-65.1) нь эхийн сүүгээр дагнан хооллож байгаа нь эхийн сүүгээр дагнан хооллолтын эзлэх хувь 4-6 сартай хүүхдийн дунд буурсан байгаа буюу хүүхдийг эрт нэмэгдэл хоолонд оруулж байгаа байдал ажиглагдлаа.

Нэг хүртэлх насны хүүхдийн эхийн сүүгээр хооллолт

Судалгаанд хамрагдсан 12-15 сартай нийт хүүхдийн 74.0% (95%ИМ 60.4-84.1) эхийн сүүгээр хооллож байна (Зураг 3).

Баруун, зүүн бүсэд нэг нас хүртлээ эхийн сүүгээр хооллож байгаа хүүхдийн эзлэх хувь хамгийн өндөр, харин төвийн бүс, Улаанбаатарт хамгийн бага байна. Мөн нэг нас хүртлээ эхийн сүүгээр хооллож байгаа хүүхдийн эзлэх хувь хотод 70.2% (95%ИМ 52.1-83.6), хөдөөд 81.1% (95%ИМ 59.8-99.5) байна.

Хоёр хүртэлх насны хүүхдийн эхийн сүүгээр хооллолт

Судалгаанд хамрагдсан 20-23 сартай нийт хүүхдийн 54.6% (95%ИМ 39.6-68.8) нь эхийн сүүгээр хооллож байна (Зураг 4).

Хоёр нас хүртлээ эхийн сүүгээр хооллож байгаа хүүхдийн эзлэх хувь баруун (95%ИМ 44.2-93.9) болон хангайн (95%ИМ 27.9-88.8) бүсэд 60 хувиас дээш, харин зүүн бүсэд хамгийн бага (23.1%) байна (Зураг 4).

Хоёр нас хүртлээ эхийн сүүгээр хооллож байгаа хүүхдийн эзлэх хувь хотод 52.0% (95%ИМ 31.0-72.3), хөдөөд 57.3% (95%ИМ 36.9-75.5) байв.

Хүүхдийг эхийн сүүгээр хооллох хугацаа: Эхийн сүүгээр хооллож байгаа хүүхдийн дундаж (median) нас нь:

- 0-59 сартай хүүхдийн хувьд 14.1 сар
- 0-35 сартай хүүхдийн хувьд 12.8 сар байна.

Хэлцэмж: ДЭМБ-аас 2007 онд зохион байгуулсан “Олон улсын харилцан зөвшилцлийн уулзалт”-аар “Нялхас, бага насны хүүхдийн хооллох дадлыг үнэлэх үзүүлэлт”-ийг шинэчилэн баталсан зөвлөмжийн дагуу үнэлсэн. “Хүн амын хоол тэжээлийн байдал” Үндэсний II судалгааны дүн (30 минутын дотор ангир уургаа амлалт 93.4%), болон “Монголын хүүхэд эмэгтэйчүүдийн хоол тэжээлийн байдал” үндэсний III судалгааны дүн (1 цагийн дотор ангир уургаа амлалт 83.5%)-тэй харьцуулахад ч ойролцоо байна. Эхийн сүүгээр дагнан хооллолт “Хүүхэд хөгжил 2005” судалгааны дүнтэй харьцуулахад өссөн байна. Бидний судалгааны дүнгээр нэг нас болон хоёр нас хүртлээ эхийн сүүгээр хооллож байгаа хүүхдийн эзлэх хувь “Хүүхэд хөгжил 2005” судалгааны дүн (нэг нас-83.2%, хоёр нас-64.5%)-тэй харьцуулахад багассан байна. “Хүүхэд хөгжил - 2005” судалгааны дүнгээр баруун бүсэд ангир уургаа амлуулалт 73.8%, эхийн сүүгээр дагнан хооллолт 54.7%, нэг нас хүртэл эхийн сүүгээр

үргэлжлүүлэн хооллолт 90.0% тус тус байсан бол бидний судалгааны дүнгээр амлуулалт 93.7%, эхийн сүүгээр дагнан хооллолт 76.5%, нэг нас хүртэл эхийн сүүгээр хооллолт 100% хүртэл өссөн үзүүлэлт нь энэ бүсийг Засгийн газраас болон олон улсын байгууллагаас онцгойлон анхаарч, бага насны хүүхдийн хооллолтын чиглэлээр сургалт, сурталчилгааг бусад бүсээс түлхүү хийж байсны үр дүн юм.

Дүгнэлт: Судалгаанд хамрагдсан хүүхдийн 85.5 хувь нь төрөөд 1 цагийн дотор ангир уургаа амласан байна. Эхийн сүүгээр дагнан хооллолт 71.3 хувь, нэг хүртлэх насны хүүхдийн эхийн сүүгээр хооллолт 74.0%, нэг хүртлэх насны хүүхдийн эхийн сүүгээр хооллолт 54.6 хувь тус тус байв.

Эхийн сүүгээр хооллож байгаа хүүхдийн дундаж (median) нас нь 0-59 сартай хүүхдийн хувьд 14.1 сар, 0-35 сартай хүүхдийн хувьд 12.8 сар байна.

Ном зүй.

1. Bhutta ZA, Ahmed T, Black RE, Cousens S, Dewey K, Giugliani E et al. What works? Interventions for maternal and child undernutrition and survival. *Lancet* 2008;371:417-40.
2. Black RE, Morris SS, Bryce J. Where and why are 10 million children dying every year? *Lancet* 2003;361:2226-34.
3. Saha KK, Frongillo EA, Alam DS, Ariffen SE, Persson LA, Rasmussen KM. Appropriate infant feeding practices result in better growth of infants and young children in rural Bangladesh. *Am J Clin Nutr* 2008;87:1852-9.
4. World Health Organization. Global strategy for infant and young child feeding. Geneva: World Health Organization, 2003. 41 p.
5. “Хүүхэд хөгжил, хамгааллыг сайжруулах үндэсний хөтөлбөр” Монгол улсын засгийн тогтоол. №245. 2002 он.
6. “Хүн амын хоол тэжээлийн байдал” үндэсний 2 дугаар судалгааны тайлан. ЭМЯ, ХСТ, НҮБ-ын Хүүхдийн сан. Улаанбаатар. 2000 X 5-30
7. “Монголын хүүхэд, эмэгтэйчүүдийн хоолтэжээлийн байдал” үндэсний 3дугаар судалгааны тайлан. ЭМЯ, ХСТ, НҮБ-ын Хүүхдийн сан. Улаанбаатар. 2004. X3-60
8. “Хүнд халдвар болон тураалтай хүүхдийг эмчлэх удирдамж” ДЭМБ, 2006. X70-90
9. Final Report of a Survey Assessing the Nutritional Consequences of the Dzud in Mongolia, January 2003. NRC, WHO, UNICEF, CDC; Ulaanbaatar and Atlanta, 2003.
10. Child and Development 2005 Survey. Multiple Indicator Cluster Survey 3: Final Report. Mongolia NSO, UNICEF; Ulaanbaatar, 2007.X15-20
11. Physical Status: The Uses and Interpretation of Anthropometry: Report of a WHO Expert Committee (WHO Technical Report Series 854). World Health Organization, Geneva, 1995.
12. World Health Organization. Management of severe malnutrition: a manual for physicians and other senior health workers. Geneva, 1999. Available at: http://www.who.int/nutrition/publications/en/manage_severe_malnutrition_eng.pdf
13. WHO, UNICEF, and SCN informal consultation on community-based management of severe malnutrition in children. SCN Nutrition Policy Paper No. 21. 2006. Available at: http://www.who.int/child_adolent_health/documents/pdfs/

Infant- and young child-feeding practices In mongolia

D.Otgonjarga¹, J.Batjargal¹, D.Davaalkham², D.Enkhmyagmar²

¹ Public Health Institute, Nutrition Research Center

² School of Public Health, Health Sciences University of Mongolia

e-mail: otgondamdin@yahoo.com

Introduction: Optimal infant- and young child-feeding (IYCF) practices are crucial for nutritional status, growth, development, health, and ultimately the survival of infants and young children¹⁻³. The World Health Organization (WHO) recommends exclusive breastfeeding for the first six months of life with early initiation and continuation of breastfeeding for two years or more together with nutritionally-adequate, safe, age-appropriate complementary feeding starting at six months⁹. Prevention and early management of nutrition deficiency disorders among infant and young children are crucial for their optimal growth and development, and could significantly reduce child morbidity as well as mortality. By the time children reach their second birthday, if undernourished, they could suffer irreversible physical and cognitive damage, impacting their future health, economic well-being, and welfare². Nutritional well being of children depends on many factors, such as exclusive breastfeeding, appropriate and proper complementary food, mother's and caregivers knowledge, counseling skills of health care providers, household food supply, food safety and provision of vitamins and minerals. It has been established that to reduce child mortality and to prevent illnesses related to malnutrition the most effective actions are to breastfeed, feed with proper complementary foods, enrich child's diet with vitamin A, zinc and other necessary vitamins and mineral supplements, and to treat chronic malnutrition³.

Key words: Breastfeeding; Child-feeding practices; Cross-sectional studies; Exclusive breastfeeding; Infant-feeding practices; Mongolia

Goal: To assess the feeding practices and key indicators of breastfeeding

Materials and Methods: This cross-sectional survey was conducted in 21 aimags of 4 economic regions of the country and in the city Ulaanbaatar. A total of 706 children aged 0-59 months were selected from sampled households. Interviews, anthropometric measurements and clinical examinations were used in the survey.

Results: Of surveyed children aged 0-23 months, 85.5% (95%CI 80.5-89.4) were put to the breast within one hour of the birth. The proportion of children with early initiation of breastfeeding is statistically significantly higher in Western Region than in Central and Eastern Regions and Ulaanbaatar. Of surveyed children aged 0-23 months, 98.2% (95%CI 96.3-99.1) were ever breastfed. When compared between regions, 98.4% (95%CI 88.6-99.8) of 0-23 month-old children in Western Region, 98.6% (95%CI 90.5-99.8) in Khangai Region, 94.2% (95%CI 86.6-97.6) in Central Region, 97.6% (95%CI 91.3-99.4) in Eastern Region and all children in Ulaanbaatar were ever breastfed. Overall, 71.3% (95%CI 55.8-81.2) of children aged 0-5 months were exclusively breastfed. Overall, 73.1% (95%CI 66.5-78.9) of children 6-23 months of age were still breastfeeding. Of the surveyed children aged 20-23 months, 54.6% (95%CI 39.6- 68.8) were still breastfeeding at the time of survey data collection

Conclusions:

1. The overwhelming majority of the surveyed children were initiated breastfeeding within one hour of the birth.
2. Exclusive breastfeeding was 71.3%, continued breastfeeding at 1 year was 74.0%, and continued breastfeeding at 2 years was 54.6%.
3. Duration of breastfeeding was 14.1 months in 0-59 months old children, 12.8 months in 0-35 months old children.

Оюутнуудын хөдөлгөөний идэвх, чийрэгжилтийн байдал

Ц.Цэцэгмаа¹, Н.Сүхбаатар¹

¹ ЭМШУИС, Био-Анагаахын сургууль

Хүлээн авсан
2011 оны 12 сарын 8

Хэвлэхийг зөвшөөрсөн
2011 оны 12 сарын 11

Түлхүүр үг:
Хөдөлгөөний идэвх
Эрүүлжих
Чийрэгжих
Бялдаржих
Чийрэгжилтийн
физиологийн
үзүүлэлтүүд
Дархлааны урвал

Товч утга

Идэвхтэй хөдөлгөөн нь хүнийг чийрэгжүүлэн, эрүүлжүүлэн, бялдаржуулахын зэрэгцээ бие махбодын дархлааны урвалыг сайжруулж, өвчин эмгэгээс урьдчилан сэргийлэхэд чухал үүрэг гүйцэтгэдэг физиологийн амин чухал хэрэгцээ юм. Ялангуяа оюуны хөдөлмөр эрхэлдэг оюутан залуусыг бялдаржуулан чийрэгжүүлэхэд хөдөлгөөний идэвх чухал юм.

Судалгаанд хамрагдсан оюутнуудын 29% нь хөдөлгөөний идэвх хангалттай буюу сайн. 48% нь дунд зэрэг (хөдөлгөөний дутагдалтай), 23% нь хөдөлгөөний идэвх хангалтгүй буюу муу. (хөдөлгөөний хомсдолтой) гэсэн үнэлгээтэй байв. Хөдөлгөөний идэвх сайн байгаа оюутнуудад бие махбодийн чийрэгжилтийн индексийн (эрэгтэйд $17 \pm 1,5$, эмэгтэйд $13 \pm 1,4$) үзүүлэлт физиологийн хэмжээнд байна. (Хүснэгт 1,2)

Хөдөлгөөний идэвх хангалтгүй байгаа оюутнуудад чийрэгжилтийн түвшин хангалтгүй ($p < 0,05$) байна. Нийт судалгаанд хамрагдсан оюутнуудын 60 шахам хувьд нь чийрэгжилтийн физиологийн үндсэн үзүүлэлтүүд байвал зохих норм хэмжээнээс доогуур байна. Энэ нь хөдөлгөөний дутагдалтай байгаа оюутнуудад голдуу илэрч ($p < 0,005$) байна. Иймээс оюутнуудыг хөдөлгөөний дутагдлаас гаргаж чийрэгжүүлэн эрүүлжүүлэх, бялдаржуулахын тулд хичээлийн цагаар өглөөний болон өдрийн гимнастик хийж хэвшүүлэх, эрүүл агаарт явган аялал зохион байгуулах, биеийн тамир спортоор хичээллүүлэх шаардлагатай байна.

Удиртгал: Идэвхтэй хөдөлгөөн нь хүнийг эрүүлжүүлж чийрэгжүүлэх, бие бялдрыг хөгжүүлэхэд чухал үүрэг гүйцэтгэдэг.

ДЭМБ-ын дүрмэнд идэвхтэй хөдөлгөөн нь хүнийг урт наслуулж, бүтээлчээр ажиллаж, амьдрах нөхцлийг бүрдүүлдэг нэг чухал хүчин зүйл мөн гэж заасан.

Дасгал хөдөлгөөний үр дүнд зүрх судас, цусны эргэлтийн үйл ажиллагаа идэвхижих, цусны реологи чанар хэвийн болох, бие махбодийн O_2 – ын хангамж сайжирч, бичил эргэлт, бодисийн энергийн солилцоо хэвийн явагдах, булчингийн хүч ажиллах чадварыг сайжруулах, ядаргаа тайлах, стресс тайлах^{1, 2, 14, 15} ялгаруулах эрхтэний үйл ажиллагаа идэвхжиж, биеэс хорт бодисыг зайлуулж, цус цэвэрших, кларенс, бие махбодын дархлаа тогтолцоо идэвхжиж, дархлааны урвалж чанар сайжирч, өвчлөмтгий бус болох, хүнийг баяр баясгалантай болгож, эрүүл чийрэг урт насалж, бүтээлчээр ажиллаж, амьдрах бололцоог бий болгодог нэн чухал физиологийн ач холбогдолтой юм. Хөдөлгөөний ач холбогдлыг үнэлж баршгүй юм. Хөдөлгөөний ачаар бие махбодийн дотоод орчны физиологийн констант үзүүлэлтүүд (цусны сахар, уураг, триглицерид, холестерин, триглицерид маш бага нягтралтай липопротеидийн холестерол г.м) хэвийн байх ач холбогдолтой.^{5, 6, 13}

Оюутнууд өдөрт 8-10 цагаар хичээллэж, хөдөлгөөний хомсдолтой байдаг тухай судалгааны материалууд байгаа юм.^{3, 4, 7, 8}

Ялангуяа 1 ба 2-р дамжааны оюутнуудад хөдөлгөөний хомсдол их байдаг ба энэ нь эрүүл мэнд, оюуны ажиллах чадвар, сурах үйл ажиллагаанд нь сөргөөр нөлөөлдөг. Иймээс оюутнуудын хөдөлгөөний идэвхийг зөв үнэлэх, чийрэгжилтийн байдлыг судлах, тэдгээрийг хичээлийн цагаар нь өглөөний болон өдрийн гимнастик хийж хэвшүүлэх, эрүүл агаарт идэвхтэй амрах, явган аялал хийх, биеийн тамир спортоор хичээллүүлэх, эрүүл мэндийг нь бэхжүүлэх асуудал чухал юм.

Зорилго: Оюутнуудын хөдөлгөөний идэвх, чийрэгжилтийн физиологийн үзүүлэлтүүдийг харьцуулан судлах.

Зорилт:

1. Оюутнуудын хөдөлгөөний идэвхийн байдлыг тогтоох
2. Чийрэгжилтийн физиологийн үндсэн үзүүлэлтүүдийг тогтоох
3. Хөдөлгөөний идэвхийн байдлыг чийрэгжилтийн үзүүлэлттэй харьцуулан судлах

Арга зүй: Судалгаанд ЭМШУИС-ийн 1-р дамжааны 307 оюутан (эрэгтэй 197, эмэгтэй 110) хамрагдсан ба дундаж нас $19 \pm 0,5$ байна.

Хөдөлгөөний идэвхийг ДЭМБ-аас гаргасан стандарт сорилоор тодорхойлж, хөдөлгөөний идэвх сайн, дунд, хангалтгүй буюу муу гэсэн 3 үндсэн хэлбэрээр үр дүнг тооцсон.

Бие махбодийн чийрэгжилтийн түвшинг тодорхойлдог ОУ-д мөрддөг физиологийн судалгааны арга, аргачлал, индексийг ашигласан^{9, 10, 11, 12} Булчингийн хүч, ажиллах чадварын түвшинг стандарт динамометрээр тодорхойлсон. Бие махбодийн ажиллах чадвар, булчингийн ажиллах чадварын бууралт буюу физиологийн ядралтыг Кетлегийн аргаар тодорхойлсон. Бие махбодийн чийрэгжилтийн байдлыг тодорхойлоход эрүүл мэндийн индекс, чийрэгжилтийн индекс, булчингийн хүчний индекс, амьдралын индекс, Кетлегийн индекс, Body mass index-ийн аргыг ашигласан. Судалгааны ажлын үр дүнг компьютерийн Microsoft office, SPSS-17 программаар боловсруулсан.

Үр дүн: Судалгаанд хамрагдсан оюутнуудын 29% нь хөдөлгөөний идэвх хангалттай буюу сайн, 48% нь дунд зэрэг хөдөлгөөний дутагдалтай, 23% нь хөдөлгөөний идэвх хангалтгүй буюу муу хөдөлгөөний хомсдолтой гэсэн үнэлгээтэй байв. (Хүснэгт 1) Хөдөлгөөний идэвх сайн байгаа оюутнууд чийрэгжилтийн индексийн онооны үзүүлэлт эрэгтэйд $17 \pm 1,5$, эмэгтэйд $13 \pm 1,4$ байсан бол хөдөлгөөний идэвх хангалтгүй буюу муу байгаа эрэгтэй оюутнуудад $42 \pm 1,9$, эмэгтэйд $39 \pm 1,2$ байв. Судалгааны ажлын дээрх үр дүнгээс харахад хөдөлгөөний идэвх сайн байвал чийрэгжилт сайн байна.

Хүснэгт 1

Чийрэгжилтийн байдал түүний онооны дундаж үзүүлэлт

ДД	Чийрэгжилтийн байдал	Чийрэгжилтийн физиологийн үзүүлэлт (оноогоор)	Чийрэгжилтийн судалгааны үзүүлэлт (оноогоор)	
			Эр (n=197) M±m	Эм (n=110) M±m
1	Сайн (n=98)	10-20	17 ± 1.5 p<0.05	13 ± 1.4
2	Дунд (n=102)	21-35	32 ± 1.8 p<0.05	26 ± 1.6
3	Хангалтгүй буюу муу (n=107)	36 –с дээш	42 ± 1.9 p<0.01	39 ± 1.2

Хүснэгт 2

Чийрэгжилтийн физиологийн үзүүлэлтүүдийн харьцуулсан судалгааны үр дүн (Хөдөлгөөний идэвхийн байдлаар)

ДД	Чийрэгжилтийн физиологийн үзүүлэлтүүд	Физиологийн норм хэмжээ	Хөдөлгөөний идэвхи сайн n=98(M±m)		Хөдөлгөөний идэвхи хангалтгүй n=107(M±m)	
			эр	эм	эр	эм
1	Чийрэгжүүлэлтийн индекс	10-20	17 ± 1.5	13 ± 1.4	42 ± 1.9	39 ± 1.2
2	Эрүүл мэндийн индекс	1.6 ± 0.1	1.3 ± 0.15	1.1 ± 0.2	3 ± 0.13	2.9 ± 0.18
3	Булчингийн хүч (кг)	Эр 60-80 Эм 40-60	64 ± 1.9	28 ± 1.5	49 ± 1.3	20 ± 1.3
4	Булчингийн хүчний индекс	Эр 60-80 Эм 48-50	78 ± 2.3	39 ± 1.2	70 ± 2.1	30 ± 1.6
5	Булчингийн ажиллах чадварын түвшин	Эр 40-45 Эм 20-25	40 ± 0.9	24 ± 1.6	39 ± 1.8	19 ± 1.1
6	Амьдралын индекс (мл/кг)	Эр 65-70 Эм 55-60	69 ± 1.6	55 ± 1.1	58 ± 1.4	54 ± 1.3
7	Кетлегийн индекс (гр/см)	Эр 350-400 Эм 325-375	381 ± 14	343 ± 11	390 ± 15	378 ± 12
8	Body mass index (ДЭМБ –ийн норм)	18-24	22.4 ± 0.8	20 ± 0.6	24 ± 0.6	22 ± 0.5

Эрүүл мэндийн индекс нь чийрэгжилтийг илэрхийлдэг үндсэн үзүүлэлтийн нэг юм. Хөдөлгөөний идэвх сайн байгаа оюутнуудад эрүүл мэндийн индексийн үзүүлэлт эрэгтэйд $1,3 \pm 0,15$, эмэгтэйд $1,1 \pm 0,2$, хөдөлгөөн хангалтгүй байгаа эрэгтэйд $3 \pm 0,13$, эмэгтэйд $2,9 \pm 0,18$ байна. Эдгээр тоо баримт нь хөдөлгөөн хүний эрүүл мэндэд чухал үүрэг гүйцэтгэдгийг харуулж байна. Хөдөлгөөний идэвх сайн байгаа оюутнуудад булчингийн хүч эрэгтэйд $64 \pm 1,9$, эмэгтэйд $28 \pm 1,5$, хөдөлгөөн хангалтгүй байгаа эрэгтэйд $49 \pm 1,3$, эмэгтэйд $20 \pm 1,3$ байв. Булчингийн хүч, ажиллах чадвар нь хүний бие махбодийн чийрэгжилтийг илэрхийлдэг гол үзүүлэлт юм. Хөдөлгөөн сайн байхад булчингийн хүч болон ажиллах чадвар сайн байгаа үр дүн ажиглагдав. Хөдөлгөөний идэвх сайн байгаа оюутнууд 7 хоногт 1-2 удаа теннис, гар бөмбөг, басчлан бөмбөгөөр хичээллэдэг байна. Мөн өглөө эрт босч алхалт болон гүйлтээр биеэ дасгалжуулж чийрэгжүүлдэг байна. Үүний зэрэгцээ хичээлдээ сайн, хүмүүжил төлөвшилтэй байгаа онцлог ажиглагддаг.

Хөдөлгөөний идэвх хангалтгүй буюу муу байгаа хөдөлгөөний хомсдолтой оюутнуудад Bodymass index болон Кетлегийн индексээр илүүдэл жинтэй болох магадлал ажиглагдаж байна. (Хүснэгт 2)

Хэлцэмж: Г.Сүхбат, Н.Мэнтэвдорж нарын судалгаатай (1, 2, 3) харьцуулж үзэхэд Кетлегийн индексийн үзүүлэлтүүд эрэгтэйд 390 ± 15 , эмэгтэйд 378 ± 12 болж харьцангуй ихэссэн байгаа нь илүүдэл жин бий болох хандлагатай байгааг харуулж байна. Г.Сүхбат, П.Дагвасүрэн нарын 1995 оны судалгаагаар булчингийн хүчний индекс эрэгтэйд $80 \pm 6,5$, эмэгтэйд $60 \pm 3,9$ байсан нь одоогийн бидний судалгаагаар хөдөлгөөний идэвх сайтай байгаа оюутнуудын дундаж үзүүлэлтээс харьцангуй ($P < 0,01$) их байсан байна.

Дээр дурдсан судалгааны ажлын үр дүнгийн хэлцэмжээс үзэхэд оюутнуудын бие бялдрын хөгжилд өөрчлөлт байгааг харуулж байна. 1990 оны судалгаатай харьцуулахад булчингийн хүч ажиллах чадвар харьцангуй буурсан ($P < 0,001$) байна. Иймээс бие бялдрын хөгжил, чийрэгжилтийн талаар судалгааны ажлыг олноор хийж, ББХ-ийн өөрчлөлт болон онцлогийг тогтоох нь зүйтэй гэж үзэж байна.

Дүгнэлт:

Судалгаанд хамрагдсан оюутнуудын 70 шахам % нь хөдөлгөөний дутагдалтай байна.

Оюутнуудын 60 шахам % нь чийрэгжилтийн физиологийн үндсэн үзүүлэлтүүд нь байвал зохих нормоос доогуур үнэлгээтэй байна. Энэ нь хөдөлгөөний дутагдалтай байгаа оюутнуудад илэрч ($P < 0,05$) байна. Хөдөлгөөний идэвх сайн байгаа оюутнуудад чийрэгжилтийн үзүүлэлтүүд харьцангуй хэвийн байна. Идэвхтэй хөдөлгөөн нь ББХ болон бие махбодийн чийрэгжилтэнд (эрүүл мэндэд) чухал үүрэг гүйцэтгэдэг гэдгийг бидний судалгааны ажлын үр дүн харуулж байна.

Практик зөвлөмж: Оюутнуудыг хөдөлгөөний дутагдлаас гаргаж чийрэгжүүлж, эрүүл мэндийг нь хамгаалахад хичээлийн цагаар өглөөний болон өдрийн гимнастик хийж хэвшүүлэх, эрүүл агаарт явган аялал зохион байгуулах нь зүйтэй юм.

Ном зүй:

1. Сүхбат.Г “Спортын физиологи” УБ 2009 хуудас 55-85
2. Сүхбат.Г ба бусад “Эрүүл аж төрөх ёс” УБ 2001 хуудас 45-70
3. Сүхбат.Г “Хөдөлгөөний тохируулагч, оюутны хөдөлмөрийн онцлог”, “Хүний физиологи” ном УБ 2011 хуудас 185-210, 410-420
4. Цэцэгмаа.Ц “Body mass index ба чийрэгжилт Кенон физиологийн үндэс” УБ 2010 хуудас 45-53
5. Цэцэгмаа.Ц “Хөдөлгөөний физиологийн үндэс” “Өрхийн анагаах ухаан” УБ 2008 хуудас 55-60
6. Цэцэгмаа.Ц “Идэвхтэй хөдөлгөөний эрүүл мэндийн үндэс” МАУ-ы сэтгүүл 2007 он хуудас 65-69
7. В.М.Смирнов В.И.Дубровский “Физиология физиологического воспитания и спорта” Владивосток пресс 2006 стр 251-261
8. В.И.Дубровский “Спортивная медицина” М.2008 стр 95-105
9. R.King “The regulation of body weight in man” Chicago Dorsey Press 1998, p 131-151
10. R.W.Braich et all “Physical activity and Health”
11. A.Richard et all “Physical development of human and sport” New York 2007 p 85-100
12. B.Franklin et all “Benefits and recommendations for physical activity programs for all Americans” New York 1997 p 101-115
13. J.L.Durstine “Effects of exercise training on plasma lipids and lipoproteins Exerc. Sports, Sci Rev, 1999 p 479-483
14. R.D.Abott “Exercise training and body mass index” New York 2001 p 171-178
15. K.R.Pate et all “Physical activity and public health” New York 2001 p 351-355

Physical activity of student

Ts.Tsetsegmaa¹, N.Sukhbaatar¹

¹ *School of Biomedicine, HSUM*

Key words: physical activity, hypodynamia, health index

As students are trained for 8-10 hours per day they are exposed to a lack of movements.^{3,4,7,9}

The proper determinations of physical activity of students and finding out the ways of overcoming this movement deficiency have a significant role in improving student's health. We have conducted the research according to standard methods recognized in international.

The research involved 307 students (male 197, female 110) and the average age of participants was $19 \pm 0,5$. The fact that 71% of the participants of survey have got the deficiency of physical activity draws our attention.

For the students with active movement the physiological indicators of conditioning was on the normal level for males students $17 \pm 1,5$, for female students $12 \pm 1,4$ ($p > 0,05$) also it was determined that their health index was normal (for male $1,3 \pm 0,15$, female $1,1 \pm 0,2$). For those with movement deficiency hypodynamia the index of conditioning and health was assessed below the health index.

The above obtain a result of the research work shows that physical active has a significant role in strengthening the conditioning of human organism.

