

МОНГОЛЫН
АНАГААХ
УХААН

1996
№1

МОНГОЛЫН АНАГААХ УХААН

Монгол Улсын Эрүүл Мэндийн Яам, Монголын эмч нарын эрдэм шинжилгээний нийгэмлэгийн улирал тутмын сэтгүүл

37 дахь жилдээ

№1 (94)

1996 он

ГАРЧИГ

СУДАЛГАА ШИНЖИЛГЭЭ

Г.Сүхбат, О.Амарцэнгэл, Г.Батмөнх, Г.Дашзэвэг Хүмүүнлэг чанарын сорилоор ирээдүйн мэргэжилтэнг сонгох боломж3

С.Татьяна, Б.Бурмаа, Т.Тунгалаг, А.Чойгалжамц, Ц.Адъяахүү, Ц.Жаргалсайхан, И.Наранцэцэг, Т.Нансалмаа Хүүхдийн биеийн галбирын зарим үзүүлэлт, өөрчлөлтийг судалсан дүн.....7

Л.Нарантуяа, Ш.Энхцэцэг, Л.Пүрэвжав, Т.Тойвгоо, Г.Туваанжав, А.Батхишиг Ундны усны найрлага дах биодэвхт зарим элементүүдийн агууламжийг хүн амын холбогдох өвчлөлттэй харьцуулан судалсан дүн.....13

Л.Энхбаатар, Л.Лхагва Монгол орны тарваган тахлын дэгдэлтүүдэд байгалийн хүчин зүйлийн нөлөөг судалсан дүн.....26

ЛЕКЦ, ТОЙМ, ЗӨВЛӨЛГӨӨ

П.Нямдаваа, Г.Дашзэвэг Монгол улсын эрүүл мэндийн бодлогын түүхэн хөгжил, хэтийн төлөв.....3

Өгүүллүүдийн англи товчлол.....45

1995 онд анагаах ухааны чиглэлээр зэрэг хамгаалсан эрдэмтэд47

MONGOLIAN MEDICAL SCIENCES

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

37 th year of publication No1 (94) 1996

CONTENTS

ORIGINAL ARTICLES

G.Sukhbat; O.Amartsengel, G.Batmunkh, G.Dashzeveg Possibilities of usage of humanity tests in the selection of future specialists.....3

S.Tatyana, B.Burma, T.Tungalag, A.Choigoljamts, Ts.Adyahuu, Ts.Jargalsaikhan, I.Narantsetseg, T.Nansalma The results of a study on curvature of spine of mongolian children.....7

L.Narantuya, Sh.Enkhtsetseg, L.Toiwgoo, G.Tuwanjaw, A.Bathishig The results of a study on correlations of contents of bio-active elements in the drinking water and morbidity of population13

L.Enkhbaatar, L.Lkhagwa Study of influences of some natural factors on plague outbreaks in Mongolia26

LECTURE, REVIEWS AND CONSULTATIONS

P.Nymadawa, G.Dashzeveg The historical development and future trends in health policy of Mongolia33

Abstracts of the articles in English..... 45

Scientists established medical doctoral and philosophy doctoral degrees in 1995 47

СУДАЛГАА ШИНЖИЛГЭЭ

ХҮМҮҮНЛЭГ ЧАНАРЫН СОРИЛООР ИРЭЭДҮЙН МЭРГЭЖИЛТЭНГ СОНГОХ БОЛОМЖ

Г.Сүхбат, О.Амарцэнгэл, Г.Батмөнх, Г.Дашзэвэг
Анагаах Ухааны Их Сургууль

Хүмүүнлэг ардчилсан нийгэм байгуулах Монгол Улсын зорилт хүн ард нь хир зэрэг хүмүүнлэг байгаа эсэхээс л хамаарна.

Маргаашийн хүмүүнлэг нийгмийг байгуулах анхны хүмүүс нь өнөөдрийн оюутан залуус билээ. Бие хүн нь удамшил ба сэтгэцийн шинжүүдийг багтаасан сэтгэц-бие зүйн суурин дээр тулгуурлан хөгждөг учир хүмүүнлэг чанараараа хүмүүс харилцан адилгүй. Хүний нийгмийн хөгжлийн түүхээс харахад хамгийн хүмүүнлэг байх ёстой мэргэжилтэн нь эмч гэж үздэг.

Судалгааны аргачлал

Энэ бүхэнд тулгуурлан бид хүний хүмүүнлэг чанарыг тодорхойлох сэтгэл зүйн сорил боловсруулан АУИС-ийн оюутнууд, тус сургуульд элсэгчид болон шилдэг эмч нарт судалгаа явуулж, өөрсдийн боловсруулсан сорилын амьдралд хэрэгжих боломжийг тогтоосон юм. Улмаар энэхүү сорилоо сэтгэл зүйн бусад аргуудтай хавсран хэрэглэж Монгол Улсын их сургуулиудын оюутнуудын хүмүүнлэг чанарыг тодорхойлж ирээдүйн мэргэжилтнийг шилж сонгох нэгэн үндэслэл гаргах зорилт тавилаа. Судалгаанд 5 их сургуулийн (МУҮИС, АУИС, ХААИС, УБИС, ТИС) 18-25 насны 1440 оюутанд (эмэгтэй 992, эрэгтэй 448) судалгаа явууллаа. Эрүүл мэндэд хандах байдлыг С.Долецкийн, зан араншинг Смирновын, хүмүүнлэг чанарыг өөрсдийн боловсруулсан сорилоор тус тус тодорхойлж хүйс, мэргэжил, элсэлтийн байдалтай холбон авч үзлээ.

Судалгааны дүн, зөвшлөг

Хүмүүнлэг чанарын сорилоор тэнцүүлэн авч үзэхэд: Эрэгтэйчүүдийн $25.2 \pm 2.0\%$ тэнцэхгүй, тэнцэх боломжтой

63.6±2.3%, бүрэн тэнцэх нь 11.2±1.5% байхад эмэгтэйчүүдийн дотор тэнцэхгүй 25.4±1.4%, тэнцэх боломжтой 63.8±1.5% бүрэн тэнцэх 10.8±1.0% байв.

Мэргэжлийн онцлогтой холбон судалж үзэхэд:

Анагаахын мэргэжлийн оюутнууд хүмүүнлэг чанараар 18.68±2.4% тэнцэхгүй, 21.72±1.8% тэнцэх боломжтой. 43±4.71% нь бүрэн тэнцэж байхад Техникийн мэргэжлийн оюутнуудын 21.02±2.54% тэнцэхгүй, 13.47±1.34% тэнцэх боломжтой, 8.04±2.57% бүрэн тэнцэж, Нийгмийн ухааны оюутнуудын 7.78±1.67% тэнцэхгүй, 7.89±1.0% тэнцэх боломжтой, 3.57±1.75% бүрэн тэнцэж (энд зөвхөн 3 үндсэн мэргэжлийг төлөөлүүлэн сонгож авсан болно) байна.

Үүнээс үзэхэд анагаахын мэргэжлийн оюутнуудын дотор хүмүүнлэг чанараараа бүрэн тэнцэх хүмүүс мэдэгдэхүйц давамгай байхад техникийн мэргэжлийн оюутнуудын ихэнх нь, нийгмийн ухааны чиглэлийн оюутнуудын нэлээд нь хүмүүнлэг чанараараа тэнцэхгүй гэсэн бүлэгт хамрагдаж байна. Энэ нь хүмүүнлэгийн талаар явуулах ажлын чиглэлийг тодорхойлох нэгэн чухал үндэслэл болох боломжийг нээж байна.

Хүмүүнлэг чанарын сорилоор хот, хөдөөнөөс ирсэн байдалтай уялдуулан хүйсээр хамруулж авч үзвэл, нийт тэнцэхгүй эрэгтэй хүмүүсийн 42.7%, хотынх 57.3%, хөдөөнийх тэнцэх боломжтой хүмүүс хот, хөдөөд адилхан 50% бүрэн тэнцэх хүмүүсийн 49.1%, хотынх 50.9%, хөдөөнийх байна. Эмэгтэйчүүдийн хувьд бүх тэнцэхгүй хүмүүсийг 100% гэж үзвэл хотынх 50.9% хөдөөнийх 45.4% эзэлж байхад тэнцэх боломжтой нь 47.3% хотынх 52.7% хөдөөнийх, бүрэн тэнцэх хүмүүсийн 47% хотынх, 53% хөдөөнийх байна. Үүнээс харахад хүмүүнлэг байдлаараа тэнцэхгүй эмэгтэйчүүдийн ихэнх нь хотынх, харин эрэгтэйчүүдийн олонхи нь хөдөөнийх байгаа нь тогтоогдлоо. Эрүүл мэнддээ хэрхэн хандах хандлагыг хүмүүнлэг чанартай уялдуулан нэгдүгээр хүснэгтээр үзүүлэв.

Ер нь манай оюутан залуус эрүүл мэнддээ хандах байдал хангалтгүй байгаа нь сэтгэл эмзэглүүлж байгаа хэдий ч хүмүүнлэг чанар нь сайжрах тутам эрүүл мэнддээ хандах байдал нь эрчимждэг ихээхэн сонирхолтой зүй тогтлыг анх удаа илрүүлээ.

Хүмүүнлэг чанар болон хүний араншингийн уялдааг хоёрдугаар хүснэгтээр үзүүлэв.

Эмэгтэйчүүдийн хувьд хүмүүнлэг чанар нэмэгдэх тутам санаа бодлоо илэрхийлэх чадвар мэдэгдэхүйц ($P < 0.001$) нэмэгдэж

**ХҮМҮҮНЛЭГ ЧАНАР ЭРҮҮЛ МЭНДДЭЭ ХАНДАХ БАЙДАЛД
НӨЛӨӨЛӨХ НЬ**

Хүмүүнлэг чанар		Эрүүл мэнддээ хандах байдал		
		хангалтгүй	дунд зэрэг	хангалттай
тэнцэхгүй	эр	85.8±3.3	8.8±2.7	5.3±2.0
	эм	90±1.9	6.4±1.5	3.6±1.2
тэнцэх боломжто	эр	81.3±2.3	6.7±1.5	1.2±1.9
	эм	85.3±1.4	7.9±1.0	6.8±1.0
бүрэн тэнцэх	эр	68.6±6.5	11.8±4.5	19.6±5.5
	эм	64.2±4.6	17.4±3.6	18.4±3.7

харин хатан чанар сайжрах хандлага ажиглагдсан ч үнэн магадтай ялгаа илэрсэнгүй. Мөн сэтгэл хөдлөлийн хувьд мэдэгдэхүйц ялгаа ажиглагдсангүй. Тэнцэх боломжтой болон бүрэн тэнцэх хүмүүс тэнцэхгүй хүмүүсээс хариу урвалын хурдаараа илүүтэй байна. Хүмүүнлэг чанар сайжрах тутам идэвхтэй байдал улам ($P < 0.001$) нэмэгдэж байна. Эрэгтэйчүүдийн хувьд дээрхи зүй тогтол нэгэн адил илэрч байна. Энэхүү судалгааны үр дүнд үндэслэн дараах дүгнэлтийг хийж байна.

1. Судалгаанд хамрагдсан нийт хүмүүсийн аравны нэг орчим нь хүмүүнлэг чанарын хувьд хангалтгүй байгаа бөгөөд мэргэжлээр нь авч үзвэл Анагаахын оюутнууд илүү хүмүүнлэг, харин Техникийн хүмүүс хүмүүнлэг чанар багатай байна.

2. Хүмүүнлэг чанараар тэнцэхгүй эмэгтэйчүүдийн ихэнх нь хотынх, эрэгтэйчүүдийн олонхи нь хөдөөнийх байна.

3. Хүмүүнлэг чанар нь сайжрах тутам тэдний эрүүл мэнддээ хандах байдал, санаа бодлоо илэрхийлэх чадвар, идэвхтэй байдал болон хариу урвалын хурд нь нэмэгдэж амьдралын идэвхтэй байх суурь эзлэх таатай боломж бүрдэж байна.

ХҮМҮҮНЛЭГ ЧАНАР ХҮНИЙ АРАНШИНГИЙН ШИНЖҮҮДТЭЙ УЯЛДАХ БАЙДАЛ

Хүмүүнлэг чанар	Тэнцэхгүй		Тэнцэх боломжтой		Бүрэн тэнцэнэ		
	эр	эм	эр	эм	эр	эм	
Зан араншингийн шинжүүд	2	49.5±5	48.9±3.4	34.1±3.0	32.9±1.9	20±5.6	20.2±4.0
	3	24.3±4	32.2±3.2	28.4±2.4	26.7±1.8	20±5.6	26.3±4.4
	4	26.2±4	18.0±2.6	37.5±1.7	40.2±2.0	60±6.9	53.5±5.0
	2	11.7±3	6.5±1.7	6.5±1.5	6.9±1.0	6±3.4	11.1±3.2
Уян хатан чанар	3	29.1±4.5	28.5±3.1	30.3±2.8	30.3±1.9	28±6.3	29.3±4.6
	4	58.2±4.8	65.0±3.2	63.2±3	62.8±2.0	66±6.7	59.6±4.9
	2	19.5±4	12.9±2.3	26.8±2.7	17.9±1.6	30±6.5	19.2±4.0
Сэтгэл хөдлөл	3	55.3±5	55.3±3.4	56.3±3	61.9±2.0	54±7	66.7±4.7
	4	25.2±4	31.8±3.2	16.9±2.3	20.2±1.7	16±5	14.1±3.5
	2	39.8±4.8	42.9±3.4	23.4±2.6	29.1±1.9	20±5.6	25.2±4.4
Хариу урвалын хурд	3	37.9±4.8	37.8±3.3	49±3	44.2±2.1	48±7	46.5±5.0
	4	22.3±4	19.3±2.7	27.6±2.7	26.7±1.8	32±6.6	28.3±4.5
	2	24.3±4	24.9±2.9	11.5±2	16.4±1.5	2±1	7.1±2.6
Идэвхтэй байдал	3	55.3±5	58.1±3.4	56.7±3	57.0±2.1	44±7	53.5±5.0
	4	20.4±4	17.3±2.6	31.8±2.8	26.6±1.8	54±7	39.4±4.9

Тайлбар: 2 - муу, 3- дунд, 4- сайн

НОМ ЗҮЙ

1. Анагаах ухааны дөрвөн үндэс (1991) УБ 735 х
2. Воробейчик П.Н., Покитер Е.А., (1989) Основы психогигиены Киев. 183 с
3. Под ред Щебанова.А.И М (1990) Практикум по общей психологии 285 с
4. Майдикова Ю.Л., Майоренко П.П., (1991) Роль психофизиологических и личностных особенностей человека в условиях групповой деятельности. Конференция. Индивидуальные психофизиологические особенности человека и профессиональная деятельность, Черкассы. 156 с
5. Action and Action Competence as key Concepts in critical Pedagogy Royal Dahish School of Educational Studies (1994) р 224

ХҮҮХДИЙН БИЕЙН ГАЛБИРЫН ЗАРИМ ҮЗҮҮЛЭЛТ, ӨӨРЧЛӨЛТИЙГ СУДАЛСАН ДҮН

**С.Татьяна, Б.Бурмаа, Т.Тунгалаг, А.Чойголжамц,
Ц.Адъяахүү, Ц.Жаргалсайхан, И.Наранцэцэг,
Т.Нансалмаа**

*Эрүүл ахуй, Халдвар нян судлалын үндэсний төв, Увс, Ховд,
Өвөрхангай, Булган, Архангай аймаг, Улаанбаатар хотын
Эрүүл ахуй Халдвар судлалын хяналтын газар*

Биеийн галбир нь хүүхдийн бие бялдрын өсөлт хөгжлийн нэг үзүүлэлт бөгөөд тэдний өсөлт хөгжлийн шат бүрд өөр өөр байдаг. Хүүхдийн байгууллагын модон эдлэл (самбар, парт, ширээ, сандал, ор) хувцас хэрэглэл нь хүүхдийн биеийн хэмжээ, суудал, хэвтэр зэрэг байдал тохироогүй бол тэдний бие бялдрын өсөлт хөгжил, биеийн галбир, яс, булчин, харааны эрхтний үйл ажиллагаа, сурлагын чанарт муугаар нөлөөлдөг.

Оросын эрдэмтэн З.П.Ковалькова орос хүүхдийн нурууны өндөр, хүзүүний тахирын гүн, ууцны хотгорын гүний хэвийн хэмжээ, нурууны хэлбэрийн гаж өөрчлөлтийг судлан тогтоожээ.