Сувиллын хүүхдийн бие бялдар, сэтгэц, хөдөлгөөний ХӨГЖИЛТ

Г.Аззаяа¹, З.Гэрэлмаа²

¹ ЭМЯ-ны харъяа Нялхсын клиник сувилал, ² ЭМШУИС

Хүлээн авсан

2011 оны 4 сарын 8,

Хэвлэхийг

зөвшөөрсөн

2011 оны 4 сарын 11

Түлхүүр үг:

Денвер II шалгуур

Жин

Урт/өндөр

Сувиллын хүүхэд

Хөгжилт

Товч утга

Бага насны хүүхдийн сэтгэц хөдөлгөөний хөгжилт хамгийн эрчимтэй явагддаг учир аливаа хоцрогдлыг эрт илрүүлж, тохирсон арга хэмжээ авах нь хүүхдийн цаашдын хөгжилт, оюуны чадавх, бие хүн болж төлөвшихөд чухал ач холбогдолтой.

Бидний судалгааны зорилго нь сувилалд бойжиж буй нийгмийн эмзэг бүлгийн 3 хүртэлх насны хүүхдийн бие бялдар, сэтгэц, хөдөлгөөний хөгжилтийг үнэлэхэд оршино. Судалгааг нялхсын клиник сувилалд 2010 оны 1-с 5-р сард сувилуулсан 60 хүүхдийг хамруулан гүйцэтгэсэн. Судалгаанд хамрагдагсдын бие бялдрын үзүүлэлтийг хэмжиж, сэтгэц хөдөлгөөний хөгжилтийг Денвер II шалгуураар үнэлж, статистик боловсруулалтыг SPSS 17 программ ашиглан хийлээ. Нийт хүүхдийн талаас илүү нь жингийн алдагдал, үйлдэх чадвар дадал хэвшлийн хөгжилт, гарын хөдөлгөөн, эд юмстай харьцах чадварын хоцрогдолтой, 42 хувь нь өсөлтийн хоцрогдолтой байлаа. Сувиллын хүүхдийн бие бялдар, сэтгэц, хөдөлгөөний хөгжилт хоцрогдолтой байгаа тул цаашид хэл засалч, хөдөлгөөн засалчийг сувилалд ажиллуулах шаардлагагатай байна.

Удиртгал: Хүүхдийн бие бялдар, сэтгэц хөдөлгөөний хөгжилт нь улс орны нийгэм эдийн засгийн хөгжил, хотжилт, ахуй амьдралын нөхцөл, амьдарч буй нутаг орны онцлог зэрэг байгаль, нийгмийн хүчин зүйлсээс шалтгаалан хувьсах шинжтэй ч, удамшлаар нөхцөлдөн тухайн үндэстний биологийн онцлог, нөхөн үржихүй, хүн ам зүйн байдлыг харуулах чухал үзүүлэлт болдог. Бага насны хүүхдийн өсөлт хөгжилт нь жирэмслэх үеийн эхийн нас, жирэмслэлтийн тоо, эх хүүхдийн амьдралын орчин, нөхцөл, хүүхдийн өвчлөл, хоол тэжээл зэрэг олон хүчин зүйлээс хамаардаг боловч удамшил, асаргаа сувилгаа гэсэн зоосны хоёр тал шиг хоорондоо уялдаа холбоотой зүйлсээс шууд хамаардаг болохыг судлаачид тэмдэглэж байна. Хүүхдийн бие бялдар, сэтгэц хөдөлгөөний хөгжилтийн онцлогийг судлах нь хүүхдийн эрүүл мэндийн байдлыг үнэлэх, өвчнөөс сэргийлэх, эрүүлжүүлэх ажлын үр дүнг тооцоход чухал шаардлагагатай тулгамдсан асуудлын нэг юм¹.

Хүүхэд анх төрөх үед мэдрэлийн эсийн 90-95% (1 триллион эс) нь нэгэнт бүрэлдэн тогтсон байдаг. Эдгээр эсүүд нэгдмэл цогц үйлд ашиглагдах сүлжээ болон холбогдож чадаагүй байдаг. Тархины эс бүр мэдрэлийн импульсийг хүлээн авч, илгээж байх бөгөөд энэ нь тархины эс хооронд холбоосыг бий болгодог. Энэ нь цаашлаад мэдрэлийн эсүүдийн сүлжээ, сэтгэн бодох, суралцах үйлийн үндэс болно. Хүүхэд 3 нас

хүрэхдээ бараг 1000 триллион холбоостой болсон байх бөгөөд энэ нь том хүнийхээс бараг 2 дахин их юм. Өөрөөр хэлбэл энэ цаг үед тархи бусад цаг үеийнхээс илүү нягт, шигүү байна гэсэн үг. Байнга олон давтан хэрэглэгддэг холбоосууд бат бөх холбоос болж үлдэх ба харин цөөн хэрэглэгддэг холбоосууд устаж алга болдог. Иймээс эрдэмтэд хүүхдийн амьдралын эхний 3 жилийг онцгойлон авч үздэг⁶.

Судлаачдын тогтоосноор 5 хүртэлх насны хүүхдийн 15 хувьд хөгжилтийн хоцрогдол тохиолддог ажээ³. Манай оронд хүүхдийн бие бялдар, өсөлт хөгжилтийн судалгаа 1950-иад оны сүүлээс эхэлсэн бөгөөд олон судлаачид экологи-газар зүйн бүсчлэлээр судлан тогтоосон байдаг. Хүүхдийн бие бялдрын хөгжилтийг артерийн даралт (Д.Батчулуун, 1981, Ц.Дашдаваа, 1991), бэлгийн бойжилт (Д.Батчулуун, 1981), сэтгэхүйн хөгжилт (Ш.Оросоо, 1993), захын цусан дахь зарим үзүүлэлт (Г.Отгонтуяа, 2005; Ш.Шатар, 2005) гэх мэт олон хүчин зүйлтэй холбон судалжээ. Гэвч манай орны нөхцөлд сувилалд асруулж буй өнчин, эмзэг бүлгийн хүүхдийн сэтгэц-хөдөлгөөний хөгжилтийг судалсан ажил харахан байхгүй байгаа нь энэхүү судалгааг хийх үнэдслэл боллоо.

Арга зүй: Судалгаанд ЭМЯ-ны харъяа Нялхсын Клиник Сувилалд 2010 оны 1-5 сарын хооронд сувилуулсан 60 хүүхдийг хамруулсан. Биеийн жинг

Судалгаанд хамрагдагсдын насны бүлэг, хүйсийн харьцаа

Нас /сар/	n (%)	CI	Эрэгтэй n (%)	CI	Эмэгтэй n (%)	CI
0-6	11 (18.3)	20,8-27,7	6 (54.5)	24,5-83,4	5 (45.5)	15,6-74,4
7-12	13 (21.7)	110,6-31,3	10 (76.9)	52,7-99,2	3 (23.1)	0,01-45,8
13-18	8 (13)	00,4-21,5	5 (62,5)	28,3-95,6	3 (37,5)	0,35-70,4
19-24	11 (18.3)	00,8-27,74	6 (54.5)	24,5-83,4	5 (45.5)	15,6-74,4
25-30	10 (16.7)	00,6-25,2	4 (40)	0,9-70,3	6 (60)	29,6-90,3
31-36	7 (12)	00,3-20,2	3 (43)	0,6-79,6	4 (57)	20,3-93,6
Бүгд	60 (100)		34 (57)	44,4-69,5	26 (43)	30,4-55,5

ОХУ-д үйлдвэрлэсэн, Монгол улсын Стандартчилал хэмжилзүйн үндэсний төвөөр баталгаажуулсан САША электрон жингээр, биеийн урт/өндрийг ростомерээр, сэтгэц-хөдөлгөөний хөгжилтийг АНУ-д үйлдвэрлэсэн Denver II сорилоор үнэлсэн. Судалгааны ажлын статистик боловсруулалтыг SPSS17 программ ашиглан хийлээ.

Үр дүн: Судалгаанд хамрагдагсдын 57 хувь нь эрэгтэй, 43 хувь нь эмэгтэй буюу эрэгтэй хүүхэд давамгайлж байлаа. Насны бүлгээр авч үзэхэд 40 хувь нь нэг хүртэлх, 60 хувь нь 1-3 насны хүүхэд байв (Хүснэгт 1). Судалгаанд хамрагдагсдын 45 хувь нь 1-3 сар, 35 хувь нь 4-12 сар, 20 хувь нь 13-21 сар тус тус сувилалд сувицуулж байна.

Судалгаанд хамрагдсан хүүхдийн үйлдэх чадвар, дадал хэвшилийн хөгжилтийн хоцрогдол 45 хувь ($p=0.019$), гарын хөдөлгөөний хөгжилтийн хоцрогдол 48,3 хувь, хэл ярианы хөгжилтийн хоцрогдол 80 хувь, хөдөлгөөний хөгжилтийн хоцрогдол 63.3 хувь тус тус байв.

Судалгаанд хамрагдсан хүүхдийн дунд жингийн алдагдал 58.3 хувь, өсөлтийн хоцрогдол 41.7 хувь байгаа нь анхаарал татаж байна.

Хэлцэмж: Б.Баясгалантай нар 2000-2002 онд УЭНЭШТ-д 0-12 сартай хүүхдийг Денвер II сорилоор үнэлэхэд 25 хувьд хөдөлгөөний өөрчлөлт илэрсэн ⁴ бол бидний судалгаагаар 63.3% байгаа нь сувиллын хүүхдийн хөдөлгөөний хөгжилт хоцорч байгааг харуулж байна.

Солонгосын нялхсын асрах газарт хийсэн судалгаагаар туршилтын бүлгийн нярайд эмэгтэй хүний дуу хоолой сонсох, массаж хийх болон нүд нүдээрээ харьцах зэрэг сонголт, мэдрэхүй, харааны сэрэл үүсгэж 1-6 сарын турш судлахад хяналтын бүлгийн нярайд туршилтын бүлгийн нярайн жин, өндөр, толгойн тойрог, цээжний тойргийн хэмжээ илүү байсан ба өвчлөлийн тоо бага байсан ².

Дүгнэлт:

1. Нийт хүүхдийн талаас илүү хувь нь жингийн алдагдалтай, 42 хувь нь өсөлт хоцрогдолтой.
2. Сувицалд бойжиж буй 2 хүүхэд тутмын нэг үйлдэх чадвар, дадал хэвшилийн хөгжилт, гарын хөдөлгөөн, эд юмстай харьцах чадвар хоцрогдолтой байна.

3. Хэл ярианы хөгжилтийн хоцрогдол 7-24 сартайд 100 хувь байгаа нь хэл ярианы хөгжилтөнд онцгой анхаарах шаардлагатай байгааг харуулж байна.
4. Үйлдэх чадвар, дадал хэвшилийн хөгжилт, гарын хөдөлгөөний хөгжилт, хөдөлгөөний хөгжилтийн хоцрогдол 19-24 сартай хүүхдэд хамгийн их байв.
5. Судалгаанд хамрагдагсдын 35 хувь нь эцэг эхтэй нийгмийн эмзэг бүлэг, 33,3 хувь нь олдож ирсэн хүүхэд, 16.7 хувь нь эцэг эхийн аль нэг нь байгаа нийгмийн эмзэг бүлэг, 15 хувь нь эцэг эх байх эрх хасагдсан, эцэг эх нь ял эдэлж байгаа, хагас болон бүтэн өнчин хүүхэд байв.

Дэвшүүлсэн санал:

1. Бага насны хүүхдийн сэтгэц хөдөлгөөний хөгжилт нь тэдний цаашдын хөгжилд чухал ач холбогдолтой учраас сувилалд хүүхдийн сэтгэц, хэл яриа, хөдөлгөөнийг хөгжүүлэх мэргэжилтэн ажиллуулах
2. Сувицалд ажиллаж буй эмнэлгийн ажилтнуудад хүүхдийн сэтгэц, хөдөлгөөнийг хөгжүүлэх мэдлэг, дадал, хандлага төлөвшүүлэх
3. Цаашид хэл засалч эмч, хөдөлгөөн засалчтай хамтран ажиллаж үр дүнг тооцох

Ном зүй:

1. Амгалан Г, Бурмаа Б. 16 хүртэлх насны хүүхдийн бие бялдрын өсөлт хөгжилтийн дундаж үзүүлэлт, "ЭМЯ НЭМХ Эрдэм шинжилгээний бүтээлийн эмхэтгэл-VII" 2007, х 148
2. Tae I.K, Yeong H.S et al. Multisensory intervention improves physical growth and illness rates in Korean orphaned newborn infants. *Research in Nursing & Health* 26:424-433, 2003
3. National Health and Medical Research Council. Child health screening and surveillance: a critical review of the evidence. Canberra: NHMRC, 2002.; 2002.
4. Б.Баясгалантай. Бага насны хүүхдийн хөдөлгөөний хөгжлийн хоцрогдлыг эрт илрүүлэх оношлогооны шалгуур, "Анагаах ухааны эрдмийн бүтээлийн товчоон" 2003, х 173
5. Fankenburg W.K, Josiah D et al. Denver II technical manual. 1996;
6. <http://www.iqtest.mn/index.php?pid=7>
7. Оросоо.ИИ. 1991 он, "Сомато психическое развитие и особенности адаптации детей от года до трёх лет жизни города Уланбааторе" (Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук)

Developmental of children in sanatorium

Azzaya.G¹, Gerelmaa.Z²

¹ Infant clinical sanatorium, ² HSUM

Study aim: To study the level of 0-3 years child in sanatorium developmental.

Materials and Metods:

The Denver II Development Screening Test consists of up to 125 items, divided into four parts:

- Social/personal: aspects of socialisation inside and outside the home.
- Fine motor function: eye/hand co-ordination, and manipulation of small objects.
- Language: production of sounds, ability to recognise, understand, and use of language.
- Gross motor functions: motor control, sitting, walking, jumping, and other movements.

Study results: In the study to investigate were involved 0-3 years child (n=60) in sanatorium. Of these were personal-social delay 27 /45%/, fine motor function delay 29 /48.3%/, language delay 48 /80%/, gross motor functions delay 38 /63.3%/.

Conclusoin: The Denver developmental test is reliable for screening infant neuromotor performance.

Төрийн тусгай албан хаагчдын дунд нүдний өвчлөлийг илрүүлсэн нь

Б.Баттуяа ¹, Т.Булган ²

¹ Төрийн Тусгай албан Хаагчдын Нэгдсэн Эмнэлэг

² ЭМШУИС

Хүлээн авсан

2011 оны 4 сарын 20

Хэвлэхийг

зөвшөөрсөн

2011 оны 4 сарын 28

Түлхүүр үг:

Анхдагч глауком өвчин

Нээлттэй өнцөгт

глауком

Хаалттай өнцөгт

глауком

Нүдний дотоод

даралт (НДД)

Товч утга

Төрийн тусгай албан хаагчдын дунд тохиолдож буй нүдний өвчлөлийг илрүүлэх, мөн тэдгээрийн дунд анхдагч глаукома өвчнийг идэвхтэй хэлбэрээр эрт үед нь илрүүлэхэд бидний судалгааны ажлын гол зорилго оршино. Төрийн тусгай албан хаагчдын хувьд нүдний өвчлөл, хараа бууралтад нэлээд өндөр шалгуур тавигддаг ба энэ нь алба хаахад шууд нөлөөлдөгөөрөө онцлог байдаг. Уг судалгааг 10605 хүнийг хамруулан статистикийн дискриптив бичиглэлийн арга ба санамсаргүй хяналтат туршилт судалгааны аргыг ашиглан хийж гүйцэтгэв. Алба хаагчдын дунд тохиолдож буй нүдний өвчлөлийн бүтцийг 1373 хүнд тогтоож, глаукома өвчний эрт илрүүлэлтийн судалгаанд 40-өөс дээш насны 576 хүн хамрагдсанаас 20 хүнд глаукома өвчнийг эрт үед нь шинээр илрүүлэв. Судалгаанаас харахад албан хаагчдын дунд тохиолдож буй нүдний өвчлөлийн бүтэц нь энгийн ард иргэдтэй харьцуулахад онцлог байдалтай байгаа нь харагдсан ба 40-өөс дээш насны хүмүүсийн нүдний дотоод даралтыг идэвхтэй хэлбэрээр үзэх нь глаукома өвчний эрт илрүүлэлтэд чухал болох нь тогтоогдов.

Удиртгал: Төрийн тусгай албан хаагчдад, ХЗДХЯ-нд харьяалагддаг бүхий л агентлагуудын ажилтан, албан хаагчдын ихэнх хэсэг хамаардаг бөгөөд тэдний өвчлөлийн байдал, тэр дундаа нүдний хараа бууралт, төрөл бүрийн нүдний гэмтлүүд, болон бусад өвчлөлүүд нь тэднийг ажил, албаа үргэлжлүүлэн хааж чадахгүйд хүргэдэг. Сүүлийн жилүүдэд нүдний өвчлөл, хараа бууралт эрс ихсэж байна. Энэ талаар хийсэн судалгаа одоогоор байхгүй байна.

Глаукома нь нүдний дотоод даралт байнга болон үе үе ихэссэний улмаас харааны талбай нарийсч, харааны мэдрэлийн хөхлөг хатингаршсанаас төвийн хараа эргэлтгүйгээр алдагдаж, сохролд хүргэдэг хүнд явцтай өвчин юм. ¹ Хараагүй болсон 4-6 хүн тутмын 1 нь глаукомын улмаас хараагаа алдсан байдаг. ² Насанд хүрэгчдийн глаукома өвчин нь голдуу 40-45 насанд үүсэх ба жил тутам энэ өвчнөөр 1000 хүн тутмын 1 нь шинээр өвдөж байдаг байна. ² 40-өөс дээш насны хүмүүсийн дунд хаалттай өнцөгт глауком өвчин 1%-1.5% тохиолддог. Манай оронд нүдний даралт өвчин нь сохролын шалтгааны 1-2-р байранд орж, 35 орчим хувийг эзлэнэ. ⁶ Анхдагч хаалттай өнцөгт глауком нь сүүлийн үеийн судалгаагаар дэлхийд, ялангуяа Азийн орнуудад сохролын шалтгаан болж байна. ⁷ Зарим улс орнуудад хаалттай өнцөгт глаукомын эмэгтэйчүүд эрэгтэйчүүдийн харьцаа 4:1 байдалтай, өвчлөл нь эмэгтэйчүүдэд илүү байдаг гэсэн судалгаа гарчээ. ⁴ Манай оронд 1995 онд Хөвсгөл аймагт хийгдсэн судалгаанд хамрагдсан 40-өөс дээш насны 942 хүнээс 1.4% нь хаалттай өнцөгт глауком, 0.5 % нь

нээлттэй өнцөгт глаукомтой, 6.5% нь гониоскопийн шинжилгээгээр өмнөд таславчийн өнцөг хаалттай гарсан байна. ^{4,5} Б.Цэнпилийн 1990 оны судалгаанд хамрагдсан 805 хүний 50.7% нь нарийн буюу хаалттай өнцөгтэй байсан байна. ³

Шинэлэг тал:

- Одоогоор төрийн тусгай албан хаагчдын нүдний өвчлөлийн бүтцийг нарийвчлан судалсан судалгаа байхгүй байгаа ба энэ чиглэлээр хийгдсэн анхны судалгааны ажил юм.
- 40-өөс дээш насны хүмүүсийн нүдний даралтыг урьдчилан сэргийлэх үзлэгээр өөрийн эмнэлгийн нөөц бололцоонд тулгуурлан үзэж, глаукома өвчнийг илрүүлж, уг өвчний эрт илрүүлэлтэд тонометрийн ач холбогдлыг тогтоосон.

Зорилго: Төрийн тусгай албан хаагчдын дунд тохиолдож буй нүдний өвчлөлийг илрүүлэх, 40-өөс дээш насны хүмүүсийн дунд анхдагч глаукома өвчнийг эрт үед нь илрүүлэхэд ажлын гол зорилго оршино.

Зорилт:

1. Урьдчилан сэргийлэх үзлэгээр илэрсэн өвчлөлийн бүтцийг тогтоох
2. Өвчтөнүүдийн нас хүйсний хамаарлыг тогтоох, судалгаанд хамрагдагсдыг харьяаллаар нь гаргах
3. Глаукома өвчний эрт илрүүлэлтэд тонометрийн шинжилгээний ач холбогдлыг тогтоох

4. Анхдагч глаукома өвчтэй хүмүүсийн өвчлөлийн бүтцийг тогтоох
5. Анхдагч глаукома өвчтэй хүмүүсийн нас хүйсний харьцааг гаргаж, өвчний илэрсэн үе шатыг тогтоох

Арга зүй: Судалгааны ажлыг 2007 онд ЭМШУИС-ийн Био-Анагаахын ёс зүйн зөвлөлийн хуралд арга аргачлал таниулах зөвшөөрлийн хуудсаа танилцуулж, судалгаа хийх ёс зүйн зөвшөөрөл авсан болно. Судалгаанд нийтдээ ХЗДХЯ-ы харьяа агентлагуудын төрийн тусгай албан хаагчид болох 10605 хүн хамрагдсанаас, энгийн санамсаргүй түүвэрлэлтийн аргаар 5300 хүнийг түүвэрлэн авав. Судалгаанд хамрагдсан хүмүүст урьдчилан сэргийлэх үзлэгийг хийж, судалгааны мэдээ материалыг асуумжийн ба объектив судалгааны аргаар /нүдний ерөнхий үзлэг хийх, төвийн хараа үзэх, захын хараа үзэх, рефракц нүдний дотоод даралт үзэх, биомикроскоп, офтальмоскопи, зарим шаардлагатай тохиолдолд зарим нэмэлт шинжилгээнүүдийг хийх/ цуглуулж, статистикийн “Дескриптив” (бичиглэлийн) судалгааны аргыг ашиглан, тооны ба чанарын үзүүлэлтүүдийг гаргав. Дээрх өвчтөнүүдийн мэдээллийг тусгай картанд бүртгэн, ДЭМБ-ын ангиллаар өвчтөнүүдийн насыг (20-29н, 30-39н, 40-49н, 50-59н) бүлэглэсэн болно. Тухайн салбарын онцлогтой холбоотойгоор: 20-иос доош нас, 60-аас дээш насны бүлгүүдийг нэмж бүлэглэсэн. Өвчний ангиллыг ОУ-ын өвчний 10-р ангиллыг баримтлан ангилсан болно.

Глаукома өвчний илрүүлэлтийн судалгаанд анхдагч глаукомын зовиургүй, 40-өөс дээш насны хүмүүсийн нүдний дотоод даралтыг Маклаковын тонометрын 10 гр-ын туухай, Полякын шугамыг ашиглан хэвтээ байрлалд хэмжиж, 26 мм МУБ-аас дээш даралттай хүмүүсийг сонгон авч, сонгосон бүх хүмүүст анхдагч глаукома илрүүлэх нарийвчилсан шинжилгээг хийлээ. Төвийн харааг Сивцев Головины хүснэгтээр, рефракцийг объектив аргаар, захын харааг периметр болон Humphrey-ээр, гэрлийн системийг биомикроскопоор, өмнөд камерын өнцгийг гониоскопоор, нүдний угийг цахилгаан офтальмоскопоор шинжилж хүн тус бүрт судалгааны дэлгэрэнгүй карт хөтөллөө Судалгааны мэдээллийн боловсруулалтыг SPSS-15.0 программ ашиглан гүйцэтгэлээ. Дескриптив үзүүлэлтийг хувь болон дундаж ($M \pm SD$) утгаар илэрхийллээ.

Үр дүн: Бид судалгаанд түүвэрлэн авсан 5300 хүний нүдний үзлэг шинжилгээнд тулгуурлан дүгнэлт хийхэд: -эрүүл хүн (нүдний өвчингүй)-3927 (74.1%), нүдний ямар нэгэн өвчинтэй гэж үзэх-1373 (25.9%) хүн байлаа. Хүйсний хувьд эрэгтэйчүүд -1046

(76.2%), эмэгтэйчүүд-327 (23.8%) Нүдний өвчтэй гэж оношлогдсон 1373 хүний өвчний бүтцийг Олон улсын өвчний 10-р ангиллыг баримтлан нозологиор нь 12 бүлэгт ангилж, бүлэг тус бүрийн өвчлөлийн давтамжийг үзэхэд: Салстын өвчин хамгийн их тохиолдолтой- 26.43% ($n=363$) ба 30-39 насанд, зовхи ба нулимсны зам, нүдний аяганы өвчнүүд- 26% ($n=357$) 30-39 насанд, гэмтлийн гаралтай хараа алдалт- 20.32% ($n=279$) ба 30-39 насанд, хатуувч ба эврэвчийн өвчин- 10.56% ($n=145$) ба 20-29 насанд, хос хараа ба рефракцийн өөрчлөлттэй холбоотой өвчнүүд-7.64% ($n=105$), 50-59 насанд зонхилон тохиолдож байна

- Насны хувьд хамгийн их өвчлөлттэй нь 30-39 насанд тохиолдож байгаа буюу өвчлөл 32% ($n=440$) ба салстын өвчин 30.4% ($n=136$), 20-29 насанд өвчлөл 23.8% ($n=327$) ба мөн салстын өвчин 34.2% ($n=112$), 40-49 насанд өвчлөл 15.7% ($n=216$) ба салстын өвчин 25.4% ($n=55$), 50-59 насанд өвчлөл 13.8% ($n=190$) ба нулимсны замын эмгэг 40% ($n=76$)-ийн тохиолдох давтамж өндөр байна.
- Насны бүтцийн хувьд 20-иос доош насанд 5.46% ($n=75$), 20-29 насанд 23.8% ($n=327$), 30-39 насанд 32% ($n=440$), 40-49 насанд 15.7% ($n=216$), 50-59 насанд 13.8% ($n=190$), 60-аас дээш насанд 9.1% ($n=125$)-тай тохиолдож байна. Глаукома илрүүлэх судалгааны туршид нийт 576 хүнийг судалгаанд хамруулж нүдний дотоод даралтыг хэмжсэнээс 26 мм МУБ-аас дээш даралттай хүн $3.99 \pm 0.8\%$ ($n=23$) байлаа. НДД-ыг дахин 2 удаа сэдэрэх сорил хийж үзэхэд 1 хүн НДД хэвийн боловч глаукома өвчтэй гэж оношлогдов. $0.52 \pm 0.3\%$ ($n=3$) -д уг өвчин оношлогдсонгүй. 20 хүн глаукома өвчтэй гэж оношлогдсон буюу судалгаанд хамрагдагсадын $3.47 \pm 0.7\%$ -ийг эзэлж байна. Глаукома оношлогдсон 20 хүний 19 (95%) нь НДД ихэссэн, 1 (5%) нь НДД хэвийн байв. Үүнээс эрэгтэй-9 (45%), эмэгтэй-11 (55%)-ийг эзэлж байна. Насны бүтцийн хувьд 40-49 настай $20 \pm 8.9\%$ ($n=4$), 50-59 настай $30 \pm 8.3\%$ ($n=6$), 60-69 настай $20 \pm 8.9\%$ ($n=4$), 70-79 настай $30 \pm 8.3\%$ ($n=6$) байна. Нээлттэй өнцөгт глаукома-6 (30%) хүнд, хаалттай өнцөгт глаукома -14 (70%) хүнд оношлогдов. Холимог өнцөгт глаукома манай судалгааны явцад оношлогдсонгүй. Өвчний үе шатаар: 1-р үедээ $10 \pm 6.7\%$ ($n=2$), 2-р үедээ $50 \pm 11.8\%$ ($n=10$), 3-р үедээ $25 \pm 9.6\%$ ($n=5$), 4-р үедээ $15 \pm 7.9\%$ ($n=3$) хүн оношлогдов

Тонометрийн сорилын үр дүнгийн харьцуулалт:

- a- эерэг зөв хариугийн тоо
- b-буруу эерэг хариугийн тоо
- c-буруу сөрөг хариугийн тоо
- d-зөв сөрөг хариугийн тоо

		Тонометрийн шинжилгээнд хамрагдсан нийт тоо-576					Бүгд
		Өвчтэй-20		Өвчингүй-556			
Тонометрийн үр дүн	Эерэг	A	19	B	3	a+b	22
	Сөрөг	C	1	D	553	c+d	554
	Бүгд	a+c	20	b+d	556	a+b+c+d	556

Мэдрэг чанар: $a/(a+c) = 19/(19+1) = 0.95(95\%)$ байгаа нь тухайн сорил нь уг өвчнийг илрүүлэхэд өндөр мэдрэг буюу өвчнийг эрт эхний үед нь оношлоход ихээхэн ач холбогдолтой болох нь харагдаж байна. Өвөрмөц чанар: $d/(b+d) = 553/(3+553) = 0.99(99\%)$ байгаа нь тухайн сорилоор эрүүл гэж оношлогдсон хүмүүсийн өвчингүй байх магадлалыг зааж байна.

$PV + : a/(a+b) = 19/(19+3) = 0.86(86\%)$ (эерэг үр дүнгийн үзүүлэлт)-нь сорил эерэг байхад тухайн хүн өвчтэй байх магадлалыг харуулдаг.

$PV - : d/(c+d) = 553/(553+1) = 0.99(99\%)$ (сөрөг үр дүнгийн үзүүлэлт)-нь сорил сөрөг байхад тухайн хүн эрүүл буюу өвчингүй байх магадлал юм.