Манай улсад хүүхэд өсвөр үеийнхний биеийн галбир, нурууны хэлбэрийн өөрчлөлт нэлээд ажиглагддаг боловч монгол хүүхдийн нурууны өндөр, хүзүүний тахир, ууцны хотгорын гүний хэвийн хэмжээ, түүний гаж өөрчлөлтийг судалсан судалгаа, шинжилгээний хэвлэлийн материал ховор байгаагаас хүүхдийн бие бялдрын өсөлт хөгжлийн байдалд эрүүл ахуйн иж бүрэн

үнэлгээ өгч, дүгнэлт гаргах боломжгүй байна.

Судалгааны зорилго:

Монгол улсын сургуулийн насны хүүхдийн нурууны өндөр, хүзүүний тахир, ууцны хотгорын гүний хэмжээ, сургууль, цэцэрлэгийн насны хүүхдийн биеийн галбирын өөрчлөлтийг судалж, жиших үзүүлэлт боловсруулах, эрүүл ахуйн үнэлгээ өгөх.

Судалгааны арга зүй

Нийт аймаг, хотын Эрүүл ахуй, халдвар судлалын хяналтын газрын хүүхэд өсвөр үеийн эрүүл ахуйч эмч нарыг оролцуулан ЭАХС-ын Улсын ерөнхий байцаагчийн 1992 оны 7 дугаар сарын 28-ны өдрийн 42 тоот тушаалаар баталсан аргачлалын дагуу 1992-1994 онд хэмжилт, судалгаа явуулж, газар зүйн мужлалаар ангилан дүн шинжилгээ хийж, эрүүл ахуйн үнэлгээ өглөө.

Хүүхдийн нурууны өндөр, хүзүүний тахирын гүн, ууцны хотгорын гүний хэмжээг З.П.Ковальковагийн аргаар, биеийн галбирын өөрчлөлтийг Е.Рутковскаягийн сорилоор тус тус судаллаа.

Судалгааны үр дүн

Сурагчдын нурууны өндөр, хүзүүний тахир, ууцны хотгорын гүний хэмжээг Алтайн уулархаг, Хангайн мужид судалсан дүнг 1, 2 дугаар хүснэгтээр харуулав. Алтайн уулархаг мужийн 8-17 насны 1010 эрэгтэй, 1048 эмэгтэй сурагчдыг судалгаанд хамруулан хийсэн судалгааны дүнгээс үзэхэд (Хүснэгт 1) нурууны өндөр хүүхдийн нас ахих тутам нэмэгдэж 55.8-76.5 см (эрэгтэй, 54.6-76.3 см(эмэгтэй) , хүзүүний тахирын гүн 2.8-3.3 см (эрэгтэй), 2.79-3.37 см (эмэгтэй), ууцны хотгорын гүний хэмжээ 2.7-3.3 см (эрэгтэй), 2.7-3.4 см(эмэгтэй), Хангайн мужийн 8-13 насны 758 эрэгтэй, 8-17 насны 1468 эмэгтэй хүүхдийг судалсан дүнгээр (Хүснэгт №2) нурууны өндөр 58.6-73.5 см (эрэгтэй), 59.4-76.3 см(эмэгтэй), хүзүүний тахирын гүн 2.8-3.5 см (эрэгтэй), 2.8-3.0 см (эмэгтэй), ууцны хотгорын гүн 2.25-2.95 см (эрэгтэй), 2.2-2.91 см (эмэгтэй) тус тус байна.

Алтайн уулархаг, Хангайн мужийн хүүхдийн нурууны өндөр, хүзүүний тахир, ууцны хотгорын гүний хэмжээг харьцуулахад Алтайн уулархаг мужийн 8,9,10 насны эрэгтэй, эмэгтэй хүүхдүүд

Хангайн мужийн ижил насны хүүхдүүдээс 061-4.72 см-ээр нам, 10,11 насны эрэгтэй, эмэгтэй, 12,14,16 насны эмэгтэй хүүхдүүд 0.02-1.23 см-ээр өндөр боловч энэхүү ялгаа нь 8 насны эмэгтэй ($t > 2$)-гээс бусад насанд үнэн магадтай биш байна.

Хоёр мужийн хүүхдийн хүзүүний тахирын гүний хэмжээг харьцуулан судлахад бараг бүх насанд Хангайн мужийн хүүхдүүд Алтайн уулархаг мужийн хүүхдүүдээс 0.01-0.67 см-ээр илүү ($t < 2$), ууцны хотгорын гүний хэмжээгээр бүх насанд Хангайн мужийн хүүхдүүд Алтайн уулархаг мужийн хүүхдээс 0.02-1.01 см-ээр илүү бөгөөд энэ ялгаа нь 9 насны эрэгтэй, 14 насны эмэгтэйгээс ($t > 2$) бусад насанд үнэн магадтай биш байна.

Е.И.Вареничийн (1974) тэмдэглэснээр Полесья суурины хөвгүүдийн 17.6 хувь, окидын 24.2 хувь нуруу нугалмайн хэв гажсан, Ч.Цолмонгийн судалгаагаар 8-17 насны окидын дунд нуруу, нугалмайн гажиг 5.8 хувь, хөвгүүдийн дунд 16.2 хувь байгааг тус тус тогтоосон байна.

Хүүхдийн биеийн галбирын өөрчлөлтийг Архангай, Өвөрхангай, Булган, Говь-Алтай, Ховд, Баян-Өлгий, Хөвсгөл, Өмнөговь, Сэлэнгэ аймаг, Улаанбаатар, Дархан, Эрдэнэт хотын 14178 хүүхдийг хамруулан судалж аргачлалын дагуу үнэлгээ өгөхөд судалгаанд хамрагдсан нийт хүүхдийн 83.7 хувь нь хэвийн, 14.64 хувь нь бага зэргийг өөрчлөлттэй, 1.63 хувь нь мэдэгдэхүйц өөрчлөлттэй байна.

Е.И.Варенич нарын олон судлаач хүүхдийн нуруу, нугалмай гажих нь сургуулийн өмнөх насанд эхэлж байгааг ажигласан байна. Тухайлбал 7 настайд хөвгүүдийн 19.4 хувь, окидын 74 хувь нуруу, нугалмайн хэв гажсан байсныг тэмдэглэжээ.

Хүүхдийн биеийн галбирын өөрчлөлтийг Улаанбаатар хотод судалсан дүнгээс үзэхэд судалгаанд хамрагдсан сургуулийн 704 хүүхдийн 526 буюу 74.7 хувь нь, цэцэрлэгийн 284 хүүхдийн 172 буюу 60.6 хувь нь тус тус биеийн галбир, тулгуур эрхтний өөрчлөлттэй байна. (Хүснэгт №3)

Сургуулийн ба сургуулийн өмнөх насны хүүхдийн биеийн галбирын өөрчлөлтийг харьцуулахад сургуулийн хүүхдүүд биеийн галбирын гаж өөрчлөлтөөр цэцэрлэгийн насны хүүхдээс 14.1 хувиар ($t > 2$) илүү байна. Хүүхдийн биеийн галбирын өөрчлөлтийг судалсан үзүүлэлт бүрээр сургуулийн болон сургуулийн өмнөх насны хүүхдийг харьцуулахад 4 дүгээр хүснэгтийн 5,6,7 дугаар үзүүлэлтээр цэцэрлэгийн насны хүүхдүүд сурагчдаас илүү ($t > 2$), сурагчид цэцэрлэгийн насны хүүхдээс 3,4 дүгээр үзүүлэлтээр илүү ($t > 2$) байна.

ДҮГНЭЛТ

1. Монгол хүүхдийн (сургуулийн насны) нурууны өндөр, хүзүүний тахирын гүн, ууцны хотгорын гүний хэмжээг урьдчилсан байдлаар тогтоов.

2. Монгол хүүхдийн хүзүүний тахирын гүн нь бүх насанд ууцны хотгорын гүнээс илүү, хүүхдүүд бөгтөрдүү байна.

3. Алтайн уулархаг, Хангайн мужийн хүүхдүүд нурууны өндөр, хүзүүний тахир, ууцны хотгорын гүний хэмжээгээр ялимгүй ялгаатай боловч үнэн магадтай биш байна

4. Биеийн галбирын өөрчлөлтийг судлахад нийт хүүхдийн 83.7 хувь нь хэвийн, 14.64 хувь нь бага зэргийн, 1.63 хувь нь мэдэгдэхүйц өөрчлөлттэй байна.

5. Сургуулийн насны хүүхэд сургуулийн өмнөх насны хүүхдээс биеийн галбирын өөрчлөлтөөр илүү ($t > 2$) байна.

САНАЛ:

1. Монгол хүүхдийн нурууны өндөр, хүзүүний тахирын гүн, ууцны хотгорын гүний хэмжээ, хэлбэрийг нарийвчлан судалж, тогтоох.

2. Хүүхдийн биеийн галбир, нуруу нугалмайн хэлбэрийн гаж өөрчлөлийг түүнд нөлөөлж буй сөрөг хүчин зүйлүүдтэй холбон судалж, цаашид хүүхдийн биеийн галбирын гаж өөрчлөлтөөс сэргийлэх аргыг шинжлэх ухааны үндэслэлтэйгээр боловсронгуй болгох шаардлагатай байна.

3. Хүүхдийн нурууны гаж өөрчлөлтөд нөлөөлөх сөрөг хүчин зүйлийн нэг болох ширээ, сандал зэрэг хүүхдийн зориулалттай бүх төрлийн модон эдлэлийг батлагдсан стандарт, зааврын дагуу үйлдвэрлэх үйлдвэр байгуулах.

4. Хүүхдийн бие бялдрын өсөлт хөгжлийг орчин үеийн түвшинд судлах судалгааны арга барилд энэ мэргэжлээр ажиллаж буй эмч, мэргэжилтнүүдийг сургах, судалгаанд шаардлагатай багаж төхөөрөмжөөр хангах асуудлыг шийдвэрлэх.

5. Хүүхдийн зөвлөх төв, гэмтэл согогийн эмнэлэгт хүүхэд өсвөр үеийн биеийн галбирын өөрчлөлтийг засах, эмчлэх, зөвлөлгөө өгөх мэргэжлийн эмчийг бэлтгэн ажилуулж, хөдөө, орон нутгийн эмч нарыг мэргэжлийн арга барилаар хангах асуудлыг шийдвэрлэх нь зүйтэй байна.

Хүснэгт №1

АЛТАЙН УУЛАРХАГ МУЖИЙН 8-17 НАСНЫ ХҮҮХДИЙН
 НУРУУНЫ ӨНДӨР, ХҮЗҮҮНИЙ ТАХИР, УУЦНЫ ХОТГОРЫН
 ГҮНИЙ ХЭМЖЭЭГ СУДАЛСАН ДҮН

Нас	Хүйс	Хүүх- дийн Тоо	Нурууны өндөр(см)	Хүзүүний тахирын гүн (см)		Ууцны хотгорын гүн (см)	
				M±m	M±m	M±m	M±m
8	эр	99	55.77±1.73	2.85±0.30	2.71±0.35		
	эм	94	54.64±1.24	2.79±0.28	2.66±0.37		
9	эр	128	59.28±1.26	3.29±0.32	3.18±0.37		
	эм	120	57.94±1.62	3.18±1.10	3.0±0.86		
10	эр	131	63.43±1.28	3.24±0.29	3.17±0.34		
	эм	136	62.92±1.60	3.40±0.39	3.10±0.56		
11	эр	96	65.62±1.72	3.70±0.37	3.37±0.42		
	эм	112	64.45±2.04	3.47±0.43	3.36±0.44		
12	эр	92	65.54±1.15	3.23±0.30	3.08±0.27		
	эм	123	66.14±1.85	3.17±0.30	2.95±0.32		
13	эр	118	69.45±2.26	3.50±0.43	3.34±0.40		
	эм	115	68.09±1.54	3.33±0.33	3.28±0.37		
14	эр	111	70.22±1.42	3.51±0.42	3.00±0.58		
	эм	109	70.03±2.01	3.48±0.41	3.02±0.26		
15	эр	78	73.79±2.76	3.39±0.37	3.43±0.38		
	эм	82	71.88±9.46	3.50±0.44	3.50±0.46		
16	эр	79	74.95±2.26	3.29±0.36	3.54±0.37		
	эм	81	74.48±1.52	3.40±0.40	3.42±0.41		
17	эр	78	76.52±1.60	3.27±0.30	3.28±0.34		
	эм	76	76.26±2.43	3.37±0.34	3.40±0.40		

Хүснэгт №2

ХАНГАЙН МУЖИЙН 8-17 НАСНЫ ХҮҮХДИЙН НУРУУНЫ
 ӨНДӨР, ХҮЗҮҮНИЙ ТАХИР, УУЦНЫ ХОТГОРЫН ГҮНИЙ
 ХЭМЖЭЭГ СУДАЛСАН ДҮН

Нас	Хүйс	Хүүх- дийн Тоо	Нурууны өндөр(см)	Хүзүүний тахирын гүн (см)		Ууцны хотгорын гүн (см)	
				M±m	M±m	M±m	M±m
8	эр	146	58.59±1.62	2.82±0.32	2.55±0.37		
	эм	147	59.36±1.54	2.84±0.35	2.20±0.36		
9	эр	132	60.17±0.93	2.90±0.71	2.17±0.33		
	эм	165	60.93±1.16	3.06±0.34	2.32±0.31		
10	эр	142	63.21±0.95	2.57±0.47	2.35±0.39		
	эм	173	62.05±1.60	2.73±0.37	2.54±0.40		
11	эр	123	64.39±1.08	3.09±0.34	2.50±0.41		
	эм	145	63.62±0.50	2.99±0.34	2.62±0.45		
12	эр	110	66.08±1.15	3.06±0.33	2.55±0.79		
	эм	140	66.12±1.45	3.06±0.34	3.19±0.35		
13	эр	106	73.45±1.55	3.49±0.82	2.95±0.30		
	эм	122	70.63±0.46	2.93±0.68	2.61±0.37		
14	эр	163	69.82±1.13	3.16±0.56	2.09±0.38		
	эм	202	74.33±1.17	3.06±0.30	2.58±0.39		
16	эр	136	74.02±0.50	2.99±0.42	2.71±0.42		
	эм	75	76.27±21.02	3.45±0.46	2.9±0.32		

Хүснэгт 3
УЛААНБААТАР ХОТЫН ХҮҮХДИЙН БИЕЙН ГАЛБИРЫН
ӨӨРЧЛӨЛТИЙГ СУДАЛСАН ДҮН

Галбирын өөрчлөлтийг судалсан үзүүлэлт	Биеийн галбирын өөрчлөлттэй хүүхэд			
	цэцэрлэгийн		сургуулийн	
	б/т	%	б/т	%
1. Өвчин эмгэгээс шалтгаалсан хөдөлгөөний болон тулгуур эрхтний гэмтэл	0	0	3	0.57
2. Толгой , хүзүү, дунд шугамаас хазайсан дал, мөр, гуя тэгш биш	3	1.74	10	1.90
3. Цээжний хэлбэрийн өөрчлөлттэй (шууун цээжтэй, хавтгай бортгон, юүлүүр цээжтэй)	28	16.28	132	25.09
4. Нурууны хэлбэрийн өөрчлөлттэй	58	33.72	258	49.05
5. Дал мэдэгдэхүйц унжсан	12	6.98	16	3.04
6. Гэдэс мэдэгдэхүйц цүдгэр	28	16.28	42	7.98
7. Хөлийн хэлбэрийн өөрчлөлттэй (Х,О маягийг майга)	36	20.93	52	9.88
8. Ердийн зогсолтын үед тавхай, өлмийн хэлбэр алдагдсан	4	2.32	1	0.19
9. Бүсэлхийн гурвалжин тэгш бус	2	1.16	8	1.52
10. Явах алхахад өөрчлөлттэй	1	0.58	4	0.76
ДҮН	172	100.0	526	100.0

НОМ ЗҮЙ

1. Белоусова А.З (1972) Руководство к практическим занятиям по гигиене детей и подростков. М. х 25-32
2. Варенич Е.И. (1974) К осанке сельских детей полесья. Гигиена и санитария, М х 95-96
3. Руководство для врачей школ Под.Ред. Г.Н.Сердюковской. М. (1983). х 74-76
4. Савельев .О.Н (1978) Состояние обмена фосфора у подростков со сколиотической осанкой. Гигиена и санитария, №6. х 49
5. Смоляр В.И. (1985) Гигиенические проблемы роста дет)й

и подростков. Киев. "Здоровье" х 92

6. Цолмон Ч (1994) Состояние здоровья школьников ряда регионов, Монголий с учетом факторов, его определяющих. Автореферат дисс. на соискание уч.ст.к,мн, х 6-7. 10-11, 17

УНДНЫ УСНЫ НАЙРЛАГА ДАХЬ БИОИДЭВХТ ЗАРИМ ЭЛЕМЕНТҮҮДИЙН АГУУЛАМЖИЙГ ХҮН АМЫН ХОЛБОГДОХ ӨВЧЛӨЛТЭЙ ХАРЬЦУУЛАН СУДЛАСАН ДҮН

**Л.Нарантуяа, Ш.Энхцэцэг, Л.Пүрэвжав, Т.Тойвгоо,
Г.Туваанжав А.Батхишиг**

Эрүүл Ахуй Халдвар Нян Судлалын Үндэсний Төв

Монголын байгал цаг уурын янз бүрийн бүс нутгийн сум сууринд оршин суугчдын хэрэглэж байгаа ундны усны найрлагын үндсэн элементүүдийн агууламжийг хүн амын дунд тархмал байж болох зурх судасны болон хоол боловсруулах, шээс ялгаруулах системийн зарим өвчний илрэлтийн байдалтай харьцуулан судлаж, үр дүнг картограмм, циклограммын аргаар боловсруулах, эрүүл ахуйн үнэлгээ дүгнэлт өгөх зорилготой байв.

Судалгааны арга

Судлагаанд 1960-1992 онд ЭАХНСУИ, ЭАХС-ын байгууллагууд, Усны бодлогын хүрээлэнгийн лабораториудад хийсэн усны 14035 дээжийн 8 төрлийн, давтагдсан тоогоор 1090766 үзүүлэлт шинжилгээний дүнг ашиглав. Улсын засаг захиргааны нэгжид хамаарах сум, суурин, аймгийн төвийг судалгааны нэгж объектоор сонгон авч холбогдох материалуудыг объект тус бүрээр нэгтгэн статистик аргаар боловсруулж, сум суурин, бүсээр үр дүнг 17 хүснэгт, 7 картограммаар харуулсны 9 хүснэгтийг сонгон авлаа.

Судалгааны дүн

Ерөнхий эрдэсжилтийн 80 орчим хувийг 6 төрлийн ион эзлэх бөгөөд тэдгээрийг усны найрлагыг тодорхойлогч үндсэн элементүүд гэнэ. Үүнд катионоос натри, кальци, магни, анионоос хлорид, сульфат, гидрокарбонатын ионууд ордог. Эрүүл ахуйн талаас авч үзвэл тэдгээрийн дотроос кальци, магни, хлорид, сульфатын ионууд нь хүний амьдралд чухал үүрэгтэй биодэвхт элементүүд юм. Үүнээс үндэслэн судлагаанд ундны усны найрлага дахь кальци, магни, хлорид, сульфатын ионууд, катион,

анионы бүтэц, хатуулагийн нийт хэмжээ, ерөнхий эрдэсжилт гэсэн 8 үзүүлэлт, хүн амын дунд тохиолдож байгаа зүрхний ишеми (410-414), цусны даралт ихсэх (400-404), атеросклероз (440), тэдгээрийн илрэлтийн нийлбэр дүн, гастродуоденит (535), халдваргүй гастроэнтерит, колит (561), цөс шээсний замын чулуужих өвчнүүд (574, 592, 594), тэдгээрийн илрэлтийн нийлбэр дүн гэсэн 9 үзүүлэлт нийт 17 үзүүлэлтийг авч судлав.

УНДНЫ УСНЫ ҮНДСЭН НАЙРЛАГЫГ УЛСЫН ХЭМЖЭЭНД, СУМ, ГАЗАР ЗҮЙН БҮСЭЭР СУДЛАСАН ДҮН

Ундны усны үндсэн найрлагыг улсын хэмжээнд тогтоох судлагаанд сум, аймгийн төв бүгд 338 нэгж объект хамрагдсан. Нэгж объектод 7-50 удаагийн шинжилгээгээр ерөнхий эрдэсжилт, натри-кали, кальци, магни, хлорид, сульфат, гидрокарбонатын агууламжийг тодорхойлсон дүнг ашиглан катион, анионы бүтцээр нь ялган картоциклограмм боловсруулсан. Картоциклограмм нь тухайн аймгийн сумдад ямар ангилал төрлийн, ямар элемент давамгайлсан хэр зэрэг эрдэсжилттэй ус хүн амын хэрэгцээнд ашиглагдаж байгааг харуулна.

Хүн амын унд ахуйд ашиглагдаж байгаа усны ерөнхий эрдэсжилтийн дундаж агууламжийг газар зүйн муж тус бүрээр нэгтгэн 1 дүгээр хүснэгтэд харуулав. Дорнодын талархаг мужид хамаарах сум, суурингийн хүн ам хамгийн их эрдэсжилттэй (1199,9±13.2), Хангай-Хэнтийн уулархаг мужид хамаарах сумдын хүн ам хамгийн бага эрдэсжилттэй (491.3±1.5) усыг хэрэглэж байна. Унд ахуйн усны чанарыг ерөнхий эрдэсжилтээр УСТ-900-92-ын дагуу сум бүрээр авч үзвэл (2 дугаар хүснэгт) судлагдсан нийт сумдын 79.3%-д хүн ам эрдэсжилтээр хэвийн, эрүүл ахуйн шаардлагад тохирсон ус хэрэглэж байна. Харин Дорнодын талархаг мужийн сумдын 70.7%-д, Говийн мужийн сумдын 40.5%-д эрдэсжилт ихтэй, эрүүл ахуйн шаардлагад тохирохгүй ус хэрэглэж байна.

Унд-ахуйн усны найрлага дахь кальцийн дундаж агууламжийг сум тус бүрээр гаргаж, тархалтыг улсын хэмжээнд харуулсан картограмм боловсруулах зорилгоор сумдыг ундны усных нь кальцийн агууламжаар 5 бүлэгт хувааж ангилав (3 дугаар хүснэгт). Үүнд:

1 бүлэгт - 25.0 мг/дм³ хүртэл кальци агуулсан буюу эрүүл ахуйн нормоос бага кальцитай ус хэрэглэгддэг.

2 бүлэгт - 51.0-75.0 мг/дм³

3 бүлэгт - 76.0-100.0 мг/дм³ хүртэл кальци агуулсан буюу эрүүл ахуйн шаардлагад тохирсон кальцитай ус хэрэглэдэг.

4 бүлэгт - 101.1-ээс дээш кальци агуулсан буюу эрүүл ахуйн шаардлагад тохирохгүй, кальци ихтэй ус хэрэглэдэг сумдыг хамааруулав. Судлаачдын тогтоосноор хүн хоногт хэрэглэх кальцийнхаа 10-25%-ийг ундны уснаас авна. Судлагааны дүнгээс авч үзвэл нийт сумдын 95%-д кальцийн агууламжаар эрүүл ахуйн шаардлагад тохирсон, харин 3.3%-д кальци багатай, 1.7%-д

кальци ихтэй, нийт 5%-д кальцийн агууламжаар хүн ам эрүүл ахуйн шаардлагад тохирохгүй ус хэрэглэж байна.

Унд-ахуйн усны найрлага дахь магнийн дундаж агууламжийг сум тус бүрээр гаргаж, картограмм боловсруулах зорилгоор мөн сумыг ундны усных нь магнийн агууламжаар 5 бүлэгт ангилав.

(4 дүгээр хүснэгт). Үүнд:

1 бүлэгт - 10.0 мг/дм³ хүртэл магни агуулсан буюу эрүүл ахуйн нормоос бага магни агуулсан ус хэрэглэдэг

2 бүлэгт - 11.0-20.0 мг/дм³

3 бүлэгт - 21.0-30.0 мг/дм³ хүртэл тус тус магни агуулсан буюу магнийн агуулгаар эрүүл ахуйн шаардлагад тохирсон ус хэрэглэдэг

4 бүлэгт - 31.0-40.0 мг/дм³-ээс их магни агуулсан буюу эрүүл ахуйн шаардлагад тохирохгүй магни ихтэй ус хэрэглэдэг сумдыг хамааруулав. Ундны усны магнийн агууламжийн доод хязгаар 10.0 мг/дм³-аас багагүй, дээд хязгаар 30.0 мг/дм³-ээс ихгүй байх шаардлагатай. Судлагаанаас авч үзвэл нийт сумдын 61.0%-д хүн ам магнийн агууламжаар эрүүл ахуйн шаардлагад тохирсон усыг хэрэглэж байна. Харин 6.0%-д магни багатай, 33.0%-д магни ихтэй буюу нийт 39.0%-д хүн ам магнийн агууламжаар эрүүл ахуйн шаардлагад тохирохгүй ус хэрэглэж байна.

Хүн амын унд ахуйд ашиглагдаж байгаа усны ерөнхий эрдэсжилтийн дундаж агууламжийг газар зүйн муж тус бүрээр нэгтгэн 1 дүгээр хүснэгтэд харуулав. Дорнодын талархаг мужид хамаарах сум, суурингийн хүн ам хамгийн их эрдэсжилттэй (1199.9±13.2), Хангай-Хэнтийн уулархаг мужид хамаарах сумд байна. Унд ахуйн усны чанарыг ерөнхий эрдэсжилтээр УСТ-900-92-ын дагуу сум бүрээр авч үзвэл (2 дугаар хүснэгт) судлагдсан нийт сумдын 79.3%-д хүн ам эрдэсжилтээр хэвийн, эрүүл ахуйн шаардлагад тохирсон ус хэрэглэж байна. Харин Дорнодын талархаг мужийн сумдын 70.7%-д, Говийн мужийн сумдын 40.5%-д эрдэсжилт ихтэй, эрүүл ахуйн шаардлагад тохирохгүй ус хэрэглэж байна.

Унд-ахуйн усны найрлага дахь кальцийн дундаж агууламжийг сум тус бүрээр гаргаж, тархалтыг улсын хэмжээнд харуулсан картограмм боловсруулах зорилгоор сумдыг ундны усных нь кальцийн агууламжаар 5 бүлэгт хувааж ангилав. (3 дугаар хүснэгт) Үүнд:

1 бүлэгт - 25.0 мг/дм³ хүртэл кальци агуулсан буюу эрүүл ахуйн нормноос бага кальцитай ус хэрэглэдэг.

2 бүлэгт - 51.0-75.0 мг/дм³

3 бүлэгт - 76.0-100.0 мг/дм³ хүртэл кальци агуулсан буюу эрүүл ахуйн шаардлагад тохирсон кальцитай ус хэрэглэдэг.

4 бүлэгт - 101.1-ээс дээш кальци агуулсан буюу эрүүл ахуйн шаардлагад тохирохгүй, кальци ихтэй ус хэрэглэдэг сумдыг хамааруулав. Судлаачдын тогтоосноор хүн хоногт хэрэглэх кальцийнхаа 10-25%-ийг ундны уснаас авна. Судалгааны дүнгээс

авч үзвэл нийт сумдын 95%-д кальцийн агууламжаар эрүүл ахуйн шаардлагад тохирсон, харин 3.3%-д кальци багатай, 1.7%-д кальци ихтэй, нийт 5%-д кальцийн агууламжаар хүн ам эрүүл ахуйн шаардлагад тохирохгүй ус хэрэглэж байна.

Унд-ахуйн усны найрлага дахь магнийн дундаж агууламжийг сум тус бүрээр гаргаж, картограмм боловсруулах зорилгоор мөн сумдыг ундны усных нь магнийн агууламжаар 5 бүлэгт ангилав. (4 дүгээр хүснэгт). Үүнд:

1 бүлэгт - 10.0 мг/дм³ хүртэл магни агуулсан буюу эрүүл ахуйн нормоос бага магни агуулсан ус хэрэглэдэг.

2 бүлэгт - 11.0-20.0 мг/дм³

3 бүлэгт - 21.0-30.0 мг/дм³ хүртэл тус тус магни агуулсан буюу магнийн агуулгаар эрүүл ахуйн шаардлагад тохирсон ус хэрэглэдэг.

4 бүлэгт - 31.0-40.0 мг/дм³ хүртэл,

5 бүлэгт - 41.0 мг/дм³-ээс их магни агуулсан буюу эрүүл ахуйн шаардлагад тохирохгүй магни ихтэй ус хэрэглэдэг сумдыг хамааруулав. Ундны усны магнийн агууламжийн доод хязгаар 10.0 мг/дм³ -ээс багагүй, дээд хязгаар 30.0 мг/дм³-ээс ихгүй байх шаардлагатай. Судлагаанаас авч үзвэл нийт сумдын 61.0%-д хүн ам магнийн агууламжаар эрүүл ахуйн шаардлагад тохирсон усыг хэрэглэж байна. Харин 6.0%-д магни багатай, 33.0%-д магни ихтэй буюу нийт 39.0%-д хүн ам магнийн агууламжаар эрүүл ахуйн шаардлагад тохирохгүй ус хэрэглэж байна.

Унд-ахуйн усны найрлага дахь хлоридын дундаж агууламжийг сум тус бүрээр гаргаж, картограмм боловсруулах зорилгоор сумдыг 5 бүлэгт ангилав. (5 дугаар хүснэгт) Үүнд:

1 бүлэгт - 150.0 мг/дм³ хүрэл

2 бүлэгт - 151.0-250.0 мг/дм³

3 бүлэгт - 251.0-350.0 мг/дм³ хүртэл тус тус хлорид агуулсан буюу хлоридын агууламжаар эрүүл ахуйн шаардлагад тохирсон ус хэрэглэдэг.

4 бүлэгт - 351.0-450.0 мг/дм³

5 бүлэгт - 451.0-ээс дээш хлорид агуулсан буюу эрүүл ахуйн шаардлагад тохирохгүй, хлорид ихтэй ус хэрэглэдэг сумдыг хамааруулав. Хлорид нь байгалийн ямар ч усанд байж болох бөгөөд амтлагдах хязгаар хүртэл хэмжээгээр агуулагдаж байхад хүний эрүүл мэндэд хор нөлөөгүй гэж үзнэ. Манай улсад ундны усны хлоридын агууламжийн зөвшөөрөгдөх дээд хязгаарыг УСТ 900-92-д 350.0 мг/дм³-ээр тогтоосон байдаг. Судлагааны дүнгээс авч үзвэл нийт сумдын 94.7%-д хүн ам хлоридын агууламжаар эрүүл ахуйн шаардлагад тохирохгүй ус хэрэглэж байна.

Унд-ахуйн усны найрлага дахь сульфатын дундаж агууламжийг сум тус бүрээр гаргаж, картограмм боловсруулах зорилгоор сумдыг 5 бүлэгт ангилав (6 дугаар хүснэгт) Үүнд:

1 бүлэгт - 125.0 мг/дм³

2 бүлэгт - 126.0-250 мг/дм³

3 бүлэгт - 251.0-375.0 мг/дм³

4 бүлэгт - 376.0-500.0 мг/дм³ хүртэл тус тус сульфат агуулсан буюу эрүүл ахуйн шаардлагад тохирсон ус хэрэглэдэг.

5 бүлэгт- 501.0 мг/дм³-ээс дээш судьфат агуулсан буюу эрүүл ахуйн шаардлагад тохирохгүй сульфат ихтэй ус хэрэглэдэг сумдыг хамааруулав. Сульфат нь байгалийн усны эрдэс давсны үндсэн хэсэг бөгөөд амтлагдах хяргаар хүртэл агуулагдаж байхад хүний эрүүл мэндэд хор нөлөөгүй байдаг. УСТ 900-92-д сульфатын зөвшөөрөгдөх дээд хязгаарыг 500.0 мг/дм³-ээс ихгүй байхаар тогтоожээ. Судлагааны дүнгээс авч үзвэл нийт сумдын 96.7%-д хүн ам сульфат ихтэй эрүүл ахуйн шаардлагад тохирсон, 3.3%-д сульфат ихтэй эрүүл ахуйн шаардлагад тохирохгүй ус хэрэглэж байна.

УНДНЫ УСНЫ ЭРДЭСЖИЛТИЙН ХЭЛБЭЛЭЛИЙГ ХҮН АМЫН ХОЛБОГДОХ ӨВЧЛӨЛТЭЙ ХАРЬЦУУЛАН СУДЛАСАН ДҮН

Хүн амын дунд тохиолдож байгаа зарим өвчний тархалтын судлагаанд сум, суурин, аймгийн төв нийт 335 нэгж объект хамрагдсан.