Хэлцэмж: ТТАХ-ын хувьд нүдний өвчлөлийн бүтцэд салстын өвчин, зовхи ба нулимсны замын өвчнүүд ихэнх хувийг эзэлж байгаа нь манай орны болон гадаадын судлаачидтай дүйж байгаа боловч, гэмтлийн өвчний тохиолдох давтамж нь манай орны болон гадаадын энгийн ард иргэдтэй харьцуулахад өндөр байгааг тус албаны онцлог байдалтай холбон үзэж болох юм. Учир нь АНУ болон бусад орнуудын ижил төстэй алба хашдаг хүмүүсийн дунд нүдний гэмтлийн тохиолдох давтамж нь мөн өндөр хувьтай (20%), харьцангуй залуу насанд тохиолддог байна.⁸ Глаукома өвчтэй гэж оношлогдсон хүмүүс судалгаанд хамрагдагсдын 3.47±0.7%-ийг эзэлж байгаа нь В.И.Морозов, А.А.Яковлев 2001, А.П.Нестеров, мөн Ж.Баасанхүү, Д.Уранчимэг 2000, Б.Цэенпил 1990 нарын судалгаанаас 1.97%-2.47%-иар илүү байна. Энэ нь өвчнийг ямар ч зовиур илрээгүй үед нь НДД-ыг үзэж, идэвхтэй байдлаар илрүүлсэнтэй холбоотой. Үүнээс эрэгтэй-9(45%), эмэгтэй-11(55%) байгаа нь манай орны болон гадаадын орнуудын судлаачидтай харьцуулахад эрэгтэйчүүдийн эзлэх хувь их байгаа нь хүчний байгууллагад ажиллагсдын ихэнх нь эрчүүд байдагтай холбоотой гэж үзэж байна.

Дүгнэлт:

Урьдчилан сэргийлэх үзлэгээр өвчтэй илэрсэн 1373/25.9%/ хүнд хийсэн судалгаагаар:

- Нүдний салстын архаг үрэвсэл /172/, нүдний алимын битүү гэмтэл /111/ ба гэмтлийн дараах хараа бууралт /109/, нулимсны цэгийн нарийсалт /142/ ба нулимсны гуурсны битүүрэл/140/, хөнгөн зэргийн миопи /82/, зовхины үрэвсэлт өвчнүүд/78/ зонхилон тохиолдож байна.

- Эрэгтэйчүүдэд эмэгтэйчүүдээс 52.4%-иар илүү өвчлөл ажиглагдаж байна.
- Гэмтэл болон гэмтлийн гаралтай хараа алдалт харьцангуй залуу насанд, эрчүүдийн дунд, тэр тусмаа ЦЕГ/93/,ЭХГ/82/-ын албан хаагчдын дунд тохиолдол өндөр байгаа нь анхаарал татаж байна.
- Судалгаанаас харахад 40-өөс дээш насны хүмүүсийн НДД-ийг идэвхтэй хэлбэрээр үзэх нь глаукома өвчний эрт илрүүлэлтэд чухал болох нь тогтоогдов.
- Сорилын мэдрэг чанар өндөр буюу 95%-тай, өвөрмөц чанар нь мөн өндөр буюу 99%-тай, эерэг үр дүнгийн үзүүлэлт 86%-тай, сөрөг үр дүнгийн үзүүлэлт 99%-тай гарав.
- Өвчлөлийн бүтцийн хувьд хаалттай өнцөгт хэлбэр зонхилж байна.
- Нас, хүйсний бүтцийн хувьд онцлог байдал харагдсангүй.
- Анхдагч глаукома өвчтэй гэж оношлогдсон хүмүүсийн ихэнх нь буюу 50% 2-р үедээ 25% нь 3-р үедээ оношлогдож байна. Энэ үе шатанд харааны талбай хамар талаасаа 15 градусаар нарийсч, төвийн байрлалтай сохор толбо үүсч, харааны мэдрэлийн хөхлөгт эмгэг хонхойлт, хатингаршил үүсч эхэлсэн байдаг. Иймд глаукома өвчнийг эрт илрүүлэх явдал чухал байна.

Ном зүй:

1. Краснов, М.Л., Марголис, М.Г. 1969 "Офтальмология амбулаторного врача" Моногр
2. Нестеров, А.П. 1995 "Глаукома" Моногр
3. Цэенпил, Б. 1990 "Клинико-функциональные исследования при ранней глаукоме в условиях поликлиники" канд. дисс
4. Foster PJ, Baasankhu J, Uranchimeg D, et al. Glaucoma in Mongolia. Arch Ophth 1996; 114: 1235
5. Foster PJ, Baasankhu J, Alsbirk PH, Munkhbayar D, Uranchimeg D, Johnson GJ. Glaucoma in Mongolia: population based survey in Hovsgul province, Northern Mongolia. Arch Ophth 1996; 114: 1235-1241
6. Nolan WP, Foster PJ, Devereux JG, D. Johnson GJ, Uranchimeg D, Baasankhu J. YAG laser iridotomy treatment for primary angle-closure in east Asian eyes. Br J Ophthalmol 2000; 84: 1255-1259
7. Nolan WP, Foster PJ, Devereux JG, D. Johnson GJ, Uranchimeg D, Baasankhu J. YAG laser iridotomy treatment for primary angle-closure in east Asian eyes. Br J Ophthalmol 2000; 84: 1255-1259
8. Croatian Medical Journal, 2004. vol 5, page number 304-309

Revealing of eye deseases for the state special clerks

Battuya.B¹, Bulgan.T²

¹ Central Clinical Hospital for the state special clerks of the Ministry of Justice

² Health Science University

Purpose: The aim of our study was to revealing of eye deseases and primary glaucome earlier for the state special clerks
Method and materials: We have established eye deseases among the 1373 patients by using the statistical descriptive metod of study. Next study was done on 576 patient charts. We have measured interocular pressure of the patients, aged above fourty and without care of first glaucome, in the eye unit of our hospital. We have used incidentally controlled experimental statistics study and the result of sensitivity, sfecificity, indication of negative and positive results were calculated.

Results: We have established eye deseases among the 1373 patients. There were dominating eye deseases of conjunctival, palpebral, lacrimal system and traumagenic.

Among 576 patients, 23 patients were measured with high intraocular pressure, and 20 patients were diagnosed primary glaucoma. 19 had high intraocular pressure, and 1 had normal intraocular pressure. 9 or 45% were male patients, 11 or 55% were female patients. Among all patients there is much higher dominance of people 50-60 of age. Open angle glaucoma had diagnosed in 6 or 30%, angle closure glaucoma had diagnosed in 14 or 70% of patients. 10 or 50% of patients were diagnosed in second stage of deseas

Conclusion: Researcher established that chronic conjunctivitis, contusion of bulbus oculi, traumagenic low vision, obliteration of ductus lacrimal gland, myopia and deseases of the eyelids more than eye deseases. Deseases of the male group are more 52.4% than female group. Eye deseases/eye trauma, traumagenic low vision/ dominating 30-39 years old age.

-From the study, to revealing primary glaucome earlier, it is important that an active examination of ocular pressure for the up to forties.

-Sensitivity of test was 95%, specificity of test was 99%, detail of positive results was 86% and detail of negative results was 99%. For the structure of desease, dominating Angle closure glaucome. There is not specific in the age and sex. 50% of primary glaucome has diagnosing in the their second and third stages. That results noticed, that revealing primary glaucome earlier is very important. It was interest our study.

Тулгуур хөдөлгөөний хөгжлийн бэрхшээлтэй иргэнд зориулсан эмнэлгийн орчны үнэлгээ

Д. Мөнх-Учрал ¹, Б.Нарантуяа ², Ц.Эрдэнэсамбуу ², О.Чимэдсүрэн ³

¹ БЗД –ийн Эрүүл Мэндийн Нэгдэл

² Эрүүл Мэндийн Яам

³ Эрүүл Мэндийн Шинжлэх Ухааны Их Сургууль

Хүлээн авсан
2011 оны 4 сарын 20

Хэвлэхийг зөвшөөрсөн
2011 оны 4 сарын 27

Түлхүүр үг:
Хөгжлийн бэрхшээл
Тэргэнцэртэй иргэн
Налуу зам
Эмнэлгийн орчин

Товч утга

Эмнэлгийн орчин тулгуур хөдөлгөөний хөгжлийн бэрхшээлтэй иргэнд тохиромжгүй аюулгүй байдлыг хангахгүй байх нь эдгээр иргэд эрүүл мэндийн тусламж авахад бэрхшээлтэй төдийгүй эмгэг хүндрэх, эрүүл мэндэд нь нэмж хохирол учрах эрсдэл болж буйг судлаач нар дурдсан байдаг

Бид клиникийн болон төрөлжсөн нарийн мэргэжлийн эмнэлгийн гадаад, дотоод орчин хөгжлийн бэрхшээлтэй иргэн үйлчлүүлэхэд тохиромжтой байгааг судлах цаашид эмнэлгийн стандартад тусган сайжруулах арга замыг тодруулах зорилгоор тус судалгааг хийв.

Судалгаанд нийслэлийн 7 дүүргийн клиникийн болон төрөлжсөн нарийн мэргэжлийн нийт 57 эмнэлэг хамрагдсан бөгөөд амбулатори 33, стационар 20, төрөх эмнэлэг 3, бусад 1 эмнэлгийн орчинд үнэлгээ хийсэн.

Судалгаанд хамрагдсан эмнэлгүүдэд хөгжлийн бэрхшээлтэй иргэд үйлчлүүлэх боломж хязгаарлагдмал, эмнэлгийн орчин нь тулгуур хөдөлгөөний хөгжлийн бэрхшээлтэй иргэдийн хэрэгцээ, шаардлагад нийцэхгүй байгаа нь харагдаж байна. Иймд клиникийн болон төрөлжсөн нарийн мэргэжлийн эмнэлгүүд хөгжлийн бэрхшээлтэй иргэнд зориулсан орчин бүрдүүлэх, стандарт тусган сайжруулах хэрэгцээтэй байна.

Удиртгал: Дэлхий дахинд 650 сая хүн амьдарч байгаа бөгөөд сүүлийн үеийн судалгаанаас харахад хөгжиж буй орны ядуу амьдарч буй нийт хүн амын 20 хувь хөгжлийн бэрхшээлтэй иргэд амьдарч байна.¹ Монгол улсын хэмжээнд нийт 108.071 хөгжлийн бэрхшээлтэй иргэн амьдарч байгаа нь нийт хүн амын 3.6 хувийг эзэлж байна.² Хөгжлийн бэрхшээлтэй иргэдийн дунд тулгуур хөдөлгөөний хөгжлийн бэрхшээлтэй иргэдийн 28.9 хувь буюу 31.265 иргэн байна. Үүний 34 хувь буюу 10.630 Улаанбаатар хотод амьдарч байна.²

Монгол улс 2009 онд тахир дутуу иргэдэд зориулсан барилгын төлөвлөлтийн стандартыг баталж эрүүл мэндийн байгууллагуудад тулгуур хөдөлгөөний хөгжлийн бэрхшээлтэй иргэнд зориулсан орчны заалтуудыг тодорхой тусгасан байдаг. Гэвч эмнэлгүүд тус нормалийн хэрэгжилт хангалтгүйн дээр эмчилгээний зарим тоног төхөөрөмж хөгжлийн бэрхшээлтэй хүмүүст тохиромжгүй байна. Энэ нь тулгуур хөдөлгөөний хөгжлийн бэрхшээлтэй иргэд эрүүл мэндийн тусламж авахад тохиолдох гол хүндрэл болж байна. Цаашлаад эмнэлгийн тусламж үйлчилгээ авч чадалгүй өвчин хүндрэх, амь насаа алдах тохиолдол олон байдаг.

Иймд клиникийн болон төрөлжсөн нарийн мэргэжлийн эмнэлгүүдийн хөгжлийн бэрхшээлтэй иргэнд зориулсан орчныг үнэлэх, цаашид хөгжлийн бэрхшээлтэй иргэнд зориулсан эмнэлгийн орчныг сайжруулах талаар зөвлөмж боловсруулах шаардлагатай байна.

Зорилго: Улаанбаатар хотын клиникийн болон төрөлжсөн нарийн мэргэжлийн эмнэлгийн тулгуур хөдөлгөөний хөгжлийн бэрхшээлтэй иргэнд зориулсан эмнэлгийн орчныг үнэлэх, сайжруулах зөвлөмж боловсруулах

Зорилт:

1. Клиникийн болон төрөлжсөн нарийн мэргэжлийн эмнэлгийн барилгын тулгуур хөдөлгөөний хөгжлийн бэрхшээлтэй зориулсан орчныг үнэлэх,
2. Клиникийн болон төрөлжсөн нарийн мэргэжлийн эмнэлгийн тулгуур хөдөлгөөний хөгжлийн бэрхшээлтэй иргэнд зориулсан орчныг сайжруулах зөвлөмж боловсруулах

Арга зүй:

Судалгааны загвар: Нилэнхүй судалгаа

Судалгааны арга: Ажиглалтын судалгаа

Судалгаанд нийслэлийн 7 дүүргийн клиникийн болон төрөлжсөн нарийн мэргэжлийн нийт 57 эмнэлэг хамрагдсан ба үүний 33 нь амбулатори, 20 стационар, 3 эмнэлэг төрөх эмнэлэг, бусад 1 эмнэлгийн орчинд үнэлгээ хийсэн. Үнэлгээ хийхдээ олон улсад ашигладаг эмнэлгийн орчны стандартын үзүүлэлтүүдийг багтаасан үнэлгээний хуудас боловсруулан ажилглалт хийсэн.

Үр дүн: Судалгаанд нийслэлийн 7 дүүргийн клиникийн болон төрөлжсөн нарийн мэргэжлийн нийт 57 эмнэлэг хамрагдсан 51.6 хувь нь амбулатори, 31.3 хувь стационар, 1.6 хувь нь төрөх эмнэлэг, 1.6 хувь бусад эмнэлэг байсан. Судалгаанд хамрагдсан эмнэлгийн барилгын 57.9 хувь нь 2-3 давхар, 24.6 хувь нь 4-5 давхар, 17.6 хувь нь 6 дээш давхар барилгатай байна. Судалгаанд хамрагдсан 57 (100 хувь) эмнэлгийн гадна талбайд хөгжлийн бэрхшээлтэй иргэнд зориулсан тээврийн хэрэгслийн талбай байхгүй, таних тэмдэглэгээ байхгүй байна. Мөн 43.9 хувь нь тэргэнцэртэй иргэн тээврийн хэрэгслийн зогсоолоос эмнэлгийн барилгад орох тэгш замтай, 54.4 хувь нь стандарт бус буюу эмнэлгийн барилгад саадгүй орох боломжгүй замтай, 1.8 хувь нь эмнэлгийн гадна талбайд тэргэнцрээр зорчих зам байхгүй байлаа. Эмнэлгүүд хөгжлийн бэрхшээлтэй иргэнд зориулсан эмнэлгийн гадна орчин бүрдүүлээгүй нь хөгжлийн бэрхшээлтэй иргэд эмнэлгээр үйлчлүүлэхэд тохиолдох хүндрэл болж байна.

Эмнэлгүүдийн 71.9 хувь нь хаалганы өргөн (800 мм) тэргэнцэртэй иргэнд тохиромжтой, 28.1 хувь хаалганы өргөнд тэргэнцрийн орон зайг тооцоогүй байна. Мөн 49.1 хувь нь хаалганы бариулын өндрийг (900-1065мм) тэргэнцэртэй иргэнд тохиромжтой тооцсон бол, 50.9 хувь нь стандарт бус буюу хөгжлийн бэрхшээлтэй иргэн ашиглах боломжгүй байна.

Судалгаанд хамрагдсан эмнэлгийн эмнэлгийн барилгын 1.8 хувь нь стандарт налуу (1:12) замтай, 69.1 хувь нь стандарт бус буюу хэт огцом налуу замтай, 18.2 хувь нь налуу зам огт байхгүй, 10.9 хувь нь налуу зам шаардлагагүй байна.

Судалгаанд хамрагдсан эмнэлгүүдийн 29.8 хувь нь эмнэлгийн бүтэц, үйлчилгээний тухай мэдээллийг стандарт (900 мм өндөр) төлөвлөсөн бол, 56.1 хувь нь стандарт бус, 14 хувь огт төлөвлөөгүй байна.

Эмнэлгүүдийн 70.2 хувь нь хүлээлгийн өрөөнд тэргэнцрийн орон зайг (1500x1500 мм) тооцсон бол, 21.1 хувь стандарт бус, 8.8 хувь хүлээлгийн өрөө огт байхгүй байсан бөгөөд эмнэлгүүдийн 89.5 хувь нь эмнэлгийн коридорыг стандартын (1800 мм өргөн) дагуу тооцсон бол, 10.5 хувь стандарт бус буюу эмнэлгийн коридорт тэргэнцэртэй иргэн зорчих боломж хязгаарлагдмал байна.

Эмнэлгүүдийн 14 хувь нь лавлагаа мэдээллийн хэсэгт тэргэнцэртэй иргэнд үйлчлэх талбайн (800 мм өндөр)

орон зайг тооцсон, 77.2 хувь стандарт бус, 8.8 хувь огт байхгүй байна. Харин 5.3 хувь нь хувцасны өлгүүрийн хэсэгт тэргэнцэртэй иргэнд үйлчлэх талбайн (800 мм өндөр) орон зайг тооцсон, 56.1 хувь нь стандарт бус, 38.6 хувь нь огт байхгүй байгаа тэргэнцэртэй иргэн эмнэлгийн лавлагаа мэдээлэл, хувцасны өлгүүрийн хэсэгт бие даан хандах боломж хязгаарлагдмал байгааг харуулж байна.

Судалгаанд хамрагдсан бүх эмнэлгүүд давхар хоорондын шатанд 2 бариул ($625 \pm 25, 800 \pm 50$ мм өндөр) байхгүй байсан бөгөөд эмнэлгүүдийн 31.6 хувь нь давхар хоорондын шатыг стандарт (800 ± 50 мм өндөр), 68.4 хувь нь стандарт бус байна. Давхар хоорондын шатны хана талын бариулыг 12.3 хувь нь стандарт (хананаас 40-50 мм зайд), 5.3 хувь стандарт бус, 82.5 хувь огт байхгүй байна. Судалгаанд хамрагдсан эмнэлгүүдэд 33.3 хувь шатны гишгүүр нь стандарт (300 мм урт, 160 мм өндөр), 66.7 хувь стандарт бус байгаа нь тулгуур эрхтний хөгжлийн бэрхшээлтэй иргэнд зориулсан зориулсан эмнэлгийн орчин бүрдүүлээгүй нь харагдаж байна.

Судалгаанд хамрагдсан эмнэлгийн 5.3 хувь зөвхөн зорчих лифттэй байсан бол, 22.8 хувь зорчих болон ачааны лифт, 71.9 огт лифт байхгүй байгаа нь 2 ба түүнээс дээш давхар барилгад шат болон өргүүр зайлшгүй төлөвлөх барилгын төлөвлөлтийн нормалийг зөрчиж байна. Цаашлаад тэргэнцэртэй иргэн эмнэлгийн 2 ба түүнээс дээш давхарт бие даан гарах боломж бүрдээгүй нь харагдаж байна.

Судалгаанд хамрагдсан эмнэлгийн 47.4 хувь нь ариун цэврийн өрөөний талбай нь стандарт байсан бол, 52.6 хувь нь стандарт бус байна. Ариун цэврийн өрөөнд 50.9 хувь нь тэргэнцрийн орон зайг (1500 мм) тооцсон бол, 49.1 хувь стандарт бус байсан бол бие засах тасалгаанд 5.3 хувь нь тэргэнцрийн орон зайг стандарт тооцсон, 94.7 хувь нь стандарт бус буюу тэргэнцэртэй иргэн ашиглах боломжгүй байгаа тэргэнцэртэй иргэн эмнэлгийн тусламж авах, цаашлаад хэвтэн эмчлүүлэх эмнэлэгт ариун цэврийн өрөө ашиглах боломжгүй байгааг харуулж байна. Судалгаанд хамрагдсан эмнэлгийн 5.3 хувь суултуурт стандарт нэмэлт тоноглолтой байса бол, 1.8 хувь стандарт бус, 93 хувь нь нэмэлт тоноглол огт байхгүй, эрэгтэй суултуурт 100 хувь огт нэмэлт тоноглолгүй байгаа нь тулгуур хөдөлгөөний хөгжлийн бэрхшээлтэй иргэд эмнэлгийн ариун цэврийн өрөөг ашиглах боломжгүйг харуулж байна.

Эмнэлгийн дотоод орчин

Хүснэгт. 1

Үзүүлэлт	Тоо	Хувь	Тоо	Хувь	Тоо	Хувь
Эмнэлгийн бүтэц, орон зайн мэдээлэллийн төлөвлөсөн байдал	17	29.8	32	56.1	8	14
Хүлээлгийн өрөөнд тэргэнцрийн орон зайг тооцсон байдал	40	70.2	12	21.1	5	8.8
Эмнэлгийн коридорт тэргэнцрийн орон зайг тооцсон байдал	51	89.5	6	10.5	--	--
Барилгын булангийн өнцгийг ХБИ-д аюулгүй тооцсон байдал	0	0	1	1.8	56	98.2

Эмчилгээний өрөөний талбайн стандарт

Үзүүлэлт	Тоо	Хувь	Тоо	Хувь	Тоо	Хувь
Өрөөний талбайн стандарт						
Эмчийн үзлэгийн өрөө	49	86	8	14	0	0
Тарианы өрөө	21	36.8	36	63.2	0	0
Физик эмчилгээний өрөө	6	24	19	76	0	0
Биеийн тамир эмчилгээний өрөө	5	25	15	75	0	0
Өрөөний хаалганы өргөн	Тоо	Хувь	Тоо	Хувь	Тоо	Хувь
Эмчийн үзлэгийн өрөө	31	54.4	26	45.6	--	--
Тарианы өрөө	34	59.6	23	40.4	--	--
Физик эмчилгээний өрөө	17	68	8	32	--	--
Биеийн тамир эмчилгээний өрөө	8	40	12	60	--	--
Хаалганы бариулын өндөр	Тоо	Хувь	Тоо	Хувь	Тоо	Хувь
Эмчийн үзлэгийн өрөө	33	57.9	24	42.1	0	0
Тарианы өрөө	31	54.4	26	45.6	0	0
Физик эмчилгээний өрөө	16	64	9	36	0	0
Биеийн тамир эмчилгээний өрөө	13	65	7	35	0	0

Хэвтэн эмчлүүлэх эмнэлгийн орчны үнэлгээ

Үзүүлэлт	Тоо	Хувь	Тоо	Хувь	Тоо	Хувь
ХБИ-н хэвтэн эмчлүүлэх өрөөг төлөвлөсөн байдал	0	0	20	100	--	--
Хаалганы өргөн	20	76.9	2	23.1	0	0
Хаалганы бариулын өндөр	16	61.5	10	38.5	0	0
Тэргэнцрийн орон зайн тооцсон байдал	17	65.4	9	34.6	0	0
Гэрлийн унтраалгын өндөр	5	19.2	20	16.9	1	3.8
Галын дохиолол	0	0	0	0	26	100
Залгуурын өндөр	0	0	23	88.5	3	11.5
Хаалганы босго	14	53.8	12	46.2	0	0
Цонхны өндөр	5	19.2	21	80.8	0	0
Цонхны хөшигний татуурга	4	15.4	22	84.6	0	0
Ширээний өндөр	21	80.8	5	19.2	0	0
Туслах хэрэгслийн өлгүүр	0	0	0	0	26	100
Орны өндөр	11	42.3	15	57.7	0	0
Өрөөнд ариун цэврийн өрөөг төлөвлөсөн байдал	1	3.8	11	42.3	14	53.8

Мөн эмнэлгүүдийн 68.4 хувь нь ариун цэврийн өрөөний хаалганы өргөнд тэргэнцрийн орон зайг нь стандарт бус тооцсон, 91.2 хувь нь гар угаах тосгуурыг стандарт бус, 49.1 хувь нь ариун цэврийн өрөөний толийг стандарт бус, 84.2 хувь гар хатаагчийг стандарт бус тооцсон нь эмнэлгүүд ариун цэврийн өрөөг тулгуур хөдөлгөөний хөгжлийн бэрхшээлтэй иргэд ашиглах боломжгүй байгааг харуулж байна. Мөн ариун цэврийн өрөөнд хүнд хэлбэрийн хөгжлийн бэрхшээлтэй, тэргэнцэртэй иргэнд зориулан ус татах хялбар товч, дуудах товч байхгүй байна.

Судалгаанд хамрагдсан эмнэлгийн 56.1 хувь нь физик эмчилгээний өрөө байхгүй, 93 хувь нь усан эмчилгээний өрөө байхгүй, 64.9 хувь нь биеийн тамир эмчилгээ өрөө байхгүй II,III-р шатлалын эмнэлгийн нөхөн сэргээх эмчилгээний хүртээмж хангалтгүй байгааг харуулж байна.

Судалгаанд хамрагдсан эмнэлгүүдийн 14 хувь нь үзлэгийн өрөөний талбай стандарт бус (12 м² бага),

63.2 хувь нь тарианы өрөөний талбай стандарт бус (18 м² бага), 75 хувь нь физик эмчилгээ болон биеийн тамир эмчилгээний талбайг стандарт бус (60 м² бага) байгаа нь хөгжлийн бэрхшээлтэй иргэдэд зориулсан барилгын төлөвлөлтийн хэрэгжилт хангалтгүй байгааг харуулж байна.

Эмнэлгүүдийн үзлэгийн өрөөний хаалганы бариул тэргэнцэртэй иргэн ашиглах боломжгүй өндөр (35-45.6 хувь), хаалганы өргөн 45.6 хувь нь стандарт бус (800 мм-ээс бага), тарианы өрөөний хаалганы өргөн 40.4 хувь нь стандарт бус, физик эмчилгээний өрөөний хаалганы өргөн 32 хувь стандарт бус, биеийн тамир эмчилгээний хаалганы өргөн 60 хувь нь стандарт бус байгаа нь эмчийн үзлэгийн өрөө, нөхөн сэргээх эмчилгээний өрөөнд тэргэнцэртэй иргэн орох боломж хязгаарлагдмал, шаардлагатай тусламж үйлчилгээг авах боломжгүй байгааг харуулж байна.

Судалгаанд хамрагдсан эмнэлгийн 20 (100 хувь) эмнэлэг тулгуур хөдөлгөөний хөгжлийн бэрхшээлтэй

иргэн хэвтэн эмчлүүлэх стандарт өрөөг төлөвлөөгүй байна. Хэвтэн эмчлүүлэх өрөө болон хаалганы өргөнд тэргэнцрийн орон зайг төлөвлөөгүй, хаалганы бариул, гэрлийн унтраалга, залгуурын өндөр тэргэнцэртэй иргэнд тохиромжгүй, өрөөнд галын дохиолол, туслах хэрэгслийн өлгүүр байхгүй байна.

Ор, цонх, ширээний өндрийг тэргэнцэртэй иргэнд тохиромжгүй, ариун цэврийн өрөөг 53.8 хувь нь хэвтэн эмчлүүлэгчийн өрөөнд төлөвлөөгүй нь тулгуур хөдөлгөөний хөгжлийн бэрхшээлтэй иргэн эмнэлэгт хэвтэн эмчлүүлэхэд тохиолдох гол хүндрэл болж байна.

Хэмцэмж: Бидний судалгаа нь 2009 онд Монголын тэргэнцэртэй иргэдийн холбооноос хийсэн Хүнд хэлбэрийн хөгжлийн бэрхшээлтэй иргэдийн нөхөн сэргээх эмчилгээний хүртээмж судалгаанд хамрагдсан байгууллагын 58% нь хөгжлийн бэрхшээлтэй иргэдэд зориулсан налуу замгүй, 25 хувь нь эмнэлгийн гадна талбайд тэргэнцрээр зорчих талбайг төлөвлөөгүй, мөн эмнэлгүүдийн 88 хувь нь ариун цэврийн өрөөг хөгжлийн бэрхшээлтэй иргэнд зориулан тоноглоогүй, 58 хувь нь хүнд хэлбэрийн хөгжлийн бэрхшээлтэй иргэнд зориулсан өрөөг төлөвлөөгүй зэрэг нь бидний судалгааны үр дүнтэй ойролцоо байна.

Дүгнэлт:

- Клиникийн болон төрөлжсөн нарийн мэргэжлийн эмнэлгийн гадна орчинд хөгжлийн бэрхшээлтэй иргэнд зориулсан машин зогсоол, машин зогсоолоос эмнэлгийн барилгад орох тэгш зам төлөвлөөгүй эмнэлгийн барилгад орох налуу замыг стандарт бус төлөвлөсөн байна.

- Эмнэлгийн хаалганы өргөн, ариун цэврийн өрөө, үзлэгийн өрөөнд тэргэнцрийн орон зайг төлөвлөөгүй, ариун цэврийн өрөө, лифт, хэвтэн эмчлүүлэх эмнэлгийн өрөөнд тулгуур хөдөлгөөний хөгжлийн бэрхшээлтэй иргэд үйлчилгээ авах тохиромжтой орчныг бүрдүүлээгүй байна.
- Аймгийн нэгдсэн эмнэлгийн бүтэц үйл ажиллагааны стандартад хөгжлийн бэрхшээлтэй иргэнд хүртээмжтэй эмнэлгийн орчны талаар заалт байхгүй байна.