Ундны усны ерөнхий эрдэсжилтийн хэмжээ 100.0 мг/дм³-ээс багасах нь хүний биед ус давсны тэнцвэрт байдлыг алдагдуулна. Судлаачдын тогтоосноор унлны усны ерөнхий эрдэсжилт 200.0-400 мг/дм³ байх нь хамгийн тохиромжтой гэж үздэг. УСТ 900-92-д ерөнхий эрдэсжилтийн зөвшөөрөгдөх дээд хязгаарыг 1000.0 мг/дм³-ээс ихгүй байхаар тогтоожээ. Ундны усны эрдэсжилт хэт бага тохиолдолд хүн амын дунд жин буурах, булчин хатингарших, кальцийн дутагдал, бамбайн үйл ажиллагаа хямрах, зүрх судасны өвчнөөр нас баралт ихсэх зэрэг эмгэг байдлууд үүсдэг.

Хүний биед 1000.0-1500.0 гр кальци агуулагдах бөгөөд үүний 99.0% нь араг ясанд байдаг. Хэвийн нөхцөлд хүн хоногт 1.0 гр кальци хэрэглэх бөгөөд түүний 25-50% нь гэдсэнд шимэгдэнэ. Кальцийн биологийн ач холбогдлыг дараах байдлаар ойлгож болно. Үүнд: Кальци нь мэдрэл, булчингийн үйл ажиллагаанд оролцоно. Булчингийн агшилтын үед кальци булчиншийн ширхэгийн гадна байрладаг саркоплазмын тороос гарч сулралтын үед эргэж орно. Кальци нь эсийн хуваагдах процесст сэдээгч нөлөө үзүүлнэ. Мөн ферментийн системд идэвхжүүлэх нөлөө үзүүлснээр эсийн мембранд нэвчиж, эсийн амьсгалах процесст оролцдог.

Кальцийн чөлөөт ионы хэмжээ ихсэхэд дараах эмгэгүүд илэрнэ. Үүнд: Бөөрний сувганцарт кальцийн давснууд тундасжиж, шээс үүсгэх ажиллагааг хямруулж ихээр шээлгэнэ. Мөн бөөрний чулуу үүсгэдэг. Мөн булчин сулрах, өтгөн хатах, рефлексүүд сулрах зэрэг мэдрэл булчингийн үйл ажиллагааны өөрчлөлт гарна. Кальци төв мэдрэлийн системд нөлөөлснөөс гутранга болох, дотор муухайрах, бөөлжүүлэх зэрэг шинж тэмдэг

илэрдэг. Тэрээр ходоодны шүүс ялгаруулалтыг ихэсгэснээс ходоодны хүчил ихэснэ.

Ходоодны шархлаа өвчнийг архаг гиперкальцемитэй холбоотой гэж зарим эрдэмтэд үздэг (Дж.Сильва, П.Р.Пэннелл). Кальци ихсэх нь зүрхний хэмийн алдагдлын хориг үүсгэх бөгөөд цусан дахь кальци 3.75 ммоль/л-ээс ихэсвэл зүрх гэнэт зогсох аюултай.

Кальцийн ион дутагдахад татах рефлексүүд ихсэх, арьс, ус, хумс өөрчлөгдөх, катарант үүсэх, зүрхний үйл ажиллагаа дутагдалд орох зэрэг шинж тэмдгүүд илэрнэ. Зөөлөн буюу кальци, магнийн агуулга багатай ус хэрэглэхэд хүний биед хүнд металлуудын үзүүлэх хорт нөлөөлөл нэмэгддэг.

Хүний биед 20-30 гр магни агуулагдана. Түүний 50% нь ясанд, үлдэх хэсгийн ихэнх нь эсийн дотор агуулагдана. Сийвэнд магни 0.5 ммоль/л-ээс доош бол магнийн дутагдалд орно. Магнийн биологийн ач холбогдлыг дараах байдлаар илэрхийлж болох юм. Үүнд: магни нь зүрний булчингийн үйл ажиллагаанд агших, сулрах механизмд оролцоно. (магни -АТФ) Мөн зүрхний эсүүдэд явагдах исэлдэх, нийлэгжих болон зөөвөрлөх процесст оролцоно. (Г.Эхгорн, Реск, Рау). Английн эрдэмтдийн судласнаар зүрхний өвчнөөр нас барагчдын зүрхний булчинд агуулагдах хэмжээ 12-15% бага байжээ. (B.Chipperfield, Y.R.Chipperfield) Зөөлөн ус хэрэглэдэг хүмүүсийн зүрхний булчингийн эд эсэд агуулагдах магнийн хэмжээ хатуу ус хэрэглэдэг хүмүүсийнхээс 6%-иар бага байжээ. (Anderson, бусад). Магни дутагдахад дүйнгэ, анивчих, хий үзэгдлийн байдалд орох, чичрэх, татах, мэдээ муудах, зүрхний цохилт олшорох зэрэг шинж тэмдгүүд илэрдэг. Магнийн дутагдал нь кальцийн дутагдалтай хавсран тохиолдож болдог. Ундны усны найрлага дахь кальци, магнийн нийлбэр хэмжээг мг-экв/дм-ээр илэрхийлснийг хатуулагийн нийт хэмжээ гэдэг. Хатуулагийн нийт хэмжээнд магни 30%-иас хэтрэхгүй байх шаардлагатай. Хатуулагийн нийт хэмжээ ихсэх нь берилии, бор, кадми, кали, натри зэрэг 12 элементийн хэмжээг нэмэгдүүлэх нөлөөтэй байдаг. Хатуулаг ихтэй ус хэрэглэдэг хүмүүсийн дунд бөөр, шээсний замын чулуужих өвчин нутагшмал хэлбэрээр тохиолддог болохыг судлаачид тогтоожээ. Хүн хоногт хэрэглэж байгаа хоол хүнсний бүтээгдэхүүнээс хангалттай хэмжээгээр магни авч чаддаггүй. Хүнсний бүтээгдэхүүнд агуулагдах магнийн дөнгөж 30% биед шингэдэг. Харин ундны усан дахь кальци, магни нь ууссан ионы хэлбэрээр байх учраас 100% шингэдэг. (Nordin et al) Хоол хүнсэнд агуулагдах фитат, аминхүчлүүд зэрэг органик бодисууд нь магни болон бусад элементүүдтэй нэгдэж тэдгээрийн шингэцийг бууруулна. Мөн магни, фосфор хүчлийн болон нүүрсхүчлийн давсуудтай нэгдэж усанд муу уусдаг нэгдлүүд үүсгэнэ. Хоол хүнсний бүтээгдэхүүнийг хадгалах, боловсруулах явцад магни алдагдана. Тухайлбал хоолыг чанахад (хүнсний ногоог) 67%, хөлдөөхөд 28-30%-иар магни алдана ("Хроника ВОЗ" 1979).

Ундны усны ерөнхий эрдэсжилтийн хэмжээ ихсэх нь ходоодны үйл ажиллагаанд нөлөөлж шүүс ялгаралтыг ихэсгэх ба ус давсны тэнцвэрийг алдагдуулна. Мөн биемахбодод явагдах биохимийн болон метаболийн процесст эмгэгээр нөлөөлөх ба цангалтыг ихэсгэнэ. Ялангуяа сульфатын агууламж ихсэх нь гүйлгэх, туулгах нөлөөлөлийг үзүүлдэг. Эдгээрээс үндэслэн бид судлагаандаа хүн амын дунд нэлээд тархмал хэлбэрээр тохиолддог зарим өвчнийг сонгон авч өвчлөлийн сүүлийн 10 жилийн дүнг картограммаар харуулсан.

1. Зүрх судасны өвчнөөс зүрхний ишеми, цусны даралт ихсэх, атеросклероз (400-404, 410, 414, 440)-ыг сонгон авч тэдгээрийн нийлбэр дүнг тухайн газар зүйн бүсэд хамаарах сум бүрээр тооцож картограммд оруулахын тулд сумдыг өвчний илрэлтийн нийлбэр дүнгээр 5 бүлэгт ангилав (7 дугаар хүснэгт).

Зүрх судасны өвчний илрэлтийн нийлбэр дүнгээр

1 бүлэгт - 10000 хүн амд 50 хүртэл

2 бүлэгт - 10000 хүн амд 51-100 хүртэл

3 бүлэгт - 10000 хүн амд 101-200 хүртэл

4 бүлэгт - 10000 хүн амд 201-300 хүртэл

5 бүлэгт - 10000 хүн амд 301-ээс дээш өвчлөлтэй сумдыг

хамааруулав. Судлагдсан зүрх судасны өвчний илрэлтийн нийлбэр дүнгийн улсын дундаж 10000 хүн амд харьцуулснаар 100.4-4.29 байлаа. Судлагаанаас авч үзвэл нийт сумдын 64.8%-д эдгээр өвчин 10000 хүн амд харьцуулснаар 100 хүртэл 35.2%-д 101-ээс дээш тохиолдож байна. Сонгож авсан зүрх судасны эдгээр өвчний хамааралтай эсэхийг корреляцийн коэффициентийг үнэлэх Пирсоны аргаар тооцоход дунд зэргийн урвуу ($r = -0.6$) хамааралтай байлаа.

2. Судлагаанд хоол боловсруулах ба шээс ялгаруулах системийн өвчнүүдээс гастродуоденит, халдваргүй гастроэнтерит, колит, цөс, шээсний замын чулуужих өвчнүүд (535, 561, 574, 592, 594)-ийг сонгон авч тэдгээрийн нийлбэр дүнг сум бүрээр нэгтгэн картограммд оруулах зорилгоор сумдыг өвчний илрэлтийн нийлбэр дүнгээр мөн 5 ангилав (8 дугаар хүснэгт) Хоол боловсруулах болон шээс ялгаруулах системийн өвчний илрэлтийн нийлбэр дүн

1 бүлэгт - 10000 хүн амд 100 хүртэл

2 бүлэгт - 10000 хүн амд 101-200 хүртэл

3 бүлэгт - 10000 хүн амд 201-300 хүртэл

4 бүлэгт - 10000 хүн амд 301-600 хүртэл

5 бүлэгт - 10000 хүн амд 601 -ээс дээш өвчлөлтэй сумдыг

хамааруулав. Судлагаанаас авч үзвэл сонгож авсан хоол боловсруулах болон шээс ялгаруулах системийн өвчнүүдийн илрэлтийн улсын дундаж 10000 хүн амд харьцуулснаар 244.1±10.6 байна. Нийт сумдын 77.6%-д эдгээр өвчин 10000 хүн амд 300 хүртэл, 22.4%-д 301-ээс дээш тохиолдож байна. Судлагдсан хоол боловсруулах болон шээс ялгаруулах системийн өвчний илрэлтийн нийлбэр дүнг ундны усны ерөнхий эрдэсжилтийн

ихсэлттэй хамааралтай эсэхийг корреляцийн коэффициентийг үнэлэх Пирсоны аргаар тооцоход сул шууд хамааралтай (хү-0.12) байлаа.

Ундны усны үндсэн найрлагыг тодорхойлогч 6 элементийн агууламж сумдын эрүүл ахуйн шаардлага хангах байдлын хамаарлыг 9 дүгээр хүснэгтээр харуулав. Судлагаанаас авч үзвэл нийт сумдын 38.5%-д хүн ам эрүүл ахуйн шаардлагад (1*6 үзүүлэлтээр) тохирохгүй ус хэрэглэж байна. Үүнийг газар зүйн бүсээр авч үзвэл Дорнодын талархаг мужид хамаарах сумдын (41) 70.7%-д (29 сум) 1-5 үзүүлэлтээр, Говийн мужид хамаарах сумдын (74) 67.6%-д (50 сум), 1-6 үзүүлэлтээр, Алтайн уулархаг мужид хамаарах сумдын (47) 42.5%-д (20 сум) 1-4 үзүүлэлтээр, Хангай-Хэнтийн уулархаг мужид хамаарах сумдын (176) 17.6% (31 сум) 1-2 үзүүлэлтээр тус тус хүн ам эрүүл ахуйн шаардлагад тохирохгүй ус хэрэглэж байна.

Энэхүү судлагааны ажлын үр дүн нь анагаах ухаан, ус судлал, усан хангамжийн технологийг боловсронгуй болгох чиглэлээр судлагаа шинжилгээний ажлыг эрхлэн гүйцэтгэдэг болон сум орон нутгийн төрийн байгууллагын ажилтнуудын үйл ажиллагаанд практикийн чухал ач холбогдолтой мэдээлэл юм.

ДҮГНЭЛТ

1. Монгол улсын хэмжээнд нийт сумдын 38.5%-д хүн ам ундны усны үндсэн найрлагын нэг буюу хэд хэдэн үзүүлэлтээр эрүүл ахуйн шаардлагад тохирохгүй ус хэрэглэж байна.

2. Улсын хэмжээнд нийт сумдын 32.5%-д зүрх судасны зарим өвчнүүдийн (400-404, 410-414, 440) илрэлт сүүлийн 10 жилийн (1980-1989 он) дундаж 10000 хүн амд харьцуулснаар 101-ээс дээш тохиолдож байна.

3. Улсын хэмжээнд нийт сумдын 22.4%-д хоол боловсруулах болон шээс ялгаруулах системийн өвчнүүдийн (535, 561, 574, 592, 594) илрэлт сүүлийн 10 жилийн дундаж 10000 хүн амд харьцуулснаар 301-ээс дээш тохиолдож байна.

4. Зүрх судасны зарим өвчнүүдийн илрэлт нь ундны усны ерөнхий эрдэсжилтийн ихсэлттэй дунд зэргийн урвуу (хү-0.6) хамааралтай байна.

5. Хоол боловсруулах болон шээс ялгаруулах системийн зарим өвчнүүдийн илрэлт нь ундны усны ерөнхий эрдэсжилтийн ихсэлттэй шууд сул (хү-0.12) хамааралтай байна.

Дээрхи дүгнэлтээс үндэслэн:

1. Улсын хэмжээнд ерөнхий эрдэсжилт, магнийн агууламжаар эрүүл ахуйн шаардлагад тохирохгүй устай сумдын усны чанарыг сайжруулах технологийн асуудлыг шийдвэрлэх

2. Ундны устай холбоотой өвчлөлийг тодорхой бүс нутагт гүнзгийрүүлэн судлах нь нутагшмал зарим өвчнөөс урьдчилан сэргийлэх нийтийг хамарсан арга хэмжээний үндэслэлийг

боловсруулах, хүн амын эрүүл мэндийг хамгаалах ач холбогдолтойг холбогдох байгуулагуудад зөвлөж байна.

НОМ ЗҮЙ

1. Казначев В.П (1989) Учение о биосфере - М: Знание 80с
2. Войткевич Г.В. (1984) Геологическая хронология земли - М: Наука 128с
3. Перельман А.И (1982) Геохимия природных вод -М: Наука 154 с
4. Новиков Ю.В., Сайфутдинов М.М., (1981) Вода и жизнь на Земле - М: Наука 184с
5. Пиннекер Е.В. (1984) Подземная гидросфера - Новосибирская Наука 154с
6. Ундны ус Эрүүл ахуйн шаардлага, түүнд тавих хяналт (УСТ-900-92)
7. Коммунальная гигиена (Авт.К.И.Акулов, К.А.Буштуева, Е.И.Гончарук и др) Под ред.К.И.Акулова, К.А.Буштуевой.-М: Медицина (1986) с 32-256
8. Эпидемиология неинфекционных заболевания (Под.ред . А.В.Вихерта А.В.Чаклина) АМН СССР- М Медицина (1990). с 3-92
9. Зильва Дж.Ф., Пеннелл П.Р (1988) Клиническая химия в диагностике и лечение. Пер. с англ. М.Медицина, с 18-101
10. Шошин А.А (1964) Военно-медицинская география Л: Воен:изд., с 7-48
11. Салищев К.А Картография :(1982) Учебник для географических специальностей ун.тов 3-е изд.перераб. и доп. М. Высш.школа. 272с

Хүснэгт №1

ХҮН АМЫН УНД АХУЙД АШИГЛАГДАЖ БАЙГАА УСНЫ ЕРӨНХИЙ ЭРДЭСЖИЛТИЙН ДУНДАЖ АГУУЛАМЖ (мг/дм3-ээр)

	Бүсийн нэр	Сумын тоо	Дээжи тоо	эрдэсжилт, мг/дм3-ээр		
				дундаж	хазайлт	алдаа
1	Хангайн Хэнтийн уулархаг муж	176	2902	491.3	80.8	1.5
2	Алтайн уулархаг муж	47	597	656.1	299.8	12.3
3	Дорнодын талархаг муж Говийн муж	41	961	1199.9	410.0	13.2
4		74	1694	1083.8	258.8	5.8
	Улсын хэмжээнд	338	6154	781	306.2	3.9

**Хүснэгт №2
ЕРӨНХИЙ ЭРДЭСЖИЛТЭЭР УНД АХУЙН УСНЫ ЧАНАРЫГ ҮНЭЛСЭН ДҮН**

	Бүсийн нэр	сумын тоо	Эрүүл ахуйн нормд					
			тохирсон		тохиороогүй			
			тоо	%	бага		их	
				тоо	%	тоо	%	
1	Хангай Хэнтийн уулархаг муж	176	168	95.5	2	1.1	6	3.4
2	Алтайн уулархаг муж	47	44	93.6	-	-	3	6.4
3	Дорнодын талархаг муж	41	12	29.3	-	-	29	70.7
4	Говийн муж	74	44	59.5	-	-	30	40.5
	УЛСЫН ХЭМЖЭЭНД	338	268	79.3	2	0.6	68	20.1

**Хүснэгт №3
СУМДЫН УНД-АХУЙН УСНЫ КАЛЬЦИЙН АГУУЛАМЖИЙГ БҮЛЭГЛЭСЭН БАЙДАЛ**

Үзүүлэлт	Бүгд	Агуулагдах хэмжээ, мг/дм ³ -ээр			Нормоос их	
		нормоос бага	Нормын хязгаарт, 25.0-100.0			
		25.0 хүртэл	26.0-50.0	51.0-75.0	76.0-100.0	101.0-ээс дээш
Сум, суурины тоо	338	11	176	111	34	6
Эзлэх хувь	100	3.3	52.0	33.0	10.0	1.7
Тайлбар: Унд-ахуйн усны найрлага дахь кальцийн агууламжийн улсын дундаж 54.6 мг/дм ³ байна.		95.0				

**Хүснэгт №4
СУМЫН УНД-АХУЙН УСНЫ НАЙРЛАГА ДАХЬ МАГНИЙН АГУУЛАМЖИЙГ БҮЛЭГЛЭСЭН БАЙДАЛ**

Үзүүлэлт	Бүгд	Агуулагдах хэмжээ, мг/дм ³ -ээр			Нормоос их	
		нормоос бага	Нормын хязгаарт, 11.0-30.0			
		10.0 хүртэл	11.0-20.0	21.0-30.0	31.0-40.0	41-ээс дээш
Сум, суурины тоо	338	20	115	91	47	65
Эзлэх хувь	100	6.0	34.0	27.0	14.0	19.0
Тайлбар: Унд-ахуйн усны найрлага дахь магнийн агууламжийн улсын дундаж 28.5мг/дм ³ байна.						

**Хүснэгт №5
СУМДЫН УНД-АХУЙН УСНЫ ХЛОРИДИЙН АГУУЛАМЖИЙГ БҮЛЭГЛЭСЭН БАЙДАЛ**

Үзүүлэлт	Бүгд	Агуулагдах хэмжээ, мг/дм ³ -ээр				
		Нормын хязгаарт, 350.0 хүртэл		Нормоос их		
		150.0 хүртэл	151.0-250.0	251.0-350.0	351.0-450.0	451.0-ээс дээш
Сум, суурины тоо	338	265	39	16	8	10
Эзлэх хувь	100	78.9	11.2	4.6	2.4	2.9
Тайлбар: Унд-ахуйн усны найрлага дахь хлоридийн агууламжийн улсын дундаж 102.9 мг/дм ³ байна.		94.7				

24

**Хүснэгт №6
СУМДЫН УНД-АХУЙН УСНЫ СУЛЬФАТЫН АГУУЛАМЖИЙГ БҮЛЭГЛЭСЭН БАЙДАЛ**

Үзүүлэлт	Бүгд	Агуулагдах хэмжээ, мг/дм ³ -ээр				
		Нормын хязгаарт, 500.0 хүртэл		Нормоос их		
		125.0 хүртэл	126.0-250.0	251.0-375.0	376.0-500.0	501-ээс дээш
Сум, суурины тоо	338	194	85	38	10	11
Эзлэх хувь	100	57.4	25.1	11.2	2.9	3.3
Тайлбар: Унд-ахуйн усны найрлага дахь кальцийн агууламжийн улсын дундаж 146.8 мг/дм ³ байна.		96.7				

Хүснэгт №7
ХҮН АМЫН ЗҮРХ СУДАСНЫ СИСТЕМИЙН ЗАРИМ ӨВЧНИЙ (400-404, 410-414, 440)
ИЛРЭЛТИЙН ДУНДАЖИЙГ СУМДААР

Үзүүлэлт	Бүгд	Бүлэглэл 10000 хүн амд харьцуулснаар				
		I	II	III	IV	V
		50 хүртэл	51.0-100.0	101.0-200.0	201.0-300.0	301.0-ээс дээш
Сум, суурины тоо	338	88	129	85	24	9
Эзлэх хувь	100	26.3	38.5	25.4	7.1	2.7
Тайлбар: Дээрх өвчний илрэлтийн улсын дундаж 10000 хүн амд харьцуулснаар 100.4±4.29 байв.		64.8				35.2

25

Хүснэгт №8
ХҮН АМЫН ХООЛ БОЛОВСРУУЛАХ БОЛОН ШЭЭС ЯЛГАРУУЛАХ СИСТЕМИЙН ЗАРИМ
ӨВЧНИЙ (535, 564, 574, 592, 594) ИЛРЭЛТИЙН ДУНДАЖИЙГ СУМДААР БҮЛЭГЛЭСЭН
БАЙДАЛ (1980-1989 он)

Үзүүлэлт	Бүгд	Бүлэглэл 10000 хүн амд харьцуулснаар				
		I	II	III	IV	V
		100.0 хүртэл	101.0-200.0	201.0-300.0	301.0-600.0	601.0-ээс дээш
Сум, суурины тоо	335	61	108	91	57	18
Эзлэх хувь	100	18.2	32.2	27.2	17.0	5.4
Тайлбар: Дээрх өвчний илрэлтийн улсын дундаж 10000 хүн амд харьцуулснаар 24.4±10.6 байв.		77.6				22.4

Хүснэгт №9

УНДНЫ УСНЫ ҮНДСЭН НАЙРЛАГЫН ҮЗҮҮЛЭЛТЭЭР ЭРҮҮЛ АХУЙН ШААРДЛАГАД ТОХИРОХГҮЙ УСТАЙ СУМДЫН СУДАЛГАА

Мужийн нэр	бүгд	хувь	Сумд үзүүлэлтийн тоогоор					
			1	2	3	4	5	6
1.Хангай-Хэнтийн уулархаг	31	17.6	27	4				
2. Алтайн уулархаг	20	42.5	12	6	1	1		
3. Дорнодын талархаг	29	70.7	7	19	1	1	1	
4. Говийн	50	67.6	25	9	8	4	3	1
Улсын хэмжээнд эзлэх хувь	130	38.5	71 21.	38 11.	10 3.0	6 1.8	4 1.2	1 0.3

МОНГОЛ ОРНЫ ТАРВАГАН ТАХЛЫН ДЭГДЭЛТҮҮДЭД БАЙГАЛИЙН ХҮЧИН ЗҮЙЛИЙН НӨЛӨӨГ СУДАЛСАН ДҮН

Л.Энхбаатар, Л.Лхагва

Эрүүл Ахуй, Халдвар Нян судлалын Үндэсний Төв, Анагаах

Ухааны Их Сургууль

Манай улсад сүүлийн 30 жил тарваган тахал өвчин харьцангуйгаар тасралтгүй өссөнөөс Ховд, Говь-Алтай, Баян-Өлгий зэрэг аймгийн тарваган тахалын байгалийн голомтууд идэвхжиж голомт нэмэгдэн өвчилсөн хүмүүсийн 33-40% нь нас баржээ.

Зөвхөн сүүлийн 13 жилд 53 дэгдэлтэнд 101 хүн, үүнээс 1993 онд 12 дэгдэлтэнд 13 хүн өвчилснөөс 8 хүн нас барсны 66.7% нь 9-15 насны хүүхэд, 38% нь амьсгалын замаар, 62% нь хавьтлын замаар уг өвчнийг авчээ. Сүүлийн 13 жилд 1956-1979 оныхтой харьцуулахад дэгдэлт 17.1%, өвчлөл 91.8% өсчээ. (1)

Халдварт өвчний цар тахал, үүнээс тарваган тахлын байгалын голомт идэвхжих механизмыг эрдэмтэд олон янзаар тайлбарласнаас мэрэгчид нууц ба архаг байдлаар нян хадгалах ба бусад учир шалтгаанууд нь олон тооны агуулагч, дамжуулагч, газар нутгийг богино хугацаанд хамрах нөхцөлийг бүрдүүлж чаддаггүй гэж үздэг. Эдгээр онол таамаглалуудаас Оросын биофизикч А.Л.Чижевскийн нарны идэвхжил (НИ)-ийн өөрчлөлт дэлхийн шим мандал, биемахбодод нөлөөлөх онол сонирхол татаж байна.(2)

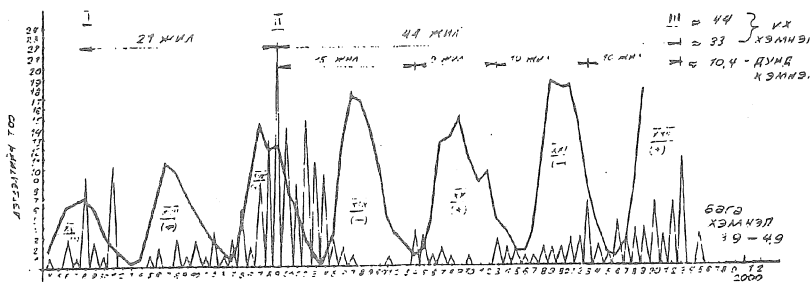


График №1

Монгол орон дахь тарваган тахлын дэгдэлт сүүлийн 75 жилд

Судалгааны арга хэрэглэгдэхүүн

Судалгаанд Монгол улсад 1880 оноос хойш БГХАЭСГ-н түүхэнд тэмдэглэгдсэн 115 жилийн хугацаан дахь бүрэн бус 287 илүү тахлын гаралтыг Австрийн одон орны оргил судлалын төвөөс гаргасан НИ-н Вольфын тоон утгатай ретроспектив, түүхэн адилтгалын аргаар харьцуулан судлав.

Судалгааны үр дүн хэлцэмж:

Судалгаагаар тус улсад уг хугацаанд тарваган тахлын 4 томоохон дэгдэлт болсон гэж үзэв.

(График№1)

1-р дэгдэлтийн оргил үе 1899 он

2-р дэгдэлтийн оргил үе 1928 он

3-р дэгдэлтийн оргил үе 1949 он

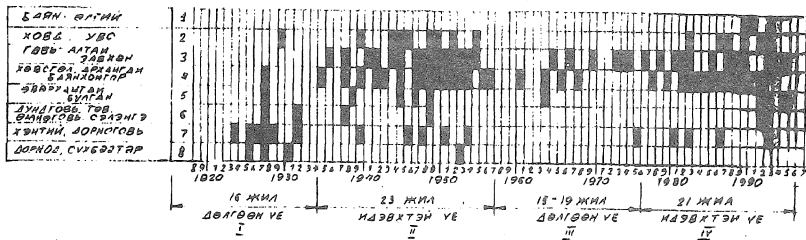
4-р дэгдэлтийн оргил үе 1993 он

Эдгээр оргил үеүд нь тухайн цаг хугацаа орон зайд дэгдэлт, өвчилсөн хүний тоогоор хамгийн өндөр байсан болно.

Тухайлбал: 1-р дэгдэлтийн оргил үе: 1899 онд одоогийн Төв аймгийн Дэлгэрхаан сумын нутагт Хятад, Монгол лам иргэд хамрагдсан 300 хүн, Сүхбаатар аймгийн Дарьганга сумын өмнөт хэсэгт дэгдэлт, Дорнод аймгийн Чойбалсан сумын баруун суврагт 80 орчим хүн өвчилсөн дэгдэлтүүд гарчээ. (3)

2-р дэгдэлтийн оргил үе: 1928 онд тал, хээр, ойт хээрийн бүсийн Дорнод, Дундговь, Төв, Өвөрхангай, Хэнтий зэрэг аймагт нийт 10 дэгдэлтэнд 37 хүн, 1931 онд Сүхбаатар, Дундговь, Хэнтий аймагт нийт 11 дэгдэлтэнд 23 хүн өвчилж байсан байна. (4)

3-р дэгдэлтийн оргил үе: 1940-1950 оны дунд үе хүртэл тахлын голомтууд идэвхжиж олон дэгдэлт гарснаас 1949 он оргил үе нь байв. Энэ дэгдэлтүүд Монголын зүүн хэсгээс баруун хэсэгт



Зураг №1
Тарваган тахлын байгалийн голомтын идэвхжил, дөлгөөнжилт
(1920-1995 он)

шилжсэн гэж үзэж болохоор байна. (5) Зөвхөн 1949 онд 23 дэгдэлтэнд 37 хүн өвчилж дэгдэлтүүд Говь-Алтай, Баянхонгор, Завхан аймгийн нутаг Хангай, Алтайн нуруунд болжээ.

4-р дэгдэлтийн оргил үе: 1993 он сүүлийн 30 жилд тохиолдож байгаагүй олон дэгдэлт болжээ. Дэгдэлтүүд Өвөрхангай, Хэнтий, Баян-Өлгий, Завхан, Ховд, Говь-Алтай аймгийг хамарч нийт 12 дэгдэлтэнд 13 хүн өвчилсөн байна. Томоохон дэгдэлтүүдийн хоорондын зай 1899-1928 он 29 жил, 1928-1949 онд 21 жил, 1949-1993 он 44 жил дунджаар $(31.3-34.3)=33$ жил болж байна. Судалгаанд хамрагдсан 11 жилд 21; 33; 44 жилийн хэмнэлээс гадна богино, дунд хэмнэл илрэв.

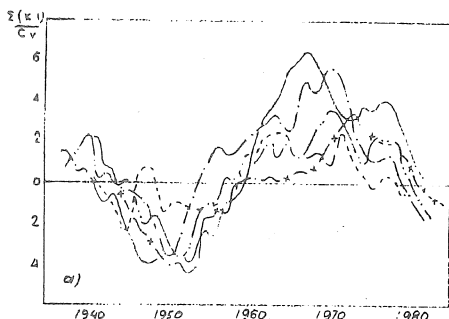
Богино хэмнэл: 113 жилд тодорхой хугацаанд харьцангуй ихэссэн дэгдэлтүүд 23 удаа тохиолдсон байна. Эдгээр онууд 1880, 1886, 1899, 1905, 1912, 1918, 1922, 1926, 1931, 1938, 1940, 1942, 1945, 1949, 1952, 1961, 1964, 1967, 1970, 1973, 1983, 1986, 1990, 1993 дунджаар 3.9-4.9 жил тутамд ямар нэг хэмжээгээр дэгдэлт гарч байжээ.

Дунд хэмнэл: Дэгдэлтүүд богино хэмнэлийнхээс харьцангуй өндөр, мэдэгдэхүйц ихэссэн дэгдэлтүүдийн хоорондын зайг авав. Дунд хэмнэлийн харьцангуй ихсэлтүүд 115 жилд ойролцоогоор 12 удаа тохиолджээ. 1880, 1886, 1899, 1905, 1912, 1918, 1928, 1942, 1949, 1964, 1973, 1983, 1993 он дунд хэмнэлийн үргэлжлэх хугацаа дунджаар 9.4 жил байна. Дунд хэмнэл сүүлийн 45 жилд (1949-1994 он) тод илэрчээ.

Тухайлбал 1949, 1964, 1973, 1983, 1993 он харьцангуй ихсэлт дэгдэлтүүд дунджаар 11.5 жил тутамд 1993 оныг эс тооцвол НИ-н уруудах, нам үед тогтвортой тохиож байв.

Оросын эрдэмтэн А.Л.Лавровскийн үзсэнээр тарваган тахлын томоохон эпизоотиуд 10-11, завсрынх 4-5 жилийн зайтай гардаг гэж үзсэн байна. (6)

Монгол орны тарваган тахлын байгалийн голомтонд шилжилт идэвхлийг тодорхойлох зорилгоор 1920-1995 оны хоорондох



1940-1980 онуудын хур тунадасны интервала
 МУРУЙ: ... ХОВД ... УЛААНГОМ ... АРВДНХЭЭР
 - · - · - МӨНХБААТАР ... ЧОЙВЪЛСАН

График №2

хугацаанд аймгуудыг уртрагийн дагуу үечлэн дэгдэлтүүдэд ажиглалт хийв. (Зураг №1) Тахлын дэгдэлтүүд газар зүйн байрлалаар ялгаатай идэвхжиж, дөлгөөнжиж буй байдал ажиглагдаж байна.