Ном зүй:

- Олон Улсын Хөдөлмөрийн Байгууллага. Хөгжлийн бэрхшээлтэй иргэдийн хөдөлмөрлөх тэгш боломжийг эрхзүйн хүрээнд дэмжих нь. Улаанбаатар: Мөнхийн үсэг: 2005. х.12.
- Үндэсний Статистикийн газар. Хүн ам орон сууцны 2010 оны улсын тооллого. Улаанбаатар: Мөнхийн үсэг: 2010. х.66-70.
- Нийгмийн Хамгаалал Хөдөлмөрийн Яам. 2008 оны статистик мэдээлэл. Улаанбаатар: 2008. х.23
- Монгол улс. Төрийн мэдээлэл. Хөгжлийн бэрхшээлтэй иргэний нийгмийн хамгааллын тухай хууль. Улаанбаатар: засгын газрын дэргэдэх хэвлэх үйлдвэр. 2005.
- Монголын Тэргэнцэртэй Иргэдийн Холбоо. Хүнд хэлбэрийн хөгжлийн бэрхшээлтэй иргэдийн эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээнд тэгш хамрагдах боломж УБ. 2010 он
- Нийгмийн хамгаалал хөдөлмөрийн яам, Азийн хөгжлийн банк. Хөдөлмөрийн зах зээлд тахир дутуу иргэдийн оролцоо судалгааны тайлан. Улаанбаатар: МЭ Консалтинг. 2004.

Environmental assessment for hospitals for the Disabilities with organs

Munkh-Uchral.D ¹, Narantuya.B ², Erdenesambuu.Ts ², Chimedsuren.O ³

¹ Bayanzurkh district health unit

² Mongolian organization health

³ Health Sciences University of Mongolia

Abstract: Hospitals haven't provided disabilities with organs of support with barrier - free environment and it causes that disabilities can't receive high quality medical care service or getting worse furthermore it causes to fatalities.

We aimed to make assessment on adequate hospital environment of clinical and specialized hospitals for disabilities furthermore, to develop recommendations on improving hospital environment.

Key words: Disability, wheelchair users, ramp

Goal: To study the environmental assessment for clinical and specialized for the disabilities with organs

Methods: The study involves 57 clinical and specialized hospitals under the Ministry of Health in 7 districts of the capital city and the assessment was carried out in medical environment of 33 outpatient, 20 inpatient, 3 maternity houses and 1 other hospital out of abovementioned hospitals.

Results: The hospitals involved in the study haven't planned vehicle parking for wheel chair users, smoothly surface roads for them and have planned non-standard ramp. As well as, the room for wheel chair users has not been planned in information desk of medical waiting hall.

Wheel chair space has not been planned in medical examination room and in toilet, the door width is not compared to wheel chair, door handle is fixed in higher position, lower sufficiency of reproductive treatment, and hospitals have not planned the hospitalizing rooms for disabilities.

Conclusion: Clinical and specialized hospitals have not constituted the adequate medical care environment for disabilities. It requires to supplement provisions on providing the adequate medical care environment for disabilities into the standard of medical environment and put them into practice.

Туршилтын амьтанд үүсгэсэн ходоод, элэгний эмгэг загварын үед “Отгонтэнгэр”-ийн рашааны эмчилгээний идэвхийг судалсан дүн

Д.Зоригтбаатар¹, М.Амбага², С.Олдох³

¹ Завхан аймаг УАУ-ны төв, ² Монос АУДС, ³ ЭМШИУС, УАС

Хүлээн авсан
2011 оны 11 сарын 10

Хэвлэхийг
зөвшөөрсөн
2011 оны 11 сарын 21

Түлхүүр үг:
Отгонтэнгэрийн
рашаан
Элэгний архаг
үрэвсэл
Ходоодны шарх
Үүсгэх эмгэг загвар

Товч утга

Ходоодны салст бүрхүүлийн гэмтэл, элэгний эсийн архаг үрэвсэл, үе тулгуур эрхтний архаг үрэвслийн үед тухайн эрхтнийг бүрдүүлж байгаа эсийн биоэнерги, бионийлэгжилт, дахин нийлэгжилтийн үйл ажиллагаа алдагдах, эсийн хуваагдал нөхөн төлжилтийн процесс алдагдах гол урьдчилсан нөхцөл болдог ба эд эсийн зүгээс гипокси, ишеми, реперфузи, цусны бүлэгнэлтийн болон микроциркуляцийн алдагдал, антиоксидантын дутагдлыг тэсвэрлэх чадамжийг эрс бууруулан, антирадикаль идэвхийг сулруулдаг бөгөөд Отгонтэнгэрийн рашаанд агуулагдаж байгаа макро, микроэлемент, биологийн идэвхит нэгдлүүд нь дээрх өвчний үед эрс багассан, эмгэг жамын гол хүчин зүйл болж хувираад байгаа биологийн зохицуулгын хүчин зүйлийг орлон, эмчилгээний идэвх үзүүлдэг байж болох юм гэсэн шинэ концепцийг дэвшүүлэн судалгааг хийж гүйцэтгэлээ. Отгонтэнгэрийн рашаан нь сорил туршилтын нөхцөлд элэгний эсийн болон ходоодны салст бүрхүүлийн гэмтлийг багасгах, эсийн нөхөн төлжилтийг сайжруулах үйлдэлтэй болох нь тус тус тогтоогдлоо.

Удиртгал: Насанд хүрсэн архаг өвчтэй нийт хүмүүсийн 1000 хүн амд 35.5, хоол боловсруулах тогтолцооны эмгэгийн 37.5, цус эргэлтийн тогтолцооны эмгэгийн 16.0, амьсгалын эрхтэн тогтолцооны эмгэгийн 14.3, яс, булчин холбогч нэхдэсийн эмгэгийн 12.5 тохиолдол нь тус тус рашаан сувиллын тусламж үйлчилгээ авах шаардлагатай гэжээ¹. 2008 онд 10000 хүн амд хоол боловсруулах тогтолцооны эмгэг 839.45, яс, булчин холбогч нэхдэсийн эмгэг 82.26 байгаа бөгөөд энэ нь 2001 онтой харьцуулахад 25-40%-иар нэмэгдсэн байна². 2001 онд хоол боловсруулах тогтолцооны эмгэгүүдийн 18.9% нь элэгний архаг үрэвсэлт өвчин, 14.6% нь цөсний архаг үрэвсэлт өвчнүүд эзэлж байсан бол 2008 онд элэгний архаг үрэвсэлт өвчин 25.6% болж нэмэгдсэн байна³.

Сүүлийн жилүүдэд Отгонтэнгэрийн рашааны физик, химийн шинж чанар, найрлага нь харьцангуй судлагдсан боловч уг рашааны эмнэлзүйн үйлдэл, ач холбогдолыг шинжлэх ухааны үндэслэлтэйгээр судалсан дорвитой судалгааны ажлууд хараахан хийгдээгүй байна.

Зорилго, зорилт:

Хүн амын зонхилон тохиолддог зарим эмгэгүүдийн үед Отгонтэнгэрийн рашааны үзүүлэх эмчилгээний идэвхийг сорил туршилтын болон эмнэл зүйн нөхцөлд үйлдлийн нарийн механизмтай нь холбон судлах зорилгын хүрээнд дараах зорилтуудыг дэвшүүлж байна. Үүнд:

1. Отгонтэнгэрийн рашааны эмчилгээний идэвхийг туршилтын амьтанд үүсгэсэн ходоодны салст бүрхүүлийн гэмтлийн загвар дээр судлах
2. Отгонтэнгэрийн рашааны эмчилгээний идэвхийг туршилтын амьтанд CCL4-өөр үүсгэсэн элэгний эсийн архаг үрэвслийн гэмтлийн загвар дээр судлах

Арга зүй: Судалгааг 2009-2011 онуудад “Монос” АУДС-ийн дэргэдэх эрдэм шинжилгээний төв лаборатори, АУХүрээлэнгийн эмгэг судлалын лаборатори, ХААИС-ийн мал эмнэлгийн хүрээлэнгийн лабораторыг түшиглэн явууллаа. Судалгааг ЭМШИУС-ийн ёс зүйн хорооны 2010 оны 05 сарын 14-ны өдрийн №80/18 тоот тушаалын дагуу хийлээ. Судалгааны статистик боловсруулалтыг SPSS-16 программаар хийж гүйцэтгэв. Отгонтэнгэрийн рашааныг Монгол улсын стандарт “Эмчилгээ ундааны зориулалтаар хэрэглэх рашаан, техникийн шаардлага” (MNS 3651: 2005)-ын дагуу савлан тээвэрлэж сорил туршилтын ажлыг хийж гүйцэтгэлээ.

Ходоодны салст бүрхүүлийн гэмтлийн эмгэг загварыг цагаан харханд кетамины унтуулгын дор, ариун нөхцөлд хэвлийн хөндийг нээж, 10%-ийн цууны хүчлийн уусмалаас 0,05 мл-ийг ходоодны серозон бүрхүүл дор тарив⁴. I бүлэг 1 дугаартай булгийн рашааныг 3 мл/200 гр тооцож 10 хоног амаар уулгав. pH=7.4 бүхий фосфатын буферт бэлдсэн 0,1% нитро хөх тетразолийн уусмалд ходоодны эдийг хийж, 370C-

д 15 минут инкубацилан, гистохимийн урвал явуулсны дараа гэмтлийн талбайг мм² А.Х.Коган (1984)-ын аргаар тодорхойллоо⁴.

Цагаан харханд CCL4-өөр элэгний эсийн архаг үрэвслийн эмгэг загвар үүсгэхдээ CCL4-ийн 50%-ийн тосон уусмалыг 0,4 мг/кг тунгаар арьсан дор 4 өдөр дараалан тарьж Н.П.Скакун (1992) аргаар үүсгэв^{5,6}. IV бүлгийн 18 дугаартай рашааныг 3 мл/200гр тооцож 10 хоног амаар уулгав. .

Үр дүн: Цагаан хархны ходоодны салст бүрхүүлийн эмгэг загварын үед Отгонтэнгэрийн рашааны нөлөөгөөр ажиглалтын 7 дахь хоногт эмчлээгүй хяналт амьтадтай харьцуулахад шархны талбай $10,8 \pm 0,8$ см² –аас $6,7 \pm 0,5$ см² болж багасч, ажиглалтын 14 дахь хоногт эмчлээгүй хяналт амьтадтай харьцуулахад шархны талбай $8,8 \pm 0,3$ см² –аас $5,8 \pm 0,5$ см² ($p < 0,5$) болж багасч, ажиглалтын 21 дахь хоногт эмчлээгүй хяналт амьтадтай харьцуулахад шархны талбай $3,2 \pm 0,06$ см² –аас $1,6 \pm 0,08$ см² ($p < 0,5$) болж буурч, багасч, ажиглалтын 28 дахь хоногт эмчлээгүй хяналтын амьтадтай харьцуулахад шархны талбай $1,2 \pm 0,1$ см² –аас $0,08 \pm 0,009$ см² ($p < 0,3$) болж буурч, багасч байгаа нь тогтоогдлоо (Хүснэгт 1).

Цагаан харханд үүсгэсэн элэгний эсийн гэмтэл, үхжлийн эмгэг загварын үед IV бүлгийн 18 дугаартай бүлгийн рашааныг хэрэглэсэн нөхцөлд ийлдэсний АсАТ ферментийн идэвх эмчлээгүй хяналтын бүлгийг эрүүл бүлгийн амьтадтай харьцуулахад (хяналтын бүлэг $165,36 \pm 10,17$; эрүүл бүлэг $32,01 \pm 8,98$; $p < 0,1$) 5.16 дахин нэмэгдэж байсан бол рашаанаар эмчилсэн бүлгийн амьтдыг эмчлээгүй хяналтын бүлгийн амьтадтай харьцуулахад (хяналтын бүлэг $165,36 \pm 10,17$; рашаан хэрэглэсэн бүлэг $109,36 \pm 10,36$; $p < 0,1$) 1.51

дахин багасч байгаа нь илэрлээ (Хүснэгт 2).

Мөн ийлдэсний АлАТ ферментийн идэвх эмчлээгүй хяналтын бүлгийн амьтдыг эрүүл амьтадтай харьцуулахад (хяналтын бүлэг $144,96 \pm 5,1$; эрүүл бүлэг $27,15 \pm 6,64$; $p < 0,5$) 5.33 дахин нэмэгдэж байсан бол рашаанаар эмчилсэн бүлгийн амьтдыг эмчлээгүй хяналтын бүлгийн амьтадтай харьцуулахад (хяналтын бүлэг $144,96 \pm 5,1$; рашаан хэрэглэсэн бүлэг $141,42 \pm 4,38$; $p < 0,5$) 1,02 дахин багасч байгаа нь илэрлээ.

Ийлдэсний ГГТ ферментийн идэвх эмчлээгүй хяналтын бүлгийн амьтдыг эрүүл бүлгийн амьтадтай харьцуулахад (хяналтын бүлэг $79,08 \pm 1,67$; эрүүл бүлэг $49,4 \pm 3,08$; $p < 0,1$) 1,6 дахин нэмэгдэж, рашаанаар эмчилсэн бүлгийн амьтдыг хяналтын бүлгийн амьтадтай харьцуулахад (хяналтын бүлэг $79,08 \pm 1,67$; рашаан хэрэглэсэн бүлэг $141,44 \pm 18,2$; $p < 0,5$) 1.26 дахин багассан байна. Энэ нь элэг болон бусад эрхтнүүдийн эсийн дотор гаммаглутамил бүлгийг зөөн аминхүчлийг эс рүү гаммаглутамин хүчил хэлбэрээр зөөн оруулдаг нэн чухал ферментийн эмгэг алдагдал эрс багасч байгааг харуулж байна. Ийлдэсний ЛДГ ферментийн идэвх эмчлээгүй хяналтын бүлгийн амьтдыг эрүүл бүлгийн амьтадтай харьцуулахад (хяналтын бүлэг $180,88 \pm 5,47$; эрүүл бүлэг $131,5 \pm 1,34$; $p < 0,5$) 1,37 дахин ихэсч, гликолиз-Кребсийн циклийн уялдаа тасран, эсэд лактат зэрэг хорт нэгдлүүд нэмэгдэх нөхцөл байдал бий болж байснаа, харин уг рашааны нөлөөгөөр элэгний эсээс эсийн гадаад орчин руу чиглэсэн ЛДГ ферментийн эмгэг алдагдал эмчлээгүй бүлгийн амьтадтай харьцуулахад (хяналтын бүлэг $180,88 \pm 5,47$; рашаан хэрэглэсэн бүлэг $141,44 \pm 18,2$; $p < 0,7$) 1,27 дахин буурч байгаа нь харагдаж байна.

Хүснэгт 1

Ходоодны салст бүрхүүлийн эмгэг загварын үед рашааны үзүүлэх нөлөө

Үзүүлэлт	Тоо	Хувь	Тоо	Хувь	Тоо	Хувь
Эмнэлгийн бүтэц, орон зайн мэдээлэллийн төлөвлөсөн байдал	17	29.8	32	56.1	8	14
Хүлээлгийн өрөөнд тэргэнцрийн орон зайг тооцсон байдал	40	70.2	12	21.1	5	8.8
Эмнэлгийн коридорт тэргэнцрийн орон зайг тооцсон байдал	51	89.5	6	10.5	--	--
Барилгын булангийн өнцгийг ХБИ-д аюулгүй тооцсон байдал	0	0	1	1.8	56	98.2

*- Рашаанаар эмчилсэн бүлгийг хяналтын бүлэгтэй харьцуулахад $p < 0,05$

Хүснэгт 2

Элэгний эсийн үхжлийн үед рашааны үзүүлэх нөлөө

№	Үзүүлэлтүүд	Судалгаа ажиглалтын бүлгүүд		
		Эрүүл n=10	Хяналт n=10	Рашаан n=10
1	АсАТ (u/l)	$32,01 \pm 8,98$	$165,36 \pm 10,17^*$	$109,36 \pm 10,36^{**}$
2	АлАт (u/l)	$27,15 \pm 6,64$	$144,96 \pm 5,1^*$	$141,42 \pm 4,38^{**}$
3	ГГТ (u/l)	$49,4 \pm 3,08$	$79,08 \pm 1,67^*$	$62,56 \pm 4,04^{**}$
4	ЛДГ (u/l)	$131,5 \pm 1,34$	$180,88 \pm 5,4^*$	$141,44 \pm 18,2^{**}$
5	ШФ (u/l)	$119,9 \pm 2,4$	$159,94 \pm 10,94$	$121,22 \pm 11,89^{**}$
6	Билирубин (mmol/gl)	$8,4 \pm 0,12$	$14,7 \pm 0,25$	$9,17 \pm 1,02$

*- эрүүл бүлгийг хяналтын бүлэгтэй харьцуулахад $p < 0,5$

** - хяналтын бүлгийг рашаанаар эмчилсэн бүлэгтэй харьцуулахад $p < 0,5$

Ийлдэсний билирубины агууламж эмчлээгүй хяналт амьтдыг эрүүл бүлгийн амьтадтай харьцуулахад (хяналтын бүлэг $14,7 \pm 0,25$; эрүүл бүлэг $8,4 \pm 0,12$; $p < 0.5$) $1,75$ дахин нэмэгдэж элэгний эсийн плазмын мембранд зэрэгцэн орших цөсний канакул хүчтэй гэмтсэн шинж тэмдэг илэрч байсан бол рашааны нөлөөгөөр (хяналтын бүлэг $14,7 \pm 0,25$; рашаан хэрэглэсэн бүлэг $9,17 \pm 1,02$; $p < 0.7$) $1,6$ дахин багасч байгаа нь илэрлээ.

Хэлцэмж: Отгонтэнгэрийн рашааны эмнэлзүйн болон туршилт судалгаа урьд өмнө хийгдэх байгаагүй бөгөөд элэгний архаг өвчний эмчилгээг Отгонтэнгэрийн рашааны найрлага дахь хийн бүрэлдэхүүн, гидрохими, физик химийн шинж чанартай холбон авч үзэхдээ цөсний ялгаралтын хүч, чиглэлийг дэмжих зорилгоор цөс хөөх үйлдэлтэй эмүүд, цөсний ялгаралтын чиглэлд гидростатик урсгалыг сайжруулах, элэгний эсийн хоргүйжүүлэх үйл ажиллагааг сайжруулах, элэгний эсийн доторх редокси шугам, АТФ үүсэлтийг дэмжих эмүүдтэй нэгэн адил Отгонтэнгэрийн рашааныг орлуулан хэрэглэх, ходоодны өвчний үеийн рашаан эмчилгээг Отгонтэнгэрийн рашааны найрлага дахь хийн бүрэлдэхүүн, гидрохими, физик химийн шинж чанартай холбон төлөвлөхдөө ходоодны хүчил шүлтийн тэнцвэрийг хэвийн болгох, ходоодны салст бүрхүүлийн гэмтлийг багасгах, эсийн нөхөн төлжилтийг сайжруулах үйлдэлтэй эмүүдтэй нэгэн адил эмчилгээнд хэрэглэж болох юмаа

Дүгнэлт:

1. Отгонтэнгэрийн рашаан нь сорил туршилтын нөхцөлд элэгний эсийн гэмтлийг багасгах үйлдэлтэй болох нь тогтоогдлоо.
2. Отгонтэнгэрийн рашаан нь сорил туршилтын нөхцөлд ходоодны салст бүрхүүлийн гэмтлийг багасгах, эсийн нөхөн төлжилтийг сайжруулах үйлдэлтэй болох нь тогтоогдлоо.

Талархал: Энэхүү судалгааг явуулахад удирдан чиглүүлж, зөвлөн тусалж, үнэтэй цагаа харамгүй зориулж, санал зөвлөгөө өгсөн эрдэм шинжилгээний ажлын удирдагч, багш АШУ-ны доктор, профессор М.Амбага, АУ-ны доктор, профессор С.Олдох, Монос УАУДС-ийн ЭШТ-ын хамт олон болон хамтран ажилласан судлаачийн багийнхандаа чин сэтгэлийн талархал илэрхийлье.

Ном зүй:

1. Эрүүл мэндийн үзүүлэлт. Товхимолын: Содномпил Ц. Редактор: 2008.х.35-38
2. Цэдэнжав Н. Ходоодны архаг өвчтөнийг рашаанаар эмчлэх тухай. Улаанбаатар.1958
3. Сүхбаатар Т. БНМАУ-ын нөхцөлд элэг цөсний архаг үрэвсэлийг рашаан сувилалд эмчлэх нь. АУ-ы докторын зэрэг горилсон нэг сэдэвт бүтээл. Улаанбаатар.1980.
4. Самбуева З.Г. Артишевский Э.В. Фармакотерапевтическая эффективность экстракта горца, птичьего при повреждениях почек и желудка. Тибетская медицина: Состояние и перспективы исследований. Улан-Удэ. 1994 с.188-195
5. Алтанцэцэг А. Машбат Г. Самбуева З.Г. Хархны элэгний эсэд цөс нийлэгжих процесс болон цөсний биохимийн зарим үзүүлэлтэд нийлмэл бэлтгэмлийн (сэрдэг: банздоо 2:1) үзүүлэх нөлөө. Монос компани байгуулагдсаны 10 жилийн ойд зориулсан эрдэм шинжилгээний бага хурлын илтгэлийн хураангуй. Улаанбаатар. 2000. Х.61-63
6. Саранцэцэг Б. Фармакологическое изучение суммы алколоидов хиазоспертума прямого (*Chiazospermum erectum* L.) // Автореф. Канд. Дисс. Улан-батор. 1994.

The study of treatment effect of the “Otgontenger” resorts in vivo

Д.Зоригтбаатар¹, М.Амбага², С.Олдох³

¹ Завхан аймаг УАУ-ны төв, ² Монос АУДС, ³ ЭМШИУС, УАС

There is a tendency of increasing inflammatory diseases tract caused by autoimmune reaction of skeletal system. According to annual report Ministry of health, Mongolia above mentioned chronic diseases such as inflammatory disease of digestive system nomely hepatobiliary tract diseases kidney and urinary tract disease are mostly common cases inpatients. The aim of this study is to investigate treatment activity “Otgontenger” resorts treatment experimental conditions. “Otgontenger” resorts is liver-protective antioxidants and its effects on the membrane pereoxidation, on the ulcer sample created at a white rat’s stomach

Our experimental work has showed “Otgontenger” resorts is liver-protective antioxidants and its effects on the membrane pereoxidation, were give to the test animals per 4,32 mg/kg, 2 times a day during 10 days. By testing the “Otgontenger” resorts we have determined that the on the ulcer sample created at a white rat’s stomach was increased ulcer area 1.61-2.0 times in comparison with control group. This data proves that the treatment effect of Otgontenger’s spring was increasing. The ASAT (U/L), ALAT (U/L), GOT (U/L), LDH (U/L), ALK (U/L), billirubin mmol/gl etc. were reported. (Table 1).

Amount of ASAT was after the dose of Otgontenger’s spring was 1,02 times lower ($r<0.05$) more than the control group’s. ALAT was after the dose of Otgontenger spring was 1.51 times lower ($r<0.05$) more than the control group’s, and GOT was after the dose of Otgontenger’s spring was 1,6 times lower ($r<0.05$) more than the control group’s (Figure 1)

As we see in case “Otgontenger” resorts bread has the effects to decrease the inflammation area of the stomach mucous membrane and to accelerate renovation process .

Conclusions:

Having studied the effects of “Otgontenger” resorts on the digestion process, we have made the following conclusions:

- We have compared the serum of animal’s blood, proves the hepatoprotective effect of the “Otgontenger” resorts
- It decreases the area of the mucous membrane ignition and accelerates its renovation in a stomach ulcer case.

Ураг болон 0-4 насны хүүхдийн нурууны нугалмын бүтэц судасжилтыг судлах асуудалд

Д.Оюунцэцэг ¹, А.Авирмэд ², С.Энэбиш ², Д.Амгаланбаатар ²

¹ Говь-Алтай Анагаах Ухааны Коллеж, ЭМШУИС ²

Хүлээн авсан
2011 оны 12 сарын 20

Хэвлэхийг зөвшөөрсөн
2011 оны 12 сарын 30

Түлхүүр үг:
Ураг
Нугалам
Судасжилт

Товч утга

Судалгаандаа 4-7.5 сартай 20 ураг, хөхүүл 4, балчир нас 4, нийт 8 хүүхдийн цогцосноос авсан нурууны нугалмын бүтцийг эд судлалын түгээмэл аргаар судасжилтыг нь 1х3-ын хар бэхийн усан хөвмөлийн цутгалгын аргаар судалсан ². 4-7.5 сартай ураг нярайн нурууны нугалам, түүний сэртэнгүүд хоёр янзын цусан хангамжийн эх үүсгэвэртэй байна. Нугалмын их биеийн дээд 1/2, нугалам хоорондын жийрэг, дээд үений сэртэн, уул нугалмын дээгүүр хавирга хоорондын зайг чиглэн гарсан хавирга хоорондын арын артериас гарсан салаануудаар цусан хангамжаа авч, доод 1/2, үений доод сэртэн уул нугалмын доогуур хавирга хоорондын зайг чиглэн гарсан хавирга хоорондын арын артерийн салаагаар цусан хангамжаа авч байна. Нугалмын хөндлөн сэртэн эдгээр артериудаас ирсэн жижиг артериар тэнцүү хэмжээгээр цусан хангамжаа авч байна. Нугалмын хэсгүүдийг тэжээж байгаа нарийхан артерүүд төгсгөлийн хэлбэрээр салаалаад бичил эргэлтийн судас болж байна. Нярай хүүхдийн нурууны нугалам дээр артериуд харьцангуй уртасч салаа нь олширч, бичил эргэлтийн судас руу шилжихийн өмнө өөр хоорондоо анастомоз үүсгэж бүхэлдээ судасны тортой болж байхад, хөхүүл насны хүүхдийн нугалмыг нярай хүүхдийнхтэй харьцуулж судалж үзэхэд нугалмын их биеийн дээд 1/2, дээд үений сэртэнг цусаар хангаж байгаа судаснуудын гаралтай орон торууд өөр хоорондоо анастомоз үүсгэж үргэлжилсэн судсан торны тогтолцоотой болж байна. Нугалмын их биений доод 1/2, үений доод сэртэнгүүдийн судсан торонд гарах хувирал дээр өгүүлсэн нугалмын дээд 1/2-ийн тогтолцоотой адил бөгөөд нугалмын дээд доод хэсгүүдийн судсан торны хооронд анастомоз ажиглагдсангүй. Балчир насны хүүхдийн нурууны нугалмын бүх хэсгүүдийг тэжээж байгаа артериудын салаалал нь олширч, уртсаад насанд хүрсэн хүний нугалмын судасжилттай төстэй харагдаж байна. Нурууны нугалмын дээд 1/2 болон доод 1/2-ийн артерийн судасны торны хооронд анастомоз холбоо тодорхойлогдож нугалмын цусан хангамж бүхэлдээ нэгдэж нэг бүрдэл болж байна.

Удиртгал: Сүүлийн жилүүдэд дэлхийн хүн амын дотор олонтаа тохиолдож удаан хугацаагаар буюу насан туршид нь тахир дутуу болгож байгаа нуруу нугасны эмгэг нь эмч, эрдэмтэн, судлаачдын анхаарлыг улам ихээр татаж өнөөгийн тулгамдсан асуудал хэвээр байсаар байна. Үүний дотроос нугалам хоорондын мөгөөрсөн жийргэвчийн эвэрхий, остеохондроз ихээхэн хувийг эзэлж байна. Манай улсад одоогоор 100000 хүн амд 50-60 орчим нугалам хоорондын мөгөөрсөн жийргэвчийн эмгэг тохиолдож байна. Иймээс нуруу нугасны эмгэгүүдийг бууруулахад тухайн эрхтэний бүтэц, цусан хангамж, мэдрэлжүүлэлтийг судлан түүний олон хувилбарыг тодорхойлох асуудал судлаачдийн анхаарлыг татсаар байна. Нийт өвчлөгчдийн дундаж нас 45 буюу хөдөлмөрийн насны хүмүүс байна^{3,4}. Багана

нуруу нь 5 хэсэгтэй. Хүзүүний хэсгийг a.vertebrales, Сээрний хэсгийг a.intercostales posteriors, Бүсэлхийн хэсгийг a.lumbales, Ууцны хэсгийг a.sacrales media ага цусаар хангадаг байна.^{1,5}. Нурууны нугалмуудын цусан хангамж, мэдрэлжүүлэлт нь бүр ураг, хөхүүл насны болон балчир насанд бүрэлддэг тул энэ насанд нь судалж түүний хувилбаруудыг тодорхойлох нь энэ судалгааг хийх үндэслэл боллоо.

Зорилго: Бид 20 ураг, хөхүүл насны болон балчир насны 8 хүүхдийн нурууны нугалмын яс, үе холбооны судасжилт, бичил судасны орон торыг харьцуулан тодорхойлох.

Арга зүй: Нурууны нугалмын судасжилтыг судлахын тулд В.В.Соколов (1985) нарын нийтэд хүлээн

зөвшөөрөгдсөн аргаар ургийн хүйний судсанд хар бэхийн 1:3 харьцаатай усан хөвмөлийн цутгалгын аргыг ашиглав. Цутгалгыг хийхээс өмнө цогцосыг бүлээн усанд байлгаж, хар бэхээ сайтар шүүж халуун бүлээн устай хольсон. Хар бэх цутгах гуурс артерийн судсанд тавих зорилгоор металл хушуутай уян гуурс бэлтгэсэн. Бэлдсэн гуурсаа судсандаа оруулж, тодруулагч бодисыг буцаан гаргахгүйн тулд гуурсаа бэхлэхдээ утсаа хөвөрхий чангалж боогоод хар бэхийг судсанд шахахад бэлэн болгосон. Эхлээд хар бэхнээсээ 10гр-г тариураар соруулж бэлтгээд лугших маягаар шахаж дуусгаад гуурсаа хавчиж, бодисоо эргэж гарахгүй болтол нь судасны амсрыг утсаар чангалж боосны дараа гуурсаа сугалан авч, үр хөврөл болон ургийг 12%-ийн формалины саармаг /pH=7.2/ уусмалд 14 - 21 хоног бэхжүүлэв. Эдгээрээс нугалмын судасжилтын байдал бүрэн тодорхой гарсан зүслэгүүдийг сонгон авч бэлдмэлээ бэлтгэж гэрлийн микроскопоор харж окуляромикрометр ашиглан хэмжилт хийсэн болно².