1. 1918-1934 онд харьцангуй дөлгөөн, Монгол орны дорнод хэсэг идэвхтэй байжээ.

2. 1934-1957 оны хооронд Хангай, Говь-Алтайд голомт идэхтэй, зүүн хэсэг харьцангуй намжмал, Монгол оронд хур тунадас бага гандуу өвчлөл, дэгдэлт их байв. (График№2)

3. 1976 оноос хойш Монгол орны баруун хэсэг Алтай, Хангайн нурууны голомтууд идэвхжсэн бөгөөд хамгийн өндөр дэгдэлттэй жил 1993 он болжээ. Монгол оронд тарваган тахлын харьцангуй идэвхтэй үеийн хугацаа ерөнхийдөө 23 орчим жил гэж үзэж болохоор байна.

Манай оронд явагдсан нийт тахлын дэгдэлтүүдийг НИ-тэй холбон судлахдаа уг өвчин лабораторийн шинжилгээгээр батлагдаж ирсэн 1931 оноос авч үзлээ.

Дэгдэлтүүдийн НИ-н эерэг, сөрөг мөчлөг түүний өндөр, нам үе дэхь тохиолт нь түүний богино, дунд, их хэмнэлийн далайцтай тодорхой хэмжээгээр тохирч байна. 22-44 жилийн их хэмнэлийн оргил үе НИ-н эерэг, мөчлөгийн өндөр үетэй, сүүлийн 30-45 жилийн дэгдэлтүүдийн оргил үе дунджаар 9.4-11.5 (10.4) жилийн хэмнэлтэй идэвхжлийн нам, уруудах үед тохирч байна.

Тахлын дэгдэлтүүдийн 10.4, 21, 23, 44 жилийн хэмнэл нь НИ-н 11, 22, 33, 44 жилийн хугацаатай дүйж байна. Дэлхий нийтэд тохиолдож байсан цар тахал дэгдэлтүүдийн 65% нь өндөр, 35% нь нам үед, газар зүйн байршлаас шалтгаалан Энэтхэгт өндөр үед гарч байжээ. (7)

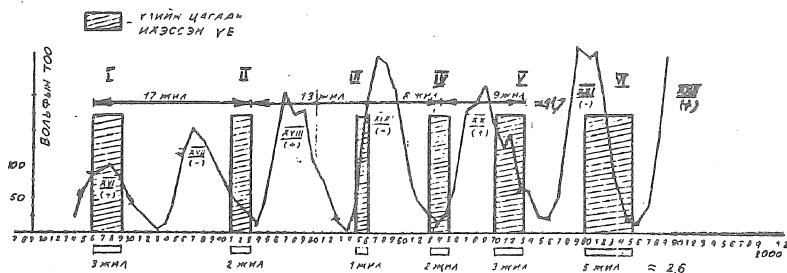


График №3

Монгол орон дахь үлийн цагаан оготны ихсэлт ба нарны идэвхжил

Тус орны тарваган тахлын байгалийн голомтуудад цаг агаар, чийг хур тундасны нөлөөг зөвлөлтийн болон үндэсний мэргэжилтнүүд бичиж байв. Тухайлбал: 40-50 оны үед Хангай нурууны тарваган тахлын байгалийн голомтонд 1941, 1944, 1947, 1951, 1953 оны ган нөлөөлөж хур тунадас 45 мм-ээс бага үед ургамлын гарц, тарваганы амьдралд сөрөг нөлөөлдөг. (8)

Дорнод Монголын тарваган тахлын байгалийн голомтын эпизоотид цаг агаарын нөлөөллийг 1981 онд (9), Монгол Алтайн зүүн өмнөд бүсийн тарваган тахлын 9 голомтонд сүүлийн 49 жилд дунджаар 11.3 жил үргэлжилж 13.6 жилийн завсарлагатай 22.9 жилийн үечлэлтэй хур тунадастай холбоотой (1) байжээ.

Гурвансайхан огдойн голомтын халдваржилт, есгөвөр илрэлт нарны идэвхжлийн уруудах үед өндөр байна гэж үзжээ. (10)

Газар зүйч Б.Авирмэд, П.Цолмон нарын судалгаагаар ХУIII-XX зууны гангийн тохиолдол НИ-н бага үед эерэг мөчлөгийн уруудах үед их байгааг тэмдэглэсэн ба цаг уурч А.Намхайн судалгаагаар ган, зудын давтамж 6.10-12.45 жилийн давтамжтай явагдаж буйг тогтоосон байна. (11,12) Манай орны байгаль газар зүйн нөхцөлд хоол боловсруулах, амьсгал, зоантропоноз малын зарим халдварт өвчний ихсэлтэнд НИ-л нөлөөлж хэмнэлт явцтай байгааг тэмдэглэжээ. (13,14,15,16)

Эрдэмтдийн судалгаагаар тарваган тахлын нянг агуулагч мэрэгчдийн тоо толгой, НИ-н тодорхой үед ихэсдэг байна. (17) Манай орны тарваган тахлын үндсэн агуулагч тарваганы тоо толгойд НИ-н нөлөөг судлаагүй боловч тахлын нян агуулагч үлийн цагаан оготнын хэт олшролтонд НИ-н нөлөөлсөн гэж үзэж болохоор байна.

Судлаачдын тэмдэглэсэнээр манай оронд 1926-1929 онд, 1941-1943, 1956-1957, 1963—1965, 1970-1973, 1980-1985 онуудад

үлийн цагаан оготно хэт ихэссэн байна. Ихсэлтүүдийн оргил үе 1926, 1943, 1956, 1964, 1973 онуудад тохиож зарим тохиолдолд ургамлын нөмрөгийн 90%-ийг хөнөөж байв. (18)

Уг мэргэчийн хэт олшролт, оргил үеүдийг НИ-тэй холбон авч үзэхэд нийт ихсэлтийн 50-66% нь НИ-н нам, уруудах үед 11,7 жил тутамд ихсэж байв. Ихсэлтүүд дунджаар 2.6 жил үргэлжилж байна. (График №3)

Дүгнэлт:

1. Судалгаанд хамрагдсан хугацаанд тус улсад 4 томоохон дэгдэлт явагдсан байна. Голомтын идэвхжил зүүнээс баруун тийш чиглэлтэй одоогийн байдлаар идэвхжил Монгол орны баруун хэсэгт явагдаж байна.

2. Тарваган тахлын байгалийн голомтын идэвхжил 4,9,10,5,22,33,44 жил тутамд идэвхжиж энэ нь байгалийн хэлбэлзэл НИ-н соронзон орны нөлөө гэж үзэв.

3. Тарваган тахлын 22-44 жилийн томоохон дэгдэлтүүдийн оргил үе НИ-н өндөр үед, 9.5-11 жилийн хэмнэл НИ-н нам, уруудах үед явагдаж байна. 1993 онд Говь-Алтай, Баян-Өлгий, Ховд, Завхан зэрэг аймагт гарсан 12 дэгдэлт нь тарваган тахлын байгалийн голомтын 44 жилийн хэмнэл идэвхжлийн оргил үе гэсэн дүгнэлтэд хүрэв.

4. Тарваган тахлын агуулагч үлийн цагаан оготно 11,7 жил тутамд НИ-н нам үед хэт олширч буйг тогтоов. Үүнээс үндэслэн үндсэн агуулагч тарваганы ихсэлтийг байгалийн голомт тус бүрээр тогтоож уг өвчинтэй тэмцэх урьдчилан сэргийлэх практикт ач холбогдолтой юм.

5. Монгол орны тарваган тахлын байгалийн голомтын идэвхжил 2000 он гартал аажим буурах боловч жил, жилд тахал гарах боломжтой гэж үзэв.

НОМ ЗҮЙ

1. Адыасүрэн.З., (1994) "Эпидемический потенциал природных очагов чумы юго-восточной части Монгольского Алтая" автореферат на соискание ученой степени кандидата медицинских наук УБ 32 с.

2. Ягодинский И.В., (1987) "Александр Леонидович Чижевский" Москва "Наука" с. 85-99

3. Бердин.А.Л., (1933) Чума в МНР тарваган промысел" **Эдүгээгийн Монгол** №2 50 с.

4. Ц.Чулуунбаатар ба бусад (1985) ГАХӨЭСГ-ын түүх

5. Батсүх.Д., Цолмон.П., Энхбаатар.Л., (1990) "Тарваган тахлын тархалтын зүй тогтлын асуудал" ГАХӨЭСГ-н бүтээл №6

УБ хот

6. Дружинин И.П., Сазанов .Б.И., Ягодинский.И.В., (1974) Космос, земля, прогноз, Москва

7. Чижевский.А.Л., (1973) "Земное эхо солнечных бурь" с.181-185

8. Некипелов.Н.В., (1959) "Чуме в Монголии" г.Иркутск.

9. Батсүх.Д., (1981) "Природные очаги чумы в восточной части МНР" Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук г.УБ 25 с.

10. Энхбаатар.Л., Батсүх.Д., (1990) Гурвансайхны тарваган тахлын байгалын голомтын дамжуулагчийн тоошилд хур тунадасны нөлөө ГАХӨЭСГ мэдээлэл №6

11. Авирмэд .Б ба бусад (1993) Монгол орны хүн, малын зарим өвчин эмгэгийн хөдлөл зүй тавилан товхимол 6-11х УБ

12. Намхай.А., (1988) "Байгаль цаг уурын гамшигт үзэгдэл" МЭДН, байгалийн ухааны цуврал лекц 12 4х.

13. Энхбаатар.Л., (1995) "Зарим халдварт өвчний хэмнэлийг тодорхойлсон дүнгээс Эрүүл мэндийн салбарын тулгамдсан асуудал цаашдын зорилт ОПБХИ-н хураангуй х. 50-51, УБ хот.

14. Enkhbaatar. L., (1995) Influence of solar activity on infectious disease morbidity in Mongolia and it's peculiarity."International conference Asian ecosystems and their protection" Ulaanbaatar Mongolia p 113

15. Энхбаатар.Л., Дондог.Н., Цолмон.П., (1992) Хүн, малын галзуу өвчнийг байгалийн хэлбэлзэлт хүчин зүйлтэй холбон судалсан дүн. Вирус судлалын тулгамдсан асуудлууд онол практикийн 8-р бага хурал илтгэлийн товч х 3-5, 62-64.

16. Л.Энхбаатар, Н.Дондог, П.Цолмон (1995) Хүн, малын бруцеллез өвчнийг прогнозчлох асуудал Монголын анагаах ухаан №1 х. 20-26

17. Ягодинский.И.В., Коноваленко.З.П., (1970) Особенности колебаний численности животных и развитие эпизооти в связи с солнечной активностью Проб.особ опасных инфекции выпуск Саратов. 188с

18. Дуламцэрэн.С., Цэнджав.Д., Авирмэд.Д., (1989) БНМАУ-ын амьтны аймаг хөхтөн амьтан х. 118-119 УБ хот.

ЛЕКЦ, ТОЙМ, ЗӨВЛӨЛГӨӨ

МОНГОЛ УЛСЫН ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН БОДЛОГЫН ТҮҮХЭН ХӨГЖИЛ, ХЭТИЙН ТӨЛӨВ

П.Нямдаваа,
Г.Дашзэвэг
Эрүүл мэндийн яам

Хүн амын эрүүл мэндийг сахин хамгаалах явдал төр, засгийн бодлогын нэн чухал хэсэг болж, хүний эрүүл мэндтэй холбогдсон асуудлын бүх талыг хамарсан бодитой тогтолцоо бүрэлдэн хөгжиж ирсэн нь Монгол улсын түүхийн сүүлийн 70 гаруй жилийн маргашгүй чухал ололт мөн.

Монгол улсад эрүүлийг хамгаалах явдал үүсч хөгжсөн түүхийг 1921 оны ардын хувьсгалын өмнөх үе, 1921 оноос хойшхи үе гэж ерөнхийд нь хөгжлийн 2 үе шат болгон авч үзэж болох юм.

1921 оны ардын ардчилсан хувьсгалаас өмнөх үед Монгол оронд Дорно дахины анагаах ухаан, ялангуяа монгол, түүвд анагаах ухаан хөгжиж, уламжлалт эмнэлгийн арга зүй, дадлагыг эзэмшсэн эмч, маарамба, оточ нар өвдсөн, зовсон хүмүүсийг гэрээр үзэж эмчлэх эмнэлгийн тусламжийн өвөрмөц хэлбэр дагнаж байжээ. Улсын эмнэлэг, байгууллага буюу эрүүлийг хамгаалахын бие даасан бүрдмэл тогтолцоо байсангүй. Харин Хаант Оросын консулын газрын болон цэргийн жижигхэн эмнэлгүүд ажиллаж, монгол хүмүүсийг үзэж эмчилдэг байсан тухай зарим баримт бий.

Олон зуун жилийн түүхтэй монгол, түүвд эмнэлэг хүн амын өвчин, эмгэгийг анагаах талаар тухайн цаг үедээ түүхэн үүрэг гүйцэтгэж ирсэн боловч эрүүлийг хамгаалах системтэй арга хэмжээ болж чадаагүй байснаас Монголын хүн амын эрүүл мэндийн үзүүлэлтүүд хэт доод түвшинд байлаа. 1921 оны өмнөх үеийн Монголд хүн амын нас баралт 1000 хүн ам дутамд 25-30-д хүрч, шинэ төрсөн 1000 хүүхэд дутмын 500 нь ойндoo хүрэлгүй нас барж, хүн амын дундаж наслалт дөнгөж 32 байв. Цагаан цэцэг, тарваган тахал зэрэг гоц халдварт өвчин газар сайгүй дэгдэлт хэлбэрээр гарч, нийгмийн халдварт өвчнүүд өргөн дэлгэрч байжээ.

Энэ байдлаас дүгнэж үзвэл, Монголд эмнэлгийн тусламж хөгжсөн түүхэн замналыг Ардын хувьсгалаас хойшхи үед голлон хамааруулж авч үзэх нь илүү зохимжтой юм.

1921 онд Үндэсний ардчилсан хувьсгал ялж, энэ үеэс эхлэн Монгол оронд нийгэм, эдийн засгийн асар их өөрчлөлт гарсны дотор хүн амд үзүүлэх эмнэлгийн тусламжийн цоо шинэ тогтолцоо бүрэлдэн тогтох үе эхэлсэн юм.

Ер нь дэлхий дахины хөгжлийн түүхээс задлан шинжилж үзэхэд анагаах ухааны хөгжил, улс орнуудын эдийн засаг, нийгмийн байгуулал, чадавхийн дэвшил нь хүний эрүүл мэндтэй холбогдох бараг бүх асуудлыг нийтийн эрх ашгийн үүднээс төр, засгийн бодлогын хүрээнд авч үздэг болоход хүргэсэн нь тодорхой байна. Ингэснээр одоо үед хүн амынхаа эрүүл мэндийн асуудлыг хариуцсан төр улсын албагч тусгаар тогтносон улс орон байхгүй болжээ.

Анх 1921 оны 8-р сарын 15-нд Монгол ардын цэргийн дайчид болон ардиргэдэд эмнэлгийн үнэ төлбөргүй тусламж үзүүлэх "өвчтэй хүмүүсийг эмчлэх Хороо байгуулах тухай" Бүх цэргийн зөвлөлийн тогтоолд их жанжин Д.Сүхбаатар гарын үсэг зурснаар Монгол улсад эрүүлийг хамгаалах тогтолцоо, орчин үеийн шинжлэх ухааны эмнэлэг үүсч хөгжих эх суурь тавигдсан юм. Тиймээс ч энэ өдрийг бид Монгол улсад эрүүл мэндийн улсын алба үүссэн өдөр гэж үзэж жил бүр өргөн тэмдэглэдэг уламжлал тогтсон билээ.

Харин Монгол улсад хүн амын эрүүл мэндийн асуудал төр, засгийн бодлогын хүрээнд орж албан ёсоор хуульчлагдсан нь 1924 он болно. 1924 оны 11 дүгээр сарын 26-нд батлагдсан "БНМАУ-ын Үндсэн хуул"-ийн "Улсын дээд эрхийг барих газрын тухай" хоёрдугаар бүлгийн тавдугаар зүйлд заасан "улсын дээд эрхийг хадгалах газрын эрхлэн шийтгэвэл зохих зүйлүүд"-ийн арвангуравдугаарт "хүний өвчин эмгэгийг анагаан засах, сэргийлэх дүрэм хэмжээг тогтоох" хэмээн заажээ. Мөн Улсын анхдугаар их хурлын 1924 оны 11 дүгээр сарын 13-ны 5 дугаар тогтоолын хоёрдугаар зүйлийн тавд "Ардын эрүүлийг хамгаалах... явдлыг цэргийн захиргаанаас Дотоод явдлын яамнаа шилжүүлэн өгч, Ардын эрүүлийг хамгаалах... газрыг байгуулахад бэлтгэвэл зохино" хэмээн заасныг хэрэгжүүлэх зорилгоор Засгийн газрын 1925 оны 7 дугаар сарын 1-ний тогтоолоор Дотоод яамны дэргэд Ардын эрүүлийг хамгаалах газрыг байгуулахаар шийдвэрлэсэн нь манай оронд эрүүл мэндийн асуудал эрхэлсэн төрийн захиргааны төв байгууллагыг анх бий болгосон нь бөгөөд 1930 онд Улсын зургадугаар их хурлын шийдвэрээр Ардын эрүүлийг хамгаалах яам болон өргөжсөн билээ.

Дотоод яамны дэргэдэх Ардын эрвүлийг хамгаалах газрыг байгуулах тухай шийдвэрт бас заасны дагуу тус газрын Европын ба твд ёсны амбулатори болон больниц хэмээх эмчлэн сувилах газруудыг 1925 оны 10 дугаар сарын 20-ны өдөр тус тус нээг байгуулснаас гадна Богдхан, Хан Хэнтий, Заяын хврээ, Улиастай, Ховдод 5 эмнэлгийн газар байгуулахаар төлөвлөсөн байна. Гэвч байр олоогүй, гадаад мэргэжилтэн хврэлцэн ирж амжаагүй байсны учир дурьдсан 5 газарт твд ёсны эмнэлэг нээхээр болжээ.

Ийнхв эрвүлийг хамгаалах төрийн байгууллагыг байгуулсан нь хвн амд эмнэлгийн тусламж вэвүлэх, урьдчилан сэргийлэх ариун цэврийн ажлыг сайжруулахад нөлөөлөхвйц зохион байгуулалтын чухал алхам болсон байна. Ардын эрвүлийг хамгаалах газар байгуулагдаад газрын дүрмийг боловсруулан батлуулж, 1926 он гэхэд эмнэлгийн ажилтан бэлтгэх анхны курсыг зохион байгуулж амжжээ. 1926 онд багтаан 35-аас доош насны, ажиллаж буй твд эмнэлгийн эмч нараас 30 хвнийг цуглуулж 6 сарын хугацаагаар курс хийлгэж, Европын эмнэлгийг мэргэжвүлэх, твд эмнэлгийг давтан сайжруулахаар тогтсоны дагуу ахмад эмч Д.Рэгэн тэргвүтэй 23 хвн суралдаж төгссөн нь эмнэлгийн мэргэжлийн вндэсний боловсон хвчний анхдагчид байв.

Тус Ардын эрвүлийг хамгаалах газар 1926, 1928, 1929 онуудад Зөвлөлт Оросын эмнэлэг-ариун цэврийн 1,2,3-р экспедицийг хвлээн авч, хамтран ажиллаж, эмнэлгийн цэг салбарыг өргөтгөх ажлын эхлэлийг тавьсан юм. 1929 оноос иргэний больницын дэргэд 2 жилийн хугацаатай сувилагчийн курс байгуулжээ. Мөн онд нян судлалын лаборатори байгуулсан нь урьдчилан сэргийлэх, оношлох анхны байгууллагын вндэс суурь болсон билээ.

1930 онд байгуулагдсан Ардын Эрвүлийг хамгаалах яам тус улсад хвн амд вэвүлэх эмнэлгийн тусламжийг зохион байгуулалт, арга барил, мэргэжлийн удирдлагаар хангах вндсэн вүргийг хвлээснээс хойшхи жилвүдэд эрвүлийг хамгаалахын нарийн мэргэжлийн албад, салбаруудыг байгуулах дэс дараатай арга хэмжээ хэрэгжиж эхэлсэн байна.

1931 онд тарваган тахлын лаборатори, 1932 онд Хвн эмнэлгийн техникум, эмээр хангах газар, 1933 онд бактер шинжилгээний газар, 1941 онд Ариун цэвэр гэгээрлийн ордон, 1942 онд Монгол улсын их сургуулийн анагаах ухааны салбар тус тус байгуулагдаж, улмаар эдгээрээс салбарлан тус улсын эрвүлийг хамгаалахын одоогийн иж вүрэн тогтолцоо вүрэлдэн тогтож хөгжин

бэхэжсээр ирэв.

Эрүүлийг хамгаалах яамны аппарат ч хөгжлийн тухайн ve шатны хэрэгцээ, шаардлагад нийцэн бэхэжсээр иржээ. 1932 онд Ардын эрүүлийг хамгаалах яамны эмчлэн сэргийлэх хэлтэс дарга, нэг мэргэжилтэнтэйгээр байгуулагдсан байна. 1938 оноос тус хэлтэс нь эмчлэн сэргийлэх газар болж өргөжин зохион байгуулалт төлөвлөлтийн хэлтэс, эмнэлгийн хэлтэс, ариун цэвэр ба сэргийлэх хэлтэстэйгээр ажиллах болжээ. Аймгуудад эрүүлийг хамгаалах хэлтэс, Улаанбаатарт Эрүүлийг хамгаалах газар байгуулагдсан байна. 1944 оноос Эрүүлийг хамгаалах яам нь коллегитой болсон бөгөөд 1945 онд яамны зохион байгуулалтыг өөрчилж, халдварт өвчнийг эсэргүүцэх хэргийг эрхлэх хэлтэс, хот, хөдөөгийн эмнэлгийн хэргийг эрхлэх хэлтэс, эх нялхсын эмнэлэг, урьдчилан сэргийлэх хэрэг эрхлэх хэлтэс байгуулагджээ.

1948 он гэхэд ЭХЯ 49 орон тоотой болсон ба аймаг, хотын эрүүлийг хамгаалах хэлтсийн дүрмийг баглан мөрдүүлсэн байна. Яамны аппарат хөгжлийн тодорхой ve шатны зорилтуудтай уялдан өргөжин бэхэжсээр ирсний нэг баримт бол тус яам 1982 он гэхэд 10 газар, хэлтэс, тасагтай ажиллах болсны дотор Улсын ариун цэвэр, халдвар судлалын байцаан шалгах газар, боловсон хүчин, захиргааны газар, эх нялхсын газар, эмчлэн сэргийлэх хэлтэс (1986 онд газар болж өргөжсөн) төлөвлөгөө, санхүү статистикийн хэлтэс, хөрөнгө оруулалт, материал хангамжийн хэлтэс, гадаад харилцааны тасаг, анагаах ухааны эрдэм шинжилгээний тасаг, санхүүгийн хянан шалгах тасаг, аж ахуйн тасаг байв. Одоо Эрүүл мэндийн яам 4 газар, 1 хэлтэстэй.

1930-аад оны үед Монголын төр, засгийн бодлого ЭХЯ-ны үйл ажиллагааны чиглэл нь тус оронд Европ ёсны эмнэлгийг байгуулах, үндэсний боловсон хүчнийг бэлтгэх, өнгөний өвчинтэй тэмцэх, ариун цэврийг сайжруулах, цагаан цэцэг, галзуу, гэдэсний балнад болон бусад халдварт өвчинтэй тэмцэх ажлыг хүчтэй болгож, вакцин үйлдвэрлэн хүн амыг урьдчилан сэргийлэх тарилгад өргөн хамруулах, эрүүл мэндийн сурталчилгаа, таннулгыг зохион байгуулах, Зөвлөлтийн эмнэлгийн байгууллагатай холбоо тогтоож эмч, мэргэжилтэн урьж ажиллуулах, эмнэлэг-ариун цэврийн экспедиц зохион байгуулж хүн амыг эрүүлжүүлэх явдал байсан байна. Чухамхүү эдгээр зорилтыг амжилттай шийдвэрлэснээр хүн амаа өсгөх төрийн бодлого бодит биеллээ олох байв.

1939 он гэхэд эмнэлгийн салбарын тоо 117-д хүрч, 185 суманд сумын сестрагаар толгойлуулсан түргэн тусламж үзүүлэх салбар бий болсон байв. Эмнэлгийн салбаруудын ор 1431, их эмч 83, бага эмч 111, сувилагч 169, сумын сестра 340, багийн сувилагч 169, эх баригч 70, эм найруулагч 25, лаборант 15 бэлтгэгдсэн байв.

1930-1940 онд жил бүрийн дундаж өсөлтөөр хvн амын тоо 0,97 хувь, эрvүлийг хамгаалахын зардал 22,4 хувь, эмнэлгийн дунд мэргэжилтний тоо 27,5 хувиар тус тус өссөн бөгөөд нэг их эмчид 6,4 сувилагч ногдож байснаас үзвэл эмнэлэг, vйлчилгээний гол ажлыг сувилагчид гүйцэтгэж байжээ. 13 аймаг, Улаанбаатар, Сүхбаатар хотод эмнэлгийн хэлтэс зохих орон тоотойгоор ажиллан орон нутгийн эмнэлгийн байгууллагуудыг мэргэжлийн удирдлагаар хангах болов.

1930-аад оны төгсгөл vе бол анагаах ухааны шинэ цагийн эмнэлгийн ач тусыг ард түмэн ойлгож, эмнэлгийн байгууллагад туслах хөдөлгөөн орон нутагт өрнөснөөр шинэ дутам байгуулагдсан эмнэлгийн салбаруудыг орон байр, хоол хvнс, аж ахуйн хэрэглэлээр хангахад ихээхэн дэмжлэг болсон он жилүүд байв.

1930 оноос хойшхи 10 жилийн хугацаанд Ардын эрvүлийг хамгаалах яамны сайдаар Д.Пунцаг, Ө.Бадрах, Н.Гонжоон (Ардын гэгээрүүлэх ба Ардын эрvүлийг хамгаалах яам нэгдэн 8 сар ажиллах хугацаанд) Д.Өлзийбат, Ц.Баттөмөр, Санжмятав, С.Галиндив нар, дэд сайдаар Довдооровын Пунцаг, Дамбийням, Дамдин, Ч.Жvгдэрнамжил нар тус тус ажиллаж байсан байна.

1940 оноос хойшхи vе бол манай оронд эмнэлгийн цэг, салбарын тоо мэдэгдэхүйц өсч бэхжсэн, мэргэжлийн боловсон хvчнийг бэлтгэх тогтолцоо бий болж, боловсон хvчний хангамж сайжирсан, эмчлэх, урьдчилан сэргийлэх арга хэмжээг тодорхой бодлого, төлөвлөгөөтэй хэрэгжvүлж бодит vр дvнд хүрсэн он жилүүд юм. Тухайлбал, 1940 он гэхэд Монгол улс цагаан цэцэг өвчнийг устгасан Ази тивийн анхны орон болов.

1941-1945 он бол Дэлхийн 2-р дайны хvнд хэцvв vе байсан боловч ЗХV-ын шууд туслалцаатайгаар БНМАУ-д (хуучин нэрээр) Монгол улсын их сургууль байгуулагдаж, тvүнд хvн эмнэлгийн факультет нээгдсэн явдал эмнэлгийн дээд боловсролтой мэргэжлийн боловсон хvчин бэлтгэх эх уурхай болов. 1940 оноос Хvн эмнэлгийн техникумд 7 жилийн боловсролтой хvvxдийг элсvүлэн сургах болсон нь чанарын томоохон алхам байв. Дайны вeд эмнэлгийн салбар, цэгийг өргөтгөх, шинээр байгуулахад хөрөнгө хvч дутагдаж байсан боловч төр, засгаас ард түмний эрvүл мэндийг төр, засгийн бодлогын

гол асуудал болгож байнга анхааран хvч боллоцоог дайчилснаар бага эмчийн салбарын тоо 1945 онд 1940 оныхоос 90-ээр нэмэгдэж 257-д хүрчээ. Ардын эрvүлийг хамгаалах яамны бодлогын төвд өнгөний болон халдварт өвчинтэй тэмцэх ажлыг улам хүчтэй болгох явдал байсан бөгөөд энэ тэмцэлд сурталчилгааны ажлыг чиглvүлэн, арга барил нь ч ихээхэн өргөжсөн байна. 1940 онд яамны дэргэд Улсын Ариун Цэврийн Байцаан Шалгах Ерөнхий газар байгуулагдаж, 1941 онд Улаанбаатар хотод Ариун цэвэр гэгээрлийн ордныг байгуулсан нь хvн ардад эмнэлэг, ариун цэврийн мэдлэг боловсрол олгох, ариун цэврийн соёл нэвтрvүлэх, урьдчилан сэргийлэх ажлыг сурталчлан таниулж, хэрэгжvүлэх вйлст чухал нэмэр оруулсаар иржээ.

1946 онд Арьс өнгөний больницыг 150 ортойгоор, 1947 онд Халдварт өвчний больницыг байгуулсан нь халдварт өвчинтэй тэмцэх, эмчлэх ажлыг сайжруулах тухайн вейн томоохон арга хэмжээ болсон байна. 1948 онд бvх аймагт арьс өнгөний өвчинтэй тэмцэх тус бүр 2 бригадыг гарган ажиллуулсан бөгөөд аймгийн нэг бригад нь морин өртөөгөөр суманд, сумаас багт хүрч vзлэг хийж, өвчнийг илрvүлэн эмчлэх ажлыг зохион байгуулж байв. Сумын бригадад нэг бага эмч, нэг сувилагч ажиллан бvх арга хэмжээг хэрэгжvүлж байснаас vзвэл манай салбарын дунд мэргэжилтнvүд ямар их vүрэг хүлээж, үр дvнтэй ажиллаж чаддагийг нотолж байгаа юм.

Эдгээр бригадыг гаргахын тул Эрvүлийг хамгаалах яам 30 гаруй хүнийг 45 хоногийн тусгай курст суралцуулан сургаж, ажлын заавар, зөвлөлгөөнөөр бүрэн хангаж өгсөн ба vүний дараа арьс өнгөний өвчинтэй тэмцэх Монгол-Зөвлөлтийн хамтарсан бригад 36-г 1958-1961 онд ажиллуулснаар хvн амыг эрvүлжvүлэх vндсэн нөхцлийг бүрдvүлсэн юм.

1948 онд эрvүлийг хамгаалах салбарт хүрсэн тvвшинг дараах байдлаар илэрхийлж болох байна. Үүнд: Үндэсний их эмч 36 (бvгд 122 их эмчийн 86 нь Зөвлөлтийн эмч нар байв) бага эмч 371, эх баригч 91, сувилагч 743, эм найруулагч 94, лаборант 67, ариутгагч 36, асрагч 717, гэрлийн техник 3, шvүдний техникч 2, багийн сестра 1695, бvх ажилчид 4014, эмнэлгийн ор 3162, их эмчийн салбар 39, бага эмчийн салбар 335, сvрьээ эсэргvүцэх газар 2, тахал эсэргvүцэх газар 5, эмийн сан 34, лаборатори 19, хvүхдийн зөвлөлгөө өгөх газар 27, эмэгтэйчvүдийн зөвлөлгөө өгөх газар 26, яслы 16, тvүний ор 420, эрvүлийг хамгаалахын төсөв 24,5 сая төгрөг, нэг хүнд 31 төгрөг ногдох болов.

1940-өөд оны төгсгөл, 1950-иад оны эхэн үеийг хамарсан цаг үе бол манай орны улс ардын аж ахуйг таван жилийн төлөвлөгөөтэй хөгжүүлэх тухай удирдах нам, засгийн шийдвэрийн дагуу бүх салбарт 5 жилийн төлөвлөгөө боловсруулах ажил өргөн хүрээтэй хийгдэж, салбарын хөгжлийн хүрсэн түвшинг дүгнэж, цаашдын зорилтод тодорхойлон дэвшүүлэх болсон цаг үе юм.

Энэ үед Эрвүлийг хамгаалах яам гол анхаарлаа эмнэлгийн тусламжийг хөдөөгийн хүн амд ойртуулах асуудалд чиглүүлж аймаг дундын эмнэлэг байгуулах, аймгуудыг үндэсний мэргэжийн боловсон хүчнээр хангах ажлыг өргөжүүлэх, сумдад их эмчийн салбар байгуулж, материаллаг бааз бий болгох, өнгөний өвчнийг устгах, түргэн тусламжийн үйлчилгээг өргөжүүлэх талаар шийдвэртэй алхмуудыг хийсэн байна. Тухайлбал, 1950 онд сүрьеэгийн больниц, 1952 онд Дорнод, Ховд, Архангайд аймаг дундын больниц, Улаанбаатарт хүүхдийн больниц, 1954 онд мэс заслын больниц, Архангай, Дорнотод сувилагчийн сургуулиудыг тус тус байгуулжээ. Аймаг, хотын эрвүлийг хамгаалах хэлтсийн удирдлагыг их эмчээр хангах зохион байгуулалтын арга хэмжээ авчээ.