Үрдүн, хэлцэмж: Судалгаандаа бид 4-7.5 сартай 20 ураг, хөхүүл 4, балчир нас 4, нийт 8 хүүхдийн цогцосноос авсан нурууны нугалмын бүтцийг эд судлалын түгээмэл аргаар судасжилтыг нь 1х3-ын хар бэхийн усан хөвмөлийн цутгалгын аргаар судалсан. 4-7.5 сартай ураг нярайн нурууны нугалмын судасжилтыг хар бэхийн усан хөвмөлийн цутгалгын дараа янз бүрийн зузаантайгаар зүсч судалж үзэхэд эдгээр насны хүүхдийн нурууны нугалам, түүний сэртэнгүүд хоёр янзын цусан хангамжийн эх үүсгэвэртэй байна. Нугалмын их биеийн дээд 1/2, нугалам хоорондын жийрэг, дээд үений сэртэн, уул нугалмын дээгүүр хавирга хоорондын зайг чиглэн гарсан хавирга хоорондын арын артериас гарсан жижигхэн салаануудаар цусан хангамжаа авч байна. Харин нугалмын их биеийн доод 1/2, үений доод сэртэн уул нугалмын доогуур хавирга хоорондын зайг чиглэн гарсан хавирга хоорондын арын артерийн жижиг салаагаар цусан хангамжаа авч байна.

Харин нугалмын хөндлөн сэртэнгийн судасжилтын хувьд дээр өгүүлсэн хоёр төрлийн хавирга хоорондын артериас ирсэн жижиг артериар тэнцүү хэмжээгээр цусан хангамжаа авч байна. Дээр өгүүлсэн судаснуудын тархалтыг ургийн нугалмын хэсэг болгон дээр авч үзэхэд нугалмын хэсгүүдийг тэжээж байгаа нарийхан артерууд өөрийнхөө хэсэг рүү ороод төгсгөлийн хэлбэрээр салаалаад цааш цусны бичил эргэлтийн судас руу шилжиж байна. Харин нярай хүүхдийн нурууны нугалам дээр эдгээр судаснуудыг харьцуулан судалж үзэхэд нурууны нугалмын хэсгүүд рүү орж байгаа нарийхан артериуд харьцангуй уртасч салаа нь олширч, бичил эргэлтийн судас руу шилжихийн өмнө өөр хоорондоо анастомоз үүсгэж тэр хэсэг бүхэлдээ цусны судасны иж бүрдэл тортой болж байгаа нь харагдаж байна. Хөхүүл насны хүүхдийн нугалмыг нярай хүүхдийнхтэй харьцуулж судалж үзэхэд нугалмын их биеийн дээд 1/2, дээд үений сэртэнг цусаар хангаж байгаа судаснуудын гаралтай орон торууд өөр хоорондоо анастомоз үүсгэж бүхэл бүтэн тасралтгүй үргэлжилсэн судсан торны тогтолцоотой болж хэлбэржиж байна. Нугалмын их биеийн доод 1/2, үений доод сэртэнгүүдийн судсан торонд гарах хувирал дээр өгүүлсэн нугалмын дээд 1/2-ийн тогтолцоотой адил байлаа. Энэ насны хүүхдүүдийн нурууны нугалмын дээд доод хэсгүүдийн судсан торны хооронд төдийлөн анастомоз ажиглагдсангүй. Балчир насны хүүхдийн нурууны нугалмын цусан хангамжийг нярай болон хөхүүл настай харьцуулж үзэхэд нурууны нугалмын бүх хэсгүүдийг тэжээж байгаа артериудын салаалал нь олширч, уртсаад насанд хүрсэн хүний нугалмын судасжилттай нилээд төстэй харагдаж байна. Мөн нурууны нугалмын дээд 1/2 болон доод 1/2-ийн артерийн судасны торны хооронд анастомоз холбоо тодорхойлогдож нугалмын цусан хангамж бүхэлдээ нэгдэж нэг цогцолбор бүрдэл болж хэлбэржиж байна.



Зураг 1. Нярай хүүхдийн нурууны нугаламын цусан хангамжийн бүдүүвч зураг.



Зураг 2. Хөхүүл насны хүүхдийн нурууны нугаламын цусан хангамжийн бүдүүвч зураг.



Зураг 3. Балчир насны хүүхдийн нурууны нугаламын цусан хангамжийн бүдүүвч зураг.

Дүгнэлт: Ураг, нярай, хөхүүл нас, болон балчир насанд нурууны нугалмын яс, үе холбооны цусан хангамж нь судасны тоо болон салаалалт, хэлбэр, хэмжээгээрээ ялгаатай судасжилт, бичил судасны орон торноос бүрэлдэн тогтож байна.

Ном зүй:

1. Амгаланбаатар. Д, Дагданбазар Б, Сүхбаатар С, ба бусад "Хүний биеийн эрүүл анатоми" Улаанбаатар 2009 х129-141
2. Амгаланбаатар. Д, Дагданбазар Б, Энэбиш С ба бусад "Монгол хүний цул сав эрхтэнүүдийн бүтэц, судасжилтын насны онцлог" Улаанбаатар.2009. х 35-37
3. Ганзоригт Ц, Гончигсүрэн Д "Бүсэлхийн нугалам хоорондын мөгөөрсөн жийргэвчний ивэрхийн оношлогоо, мэс заслын эмчилгээ" ЭМШУИС-ийн эрдмийн чуулган-48 Улаанбаатар хой 2006. х17-18
4. Хайрулла Ж, Болд Ш "Нуруу нугасны мэс засал 30 жилд" Монгол улсад Мэдрэлийн мэс засал үүсч хөгжсөний 30 жилийн ойд зориулсан онол практикийн бага хурлын илтгэлүүдийн хураангуй" Улаанбаатар 1996, х. 14-16
5. Ratcliffe J.F. "The arterial anatomy of the developing human dorsal and lumbar vertebral body. A microarteriographic study. J. Anat. (1981), 133, 4, 625-638.

Structure and vascularization of the vertebrae 0-4 aged mongolian children and fetus

D.Oyuntsetseg, A.Avirmed, S.Enebish, D.Amgalanbaatar

Materials and methods of the research: Infants 4, nursling 4, babyhood 4, so all 8 children and 20 fetus cadavers of Mongolian nationality deceased by pathologies heart and circulation. Vascularization of the vertebrae was studied by injecting a colored substance into the arteries which provide the blood supply to the vertebral arteries. Results of the study were processed using SPSS-16 software.

Results: Arterial blood supply and supplying branches to the vertebrae and it's processes was performed from 2 source. The superior ½ vertebral corpus and intervertebral disc, superior articular processes vascularised by branches rising from intervertebral arteries which located in upside part of vertebrae. The inferior ½ vertebral corpus and intervertebral disc, inferior articular processes vascularised by branches rising from intervertebral arteries which located in under part of this vertebrae. The lateral processes of the vertebrae vascularised equals by branches rising from all those arteries. The vascularization all those arteries was into themselves part tailpiece create to blood microcirculation. The arteries vertebral pars of infant to enter that vessels is more lengthy and increase. Before microcirculation created anastomoses all parts was vascular rod. In relatively vertebrae of infant and nursling

The superior ½ vertebral corpus and superior articular processes's vascular branches formatted anastomoses all parts was vascular rod. The inferior 1/2 vertebral corpus and inferior articular processes' s vascular branches formatted as will as. Infants and nursling don't had anastomoses between superior and inferior of parts vascular rod. Vertebra vascularization of babyhood relatively who is infant and nursling. The arteries vertebral pars of infant to enter that vascularias is more lengthy and increase, vertebral arteries as same as adult. Created anastomoses between superior ½ and inferior ½ of parts vertebral vascular rod and to knead blood supply.

Ургийн улаан хоолойн байрлал зүйн динамик хөгжлийн судалгаа

Л.Ганчимэг¹, С.Энэбиш², Д.Амгаланбаатар²

¹ ЭМШУИС

² ЗХКТГ

Хүлээн авсан
2011 оны 4 сарын 8,

Хэвлэхийг
зөвшөөрсөн
2011 оны 4 сарын 11

Түлхүүр үг:
Ураг
Улаан хоолой
Байрлалзүй
Топографи

Товч утга

Манай орны хувьд 1000 амьд төрөлтөнд перинаталь нас баралт 20.2% тохиолдож байгаагаас 62.7% нь нярайн, эрт үеийн эндэгдлийн 63.5-83.5%-ийг дутуу нярайн эндэгдэл эзэлж байгаагийн дотор хоол боловсруулах тогтолцооны эмгэг орж байна. Бидэнд олдсон судалгааны ажлууд дотор Монгол хүний улаан хоолойн ураг үеийн хөгжил, топографи, ургийн биеийн антропометрийн хэмжээ ба улаан хоолойн морфометрийн хамаарал, ханын бичил бүтцийн насны онцлогийн харьцуулсан судалгааны ажил одоогоор олдоогүй учраас энэхүү судалгаа нь суурь шинжлэх ухаанд болон оношлогоо, эмчилгээнд чухал ач холбогдолтой, улмаар эмч, судлаачдын цаашдын ажилд төдийгүй монгол хүн судлалд тодорхой байр суурь эзлэх талтай юм. Иймээс энэхүү асуудлыг судлах нь манай орны хувьд нэн тулгамдсан асуудлын нэг болж байна.

Монгол хүний ургийн хөгжлийн явц дахь улаан хоолойн бүрдэл хөгжил, байрлал зүй, судасжилтын үүсэл, онцлогийг тодорхойлох зорилгоор антропометрийн арга, гаргалгааны арга, хар бэхэн цутгалгааны арга, эд судлалын арга, морфометрийн арга, статистик боловсруулалтын аргуудаар судалгаагаа хийлээ.

Бид ургийн улаан хоолойн байрлалаа хэрхэн олж байгаа байдлыг судалж үзэхэд хөврөлийн хөгжлийн 18.3-29.1 долоо долоо хоногтой үед багана нурууны өмнө эгц босоо байрлаж байж байгаад 30.0 долоо хоногтой байх үеэс эхлэн доод хэсэг нь багана нурууны сээрний нугалмуудаас зүүн тийшээ хазайсан байрлалтай болж байлаа.

Ургийн хөгжлийн судлагдсан үеүүдэд насанд хүрсэн хүнд ажиглагддаг нарийслуудын аль нь ч тодроогүй байв.

Ерөнхийдөө ургийн улаан хоолойн хүзүүний хэсгийн синтопи нь насанд хүрсэн хүнийхтэй адил боловч бамбай булчирхай харьцангуй дээр байрлалтай байгаа нь улаан хоолойн байрлалд мөн нөлөөлж байна.

Улаан хоолой ургийн 18.3 долоо долоо хоногтой үед багана нурууны өмнө эгц босоо байрлаж байгаад 37.7 долоо хоногтой урагт багана нурууны зүүг талруу хазайсан байрлалтай болж байна. Улаан хоолой ургийн улаан хоолойн скелетотопиин онцлог нь харьцангуй дээр байрлалтай байдаг бөгөөд нас ахих тусам доошлож байна.

Удиртгал: Монгол хүний улаан хоолойн ураг үеийн хөгжил, топографи, бүтцийн насны онцлогийн харьцуулсан судалгааны ажил одоогоор ховор учраас энэхүү судалгаа нь суурь шинжлэх ухаанд болон оношлогоо, эмчилгээнд чухал ач холбогдолтой, улмаар эмч, судлаачдын цаашдын ажилд төдийгүй монгол хүн судлалд тодорхой байр суурь эзлэх нь энэхүү судалгааны үндэслэл болж байна.

Зорилго, зорилт:

Ургийн улаан хоолойн байрлалыг тодорхойлох

Арга зүй:

Бид судалгаандаа эр, эм хүйсийн 18.3-37.7 долоо хоногтой хөгжлийн гажиггүй 25 ургийн улаан хоолойг авч макро морфологийн хэмжилтүүдийг хийж, эд судлалын аргаар боловсруулан 100 нэгж бэлдмэлд морфометрийн хэмжилтүүдийг хийж, нийт 56 нэгжид судасжилтын шинжилгээг хийлээ. Аливаа эрхтэн тогтолцооны хөгжлийн гажиг согогтой ургуудын цогцосыг судалгаанд хамруулаагүй.

Үр дүн: Бид улаан хоолойн байрлалаа хэрхэн олж байгаа байдлыг судалж үзэхэд хөврөлийн 18.3-29.1 долоо долоо хоногтой үед багана нурууны өмнө эгц

босоо байрлаж байж байгаад 30.0 долоо хоногтой байх үеэс эхлэн доод хэсэг нь багана нурууны сээрний нугалмуудаас зүүн тийшээ хазайсан байрлалтай болж байлаа.

Ургийн хөгжлийн үед насанд хүрсэн хүнд ажиглагддаг нарийслууд аль нь ч тодроогүй байв.

Ерөнхийдөө ургийн улаан хоолойн хүзүүний хэсгийн синтопи нь насанд хүрсэн хүний хүзүүний хэсэгт бамбай булчирхай, цагаан мөгөөрсөн хоолой, судас мэдрэлүүдтэй харилцан байрладаг синтопи байрлалтай адил байрлалтай байна. Харин ургийн үед бамбай булчирхай насанд хүрсэн хүнийхээс харьцангуй дээр байрлалтай байгаа нь улаан хоолойн байрлалд мөн нөлөөлж байна.

Ураг 24.0 долоо хоногтой байх үед улаан хоолой Th1 –ийн түвшинд багана нурууны эх биеийн гол шугамтай харалдаа байрлаж байна. Ургийн улаан хоолойн хүзүүний хэсгийн насанд хүрсэн хүнийхээс ялгагдах нэг гол ялгаа нь сэрээ булчирхайн харьцангуй том хэмжээ, эзэлж буй байрлал байлаа.

Цээжний хөндийд ургийн улаан хоолой цагаан мөгөөрсөн хоолойн ацын зүүн ар талд наалдан байрласан байна. Ургийн цээжний хөндийд улаан хоолой сээрний Th6 нугаламын түвшинд гол шугамаас бага зэрэг зүүн тийшээ хазайсан байрлалтай байв. Улаан хоолой сээрний Th6 ба Th7 нугаламын түвшинд зүрхний ар талаас наалдаж байрласан байна.

18.3 - 22.3 долоо хоногтой урагт Th8 –ийн түвшинд цээжний хөндийгөөс өрцийг нэвтэлж хэвлийн хөндий рүү орж ирж харьцангуй тогвортой байрлалаа хадгалж байлаа.

Гэхдээ 22.7-25.3 долоо хоногтой урагт хагас нугалам хэртэй доошилж дунджаар сээрний 8-9 дүгээр нугалмын үений дискийн түвшинд өрцийг нэвтэлж байна. Ураг 25.7-31.3 долоо хоногтой байх үед сээрний Th9-ийн нугалмын түвшинд доошилж байв. Харин ураг 32.6-37.7 хоногтой бай үед сээрний Th9-ийн нугалмын түвшинд хүртэл ирж байв.

Бидний судалгаанд хамрагдсан улаан хоолой болон өгсөх аортын хоорондох зай Th5-Th6- ийн түвшинд ургийн нас нэмэгдэх тутам ихсэж байна. Энэ нь бүх түвшинд жигд харагдаж байна.

Ураг 18.3 долоо хоногтой байх үед улаан хоолойн цээжний хэсгийн байрлал багана нуруунаасаа 2 мм орчим хөндий зайтай байв.

Дүгнэлт:

1. Улаан хоолой ургийн хөгжлийн 18.3 долоо долоо хоногтой үед багана нурууны өмнө эгц босоо байрлалтай байгаад 37.7 долоо хоногтой урагт багана нурууны зүүг талруу хазайсан байрлалтай болж байна.
2. Улаан хоолой ургийн улаан хоолойн скелетотопиин онцлог нь харьцангуй дээр байрлалтай байдаг бөгөөд нас ахих тусам доошлож байна

Ном зүй:

1. Баженов, Д. В. *Пищевод человека. Структура и функция* / Д. В. Баженов, Д. Б. Никитюк // *Морфология*. - 1998. - Т. 115, вып. 3. - С. 104-105.
2. Ridola, C. *Morphological aspects of the esophagogastric junction in the fetus at the end and in the newborn* / C. Ridola, V. Valenza, G. Peri // *Bull. Assoc. anat.* - 1990. - № 74. - P. 124-125.
3. Яхина, И.М. *Анатомо-топографические исследования пищевода человека в раннем плодном периоде* / И.М.Яхина // *Вестник Российской Академии медицинских наук*. - 2008. - № 6. стр. 505.
4. Вильчинский, М. А. *К вопросу об анатомии и топографии трахеи, главных бронхов и пищевода у человека* / М. А. Вильчинский // *Архив анатомии гистологии и эмбриологии*. - 1973. - Т. 65, вып. 9. - С. 84-88.
5. Jan Langman *Medical embryology* Tokio 1971. pp.69-70.

Талархал: Бидний судалгааг хийхэд туслалцаа үзүүлсэн ЭМШУИС-ийн Био-Анагаахын сургууль болон Анатомийн тэнхимийн багш ажилтнууд, нийт хамт олонд ажлын өндөр амжилт хүсэж талархсанаа илэрхийлье.

Topographical dynamic development study results of Embryonic esophagus

L.Ganchimeg¹, S.Enebish², D.Amgalanbaatar²

¹ MHAF

² HSUM

Result: According to topographical study, esophagus was vertically located in front of the vertebral column in the period of 18.3th to 29.1st weekends and from 30th week lower part of the esophagus was changed location into left vertebral column.

But any of the constrictions, which exist in adult esophagus not observed in embryogenesis.

Generally, synthopy of the embryonic cervical esophagus was located as same as the synthopy locations, which corresponds to the thyroid, bronchial, vessel and nerve in adults. Whereas, thyroid of embryogenesis was located at relatively upper than adult's and affects to location of esophagus.

Conclusion: Topographical study results show that esophagus was vertically located in front of the vertebral column in the period of 18.3th and at the weekend 37.7, lower part of the esophagus was changed location into left vertebral column. Skeletopic characteristic position of embryonic esophagus is determined at upper level and the position is moved downward as getting older.

Ургийн улаан хоолойн морфометрийн судалгаа

Л.Ганчимэг¹, С.Энэбиш², Д.Амгаланбаатар²

¹ ЭМШУИС

² ЗХКТГ

Хүлээн авсан
2011 оны 4 сарын 12

Хэвлэхийг
зөвшөөрсөн
2011 оны 4 сарын 18

Түлхүүр үг:
Ураг
Улаан хоолой
Морфометри
Өсөлтийн эрчим

Товч утга

Хүний нэгэн биеийн хөгжлийн үе шатуудын дотроос ураг үеийн эрхтэн тогтолцоонуудын бүрдэл, хөгжил, хоорондын уялдаа холбоо нь судлаачдын анхаарлыг улам их татаж судалгааны чиглэлүүдийг тодорхойлох болж байна.

Манай орны зарим судлаачид улаан хоолойн эмгэг элбэг тохиолдож байгааг ураг болон нярайн хөгжлийн үед дэх улаан хоолойн хөгжилтэй холбоотой байж магадгүй гэж таамаглаж байна.

Одоогоор манай оронд монгол хүний ургийн хөгжлийн явцын улаан хоолойн бүтэц, үйл ажиллагааны талаар туурвисан бүтээл харьцангуй цөөн байна.⁶ Бидэнд олдсон судалгааны ажлууд дотор Монгол хүний улаан хоолойн ураг үеийн хөгжил, топографи, ургийн биеийн антропометрийн хэмжээ ба улаан хоолойн морфометрийн хамаарал, ханын бичил бүтцийн насны онцлогийн харьцуулсан судалгааны ажил одоогоор олдоогүй учраас энэхүү судалгаа нь суурь шинжлэх ухаанд болон оношлогоо, эмчилгээнд чухал ач холбогдолтой, улмаар эмч, судлаачдын цаашдын ажилд төдийгүй монгол хүн судлалд тодорхой байр суурь эзлэх талтай юм. Иймээс энэхүү асуудлыг судлах нь манай орны хувьд нэн тулгамдсан асуудлын нэг болж байна.

Ураг 18.3 долоо хоногтой байх үед улаан хоолой анатомийн бүтцийн хувьд хэлбэрээ олж хөгжсөн байлаа. Улаан хоолой хэвлийн хөндийд ормогц шууд ходоодонд цутгаж байгаа онцлог байдал бүх урагт ажиглагдлаа.

Улаан хоолойн урт 18.3 долоо хоногтой урагт 3,5 см байсан бол 37.7 долоо хоног хүрэхэд 10 см болж өссөн дүн харагдаж байлаа. Энэ үед ураг 21,0 см – 44,0 см болж уртсаж байна. Улаан хоолойн уртын эрчимтэй өсөлтийн үе нь ургийн хөгжлийн 24-25 долоо хоногтой байх үед ажиглагдаж байна. Улаан хоолойн өргөн 18.3 долоо хоногтой урагт 3 мм байсан бол 37.7 долоо хоног хүрэхэд 9 мм болж өргөсөж байлаа. Өргөний эрчимтэй өсөлтийн үе нь 23-24 долоо хоногтой байх үед ажиглагдаж байсан бол уртын эрчимтэй өсөлтийн үе нь 24-25 долоо хоногтой байх үед ажиглагдаж байна.

Удиртгал: Тухайн улс орны хүн амын эрхтэн тогтолцооны ураг үеийн бүрдэл, хөгжил, түүний эрүүл болон эмгэг үеийн морфометрийн үзүүлэлтүүдийг байрлал зүй болон бусад хүчин зүйлүүдтэй нь холбон судалж тогтоох асуудал аливаа орны анагаах ухааны салбарт оношлогоо, эмчилгээний практик ач холбогдолтой юм. Ургийг эхийн хэвлийд байх үед оношлогдог орчин үеийн аргууд манай улсад нэвтэрсэнээр пренаталь үеийн анатоми, өсөлт, хөгжилтийн тухай мэдээлэл, болон хөврөлийн хөгжлийн үе дэх эрхтэн тогтолцооны морфометрийн үзүүлэлтүүдийн тухай мэдээлэл ихээр шаардагдах болсон нь энэхүү судалгааг хийх үндэслэл болж байна.

Ургийн улаан хоолойн үүсэл, хөгжил, байрлалзүй, судасжилтын онцлогийг Монгол хүний хувьд анх

удаа тодорхойлон тогтоож биеийн антропометрийн үзүүлэлтүүд болон улаан хоолойн макроморфометрийн шууд хамаарлыг тодорхойлж гаргалаа.

Зорилго, зорилт: Ургийн улаан хоолойн морфометрийн үндсэн үзүүлэлт, өсөлтийн эрчмийг тодорхойлох

Арга зүй: Бид судалгаандаа эр, эм хүйсийн 18.3-37.7 долоо хоногтой хөгжлийн гажиггүй 25 ургийн улаан хоолойг авч макро морфологийн хэмжилтүүдийг хийж, эд судлалын аргаар боловсруулан 100 нэгж бэлдмэлд морфометрийн хэмжилтүүдийг хийж, нийт 56 нэгжид судасжилтын шинжилгээг хийлээ. Аливаа эрхтэн тогтолцооны хөгжлийн гажиг согогтой ургуудын цогцосыг судалгаанд хамруулаагүй.

Үр дүн: Бид судалгаагаа 18.3-37.7 долоо хоногтой 25 урагт, гаргалгааны болон антропометрийн аргуудыг ашиглан морфометрийн үндсэн үзүүлэлт болох улаан хоолойн урт, өргөнийг тодорхойлж, А.Н. Шкарины индекс (улаан хоолойн уртыг их биеийн уртад харьцуулсан) болон М.Н. Умовистын индекс (улаан хоолойн уртыг биеийн өндөрт харьцуулсан) тус бүрийг тодорхойлов.

Ургийн улаан хоолойн залгиуртай нийлж байгаа хэсэг болон ходоодны амсарт шилжиж буй хэсгээр уртын хэмжээг тодорхойллоо.

Бидний судалгаанд хамрагдсан 18.3 долоо хоногтой урагт улаан хоолой хэлбэрээ олж хөгжсөн байлаа. Улаан хоолой хэвлийн хөндийд ормогц шууд ходоодонд цутгаж байгаа онцлог байдал бүх урагт ажиглагдлаа.

Улаан хоолойн урт 18.3 долоо хоногтой урагт 3,5 см байсан бол 37.7 долоо хоног хүрэхэд 10 см болж уртсаж байна. Энэ үед ураг 21.0 см – 44.0 см болж уртсаж байна.

Улаан хоолойн уртын эрчимтэй өсөлтийн үе нь ургийн хөгжлийн 24-25 долоо хоногтой байх үед ажиглагдаж байна. Улаан хоолойн өргөн 18.3 долоо хоногтой урагт 3 мм байсан бол 37.7 долоо хоног хүрэхэд 9 мм болж өргөсөж байлаа.

Гэхдээ өргөний эрчимтэй өсөлтийн үе нь 23-24 долоо хоногтой байх үед ажиглагдаж байсан бол уртын эрчимтэй өсөлтийн үе нь 24-25 долоо хоногтой байх үед ажиглагдаж байна.

Судалгаанд хамрагдсан ургуудад А.Н.Шкарины индекс 0.33-0.45–ийн хооронд хэлбэлзэж харин М.Н. Умовистын индекс 0-0.23 –ийн хооронд хэлбэлзэж байгаа нь монгол ургуудад европ ургуудаас нилээд бага гэж тооцогдохоор байна. А.Н.Шкарин болон М.Н.Умовист нар амьд урагт рентген шинжилгээний аргаар тогтооход Шкарины индекс 0.45-0.5, Умовистын индекс 0.1-0.3 байсан. Бидний судалгаа нь ургийн цогцос

дээр хийгдсэн учраас бага гарсан байх магадлалтай.

Энэ үед ургийн өндөр 21.0–44.0 см болж уртасч байлаа. Макро анатомийн судалгаагаар улаан хоолойн хунигч (сфинктер) булчингууд 30 долоо хоног хүртэл ялгарч харагдахгүй байна.

Дүгнэлт:

1. Улаан хоолойн урт 18.3 долоо хоногтой урагт 3,5 см байсан бол 37.7 долоо хоног хүрэхэд 10 см болж уртсаж, улаан хоолойн өргөн 18.3 долоо хоногтой урагт 3 мм байсан бол 37.7 долоо хоног хүрэхэд 9 мм болж өргөсөж байлаа.
2. Ургийн улаан хоолойн урт өргөний өсөлтийн эрчим ялгаатай байгаа бөгөөд уртын эрчимтэй өсөлтийн үе нь 24-25 долоо хоногтой байх үед, өргөний эрчимтэй өсөлтийн үе нь 23-24 долоо хоногтой байх үед ажиглагдаж байна.

Ном зүй:

1. Н.С. Смирнов и др. *Методика морфофизиологических исследований в антропологии*(1981ср.24)
2. Braden Kuo, M.D. and Daniela Urma, M.D. *Esophagus - anatomy and development - GI Motility online* (2006) doi:10.1038/gimo6.// <http://www.nature.com/gimo/contents/pt1/full/gimo6.html>
3. Автандилов, Г. Г. *Медицинская морфометрия: руководство* / Г. Г. Автандилов. -М.: Медицина, 1990. - 382 с./
4. Larsen W. *Development of the gastrointestinal tract*. In: Sherman LS, Potter SS, Scott WJ, eds. *Human Embryology*, 3rd ed. Philadelphia: Churchill Livingstone, 2001:235–264.
5. Д.Авирмэд М.Түмэннасан Р.Лхагвасүрэн Ч.Эрдэнэцэцэг Хүүхдийн улаан хоолой ходоодны амсрын мэс засал Улаанбаатар 1995. 182 х.

Талархал: Бидний судалгааг хийхэд туслалцаа үзүүлсэн ЭМШУИС-ийн Био-Анагаахын сургууль болон Анатомийн тэнхимийн багш ажилтнууд, нийт хамт олонд ажлын өндөр амжилт хүсэж талархсанаа илэрхийлье.

Embryonic esophagus morphometry study

L.Ganchimeg ¹, S.Enebish ², D.Amgalanbaatar ²

¹ MHAF

² HSUM

Result: We determined length of the esophagus at its joined section with larynx and transferring part to the stomach. Among study cases of embryogenesis, which has 18.3 weeks show that esophagus was obtained with its main form. It was common among all embryos that position of esophagus was acted with abdomen and then poured to stomach.

The length difference of the esophagus was 3.5 to 10 cm during the period of the 18.3th to 37.7th week of embryogenesis, which indicates body of the embryo grow 21-44 cm. However intensive growth in length of the esophagus was occurred in the weekends of 24 to 25 of embryogenesis.

Width difference of the esophagus was 3mm to 9 mm during the period of 18.3th to 37.7th week of embryogenesis.

Conclusion:

During the period of 18.3th to 37.7th week of embryogenesis, length and width difference of the esophagus was 3.5 to 10 cm and 3mm to 9 mm, respectively.

Intensive growths in length and width direction of the esophagus were differed with each other and intensive growth of length was occurred in the weekends 24 to 25 of embryogenesis and intensive growth of width was occurred in 23rd to 24th weekends.

Ургийн уртын хэмжээгээр долоо хоногийн хугацааг тодорхойлох аргуудыг харьцуулсан дүн

Л.Хосбаяр¹, Н.Шижир¹, М.Лхагважаргал¹, Б.Саранчимэг¹, С.Энэбиш¹

¹ ЭМШУИС-ийн Био-АС-ийн Эрүүл анатомийн тэнхим

Хүлээн авсан
2011 оны 1 сарын 12

Хэвлэхийг
зөвшөөрсөн
2011 оны 1 сарын 18

Түлхүүр үг:
Газын томъёо
Вольтазерын томъёо
Морфометрийн хэмжилт
Ургийн урт
Ургийн долоо хоног

Товч утга

Бид судалгаандаа эр, эм хүйсийн 17.5 – 44.0 см урттай, хөгжлийн гажиггүй 30 ургийн биед морфометрийн хэмжилт хийж, Газын томъёо болон Вольтазерын томъёог ашиглаж үр дүнг тооцоолж, ураг тус бүрийн долоо хоногийг тодорхойлов. Газ, Вольтазерийн томъёогоор ургуудын долоо хоногуудыг тодорхойлоход зөрөө гарч байна. Ургийн уртын хэмжээ нэмэгдэх тусам долоо хоногийн хугацааны зөрөө багасч байгаа нь харагдаж байна. 18.5 см урттай ураг Газын томъёогоор 18.4 долоо хоног, Вольтазерийн томъёогоор 15.8 долоо хоногтой тодорхойлогдсон. 25 см-ээс дээш урттай бүх урагт Газ, Вольтазерийн томъёогоор долоо хоногийн хугацаа ижил гарч байна. Иймээс 25 см хүртэл урттай урагт Газын томъёо ба Вольтазерын томъёонд сонголт хийж ашиглах, харин 25 см –ээс дээш урттай урагт Газын томъёо болон Вольтазерын томъёо аль аль нь адил хэрэглэгдэх боломжтой байна.

Удиртгал: Ургийн насыг тодорхойлох олон арга байдаг бөгөөд эдгээр нь тус бүрдээ өөрийн онцлог ялгаатай байдаг. Анатомийн судалгаанд ихэвчлэн хэрэглэгддэг аргууд нь ургийн биеийн уртын морфометрийн үзүүлэлтээр ургийн долоо хоногийг тодорхойлдог Газын томъёо болон Вольтазерын томъёо бөгөөд мөн Langman table-ийг тодорхой хэмжээгээр ашигладаг. Ургийн хөгжлийг тодорхойлсон эх сурвалжаас үзэхэд 2-3 сартайд 3 см, 4 сартайд 17 см, 7-8 сартайд 40 см, 9-10 сартайд 45 см урттай байна.^{2,3} Гэхдээ эдгээр нь европ ургуудад хийгдсэн судалгааны дүнгээс үндэслэгдсэн байдаг учир бид ази түүний дотор монгол хүний ургийн хэмжээг тодорхойлоход аль арга нь илүү тохирохыг тодруулахаар энэхүү харьцуулсан судалгааг хийж гүйцэтгэв. Жирэмсэний 2 сартайгаас есөн сар хүртэл үргэлжлэх үеийг ургийн үе гэнэ. Харьцангуй эрүүл ургийн уртыг хэмжиж долоо хоногийг тогтоосноор хүний наслалтын анатомийн суурь мэдээлэл болж ургийн эрүүл хэмжээг тодорхойлох, улмаар практикийн эмч судлаачдын ажилд шаардагдах эх материал болох юм. Манай орны хувьд үр хөврөлийн болон ургийн насыг морфометрийн талаас нь судалсан ажил бидэнд олдсонгүй. Эдгээр аргуудын хоорондын ялгааг статистик харьцуулалт хийж тодорхойлов.

Зорилго: Ургийн уртын хэмжээгээр ургийн хөгжлийн хугацааг тодорхойлох аргуудад харьцуулалт хийх.

Зорилт:

1. Судалгаанд хамрагдсан ургуудын уртыг морфометрийн аргаар хэмжиж тодорхойлох.
2. Газын томъёо болон Вольтазерийн томъёог ашиглаж ургийн долоо хоногийг тодорхойлж дээрх 2 аргын хоорондох үр дүнг сар болон долоо хоногоор харьцуулах.

Судалгааны хэрэглэгдэхүүн: Бид судалгаандаа Хууль зүйн дотоод хэргийн яамны харьяа ИШҮТ, ЭХЭМҮТ, Улсын I амаржих газруудаас цуглуулсан хөгжлийн гажиггүй эр, эм хүйсийн 15 – 37.7 долоо хоногтой нийт 30 ургийг ашиглан морфометрийн хэмжилтүүдийг хийлээ.

Судалгааны арга зүй: ЭМШУИС-н Био-Анагаахын сургуулийн Анатомийн тэнхимд (Эрхлэгч АУ-ны Академич, АШУ-ны доктор, профессор Д. Амгаланбаатар) – ын Кадавер лабораторт ургийн цогцосонд антропометрийн хэмжилтийг батлагдсан арга зүйн дагуу⁴ мм-ийн хуваарь бүхий төмөр шугам, нарийн сунадаггүй туузан метрийг ашиглан биеийн урт буюу өндрийг толгой ясны оройн цэгээс хөлний улны хооронд хэвтээ байдалд тодорхойлов⁵.

Судалгаанд хамрагдсан ургийн эхийн хэвлийд амьдарсан хугацааг тодорхойлоходоо дараах томъёог ашиглалаа.

1. Газын томъёо

25 см хүртэл урттай бол квадрат язгуур гаргана.

25 м-ээс урт бол 5-д хуваана.

2. Вольтазерийн томъёо

$t = (\text{Биеийн урт} \times 5.6) / 28$ гэсэн аргуудаар тодорхойллоо. Статистик боловсруулалтын үйлдлийг SPSS 17, Microsoft Office 2007 программыг ашиглаж хийж гүйцэтгэв.

Үр дүн: Бидний судалгаанд хамрагдсан нийт 30 ургийн ургийн хэмжээ 17.5см – 44.0 см хооронд байна.

Газын томъёогоор ургийн насыг сараар тодорхойлж Вольтазерийн томъёогоор ургийн насыг долоо хоноогоор тодорхойлдог тул бид харьцуулалт хийхийн тулд Газын томъёогоор тодорхойлсон сарыг долоо хоногт шилжүүлж тооцов. Газ болон Вольтазерийн томъёогоор ургуудын долоо хоногуудыг тодорхойлоход 24,5см хүртэл урттай ургуудад нас нь зөрөөтэй тодорхойлогдож байна. Тухайлбал: Газын томъёогоор тодорхойлоход 17.5 см урттай ураг нь 17.9 долоо хоногтой байхад Вольтазерийн томъёогоор 17.5 см урттай ураг нь 15 долоо хоногтой тодорхойлогдож эндээс 2.9 долоо хоногийн зөрөө гарч байна. Ургийн уртын хэмжээ нэмэгдэх тусам долоо хоногийн хугацааны зөрөө багасч байгаа нь харагдаж байна. 18.5 см урттай ураг Газын томъёогоор 18.4 долоо хоногтой, Вольтазерийн томъёогоор 15.8 долоо хоногтой хэмээн тодорхойлогдсон. 25 см дээш урттай бүх урагт Газ, Вольтазерийн томъёогоор долоо хоногийн хугацаа ижил гарч байна. (Хүснэгт 1.)

Langman хүснэгттэй Газын томъёогоор 17.5см урттай ураг нь 17.9 долоо хоног гарсан өөрсдийн үр дүнг харьцуулахад Langman-ны гаргасан үр дүнтэй таарч байгаа хэдий ч бусад үр дүн зөрөөтэй харагдаж байна.. Мөн Вольтазерийн томъёогоор 17.5см урттай ураг нь 15 долоо хоногтой тодорхойлогдсон нь Langman-ны хүснэгтэнд 15-19 см урттай ураг нь 17-20 долоо хоногтой гэсэн дүгнэлттэй таарахгүй байна. (Хүснэгт 2)

Хэлцэмж: Газ болон Вольтазерийн томъёогоор ургуудын долоо хоногуудыг тодорхойлоход 17.5 см урттай ураг нь Газын томъёогоор 17.9 долоо хоногтой байхад Вольтазерийн томъёогоор 15 долоо хоногтой тодорхойлогдож 2.9 долоо хоногийн зөрөө гарч байна. Ургийн уртын хэмжээ нэмэгдэх тусам долоо хоногийн хугацааны зөрөө багасч байгаа боловч 24,5см хүртэл урттай ургуудад нас нь зөрөөтэй тодорхойлогдож байна. Бидний тодорхойлсон 25 см-ээс дээш урттай бүх урагт Газ, Вольтазерийн томъёогоор долоо хоногийн хугацаа ижил гарч байна.

Бид мөн Langman хүснэгттэй Газын томъёогоор 17.5см урттай ураг нь 17.9 долоо хоног гарсан өөрсдийн үр дүнг харьцуулахад Langman-ны гаргасан үр дүнтэй таарч байгаа боловч бусад үр дүн зөрөөтэй байна. Мөн Вольтазерийн томъёогоор 17.5см урттай ураг нь 15 долоо хоногтой тодорхойлогдсон нь Langman-ны хүснэгтэнд 15-19 см урттай ураг нь 17-20 долоо хоногтой гэсэн дүгнэлттэй таарахгүй байна. Энэ нь бидний Газ болон Вольтазерийн томъёогоор тодорхойсон үр дүн Langman-ны хүснэгтэнд байгаа үр дүнтэй тохирохгүй байгааг илтгэж байна.

Хүснэгт 1

Газ болон Вольтазерийн томъёогоор тодорхойлсон ургийн нас (долоо хоноогоор)

№	Уртын хэмжээ (см)	Газын томъёо /долоо хоног/	Вольтазерийн томъёо /долоо хоног /	Ялгаа / долоо хоног /
1	17.5	17.9	15	2.9
2	18.5	18.4	15.8	2.5
3	21.5	19.8	18.4	1.4
4	23.5	20.7	20.1	0.6
5	24.5	21.2	21	0.2
6	24.5	21.2	21	0.2
7	25	21.4	21.4	0

Хүснэгт 2

Газ, Вольтазерийн томъёогоор гарсан үр дүнг Langman –ны хүснэгттэй харьцуулсан байдал

№	Газын томъёо /Долоо хоног/	Вольтазерийн томъёо /Долоо хоног/	Langman /Долоо хоног/	Сар	Ургийн урт (см)
1	17.9-18.4	15-15.9	17-20	5	15-19
2	19.9-20.8	18.4-20.1	21-24	6	20-23
3	21.2-23.6	21-23.6	25-28	7	24-27
4	24-25.7	24-25.7	29-32	8	28-30
5	27-27.9	27-27.9	33-36	9	31-34
6	30-33	30-33	37-40	10	35-36

Дүгнэлт

1. Langman-ы хүснэгт, Газын томъёо ба Вольтазерын томъёо нь ургийн уртаар хоногийг тодорхойлоход зөрөөтэй байна.
2. Ургийн урт 25 см хүртэл Газын томъёо ба Вольтазерын томъёонд сонголт хийж ашиглах, харин 25 см –ээс дээш урттай урагт Газын томъёо болон Вольтазерын томъёо аль аль нь адил хэрэглэгдэх боломжтой байна.

Ном зүй

1. Langman.S(1990). *Medical embryology 6th edition* 71-72
2. Авирмэд А, Амгаланбаатар Д, Аюурзана А, Пүрэвдорж И, “Хүний үр хөврөл судлал” УБ хот 2009 он 28 х
3. Амгаланбаатар Д, Онолбаатар М, Дагданбазар Б, ба бусад. Хүний биеийн бүтэц зүйн лекц. –нэмж засварласан 8 дахь хэвлэл. –УБ -2006. 46-47х ISBN-99929-5-100-1
4. Автандилов, Г. Г. Медицинская морфометрия: руководство / Г. Г. Автандилов. -М.: Медицина, 1990. - 382 с./
5. Методика морфофизиологических исследований в антропологии, под ред. Н.С. Смирновой и др. М., 1981 стр.24

Result of comparing the determining fetuses week methods using it`s length

Л.Хосбаяр¹, Н.Шижир¹, М.Лхагважаргал¹, Б.Саранчимэг¹, С.Энэбиш¹

¹ ЭМШУИС-ийн Био-АС-ийн Эрүүл анатомийн тэнхим

Result: In this research work, there were involved and provided morphometric measurement 17.5-44.0 cm 30 fetuses with any defects. Calculate the result and fetuses' weeks there were used Gestational and Voltazer terms. In the result, the disparity was great in early weeks. And it was decreased as the length or week time of fetuses increase. Fetuses with 18.5 cm length were determined with 18.4 week time by Gestational term, and with 15.8 week time by Voltazer term. By the both Gestational and Voltazer' terms the week time of all fetuses with the length above 25cm was determined same. So we should choose one of the Gestational and Voltazer terms to determine the week time of fetuses with length above 25cm.

Халдварт бус өвчний талаарх мэдээллийн эх сурвалж, эрэлт хэрэгцээг малчдад тодорхойлох нь

Б.О.Алтанзул¹, О.Нандин-Эрдэнэ¹, Б.Батзориг¹, Д.Даваалхам¹

¹ ЭМШУИС, НЭМС, Эпидмиологи биостатистикийн тэмхим

Хүлээн авсан
2011 оны 10 сарын 8,

Хэвлэхийг зөвшөөрсөн
2011 оны 11 сарын 11

Түлхүүр үг:
Хөдөө орон нутаг
Малчид
ХБӨ,
Мэдээллийн эх сурвалж
Эрэлт хэрэгцээ

Товч утга

Халдварт бус өвчин (ХБӨ)-ий өвчлөл болоод нас баралт хүн амын дунд давамгайлж буй өнөө үед хүн амын эрүүл мэндийн боловсролыг дээшлүүлэх, ХБӨ-өөс сэргийлэх, түүний эрсдэлт хүчин зүйлсийг бууруулахад чиглэгдсэн олон нийтийн сургалт сурталчилгааг явуулах нь нийгмийн эрүүл мэндийн нэг чухал арга хэмжээ юм. Хөдөө орон нутгийн малчин иргэдэд хүрч буй ХБӨ-ийн мэдээллийн эх сурвалжийг судлаж, эрэлт хэрэгцээг тодорхойлох зорилгоор хийсэн. Судалгааг аналитик судалгааны хүн амд суурилсан агшингийн загвараар хийж, улсын хэмжээнд газар зүйн 4 бүсийн 4 аймаг 12 сумын нийт 500 малчин иргэнийг олон үет санамсаргүй түүврийн аргаар сонгож хамрууллаа. Мэдээ, мэдээллийг тоон ба чанарын аргаар цуглуулж статистик боловсруулалтыг “SPSS 17.0” программ болон матриц үүсгэн агуулаар нэгтгэх аргыг тус тус ашиглан гүйцэтгэсэн. Судалгаанд хамрагдсан нийт 228 малчин өрхийн 78.5% нь телевиз, 37.3% нь радиотой, 10.1% нь сонин тогтмол буюу заримдаа уншдаг байна. Судалгаанд хамрагдагсдын 53.4% нь телевиз, 32.2% нь эмч эмнэлгийн байгууллага, 18.6% нь радиогоос тус тус эрүүл мэндийн мэдээлэл авч байна. ХБӨ-ний мэдээллийн хүртээмжийн хувьд малчин иргэдийн 65,8% нь хангалтгүй гэж хариулсан ба 92% нь ХБӨ-ний талаарх сургалтанд огт хамрагдаж байгаагүй, 84.4% нь сурталчилагааны материал, гарын авлага авч байгаагүй гэж хариулснаас үзэхэд ХБӨ-ийн холбогдолтой мэдээлэл хангалтгүй байгааг харуулж байна. ХБӨ-ний мэдээллийн эрэлт хэрэгцээг судлахад 82.2 хувь нь мэдээлэл шаардлагатай гэж хариулсан ба 60.4% нь телевиз, 42.2% нь сум, багийн эмчээр дамжуулан, 35.8% нь эмч, эмнэлгийн байгууллага, 31.4% нь радиогоор эрүүл мэндийн мэдээлэл авах сонирхолтой байна. Хөдөө орон нутгийн малчин иргэдэд ХБӨ-ний талаарх мэдээлэл хангалтгүй байгаа бөгөөд мэдээллийн эх сурвалж болон мэдээллийн эрэлт хэрэгцээнд нийцүүлэн тохиромжтой арга замаар мэдээллийг тасралтгүй хүргэх хэрэгтэй байна.

Удиртгал: Дэлхий дахинд халдварт бус өвчний (ХБӨ) тархалт хурдацтай нэмэгдэж өвчлөл болоод нас баралтын зонхилох шалтгаан болсон нь дэлхий нийтийн анхаарлыг зүй ёсоор татаж байна. ¹ Монгол улсад сүүлийн жилүүдэд хүн амын өвчлөл нас баралтын зонхилох шалтгаанд зүрх судасны өвчин, хорт хавдар, чихрийн шижин зэрэг ХБӨ-үүд орох болж тэдгээрийг бууруулах, сэргийлэх асуудал манай оронд ч нэгэн адил тулгамдсан асуудал болж байна. ² Халдварт бус өвчин (ХБӨ)-ий өвчлөл болоод нас баралт хүн амын дунд давамгайлж буй өнөө үед хүн амын эрүүл мэндийн боловсролыг дээшлүүлэх, ХБӨ-өөс сэргийлэх, түүний эрсдэлт хүчин зүйлсийг бууруулахад чиглэгдсэн олон нийтийн сургалт сурталчилгааг явуулах нь нийгмийн эрүүл мэндийн нэг чухал арга хэмжээ юм. ^{3,4} Гэсэн хэдий ч манай орны хувьд эрүүл мэндийн мэдээллийн

эх сурвалж, тэдгээрийн эрэлт хэрэгцээг нийт хүн ам болон малчин иргэдэд тодорхойлсон судалгаа, нотолгоо мэдээлэл хараахан бүрдээгүй байна.

Зорилго: Хөдөө орон нутгийн малчин иргэдэд хүрч буй ХБӨ-ийн мэдээллийн эх сурвалжийг судлаж, эрэлт хэрэгцээг тодорхойлох зорилготой.

Арга зүй: Судалгааг аналитик судалгааны хүн амд суурилсан агшингийн загвараар хийж, улсын хэмжээнд газар зүйн 4 бүсийн 4 аймаг 12 сумын нийт 500 малчин иргэнийг олон үет санамсаргүй түүврийн аргаар сонгож хамрууллаа. Хөдөө орон нутгийн малчдын ХБӨ-ний мэдээллийн эх үүсвэр, эрэлт хэрэгцээг судлахдаа 82 асуулт бүхий асуумж ашиглаж, өрхөд байгаа мэдээллийн эх үүсвэрийг үнэлэхдээ урьдчилан бэлтгэсэн үнэлгээний хуудсаар судлаач өөрөө асуух

байдлаар судалсан. Боловсруулалтыг “SPSS 17.0” программ ашиглан гүйцэтгэсэн.

Судалгааны ажлын ёс зүйн зөвшөөрлийг Эрүүл Мэндийн Яамны Анагаах ухааны ёс зүйн хяналтын хорооны 2011 оны 03 дугаар сарын 25-ны өдрийн хурлаас авсан.

Үр дүн: Судалгаанд хамрагдсан нийт 228 малчин өрхийн 78.5% нь телевиз, 37.3% нь радиотой, 10.1% нь сонин тогтмол буюу заримдаа уншдаг байна.

Хүснэгт 1.

ХБӨ-ний мэдээллийн хүртээмж аймгаар

Аймаг	Маш хангалттай		Хангалттай		Хангалтгүй		Мэдэхгүй		р-утга
	тоо	хувь	тоо	хувь	тоо	хувь	тоо	хувь	
									0.033
Дорнод	1	0.83	27	22.50	72	60.00	20	16.67	
Хөвсгөл	1	0.83	18	15.00	85	70.83	16	13.33	
Увс	1	0.77	8	6.15	92	70.77	29	22.31	
Төв	0	0.00	22	16.92	80	61.54	28	21.54	
Нийт	3	0.60	75	15.00	329	65.80	93	18.60	

ХБӨ-ний мэдээллийн хүртээмжийн хувьд судалгаанд оролцогчдын 65,8% нь хангалтгүй, 18.6% нь мэдэхгүй гэж хариулснаас харахад малчидад ХБӨ-ний мэдээлэл хангалтгүй байгааг харуулж байна. ХБӨ-ний мэдээллийн хүртээмжийг бүс нутгуудаар харьцуулахад статистикийн ач холбогдолгүй байна.

Хүснэгт 2.

Малчин иргэдийн сургалт, сурталчилгаанд хамрагдсан байдал аймгаар

Аймаг	Сургалтанд хамрагдсан байдал				Сургалт сурталчилгааны материал авсан эсэх			
	Тийм		Үгүй		Тийм		Үгүй	
	тоо	хувь	тоо	хувь	тоо	хувь	тоо	хувь
Дорнод	8	6.67	112	93.33	17	14.17	103	85.83
Хөвсгөл	17	14.17	103	85.83	19	15.83	101	84.17
Увс	6	4.62	124	95.38	24	18.46	106	81.54
Төв	5	3.85	125	96.15	18	13.85	112	86.15
Нийт	36	7.20	464	92.8	78	15.6	422	84.4

Малчин иргэдийн 92% нь ХБӨ-ний сургалтанд огт хамрагдаж байгаагүй, 84.4% нь сурталчлагааны материал, гарын авлага авч байгаагүй гэж хариулснаас үзэхэд малчдын дунд ХБӨ-ний талаар сургалт явагдаггүй, сургалт сурталчлагааны материалын хүрэлцээ хангалтгүй байгааг харуулж байна.

Хэлцэмж: “Халдварт бус өвчнөөс сэргийлэх хянах” үндэсний болон Нийслэлийн дэд хөтөлбөрүүдийн 2010 оны хэрэгжилтийн байдалд хийсэн үнэлгээгээр иргэд зөв хоололтын талаархи мэдээллийн 60-аас дээш хувийг телевиз, сонин сэтгүүлээс, дасгал хөдөлгөөний талаархи мэдээллийг 53.3% нь телевизээс, 9.8% нь сонин сэтгүүлээс, тамхины хор уршигийн талаархи мэдээллийг 58.5% нь телевизээс, архины хор уршигийн талаарх мэдээллийг 60.2% нь телевиз радиогоос буюу иргэд эрүүл мэндийн мэдээллийг ихэвчлэн телевиз авч байна гэсэн үр дүн нь бидний хийсэн судлагааны судалгаанд хамрагдагсдын 53.4% нь телевиз, 18.6% нь радио, 11.8% нь сонин сэтгүүлээс ХБӨ-ний мэдээллийг

авч байна гэсэн үр дүнтэй дүйцэж байна. ⁵ Иргэд мэдээллийн эх үүсвэрээс телевиз, радио, сонин сэтгүүлээс мэдээллийг авч байгаа нь бусад мэдээллийн эх үүсвэрүүдийн үйл ажиллагаа, хүртээмжийг сайжруулах шаардлагатай байгааг харуулж байна. Бидний хийсэн судалгаагаар судалгаанд хамрагсдын 92% нь ХБӨ-ний сургалтанд огт хамрагдаагүй, 84.4% нь эрүүл мэндийн сурталчлагааны материал, гарын авлага авч байгаагүй гэж хариулснаас үзэхэд эрүүл мэндийн байгууллагаас хийх мэдээлэл, сургалт, сурталчилгааныг өргөжүүлэх, хүртээмжийг сайжруулах шаардлагатай байна.

Дүгнэлт

1. Хөдөө орон нутгийн малчин иргэдэд ХБӨ-ний талаар мэдээлэл авч буй эх үүсвэр нь телевиз, радио, эмч, эмнэлгийн байгууллага байгаа боловч мэдээллийн хүртээмж хангалтгүй байна.
2. Зорилтод бүлгүүдэд чиглүүлэн сургалт сурталчилгааг тохиромжтой эх сурвалжыг ашиглаж эрэлт хэрэгцээнд нийцүүлэн оновчтой арга замаар тасралтгүй хүргэх хэрэгтэй байна.

Ном зүй:

1. Монгол улс. Төрийн мэдээлэл. Халдварт бус өвчнөөс сэргийлэх, хянах үндэсний хөтөлбөр. Засгийн газрын 2005 оны 246 дугаар тогтоолын 1 хавсралт. Улаанбаатар :Засгийн газрын хэвлэх үйлдвэр:2005
2. ЭМЯ, НЭМХ, Халдварт бус өвчин, осол гэмтлийн шалтгаан, эрсдэлт хүчин зүйлийн тархалтын судалгаа, Улаанбаатар, 2010
3. ЭМЯ. “Эрүүл зан үйл төлөвшүүлэх мэдээлэл, сургалт, сурталчилгааны үндэсний стратеги”, Улаанбаатар, 2010
4. Цэцэгдарь Г, Нарантуяа Л. Халдварт бус өвчин ба амьдралын эрүүл хэв маяг. Сургалтын гарын авлага. Улаанбаатар,2005
5. Нийслэлийн ЭМГазар. “Халдварт бус өвчнөөс сэргийлэх хянах” үндэсний болон Нийслэлийн дэд хөтөлбөрүүдийн 2010 оны хэрэгжилтийн байдалд хийсэн үнэлгээний дүн, зөвлөмж, Улаанбаатар, 2011

Source and needs for information regarding non-communicable diseases among rural herdsmen

О.Алтанзул¹, О.Нандин-Эрдэнэ¹, Б.Батзориг², Д.Даваалхам¹

ЭМШУИС, НЭМС, Эпидемиологи Биостатистикийн тэнхим

e-mail: Zulaa_8312@yahoo.com

Background: Prevalence of morbidity and mortality due to the non communicable disease is high so that the training and advocacy in order to decrease risk factors of NCD among population is a crucial public health activity. However, sources and needs for information regarding the NCD among general population as well as the herdsmen are still unknown.

Objective: Determine information source NCDs and identify information demands of country side population and herders.

Study methods: Study design was population based cross sectional and a total of 500 herders were selected through multistage random cluster sampling method from 4 provinces and 12 soums of 4 geographical regions of Mongolia. Data collection methods included both quantitative and qualitative methods where as data analyses were performed by SPSS 17.0 software.

Result: A total of 228 herdsmen families participated in the study and 78.5% of them were using television, 37.3% radio and 10.1% newsletters.

According to the health information sources, 53.4% of participants obtain NCDs information from television, 32.2% - from health care facilities, and 18.6% from radio. More than 65% of participants were think that the information on NCDs are “insufficient”, whereas 92% never have been participated NCDs related trainings and 84.4% were never had access NCDs brochure materials and handouts. These results indicate that the NCD related information are insufficient among rural population and herders. According to the NCD demandsor needs, 82.2% were answered that information is necessary and 60.4% of the herders prefer to have information through television, 42.2% through soum and bag’s doctors, 35.8% from health care facilities, and 31.4% through the radio.

Conclusion: NCD related information is insufficient for rural herders and the families, and thus more suitable methods for NCD information delivery should be used based reflecting on the information source and demands.

Халдварт бус өвчний эрсдэлт хүчин зүйлсийн талаарх мэдлэгийн түвшинг малчдад тодорхойлох нь

Б.О.Алтанзул¹, О.Нандин-Эрдэнэ¹, Б.Батзориг¹, Д.Даваалхам¹

¹ ЭМШУИС, НЭМС, Эпидмиологи биостатистикийн тэмхим

Хүлээн авсан
2011 оны 4 сарын 8,

Х э в л э х и й г
зөвшөөрсөн
2011 оны 4 сарын 11

Түлхүүр үг:
Хөдөө орон нутаг,
малчид, ХБӨ,
эрсдэлт хүчин
зүйлс, мэдлэгийн
түвшин

Товч утга

Халдварт бус өвчин (ХБӨ)-ий өвчлөл болоод нас баралт хүн амын дунд давамгайлж буй өнөө үед хүн амын эрүүл мэндийн боловсролыг дээшлүүлэх, ХБӨ-өөс сэргийлэх, түүний эрсдэлт хүчин зүйлсийг бууруулахад чиглэгдсэн олон нийтийн сургалт сурталчилгааг явуулах нь нийгмийн эрүүл мэндийн нэг чухал арга хэмжээ юм. Гэсэн хэдий ч манай орны хувьд ХБӨ-ий мэдээллийн эх сурвалж, мэдлэгийн түвшинг малчин иргэдийн дунд тодорхойлсон судалгаа, нотолгоо мэдээлэл хараахан бүрдээгүй байна. Хөдөө орон нутгийн малчдын ХБӨ-ий эрсдэлт хүчин зүйлсийн талаарх мэдлэгийн түвшинг тодорхойлох зорилгоор энэ судалгааг хийсэн. Судалгааг аналитик судалгааны хүн амд суурилсан агшингийн загвараар хийж, улсын хэмжээнд газар зүйн 4 бүсийн 4 аймаг 12 сумын нийт 500 малчин иргэнийг олон үет санамсаргүй түүврийн аргаар сонгож хамрууллаа. Мэдээ, мэдээллийг тоон ба чанарын аргаар цуглуулж статистик боловсруулалтыг “SPSS 17.0” программ ашиглан гүйцэтгэсэн. Судалгаанд хамрагдсан нийт 228 малчин өрхийн 78.5% нь телевиз, 37.3% нь радиотой, 10.1% нь сонин тогтмол буюу заримдаа уншдаг байна. Судалгаанд хамрагдагсдын 53.4% нь телевиз, 32.2% нь эмч эмнэлгийн байгууллага, 18.6% нь радиогоос тус тус эрүүл мэндийн мэдээлэл авч байна. Судалгаанд оролцогчдын 54% ХБӨ-ий талаар мэдээлэл авдаггүй бол ХБӨ-ий шалтгааны талаар 48.6% мэдээлэл авдаггүй, 28.8% мэдэхгүй гэж хариулсан байна. Судалгаанд оролцогчдын 19.6-27.4% ХБӨ-д архи, тамхи, хөдөлгөөний дутагдал, зохисгүй хооллолт нөлөөлнө гэж хариулсан бол 72.6-80.4% дээрх эрсдэлт хүчин зүйлийг нөлөөлөхгүй гэж хариулснаас үзэхэд малчдын ХБӨ-ий эрсдэлт хүчин зүйлсийн талаарх мэдлэг хангалтгүй байна. Малчдын артерийн даралт ихсэх болон чихрийн шижин эрсдэлт хүчин зүйлсийн талаарх мэдлэгийн түвшинг хүйсээр харьцуулахад статистик ач холбогдол бүхий ялгаагүй байсан бол хөх болон умайн хүзүүний хорт хавдарын эрсдэлт хүчин зүйлсийн талаарх мэдлэг статистик ач холбогдол бүхий ялгаатай байна. Хөдөө орон нутгийн малчин иргэдийн ХБӨ-ий эрсдэлт хүчин зүйлийн талаарх мэдлэг хангалтгүй байгаа ба эрүүл мэндийн мэдээллийг тогтмол тасралтгүй хүргэж, ХБӨ-ий эрсдэлт хүчин зүйлсийн мэдлэгийг дээшлүүлж, ХБӨ-өөс сэргийлэх арга хэмжээг сайжруулах шаардлагатай байна.

Удиртгал: Дэлхий дахинд халдварт бус өвчний (ХБӨ) тархалт хурдацтай нэмэгдэж өвчлөл болоод нас баралтын зонхилох шалтгаан болж байгаа бөгөөд ХБӨ болон эрсдэлт хүчин зүйлийг бууруулах, сэргийлэх асуудал нийгмийн эрүүл мэндийн тулгамдсан асуудал болж байна. ^{1,2} ХБӨ болох зүрх судасны өвчин, чихрийн шижин, амьсгалын замын архаг өвчлөл, хорт хавдар нь дэлхийн хүн амын нас баралтын шалтгааны 60 хувь, бага дунд орлоготой орнуудын хүн амын нас баралтын шалтгааны 80 хувийг эзлэж байна. ^{3,4,5} ХБӨ-өөс сэргийлэх боломжтой бөгөөд зан үйлийн буруу дадлаа өөрчлөх буюу хүнсний бүтээгдэхүүнээ зөв сонгон хэрэглэж, биеийн жингээ тогтмол хэмжээнд барин архи, тамхины хэрэглээг багасгаж чадвал зүрх

судасны өвчнийг 80%, 2-р хэлбэрийн чихрийн шижинг 90%, хавдарын тохиолдлыг 30% бууруулж болохыг тогтоосон байна. ⁶ НЭМС-аас хийсэн ХБӨ-ий өвчлөл ба нас баралтанд нөлөөлж буй эрсдэлт хүчин зүйлсийн кохорт судалгаа, НЭМХ-ээс хийсэн ХБӨ-ий эрсдэлт хүчин зүйлийн тархалтын судалгаагаар ХБӨ-ний тархалт өндөр байгааг тогтоосон бөгөөд тэдгээрийг бууруулах, сэргийлэх асуудал манай оронд ч нэгэн адил тулгамдсан асуудал болж байна. ^{7,8} ХБӨ-ий эрсдэлт хүчин зүйлсийн тархалт өндөр байгаа нь хүн амын ХБӨ-ий талаарх мэдлэгийн түвшин хангалтгүй байгааг харуулж байгаа бөгөөд манай орны хувьд ХБӨ-ий талаарх мэдлэгийн түвшинг хөдөө орон нутгийн малчин иргэдэд тодорхойлсон судалгаа, нотолгоо мэдээлэл хараахан бүрдээгүй байна.

Зорилго:

Хөдөө орон нутгийн малчин иргэдийн ХБӨ-ий эрсдэлт хүчин зүйлсийн мэдлэгийн түвшинг тодорхойлох зорилготой.

Арга зүй: Судалгааг аналитик судалгааны хүн амд суурилсан агшингийн загвараар хийж, улсын хэмжээнд газар зүйн 4 бүсийн 4 аймаг 12 сумын нийт 500 малчин иргэнийг олон үет санамсаргүй түүврийн аргаар сонгож хамрууллаа. Хөдөө орон нутгийн малчдын ХБӨ (Артерийн даралт ихсэх өвчин, Чихрийн шижин, Умайн болон хөх хорт хавдар)-ий эрсдэлт хүчин зүйлсийн талаарх мэдлэгийн түвшинг судлахдаа 82 асуулт бүхий асуумж ашиглаж судлаач өөрөө асуух байдлаар судалсан. Боловсруулалтыг “SPSS 17.0” программ ашиглан гүйцэтгэж, судалгааны мэдээлэлд дескриптив болон нарийвчилсан статистик шинжилгээ хийсэн. Судалгааны ажлын ёс зүйн зөвшөөрлийг Эрүүл Мэндийн Яамны Анагаах ухааны ёс зүйн хяналтын хорооны 2011 оны 03 дугаар сарын 25-ны өдрийн хурлаас авсан.

Үр дүн: Судалгаанд хамрагдсан нийт 228 малчин өрхийн 78.5% нь телевиз, 37.3% нь радиотой, 10.1% нь сонин тогтмол буюу заримдаа уншдаг байна. Судалгаанд хамрагдагсдын 53.4% нь телевиз, 32.2% нь эмч эмнэлгийн байгууллага, 18.6% нь радиогоос тус тус эрүүл мэндийн авч байна гэж хариулснаас үзэхэд телевиз, радио, эмч, эмнэлгийн байгууллага нь мэдээллийн гол эх үүсвэр болж байна.

Судалгаанд оролцогчдын 54% нь ХБӨ-ий талаар мэдээлэл авдаггүй, 48.6% ХБӨ-ий шалтгааны талаар мэдээлэл авдаггүй, 28.8% мэдэхгүй гэж хариулсан байна. ЭМ-ийн талаар мэдээлэл авдаг болон авдаггүй малчин иргэдийн ХБӨ-ий талаарх мэдээлэл нь статистик ач холбогдол бүхий ялгаатай байна ($P < 0.0001$).

Судалгаанд оролцогчдын 19.6-27.4% хорт зуршил, давс, өөх тос, элсэн чихрийг хэтрүүлэн хэрэглэх, хөдөлгөөний дутагдал нь ХБӨ-д нөлөөлнө гэж хариулсан бол 14.3% нь ХБӨ-д нөлөөлөх эрсдэлт зан үйлд дээрх бүх өгөгдөл зөв гэж хариулсан байгаа нь Малчдын ХБӨ-ний эрсдэлт хүчин зүйлийн мэдлэг, ойлголт хангалтгүй байгааг харуулж байна.

Судалгаанд хамрагсдын 61.2% артерийн даралт ихсэх өвчин, 43.4% чихрийн шижин, 36.6% нь хөхний хорт хавдар, 29.6% нь умайн хүзүүний хорт хавдарын талаар мэдээлэл авч байсан гэж хариулснаас харахад артерийн даралт ихсэх, чихрийн шижин өвчний талаарх мэдээлэл радио, телевиз, сонин хэвлэл, эрүүл мэндийн байгууллагуудад харьцангуй элбэг байдагтай холбож үзэж болох юм. ХБӨ-ий талаар мэдээлэл авдаг болон авдаггүй малчин иргэдийн дээрхи өвчнүүдийн талаарх мэдээлэл нь статистикийн ач холбогдол бүхий ялгаатай байсан. Артерийн даралт ихсэх өвчний анхдагч эрсдэлт хүчин зүйлсийн мэдлэгийн түвшинг судлахад судалгаанд оролцогчдын 12.4% хүнсний ногоо, жимс хэрэглэхгүй байх, 24.2% нь хөдөлгөөний дутагдал, 28.2% давс, өөх тос, чихрийг хэтрүүлэн хэрэглэх, 29.2% хорт зуршил гэж зөв хариулсан, завсрын эрсдэлт хүчин зүйлсийн мэдлэгийн түвшинг үнэлэхэд 16.8 хувь нь цусан даххолестрины хэмжээ их байх, 25.4 хувь нь

Хүснэгт 1.

ХБӨ-ий эрсдэлт хүчин зүйлсийн талаарх мэдлэгийн түвшин

Эрсдэлт хүчин зүйлс	Эрүүл мэндийн мэдээлэл авдаг эсэх				Нийт		Р утга
	Тийм		Үгүй				
	тоо	хувь	тоо	хувь	тоо	хувь	
Тамхи татах							0.022
Нөлөөлнө	83	31.2	45	21.5	128	26.9	
Нөлөөлөхгүй	183	68.8	164	78.5	347	73.1	
Архи хэрэглэх							0.003
Нөлөөлнө	87	32.7	42	20.1	129	27.2	
Нөлөөлөхгүй	179	67.3	167	79.9	346	72.8	
Өөх, тос, давс, элсэн чихрийг хэтрүүлэн хэрэглэх							0.007
Нөлөөлнө	86	32.3	44	21.1	130	27.4	
Нөлөөлөхгүй	180	67.7	165	78.9	345	72.6	
Хөдөлгөөний дутагдалтай байх							0.0001
Нөлөөлнө	73	27.4	20	9.6	93	19.6	
Нөлөөлөхгүй	193	72.6	189	90.4	382	80.4	
Дээрх хариулт бүгд зөв							0.6
Нөлөөлнө	36	13.5	32	15.3	68	14.3	
Нөлөөлөхгүй	230	86.5	177	84.7	407	85.7	
Нийт	266	100	209	100	475	100	

Хүснэгт 2.

Артерийн даралт ихсэх өвчний анхдагч эрсдэлт хүчин зүйлсийн талаарх мэдлэг

Эрсдэлт хүчин зүйлс	Эрэгтэй		Эмэгтэй		Нийт		Р утга
	тоо	хувь	тоо	хувь	тоо	хувь	
Хорт зуршил хэрэглэх							0.9
Нөлөөлнө	72	14.4	74	14.8	146	29.2	
Нөлөөлөхгүй	169	33.8	185	37	354	70.8	
Хөдөлгөөний дутагдал							0.6
Нөлөөлнө	56	11.2	65	13	121	24.2	
Нөлөөлөхгүй	185	37	194	38.8	379	75.8	
Давс, өөх тос чихрийг хэтрүүлэн хэрэглэх							0.4
Нөлөөлнө	64	12.8	77	15.4	141	28.2	
Нөлөөлөхгүй	177	35.4	182	36.4	359	71.8	
Хүнсний ногоо, жимс хэрэглэхгүй байх							0.8
Нөлөөлнө	29	5.8	33	6.6	62	12.4	
Нөлөөлөхгүй	212	42.4	226	45.2	438	87.6	
Нийт	241	48.2	259	51.8	500	100	

Хүснэгт 3.

Чихрийн шижин өвчний эрсдэлт хүчин зүйлсийн мэдлэгийн түвшин

Эрсдэлт хүчин зүйлс	ХБӨ-ний талаар мэдээлэл авдаг эсэх						Нийт		р утга
	Тийм		Үгүй		Мэдэхгүй				
	тоо	хувь	тоо	хувь	тоо	хувь	тоо	хувь	
Таргалалт									0.0001
Нөлөөлнө	48	31	42	15.6	6	8	96	19.2	
Нөлөөлөхгүй	107	69	228	84.4	69	92	404	80.8	
Цусан дах холестерины хэмжээ их байх									0.0001
Нөлөөлнө	36	23.2	27	10	0	0	63	12.6	
Нөлөөлөхгүй	119	76.8	243	90	75	100	437	87.4	
Хөдөлгөөний дутагдал									0.0001
Нөлөөлнө	33	21.3	22	8.1	2	2.7	57	11.4	
Нөлөөлөхгүй	122	78.7	248	91.9	73	97.3	443	88.6	
Давс, өөх тос, э/чихрийг хэтрүүлэн хэрэглэх									0.0001
Нөлөөлнө	69	44.5	57	21.1	8	10.7	134	26.8	
Нөлөөлөхгүй	86	55.5	213	78.9	67	89.3	366	73.2	
Хүнсний ногоо, жимс хэрэглэхгүй байх									0.0001
Нөлөөлнө	28	18.1	11	4.1	2	2.7	41	8.2	
Нөлөөлөхгүй	127	81.9	259	95.9	73	97.3	459	91.8	
Стресст өртөхгүй байх									0.002
Нөлөөлнө	23	14.8	21	7.8	1	1.3	45	9	
Нөлөөлөхгүй	132	85.2	249	92.2	74	98.7	455	91	
Нийт	155	100	270	100	75	100	500	100	

стресс өртөх, 32.6 хувь нь таргалалт гэж зөв хариулсан ба мэдлэгийн түвшин хүйсээр харьцуулахад статистик ач холбогдол бүхий ялгаагүй байна.

Чихрийн шижин өвчний эрсдэлт хүчин зүйлсийн талаарх мэдлэгийн түвшин судлахад давс, өөх тос, давс, элсэн чихрийг хэтрүүлэн хэрэглэх (26.8%) хамгийн сайн мэддэг эрсдэлт хүчин зүйл байгаа ч нийт малчин иргэд чихрийн шижин өвчний эрсдэлт хүчин зүйлсийн талаар хангалтгүй мэдлэг, ойлголттой байна. ХБӨ-ий талаар мэдээлэл авдаг болон авдаггүй малчдын чихрийн шижин өвчний эрсдэлт хүчин зүйлийн талаарх мэдлэг статистикийн ач холбогдол бүхий ялгаатай байсан ба мэдлэгийн түвшинг хүйсээр харьцуулахад статистик ач холбогдол бүхий ялгаагүй байна.

Малчдын хөхний хорт хавдарын эрсдэлт хүчин зүйлсийн талаарх мэдлэгийн түвшинг үнэлэхэд таргалалт (2.8%), хөдөлгөөний дутагдал (2.8%), даавар нөхөх эмчилгээ (5%) хамгийн муу мэддэг эрсдэлт хүчин зүйлс байна. Хөхний хорт хавдарын эрсдэлт хүчин зүйлсийн талаарх эмэгтэйчүүдийн мэдлэгийн түвшин эрэгтэйчүүдийн мэдлэгийн түвшингээс статистик ач холбогдол бүхий дээгүүр байна. Умайн хүзүүний хорт хавдарын эрсдэлт хүчин зүйлийн мэдлэгийг судлахад бэлгийн олон хавьтагчтай (12.8%), олон удаа үр хөндүүлэх (12.6%) хамгийн сайн мэддэг эрсдэлт хүчин зүйлс байгаа боловч судалгаанд хамрагдсан малчдын умайн хүзүүний хорт хавдарын эрсдэлт хүчин зүйлсийн талаарх мэдлэг ойлголт хангалтгүй байгаа ба эрэгтэйчүүдийн мэдлэгийн түвшин эмэгтэйчүүдийн мэдлэгийн түвшингээс статистик ач холбогдол бүхий ялгаатай байна.

Хэлцэмж: Хятад улсын хүн амын дунд АДИ тархалт нэмэгдэж байгаа ба ялангуяа хөдөөгийн хүн амын дунд АДИ өвчний талаар мэдлэг ойлголт өгөх, сургалт сурталчилгааны ажил ховордсонтой холбогдуулан Хятадын орон нутгийн лаонинг мужийн хүн амын дундах АДИ өвчний тархалт, мэдлэг ойлголтыг үнэлэх судалгаа хийж судалгааны үр дүнд АДИ өвчний талаарх хөдөөгийн хүн амын мэдлэг ойлголтын түвшин доогуур байгааг тогтоосон байна.⁹

Бидний хийсэн судалгаагаар хөдөө орон нутгийн малчдын АДИ-ий эрсдэлт хүчин зүйлсийн талаарх мэдлэг, ойлголт хангалтгүй байсан нь дээрх судалгааны үр дүнтэй ойролцоо байна.

2000 онд НЭМХ хүн амын ХБӨ-ний халгаат хүчин зүйлсийн мэдлэг, хандлагыг судласан судалгааны дүнгээр архи, тамхи, давсыг хэтрүүлэн хэрэглэснээс шалтгаалан үүсэх өвчнүүдийн талаарх мэдлэг хангалтгүй түвшинд байсан ба саахар, чихэр, өөх тосны хэрэглээнээс үүсэх өвчлөлийн мэдлэгийн түвшинг судлахад 41.2 хувь энэ талаарх мэдлэггүй, дөнгөж 2.1 хувь нь бүрэн зөв мэдэж байсан байна.¹⁰

2000 оноос хойш ЭМ-ийн мэдээлэл, сургалт, сурталчилгааны үйл ажиллагааны суваг өргөжиж, сурталчилгааны материалын загвар, агуулга, төрөл хэлбэр олширсон хэдий ч малчин иргэдийн ХБӨ-ий мэдлэгийн түвшин хангалтгүй байгаа нь мэдээлэл, сургалт, сурталчилгааны ухуулга нөлөөллийн үр дүн тааруу байна гэж үзэх үндэслэлтэй байна.

Малчин иргэдийн ХБӨ болон эрсдэлт хүчин зүйлийн талаарх мэдлэг хангалтгүй байгаа бөгөөд артерийн даралт ихсэх болон чихрийн шижин өвчний талаарх

мэдлэгийн түвшин нь хөхний хорт хавдар, умайн хүзүүний хорт хавдарын талаарх мэдлэгийн түвшингээс арай дээгүүр байна. Артерийн даралт ихсэх болон чихрийн шижин өвчний эрсдэлт хүчин зүйлсийн мэдлэгийн түвшин хүйсээр харьцуулахад статистик ач холбогдол бүхий ялгаагүй байсан бол хөх болон умайн хүзүүний хорт хавдарын эрсдэлт хүчин зүйлсийн мэдлэгийн түвшин судлахад эрэгтэйчүүдийн мэдлэгийн түвшин эмэгтэйчүүдийн мэдлэгийн түвшингээс статистик ач холбогдол бүхий доогуур байсан нь эрэгтэйчүүд энэ тал дээр хайнга хандаж байна үзэж болох юм.

Дүгнэлт:

- Хөдөө орон нутгийн малчин иргэдийн ХБӨ болон эрсдэлт хүчин зүйлсийн талаарх мэдлэгийн түвшин хангалтгүй байна. ХБӨ-ий мэдээлэл авдаг болон авдаггүй малчдын мэдлэгийн түвшин статистик ач холбогдол бүхий ялгаатай байсан ба мэдлэгийн түвшин хүйсээр харьцуулахад артерийн даралт ихсэх болон чихрийн шижин өвчний мэдлэгийн түвшин статистик ач холбогдол бүхий ялгаагүй байсан ба хөх болон умайн хүзүүний хорт хавдарын мэдлэгийн түвшин статистик ач холбогдол бүхий ялгаатай байна.
- Судалгааны үр дүнд малчин иргэдийн ХБӨ болон эрсдэлт хүчин зүйлсийн талаарх мэдээллийг тохиромжтой эх сурвалжийг ашиглан эрэлт хэрэгцээнд нийцүүлэн тогтмол тасралтгүй хүргэж хүн амын мэдлэгийн түвшинг дээшлүүлж, ХБӨ-өөс сэргийлэх арга хэмжээг сайжруулах шаардлагатай байна.

Ном зүй:

1. ЭМЯ, ДЭМБ, НЭМХ. "ХБӨ ба амьдралын эрүүл хэв маяг" сургалтын гарын авлага. Улаанбаатар. 2005
2. Монгол улс. Төрийн мэдээлэл. Халдварт бус өвчнөөс сэргийлэх, хянах үндэсний хөтөлбөр. Засгийн газрын 2005 оны 246 дугаар тогтоолын 1 хавсралт. Улаанбаатар :Засгийн газрын хэвлэх үйлдвэр:2005
3. Noncommunicable Diseases, Poverty and the Development Agenda. Discussion paper. "World Health Organization" ECOSOC high-level segment: WHO, July 2009
4. Puska P, et al. The North Karelia project: from North Karelia to National Action. National institute for Health and Welfare (THL) in collaboration with the north. Karelia project Foundation. Finland Helsinki University Printing House, 2008.p.298
5. WHO. Diet, Nutrition and the Prevention of chronic Disease: Report of a joint WHO/FAO Expert Consultation. World Health Organization. Geneva, 2003.p.150
6. World Health Organization, 2005. Preventing chronic diseases: a vital investment, WHO Global Report
7. НЭМС. ХБӨ-ний өвчлөл ба нас баралтанд нөлөөлж буй эрсдэлт хүчин зүйлсийн кохорт судалгаа. Суурь судалгааны тайлан, Улаанбаатар,
8. ЭМЯ, НЭМХ, Халдварт бус өвчин, осол гэмтлийн шалтгаан, эрсдэлт хүчин зүйлийн тархалтын судалгаа, Улаанбаатар, 2010
9. Guang-Hui Dong, Zhao-Qing Sun, Xin-Zhong Zhang, Jia-Jin Li, Li-Qiang Zheng, Jue Li, Prevalence, awareness, treatment & control of hypertension in rural Liaoning province, China. 2007
10. НЭМХ, ЭМЯ. ХБӨ-ний халгаат хүчин зүйлийн талаарх хүн амын мэдлэг, дадал хандлага. Судалгааны тайлан. 2000

Identifying knowledge level on non communicable diseases risk factor among country side herders

О.Алтанзул¹, О.Нандин-Эрдэнэ¹, Б.Батзориг¹, Д.Даваалхам¹

ЭМШУИС, НЭМС, Эпидемиологи Биостатистикийн тэнхим

e-mail: Zulaa_8312@yahoo.com

Background: Prevalence of morbidity and mortality due to the non communicable disease is high so that the training and advocacy in order to decrease risk factors of NCD among population is a crucial public health activity. Nevertheless, research and evidence which identified NCD information source, knowledge level are did not consist yet.

Objective: This research conducted in purpose of identifies knowledge level of NCD risk factor among country side herders in Mongolia.

Study methods: Study design was population based cross sectional and a total of 500 herders were selected through multistage random cluster sampling method from 4 provinces and 12 soums of 4 geographical regions of Mongolia. Data collection methods included both quantitative and qualitative methods where as data analyses were performed by SPSS 17.0 software.

Result: A total of 228 herdsman families participated in the study and 78.5% of them were using television, 37.3% radio and 10.1% newsletters. According to the health information sources, 53.4% of participants obtain NCDs information from television, 32.2% - from health care facilities, and 18.6% from radio. 54% of study participants do not get NCD information, whereas 48.6% do not get information of NCD reason and 28.8% were answered that unknown. As shown as 19.6-27.4% of study participants answered that smoking and alcohol, failure of movement and unhealthy diets are effect to NCD and 72.6%-80.4% were answered that above mentioned factors do not effect to arise NCD, these herders' knowledge on NCD risk factors is insufficient. In comparison of herders' knowledge on risk factors of hypertension and diabetes by gender, there is no significance statistically. But knowledge on risk factors of breast and cervical cancer is in significance of statistics.

Conclusion: Country side herders knowledge of NCD risk factors is not enough and it is needed to continuously delivery of health information, improve of NCD risk factor knowledge and improve measures of NCD prevention.

Key words: country side, herder, NCD, risk factor, knowledge level

Хөхний хавдартай холбоотой эрүүл мэндийн тусламж хайх зан үйлийн судалгаа

Э.Эрдэнэчимэг¹, Ө.Мөнхчулуун⁴, Л.Оюунтогос², Д.Нямхорол³, Д.Нарансүх¹,
С.Мягмарчулуун¹, Д.Хишигтогтох¹, Ц.Цэвэгдорж¹, Ч.Цолмон¹

¹ ЭМШУИС-ийн НЭМС, ² ДЭМБ, ³ ЗГХА-ЭМГ,

⁴ "Шувууны томуу, хүний томуугийн цартахалтай тэмцэх чадавхийг сайжруулах" төсөл Дэлхийн банк

Хүлээн авсан
2011 оны 10 сарын 8

Хэвлэхийг зөвшөөрсөн
2011 оны 11 сарын 11

Түлхүүр үг:
Хөхний хавдар
Илрүүлэг
Эрүүл мэндийн
тусламж хайх зан
үйл

Товч утга

Монгол улсад хөхний хавдрын илрүүлгийн талаарх хүн амын мэдлэг, дадал, хандлагыг тогтоосон судалгаа хомс байна. Иймд бид эрүүл мэндийн анхан шатны тусламжийн түвшинд хөхний хавдрын илрүүлгийг явуулах, энэ талын мэдлэгийг нэмэгдүүлэх интервенцийг авч хэрэгжүүлэхийн тулд УБ хотод хөхний хавдрын илрүүлэг, эмчилгээ хийдэг улсын байгууллагаар үйлчлүүлэгчдийн хөхний хавдартай холбоотой эрүүл мэндийн тусламж хайх зан үйл, ойлголт, нөлөөлөх хүчин зүйлс, шалтгааныг тогтоох зорилгоор судалгааг явуулав.

Судалгааг УБ хотын өрхийн 2 эмнэлэг, дүүргийн 2 эмнэлэг, Хавдар судлалын үндэсний төвийг түшиглэн нэг агшингийн аргаар гүйцэтгэлээ.

Судалгааны дүнгээр эмэгтэйчүүд хөхний хавдрын илрүүлэгт орохгүй байх, хойшлуулах шийдвэр гаргахад илрүүлгийн талаар мэдлэг, мэдээлэл байхгүй, илэрхий шинж тэмдэг, зовиур илрэхгүй байх, өөрийнхөө эрүүл мэндэд анхаарал тавьдаггүй, завгүй байх, амьжиргааны түвшин доогуур байгаа зэрэг хүчин зүйлүүд нөлөөлж байгаа ба хөдөөний эмэгтэйчүүдийн хувьд дээрх шалтгаануудаас гадна эмнэлгийн тусламж үйлчилгээнээс хол байх, хөдөө орон нутагт илрүүлгийн үйлчилгээ, оношлогоо хийхгүй байгаа нь нөлөөлж байна.

Удиртгал: Монгол улсад халдварт бус өвчнүүдийн тохиолдлын тоо огцом өсөж байгаа ба 1990 оноос хойш хүн амын нас баралтын шалтгаанд хавдар 2-р байрыг эзэлж байна. 2009 оны байдлаар хүн амын нас баралтын шалтгааны 20,8%-ийг хавдар эзэлж, жилд дунджаар 3200 хүн хавдрын улмаас нас барж байна. Хөхний хавдартай өвчтний 3,7% нь 1-р, 47,6% нь 2-р, 35,4% нь 3-р, 13,4% нь 4-р үе шатандаа оношлогдсон ба 16,2% нь анх оношлогдсоноос хойш 1 жил, 32,4% нь 1-2 жил, 21,6% нь 3-4 хүртэл жил амьдарсан байна. ⁷ Энэхүү судалгааг эрүүл мэндийн анхан шатны тусламжийн түвшинд хөхний хавдрын илрүүлгийг явуулах, энэ талын мэдлэгийг нэмэгдүүлэх интервенцийг авч хэрэгжүүлэхийн тулд УБ хотод хөхний хавдрын илрүүлэг, эмчилгээ хийдэг улсын байгууллагаар үйлчлүүлэгчдийн хөхний хавдартай холбоотой эрүүл мэндийн тусламж хайх зан үйл, ойлголт, нөлөөлөх хүчин зүйлс, шалтгааныг тогтоох зорилготой явуулав.

Арга зүй: Судалгааг нэг агшингийн аргаар явуулж, ганцаарчилсан ярилцлага, бага бүлгийн ярилцлага, баримтын судалгааны аргуудаар мэдээг цуглуулав. УБ хотод хөхний хавдрын илрүүлгийн тусламж үйлчилгээ үзүүлдэг өрхийн 2 эмнэлэг, дүүргийн 2 эмнэлэг, Хавдар судлалын үндэсний төв дээр судалгааг зохион байгуулж, 35-с дээш насны хөхний хавдрын улмаас

илрүүлэгт ороод хариугаа хүлээж байгаа, эмчлүүлж байгаа, болон хөхний хавдрын илрүүлэгт анх удаа орохоор ирсэн эмэгтэйчүүдийг зорилтот бүлгүүдэд элсүүлсэн.

Текстэн мэдээг зорилтот бүлэг бүрээр нэгтгэн, судлаачдаар мэдээг дахин уншуулж хянуулснаар агуулга, утга санаа, ижил төстэй санаа, агуулгын харилцан хамаарал зэргээр нь дугаарлаж нэг дараалалд оруулан мастер хуудас бэлтгэн, мэдээнд агуулгын дүн шинжилгээ хийж үр дүнг бичиж харуулав.

Үр дүн: Эмэгтэйчүүдийн хувьд хөхний хавдрын илрүүлгэнд очихгүй байх шалтгаан нь хотын эмэгтэйчүүдийн хувьд шинж тэмдэг, өвдөлт зовиур илрэхгүй байх, хөхний хавдрын илрүүлгийн үйлчилгээг хаана хийдэг, яаж хийдэг, ямар шалтгаанаар хийдэг талаар мэдээлэл хомс, цаг зав муу, үл ойшоох, эрүүл мэнддээ анхаарал муу тавих, санхүүгийн боломж муу байгаагай холбоотой гэж үзсэн байна. Харин хөдөөний эмэгтэйчүүдийн хувьд дээрх шалтгаануудаас гадна эмнэлгийн тусламж үйлчилгээнээс хол байх, хөдөө орон нутагт илрүүлгийн үйлчилгээ, оношлогоо хийгддэггүй гэсэн шалтгаанууд нэмж дурдсан байна.

Хэлцэмж: Олон улс орнуудад ойролцоо судалгаанууд хийгдсэн байна.

W.W.T. Lam, M. Tsuchiya (2008) нарын судалгаагаар өвдөлт, зовиур илрэхгүй байх, муу мэдээ дуулах, хөхөө авахуулахаас айх, эрүүл мэндийн тусламжийн хүртээмж муу байх, үзүүлэхээс ичих, эмчилгээ оношлогооны үнэ өндөр зэрэг нь нөлөөлж байгаа нь хөхний хавдрын илрүүлэгт орохгүй байх, хойшлуулах шалтгаан болж байгаа нь тогтоогджээ. Судлаач M. E. Peek, J. V. Sayad (2008) нарын судалгаагаар эмэгтэйчүүдийн дийлэнх нь хөхний хавдрын илрүүлэгт орохоос айдаг нь эмнэлгийн тусламж авах асуудлыг хойшлуулахад нөлөөлж байгаа тул эмнэлгийн анхан шатны тусламж үзүүлж байгаа эмч нар хөхний хавдрын илрүүлгийн талаарх үнэн зөв бодитой мэдээллийг эмэгтэйчүүдэд хүргэх шаардлагатай хэмээн дүгнэсэн байна. R. S. Martha, A. H. Richard (2006) нарын АНУ-ын Техас мужийн Хьюстон хотын Испани болон Латин америк гаралтай эмэгтэйчүүдийн дунд хийсэн судалгаагаар оролцогчдын бараг тэн хагас нь хөхний хавдрын талаар урьд өмнө нь ямар ч мэдээлэл аваагүй, хөхний хавдрын илрүүлгийн талаар ихээхэн буруу ойлголттой байсан байна. Тэдний гуравны нэг нь хавдар туссан бол үхнэ, 29% нь өвдөлт нь хөхний хавдар туссаныг анхааруулж буй шинж тэмдэг хэмээн хариулсан байна. Дээрх судлаачдын судалгааны үр дүн нь бидний судалгааны үр дүнтэй дүйцэж байна.

Дүгнэлт:

1. Эмэгтэйчүүд хөхний хавдрын илрүүлэгт орохгүй байх, хойшлуулах шийдвэр гаргахад илрүүлгийн талаар мэдлэг, мэдээлэл байхгүй, зовиур илрэхгүй байх, өөрийнхөө эрүүл мэндэд анхаарал тавьдаггүй, завгүй байх, амьжиргааны түвшин доогуур байх, эмнэлгийн тусламж үйлчилгээнээс хол байх, хөдөө

орон нутагт илрүүлгийн үйлчилгээ, оношлогоо хийхгүй байгаа нь нөлөөлж байна.

2. Илрүүлгийн тусламж үйлчилгээг үзүүлж байгаа эмч, эмнэлгийн мэргэжилтнүүд илрүүлэгт орохоор ирсэн эмэгтэйчүүдийг найрсагаар хүлээн авдаггүй, илрүүлгийн талаарх мэдээлэл өгдөггүй, урьдчилан хэлж тайлбарладаггүй нь илрүүлгийн тусламж үйлчилгээг хайх зан үйлд сөргөөр нөлөөлж байна.

Ном зүй:

1. Халдварт бус өвчнөөс сэргийлэх, хянах үндэсний хөтөлбөр. Улаанбаатар хот. 2007; х.8-10.
2. Хорт хавдраас сэргийлэх, хянах дэд хөтөлбөр. Улаанбаатар хот. 2009;3-31.
3. Эрүүл мэндийн технологи – Хөхний хорт хавдрын оношлогоо, эмчилгээний стандарт. MNS 5861: 2008; х.1-6.
4. Bakemeier RF, Krebs LU, Murphy JR, Shen Z, Ryals T. Attitudes of Colorado health professionals toward breast and cervical cancer screening in Hispanic women. *J Natl Cancer Inst Monogr*. 1995;18:95-100.
5. Health indicator; 2009; х.40-49.
6. Lam WW, Tsuchiya M, Chan M, Chan WW, Or A, Fielding R. Help-seeking patterns in Chinese women with symptoms of breast disease: a qualitative study. *J Public Health*. 2008;31:59-68.
7. Mongolian STEPS Survey on the Prevalence of Non communicable Disease Risk Factors 2006.

Талархал: Энэхүү судалгааны ажлыг явуулахад гүн тусалцаа үзүүлсэн Мянганы сорилтын сангийн Эрүүл мэндийн төсөл, ЗГХА-ЭМГ, ХСҮТ, ЭМШУИС-НЭМС-ийн УСАУ-ны тэнхимийн хамт олонд гүн талархал илэрхийлье.

Study on health seeking behavior with respect to breast cancer screening among women

E.Erdenechimeg¹, U.Munkhchuluun⁴, L.Oyuntogos², D.Nyamkhorol³, D.Naransukh¹, S.Myagmarchuluun¹, D. Khishigtogtokh¹, Ts.Tsevegдорж¹, Ch.Tsolmon¹

¹ School of Public Health, HSUM,

² World Health Organization, Mongolia,

³ Department of health, Implementing agency of the Government

⁴ "Avian influenza and human pandemic influenza preparedness and response" project, World bank

Mongolia has rapidly increasing rates of Non-Communicable Diseases and Injuries (NCDIs). Since 1990, cancer is the second leading cause of mortality and the number of deaths due to cancer has been increasing year by year. As of 2009, cancer accounted for 20.8% of the main cause of the mortality and 3200 people die annually because of the cancer.

A Knowledge, attitudes and practices survey on breast cancer screening has been undertaken barely sufficient in Mongolia. Based on the this situation, we conducted this study with purpose to determine and describe perceptions and health seeking behavior related to breast cancer and the responsiveness of staff in public breast cancer screening and treatment services to these in Ulaanbaatar, in order to aid development of informed interventions contributing to increased awareness and utilization of Breast cancer screening services at Primary health care.

The study was conducted at the 2 family doctor units, 2 district hospitals and National Cancer Center for breast cancer screening service in Ulaanbaatar. Data was collected by applying a cross-sectional study, and the women above 35, who are waiting for the result of breast cancer screening or waiting for first time screening have been enrolled into the purposive group at these hospitals.

By the study result, main possible reasons for not taking or delaying cancer screening, were the lack of the information about cancer, not taking care of their health, busy schedule and lower living standards/ poor life, to live far away from medical facilities, not able to undertake screening and diagnostic services in the rural hospitals.

Keywords: health seeking behavior, breast cancer, screening

МОНГОЛ ОРОНД ЕВРОП ЭМЧИЛГЭЭГ ДЭЛГЭРҮҮЛСЭН ЭМЧ

1877 оны 3-р сарын 14-нд Байгалийн наад мужийн Сэлэнгэ аймгийн нутагт төрсөн. Тэрээр Сэлэнгийн орос-монгол сургууль, Тройцкосавск хотын бага сургууль, Чита хотын гимназид суралцсан. Мөн Санкт-Петербург хотын эзэн хааны нэрэмжит цэргийн эмнэлгийн академийг 1903 онд төгсжээ..

Орос орон хөрш зэргэлдээ Монгол орныг байнга сонирхож, олон тооны эрдэм шинжилгээ, туршилт судалгааны экспедицүүдийг явуулж байсан билээ.1861 онд Өргөөд Оросын консулын газар байгуулагдсан бөгөөд ерөнхий консулаар Я.Шишмарев /аав нь буриад, эх нь түвд/ томилогджээ. Энэ үед Оросын консулын газар эмчгүй байв.

Монгол оронд цэцэг өвчин, тарваган тахал байсхийгээд гарч, өвчний улмаас нас барах нь элбэг байсан тул “Орос улс дээрх өвчнийг дарахаар 1898 онд эмч Заболотный, 1899 онд эмч Дамаскин, Талько-Грынцевич нарыг, 1900 онд эмч Сживан болон доктор Подбелосский, профессор Ланге нарын удирдсан экспедицийг Монгол руу илгээж байлаа” Мөн 1906 онд Монголд гарсан тарваган тахлыг эмчлүүлэхээр хоёр эмчийг Өргөөд ирүүлсэн байна. Энэ тухай Оросын түүхч Д.Б.Батоев “ Наконец, в 1906 году появились два врача в Монголии... Первые опыты пользования больных монголов были сделаны здесь врачами Шендриковским и Шрейбером, командированными на борьбу с чумой, весьма успешно. Оба врача, поселившись в куране среди населения, не отказывали никому из обращавшихся к ним в помощи, и охотно шли сами туда, где особенно в них нуждались.” гэж бичжээ.

1906 онд Өргөөд байгаа Оросын консулын газар Овсянников гэдэг байнгын эмчтэй, улмаар 1909 онд эмнэлгийн газар болон эмийн сантай болжээ.1909 онд Оросын засгийн газар Б.Санжмятавыг Овсянниковын оронд томилов. Удалгүй энэ буриад эмчийн алдар хүнд Монгол даяар тарж Монгол төдийгүй Буриадаас ч өвчтөнгүүд Өргөөг зорих болов. Санжмятав эмч ойролцоогоор, сард 1100- 1400 гаруй өвчтөнийг үүнээс 200 шахам орос, 700 орчим монгол, 300 шахам хятад үзэж байсан тухай статистик тоо байдаг. Зөвлөлтийн түүхч С.В.Лапин “ 1898-1914 онуудад Монголд ажиллаж байсан орос эмч нарын ажил үйлс” гэдэг номондоо “...Цыбиктаров эмч богинохон хугацаанд монгол хятад ард иргэд төдийгүй Монголын болон Хятадын засгийн газрын итгэлийг олж чадсан юм... Цыбиктаров эмчид Өргөө орчмынхон, нэр нөлөө бүхий хүмүүс, лам нар, тэр байтугай түвдүүд хүртэл ханддаг байв” гэж бичжээ.Нэг удаа, шүдний өвчиндөө шаналсан Хятадын генерал Сюй- Шү- Жан тусламж хүсч Санжмятав эмч рүү салаа цэрэг явуулж байсан гэдэг.

1912 оны 9-р сарын 10-ны өдрийн “ Сибирь” сонины “Өргөө дахь Монголчуудад үзүүлсэн эмнэлгийн тусламж” гэдэг үгүүлэлд “ Угсаа гарал нэгтэй монголчуудаа дээд доор гэж ялгалгүй, өвчний улмаас зовж шаналж байгаа энгийн хүмүүсийг анхаарч халамжилж байсан учир доктор Цыбиктаров дөрвөн жилийн дотор өөрийн итгэл бишрэлдээ үнэнч лам хуврагуудын нүдний өмнө, европ эмнэлгийн нэр хүндийг өндөрт өргөж чадсан юм. Одоо эгэл жирийн монголчууд төдийгүй хүн амын дээд давхарга болох хутагт хувилгаад, ноёд түшмэд, олонд нэр нөлөө бүхий том лам нар Цыбиктаровт хандан зөвлөгөө авах болжээ. Энэ гайхамшигт эмчийн алдар нэр говь, хээр талаар ч тархаж байв. Өргөөгийн эмнэлэг, бүдүүн орос эмчийн талаар зөвхөн Өргөө хавийнхан ч бус өвөр монголчууд ч ам дамжин ярилцах болжээ” гэж тэмдэглэсэн байдаг

Тэрээр дотор, нүд, мэс засал, арьс өнгө, мэдрэл, эх барих, эмэгтэйчүүд гээд бараг бүх мэргэжлийн эмчийн үүрэг гүйцэтгэж байв. Өөр ч аргагүй. Мөн эмнэлгийн тоног төхөөрөмж, эм хангамж одоогийнхтой зүйрлэхийн аргагүй байсан тэр цагт өөр аргагүй байсан биз. Буриадын түүхч Д.Б.Батаевын бичсэн сонирхолтой тоо байна. “1911 онд Цыбиктаров эмч 4600 орчим өвчтөн үзсэн байна.. Эдгээр өвчтөний түүхийг үзвэл, элдэв яр түүхий 18%, хамуу 14%, тэмбүү 11%, элдэв шарх 8%, үрэвсэл 7%, чихний өвчин 6%, үе мөчний өвчин 3%, нүдний өвчин 2%, гэмтэл 2%, хорт хавдар 1.6%, дотрын өвчин 1.2, шүдний өвчин 0.5% тай” байжээ. Үүнээс үзэхэд, Санжмятав эмч ямаршуу хэмжээний мэдлэгтэй, чадвартай, хэр зэрэг ачаалалтай байсныг төвөггүй харж болно.

Олон зуун жил лам хуврагаа шүтэж, өвчин зовлон болоход тэдэнд ханддаг байсан монголчуудын хувьд европ зүгийн эмнэлэг шинэ зүйл байсан боловч Санжмятав эмчид үзүүлэх хүний тоо өдөр бүр нэмэгдэж байсан билээ. Тухайн үеийн нэгэн сонинд “Бараг бүх өвчтөн эхлээд лам нартаа үзүүлдэг. Засал олигтой авахгүй болохоор орос эмчид ирж үзүүлдэг болсон билээ. Гэхдээ лам нарын эмчилгээг бас үгүйсгэж болохгүй” хэмээн бичсэн нь бий.

Санжмятав эмч эмнэлэгтээ төдийгүй гэр орноор нь явж үздэг, заавар зөвлөгөө өгдөг, эмчилдэг байсан нь тодорхой байна.Оросын консулын газраас төв рүүгээ явуулсан нэгэн тайланд “ Всего было 4558 больных в году, которые сделали 10267 посещений. Отсюда доктор Цыбиктаров ежемесячно принимал более 379 больных и ежемесячно еще посещал более 855 больных. И еще он обслуживал больницу, где было 4 койки. Здесь прошло 33 больных, а смертность составила 9% “ хэмээн Санжмятав эмчийн хийсэн ажлыг нэгтгэн бичжээ гэж болохоор байна.Дээрх тоо баримтууд нь Санжмятав эмчийн мэргэжлийн ажлын үзүүлэлт болно.

Тэрээр эмчийн ажлын хажуугаар Монголын нийгэм улс төрийн ажилд ихээхэн үүрэгтэй оролцож байв.Монголын дэвшилтэт сэхээтнүүдтэй танилцан хүн амын дунд шинжлэх ухааны болон эрүүл мэндийн анхан шатны мэдлэг олгох ажлыг эрчимтэй явуулж байсан билээ. “Монгол орон, хүмүүсийн эрүүл мэндийн байдал, монголчуудад байгаа түгээмэл өвчний талаар олон жил судалгаа шинжилгээ хийж, монголчууд бол бие бялдрын хувьд мөхөж байгаа ард түмэн гэсэн ташаа ойлголтыг няцаасан хэдэн үгүүлэл бичиж” хэвлүүлсэн юм.

1917 онд Орос оронд ялсан хувьсгал Монгол оронд нөлөөлж улмаар Өргөөд байсан Оросуудын зарим нь шинэ засгийг, зарим нь хуучин засгийг дэмжин хоёр хуваагдаад байсан энэ үед Санжмятав эмч Зөвлөлт засгийг дэмжсэн “Орос иргэдийн гүйцэтгэх хороо”-г байгуулан удирдаж байв. Энэ тухай Л.Б.Жабаева, Ж.Цэцэгмаа нар “Монголын ардын хувьсгалын үйл хэрэгт Буриадын үндэсний сэхээтнүүдийн гүйцэтгэсэн үүрэг” номдоо “1918 оны 4-р сард Өргөөд Оросын хувьсгалт хороо байгуулагдаж өөрийн ДУМ, түүний гүйцэтгэх байгууллагыг сонгох сонгууль явуулсан байна. Нэг их удалгүй ДУМ гүйцэтгэх байгууллагатайгаа хувьсгалыг дэмжигчдийн гарт орсон нь Монголын нууц бүлгэмийнхэнд асар их ач холбогдолтой болжээ.” гэж үнэлэн бичжээ. Энэ байгууллага Монголд хувьсгалт үзэл санааг түгээн дэлгэрүүлэх талаар ихээхэн ажил хийсэн бөгөөд 1905 оны хувьсгалд оролцож явсан Я.В.Гембаржевский, хэвлэх үйлдвэрийн үсэг өрөгч М.И.Кучеренко, монгол сургуулийн буриад багш Эрдэнэбатхаан нарын зэрэг Монголын түүхэнд нэрээ үлдээсэн хүмүүс багтаж байв. 1917 оны зун Санжмятав эмч хувьсгалт үйл хэрэгт оролцохоор нутаг буцав. 1918 оны зун дахин Монгол оронд иржээ. “Гүйцэтгэх хороо”-ныхон Буриадад Зөвлөлт засаг тогтоохын төлөө тэмцлийг дэмжин, Өргөөгөөс партизануудад зохих хэмжээгээр буу, сум нийлүүлэх, мөн партизаны отрядад туслах зорилготой сайн дурынхны бүлэгт хүмүүсийг элсүүлж хил давуулан явуулах ажлыг” Санжмятав эмч гардан удирджээ. Мөн 1918 оноос 1921 он хүртэл Монголын хувьсгалчидтай холбоо тогтоон тэдний ажилд тусалж, хамтран ажиллаж байлаа.

1921 оны эхээр Монголд орж ирсэн Унгерний цэргүүд Санжмятав эмчийг баривчлан амь насыг нь хороосон байна. Түүхийн баримт бичигт дурдсанаар, “Унгерний цэргүүд Өргөөд байсан Оросын хувьсгалчдыг бараг толгой дараалан буудаж хороосон бөгөөд ялангуяа Кучеренко, Гембаржевский, эмч Цэвэгтарав нарт онцгой харгис хандан тэдний дөрвөн мөч, толгойг тасдаж хаясан”

Манай түүхийн номуудад “1921 оноос өмнө зөвхөн төвд эмч, домч нарын эрх мэдэлд “анагаах ажил” төвлөрч... 1921 оноос хойш шинжлэх ухааны эмнэлэг дэлгэрэн хөгжиж эхэлсэн...” гэсэн ерөнхий, нэг агуулгатай бичсэн байдаг.

Монгол оронд 12 жил ажиллахдаа монгол, хятад, орос олон хүнийг эмчлэн эдгээж, европ эмнэлгийн ач тусыг ойлгуулахын төлөө анхлан хичээн зүтгэсэн энэ эмч шинжлэх ухааны эмнэлэг дэлгэрэн хөгжихийн эх суурийг тавилцсан хүний нэг мөн. Учир нь ойролцоогоор, нэг жилд 4500 өвчтөнийг үзэж эмчилсэн гэж тооцвол, 12 жилд 50000 гаруй монгол, орос, хятад хүнд шинжлэх ухааны эмнэлгийн ач тусыг үзүүлжээ. Тухайн үед Монголын хүн ам 600000 гаруй байсан гэж үзвэл, манай эрүүлийг хамгаалахын түүхэнд алдар нэр нь заавал үнэлэгдэх буянтай үйл бүтээсэн байна..

Монголчуудын ихэд хүндэлдэг Санжмятав эмчийн удирдсан “Гүйцэтгэх хороо”-ны явуулж байгаа хувьсгалт тэмцэл нь өргөн олны дунд дэвшилтэт үзэл санаа түгэн дэлгэрэхэд, тухайн үеийн хувьсгалчид зорьсон хэргийнхээ учир байдлыг ойлгон, улс төрийн зохих туршлага суухад бодитоор нөлөөлсөн гэдгийг хүлээн зөвшөөрөх хэрэгтэй

Шарайд Базаржавын Шагдаржав.

“ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ШИНЖЛЭХ УХААН” сэтгүүлд материал хүлээн авах журам

Дараах төрлийн бүтээлийг “Эрүүл Мэндийн Шинжлэх Ухаан” сэтгүүлд хүлээн авна.

- **Эрдэм шинжилгээний өгүүлэл:** Эрдэм шинжилгээ, судалгааны ажлын үр дүн, тайлбар, дүгнэлт бүхий бүрэн өгүүлэл эсвэл тайлан хэлбэрээр бичигдсэн байна.
- **Тойм өгүүлэл:** Тухайн сэдвээр сүүлийн жилүүдэд нийтлэгдсэн эрдэм шинжилгээний бүтээлүүдийг тоймлон, дүн шинжилгээ хийсэн А4 форматын 4 хуудаснаас хэтрэхгүй байна.
- **Зөвлөгөө, сургалт:** Эмч, эмнэлгийн ажилтаны мэдлэг мэргэжил болон хүн амын эрүүл мэндийн боловсролыг дээшлүүлэх зөвлөгөө, сургалтын материал нь А4 форматын 4 хуудаснаас хэтрэхгүй байна.
- Түүх, дурсамж, ховор тохиолдол: Монголын анагаах ухааны хөгжлийн түүх, ховор баримт, ахмад эмч, эрдэмтдийн дурсамж нь он сар, бусад баримтыг тусгасан байх ба хувь хүний нууц, нэр төрд харшлаагүй байх ёстой. А4 форматын 2 хуудаснаас хэтрэхгүй байна.
- **Номын мэдээлэл, бүтээлийн шүүмж:** Номын мэдээллийг зөвхөн зохиогчийн зөвшөөрлийн дагуу хэвлэнэ. Шинээр хэвлэгдсэн сурах бичиг, гарын авлага, нэг сэдэвт бүтээлд дүн шинжилгээ хийсэн шүүмж нь А4 форматын 3 хуудаснаас хэтрэхгүй байна
- **Зар сурталчилгаа:** Тухайн дугаарын 10%-иас хэтрүүлэхгүй.

Бүтээлд тавих шаардлага:

Бүтээл нь дараах бүтэцтэй байна.

- Гарчиг
- Зохиогчдын нэр болон харьяалал
- Товч утга
- Түлхүүр үг
- Үндэслэл
- Арга аргачлал
- Үр дүн
- Хэлцэмж
- Дүгнэлт
- Талархал
- Ном зүй
- Англи товчлол

Сэтгүүлд ирүүлэх бүтээлийг зөвхөн **TIMES NEW ROMAN** фонтоор **ХҮЛЭЭН АВНА. MON** өргөтгөлтэй фонтоор бичсэн материалыг **ХҮЛЭЭЖ АВАХГҮЙ**. Өгүүлэл нь дэвшүүлсэн асуудлаа зураг, хүснэгт бусад материалаар баримтжуулсан электрон форматтай байна. Таны бүтээл урьд нь хэвлэгдэж байгаагүй, стандартын өндөр түвшинд, чанартай бүтээгдсэн байх шаардлагатай ба монгол хэлээр бичигдсэн **англи товчлолтой** байна.

Гарчиг. Гарчигийг гурван мөрөнд багтаан бичнэ.

- Зохиогчдийн нэр
- Зохиогчийн харьяалал болон **бүтэн хаяг**, цахим шуудан /e mail/, **утас болон факсын дугаар**

Товч утга /абстракт/. Товч утгыг **150-250 ҮГЭНД** багтаан бичнэ. Хураангуйд ямар нэгэн тодорхой бус товчилсон үг, эсвэл нарийвчлаагүй тодорхойлолт оруулахгүй байх шаардлагатай.

Түлхүүр үг. Бүтээлийн агуулгыг тодорхойлсон **4-6 үг**.

Бичвэрийн хэлбэр /format/. Өгүүллийг дараах хэлбэрээр хүлээн авна. Үүнд:

- Өгүүллийн үндсэн үр дүнг Times New Roman 10 үсгийн фонтын хэмжээгээр,
- Тодотгосон үг, нян, вирусийн нэрийг italic –аар,
- Хуудсаа дугаарлахдаа автоматаар дугаарлах цэсийг ашиглах,
- Догол мөр эхлэхдээ зай авах “space” товчийг бус “tab” товчийг ашиглах,
- Хүснэгтийг “spread sheet” бус хүснэгт хийх цэсийг ашиглах,
- Хүснэгт, зургийг араб тоогоор дугаарлах,

- Хүснэгтэд гарчиг өгч, тайлбар хийсэн байх.
- Symbol болон тэгшитгэл оруулахдаа “Math Type” цэсийг ашиглах,
- Файлыг зөвхөн doc. өргөтгөлөөр хадгалсан байх,

Зургийг электрон хэлбэрт оруулах:

- Бүх зургийг электрон хэлбэрт оруулж, ямар програм ашиглан бүтээснээ дурьдах,
- Вектор графикт EPS формат, Halftone-д JPEG, TIFF формат, MS Office програмыг ашигласан байх ба вектор графикт буй үсгийн фонтыг файлдаа оруулсан байх,
- Зургийн файлыг “Зураг” /Fig/ гээд дугаарласан байх. Ж нь: Зураг 1, Fig 1
- Зураг, диаграм доторх бүх зураас, үсэг ойлгомжтой тод байх,
- Хувилсан /скан/ зураасан зурагнууд болон цэгэн зургийн /bit/ форматаар хийсэн зураг нь 600 dpi-аас багагүй нарийвчлалтай байх,
- Микрофото зургийн өсгөлтийг дурьдсан байх,

Өгүүллийг электрон хэлбэрт оруулсаны дараа CD-R, DVD-R байдлаар хүлээлгэн өгнө.

Тайлбар, нэмэлт мэдээлэл. Зураг хүснэгтийн тайлбар, нэмэлт мэдээлэл нь илүү дэлгэрэнгүй мэдээллийг өгөхөөс гадна лавлах жагсаалтаас авсан ишлэлүүд багтаж болно. Тайлбар, нэмэлт мэдээллийг эрэмбэлж, мөрний эхнээс жижиг үсгээр бичих, (утга болон статистик ялгааг -*-одоор тэмдэглэх) Санхүүжүүлэгч байгууллагын нэрийг бүтнээр бичих. Олон улсад хүлээн зөвшөөрөгдсөн нэр томъёо, тэмдэг, нэгжүүдийг хэрэглэх. Хэрвээ арилжааны нэр ашигласан бол эм, урвалжын олон улсын нэрийг заавал дурдах.

Ишлэл. Ишлэлд зохиогчийн нэр болон оныг оруулах. Тухайлбал: Уг судалгааны үр дүнг хожим Беккер, Сэлигмэн нар (1996) няцаажээ эсвэл үүний биологийн үйлчлэлийг ихээхэн судалжээ. (1991 онд Аббот; 1995 онд Барекил, 1998 онд Келсо, Смит нар 1993)

Англи товчлол. Өгүүллийн нэр, товч утгыг 200-250 үгэнд багтааж бичих,

Номзүй. Номзүйн жагсаалтад өмнө нь хэвлэлд нийтлэгдэж байсан бүтээлийг оруулах. Хувь хүний харилцан яриа, өмнө нь нийтлэгдээгүй ажлуудыг зөвхөн ишлэлд дурьдах. Номзүйн жагсаалтад нэмэлт тайлбар, оруулгийг хавсаргахгүй байх.

Ашигласан бүтээлүүдийг цагаан толгойн үсгийн дарааллаар 1-р зохиогчийн овог нэрээр ангилна. Тухайлбал:

1. Gamelin FX, Baquet G, Berthoin S, Thevenet D, Nourry C, Nottin S, Bosquet L (2009) Effects of high intensity intermittent training on heart rate variability in prepubescent children. Eur J appl Physiol 105:731-738. doi: 10.1007/s00421-008-0955-8

Цахим бичиг баримтыг:

1. Cartwright.J “Том одуудад ч асуудал бий” IOP Publishing Physics Web. <http://physicsweb.org/articles/news/11/6/16/1>. 2007 оны 06 сарын 26-нд тавигдсан.

Диссертаци, нэг сэдэвт бүтээлийг:

1. Мөнхдөл Г “Бөөрний хурц дутагдлын туршилт” АУ-ны докторын зэрэг горилсон нэг сэдэвт бүтээл. 1975 он. Калифорнийн их сургууль

Судалгааны ажлыг хүлээн авах: Таны өгүүлэл, судалгааны ажлыг хүлээж авсаны дараа сэтгүүлийн редакцийн зөвлөлийн 1-2 гишүүнд өгч хянуулж, зохих засварыг хийсний дараа хэвлэж болох тухай зөвшөөрлийг бичгээр авна. Судлаач био-анагаахын ёсзүй зөрчөөгүй болон энэ ажлыг гүйцэтгэхэд ашиг сонирхолын ямар нэг зөрчил байхгүй тухай тодорхойлолтыг зохиогчоос бичгээр авч баталгаажуулсаны дараа зохиогчийн эрхийг хамгаалах хуулийн хүрээнд бүтээлийг хамгаалах, олон нийтэд түгээх эрх нээгдэнэ. Хэвлэлийн эх бэлдэх явцад алдаа гарсан эсэх, тухайн текст, хүснэгт, зураг бүрэн орсон эсэхийг шалгасны дараа online хэлбэрээр интернэтэд тавина.

Эрдэм шинжилгээний өгүүллийн нүүр тус бүрийг 5000 төгрөгөөр тооцон сэтгүүлийн “Хас” банкны 5111000011 тоот дансанд тушаана.