1950-1955 онд жил бүрийн дундаж өсөлтөөр улсын хүн амын тоо 1,99 хувь болж хүн ам эрчимтэй өсөх замдаа орсон байна. Эрвүлийг хамгаалахын төсвийн зардал 13,6 хувь, их эмчийн тоо 22,8 хувь, эмнэлгийн дунд мэргэжилтний тоо 11,6 хувиар тус тус өсч, нэг их эмчид 6,9 дунд мэргэжилтэн ногдох болов.

Энэ үеэс БНМАУ-ын (хуучин нэрээр) нэр хүнд гадаад орнуудад өсч байсан таатай боломжид тулгуурлан улмаар эрвүлийг хамгаалахын гадаад харилцааг хөгжүүлэх асуудалд ЭХЯ онцгой анхаарал тавих болов.

1940-өөд оноос 1960-аад оны эхэн хүртэлх хугацаанд Эрвүлийг хамгаалах яамны сайдаар Б.Гонгоржав, Ж.Шинин, З.Дугар, Г.Туваан нар, дэд сайд, орлогч сайдаар Ж.Шинин, Г.Туваан, Т.Шагдарсүрэн, Д.Ринчин, Б.Жанчив, Д.Балдандорж, Гомбо, Д.Түмэндэлгэр, С.Равжаа, Цэрэн, О.Раднаадорж, В.Гаамаа, Д.Цагаанхүү, С.Шаадай, Д.Самбуу, Б.Дэмбэрэл, С.Вандагдорж нар тус тус ажиллаж байв.

1966 оноос 1990 оныг хүртэл Эрвүлийг хамгаалах яамны сайдаар Б.Дэмбэрэл, Д.Ням-Осор, Ч.Цэрэннадмиднар, орлогч сайдаар Д.Түмэндэлгэр, С.Шаадай, С.Вандагдорж, Д.Самбуу, Д.Ням-Осор, Мо.Шагдарсүрэн, Г.Жамба, Б.Жав, Ж.Раднаабазар, Ш.Жигжидсүрэн, С.Дүгэржав, Ч.Нямдорж, Д.Мөнхөө, П.Нямдаваа нар тус тус

ажиллаж байв. 1990-1992 онд тус яамны орлогч сайд, дэд сайдаар С.Гончиг, Р.Бямбаа, Д.Баярсайхан нар ажиллав.

1966-1973 он бол сум дундын эмнэлгийг нэмэгдүүлэн өргөтгөх, суманд их эмчийн салбар байгуулах, суманд байсан бага эмчийн салбарыг ХАА-н нэгдлийн бригадад шилжүүлэх ажлыг зохион байгуулах, материаллаг баазыг бэхжүүлэх өрнөлтийн он жилүүд байлаа. Энэ хугацаанд эмнэлгийн боловсон хүчин бэлтгэх, сургах хугацаа, мэргэжил олгох, дээшлүүлэх талаар системчилсэн арга хэмжээг авч хэрэгжүүлснээс гадна анагаах ухааны эрдэм судлалын ажлыг хөгжүүлэхэд ЭХЯ-ны бодлого чиглэгдэж байв.

Эмнэлгийн материаллаг баазыг бэхжүүлэх талаар 1965 онд БНМАУ-ын (хуучин нэрээр) Ардын Их Хурлын Чуулганаас гаргасан шийдвэрийн дагуу тодорхой арга хэмжээ авсны дунд Улсын Клиникийн Төв эмнэлэг, Дархан хотын нэгдсэн эмнэлэг, Мөрөн, Чойбалсан хотын нэгдсэн эмнэлэг зэрэг олон томоохон барилга байгууламжийн ажил эхэлж, зарим нь ашиглалтад орсон байна.

Эрүүлгийг хамгаалахын зарим үндсэн үзүүлэлтээр жил бүрийн дундаж өсөлтийг 1965-1970 оны байдлаар авч үзвэл хvн амын тоо 2,46 хувь, эрүүлгийг хамгаалахын төсвийн зардал 7,91 хувь, их эмчийн тоо 8,37 хувь, эмнэлгийн дунд мэргэжилтний тоо 4,55 хувиар тус тус өссөн байна.

Төр, засаг, ЭХЯ-наас энэ жилүүдэд баримталж байсан гол бодлого нь эх нялхсын эрүүл мэндийг хамгаалах ажлыг улам хүчтэй болгож, нялхсын эндэгдлийг тууштай бууруулах, халдварт өвчинтэй тэмцэх арга хэмжээг хүчтэй болгож, вакцинжуулалтын хамралтыг нэмэгдүүлэх, нарийн мэргэжлийн тусламжийн хүртээмжийг сайжруулахад чиглэгдэж байлаа.

1970-аад оны дунд вeэс хойшхи хугацаанд хөдөөгийн хvн амд эмнэлгийн үйлчилгээг улам ойртуулах, эх нялхсын эрүүл мэндийг хамгаалах арга хэмжээг тодорхой болгох, халдварт өвчинтэй тэмцэх ажилд эргэлт гаргаж, урьдчилан сэргийлэх ажлын үр дүнд дээшлүүлэх, анагаах ухааны эрдэм судалгааны ажлын үр өгөөжийг сайжруулах, эрүүлгийг хамгаалах байгууллагын материаллаг баазыг улам өргөжүүлэн бэхжүүлэх бодлогыг тууштай хэрэгжүүлэхэд бүх ажил чиглэгдэж, мэдэгдэхүйц тодорхой үр дүн гарсан бөгөөд төв, орон нутгийн эрүүлгийг хамгаалах байгууллагуудын материаллаг бааз ихээхэн сайжрав. Энэ хэрэгт ЗХУ-ын эдийн засгийн буцалтгүй болон техникийн тусламж шийдвэрлэх үүрэг гүйцэтгэсэн юм. Улаанбаатар хотын Клиникийн 3-р эмнэлэг, Халдвартын больниц, Хавдар судлалын

төв, Эх, нялхсын эрдэм шинжилгээний төв зэрэг томоохон барилга байгууламж баригдав.

"БНМАУ-ын Эрвүлийг хамгаалах хууль"-ийг анх удаа баталж, улс, олон нийт, аж зхуйн байгууллага, ард иргэдийн хооронд эрвүлийг хамгаалах асуудлаар үүсэх харилцааг зохицуулах эрхзүйн үндсийг бий болгосон нь түүхэн чухал арга хэмжээ болсон юм.

Түүнчлэн энэ хугацаанд эрүүл мэндийн тулгамдсан асуудлуудаар улсын хэмжээний хөтөлбөрүүдийг боловсруулан батлуулж хэрэгжүүлэх арга хэмжээг зохион байгуулсан нь эрүүл мэндийн бодлогын асуудлууд байв.

Дээр дурдсан баримтад үндэслэн доорхи дүгнэлтийг хийж болохоор байна.

Монгол улсад үүсэн бий болсон эрүүл мэндийн асуудал эрхэлсэн төрийн захиргааны төв байгууллага нь хөгжлийнхөө эхний 60 гаруй жилд өөрөөр хэлбэл 1990 оныг хүртэл тэр үеийнхээ нийгэм-эдийн засгийн байгууллын хүрээнд социалист эрвүлийг хамгаалах чиг баримжааг баримтлан ажилласан бөгөөд эрүүл мэндийн үйлчилгээний орчин үеийн дэд бүтцийг бий болгож, хvн амд ногдох эмч, эмнэлгийн ажилтны тоо, эмнэлгийн орныхоо тоогоор дэлхийн хөгжилтэй орнуудын хэмжээнд хүрч, цагаан цэцэг, бөөсний (эсэргэнэт) хижиг зэрэг өвчнийг устгаж, нялхсын эндэгдлийг 8 дахин, эхийн эндэгдлийг 4 гаруй дахин бууруулснаар хvн амынхаа тоог 4 дахин өсгөх боломжийг бүрдүүлсэн юм.

Гэвч нийгмийн нийт тогтолцооныхоо адил хvн амын эрүүл мэндийн үзүүлэлт нь 1970-аад оны төгсгөлөөс тогтонгошилд орж, оруулсан хөрөнгө оруулалттайгаа тэнцэхийц vр ашгийг өгч чадахаа больж эхэлсэн билээ. Манай эрдэмтэн, судлаачид, эрвүлийг хамгаалахын зохион байгуулагчид 1980-аад оны сүүлчээс энэ мухардлаас гарах арга замыг эрэлхийлж эхэлсэн бөгөөд нэн тэргүүнд хvн амын эрүүл мэндийг хамгаалахад хувь хvн, хамтлаг (гэр бүл, аж ахуйн нэгж) төр засгийн тэнцүү оролцоог хангаж, эрүүл мэндийн албаны өмчлөл, санхүүжилтын механизмыг олон хэвшилт хэлбэрт шилжүүлэх шаардлагатай гэдэгт санал нийлсэн юм. 1992 онд батлагдсан Монгол улсын шинэ Үндсэн хуулийн 16 дугаар зүйлийн 6 дахь хэсэгт "(Монгол улсын иргэн). . . эрүүл мэндээ хамгаалуулах, эмнэлгийн тусламж авах эрхтэй. Иргэдэд эмнэлгийн төлбөргүй тусламж үзүүлэх болзол, журмыг хуулиар тогтооно...", 17 дугаар зүйлийн 2 дахь хэсэгт "...эрүүл мэндээ хамгаалах... нь иргэн бүрийн журамт үүрэг мөн" хэмээн заасан нь дээрх хандлага хууль зүйн дээд

баталгаагаа олсон хэрэг юм. Энэ томъёолол нь цаашидаа Монгол улсын бусад хууль тогтоомжууд, тухайлбал, "Монгол улсын Үндэсний аюулгүй байдлын үзэл баримтлал", "Монгол улсын Засгийн газрын тухай хууль", "Монгол улсын засаг захиргаа, нутаг дэвсгэрийн нэгж, түүний удирдлагын тухай хууль", "Төрийн албаны тухай хууль", "Иргэний эрүүл мэндийн даатгалын хууль" зэргээр тодотгогдож зах зээлийн тогтолцоонд шилжих вейн Монгол орны эрүүл мэндийн бодлогын үндэс суурь болж байна. Монгол улсын сүүлийн гурван Засгийн газар дээрх хуулиудын хүрээнд эрүүл мэндийн тогтолцоог өмчлөлийн болон санхүүжилтын хувьд олон хэвшинжит бүтцэд оруулах, дэлхийн олон орны ялангуяа, шилжилтийн болон эрчимтэй хөгжлийн шатнаа яваа хөгжиж буй орнуудын туршлагыг харгалзан эрүүл мэндийн албаны эдийн засгийн үр ашиг болон анагаах ухааны үр дүнг дээшлүүлэхэд чиглэсэн цогц арга хэмжээг хэрэгжүүлж ирлээ. Хэдийгээр санхүүжилтын болон материал хангамжийн ихээхэн бэрхшээлтэй тулгарсан боловч орон нутгийн засаг захиргаа, эрүүл мэндийн салбарын ажиллагсдын уйгагч эвтгэл, дэмжин туслагч олон улсын байгууллагууд, хандивлагч улс орнуудын хүмүүнлэг тусламжид түшиглэн шилжилтийн энэ вейн туршид эрүүл мэндийн үндсэн үзүүлэлтээ ухраалгүй, дөвшүүлэх замаар авч гарч чадлаа.

Нялхсын эндэгдлийн гол шалтгаан болсон амьсгалын замын цочмог халдвар, суулгалт өвчин, вирус гепатитын тохиолдлыг мэдэгдэхвйц бууруулж, 1992 оноос улаанбурханаар хүүхэд эндэх нь зогсч, 1994 оноос полиомиелит бүртгэгдэхээ больсноор 1994 оны үзүүлэлтийг 1990 оныхтой харьцуулбал нялхсын эндэгдэл 60 гаруй хувь буурч, НҮБ-ын Хүүхдийн сангийн ангиллаар нялхсын өндөр эндэгдэлтэй орноос дундаж эндэгдэлтэй орны тоонд орлоо. Төрөлтийн тоо нилээд багассан боловч нялхсын болон нийт нас баралтын үзүүлэлт буурч яваа тул хүн амын жил бүрийн өсөлт нэг хувиас дээш байгаа нь манай орныг хүн амын өсөлт ихтэй орнуудын тоонд оруулах хэмжээнд байсаар байна.

Гэхдээ энэ бол эрүүл мэндийн бодлого маань бүрэн төгс төгөлдөр болж, бүх юм тэгш сайхан болчихсон гэсэн хэрэг биш ээ. Эрүүл мэндийн байгууллагуудын материаллаг бааз, багаж төхөөрөмж, түргэн тусламжийн унааны хангамж ихээхэн доройтож,

эмийн болон лабораторийн урвалж бодисын хангамж бүрэн тэгшрээггүйгээс эмчилгээ, оношлогоо саатаж, гэрийн төрөлт, эхийн эндэгдэл нэмэгдэж, хувийн болон хот суурины ариун цэврийн доройтлоос шалтгаалдаг хамуу, цусан суулга, сальмонеллээ, А гепатитийн өвчлөл ихэсч, импортын болон дотоодын вйлдвэрийн хvнсний бүтээгдэхvнний чанар, эрvүл ахуйн vзвүлэлтэнд тавих хяналтыг хvч хvрэхгvй, нийгмийн шинэ харилцаанд хөлөө олоогvйгээс архи, мансууруулах бодист донтсон, гудамжинд гарсан, биеэ vнэлэн худалдсан хvмvүсийн тоо нэмэгдэж байгаа зэрэг шийдвэрээ хvлээсэн олон асуудал байсаар байна.

Өөрчлөлт шинэчлэлтийн эхний vеийн ололтоо бататгаж, амьдралаар шалгагдаж, явцгvй нь илэрхий болсон арга барилаа шинэчлэх, боловсронгуй болгох зорилт бйдний өмнө зогсч байна. Энэ талаар юун тvрвүнд анхаарч эрvүл мэндийн бодлогын хэтийн төлөв болгож хэрэгжvүлэх чиглэлийг дараахь байдлаар тодорхойлж байна. Vүнд;

1. Хvн амын эрvүл мэндийн эрэлт хэрэгцээг тухайн нөхцөл байдал, чадавхийн хvрээнд хамгийн vр ашигтайгаар шийдэхэд чиглvүлэн эрvүл мэндийн бvх шатны удирдлагын хvн амзvй, тарвалзvй, эдийн засаг, анагаах ухааны технологийн нэгдсэн дvн шинжилгээ хийх чадварыг дээшлvүлэх,

2. Хувь хvн, хамтлагийн өөрсдийнхөө болон бусдын эрvүл мэндийн төлөө хvлээх хариуцлага, эрvүл мэндийн мэдлэгийг сайжруулах, vүнд нөлөөлөх хөшvүргvүдийг зах зээлийн эдийн засгийн нөхцөлд нийцтэй болгох,

3. Хvн амын төлбөрийн чадвар дээшлэх хирээр эрvүл мэндийн төлбөргvй тусламжаас эмчилгээнд чиглэсэн зардлыг шатчилан багасгаж, улсын нэгдсэн төсвөөс гарах зардлыг нийгмийн эрvүл мэндийн арга хэмжээнд төвлөрvүлэн эмчилгээний зардлыг даатгал, шууд төлбөрөөр нөхөх чиглэлийг барих,

4. Эрvүл мэндийн ажилтны мэдлэгийн хvрээг дэлхий нийтийн жишигт хургэж, тvүний хэрээр нийгмийн баталгааг нь ч дэлхийн жишигт ойртуулах замаар эмнэлгийн вйлчилгээний чанарыг сайжруулах,

5. Эрvүл мэндийн хувийн хэвшлийн вйлчлэх хvрээ, мэргэжлийн чадавхийг нэмэгдvүлэх замаар вйлчилгээний чанарын төлөө эрvүл өрсөлдөөнийг бий болгох,

6. Эх орны рашаан ус, амьтан, ургамал, эрдэсийн баялгаас

болон биотехнологи, генийн инженерчлэлийн аргаар хүний өвчин, эмгэгийг оношлох, эмчлэх, тэдгээрээс сэргийлэх бэлдмэлийг боловсруулж, практикт нэвтрүүлэх ажлыг эрчимжүүлэх,

7. Хамгийн бага зардлаар хамгийн олон хүний эрүүл мэндийг хамгаалах эмнэлгийн үйлчилгээний нэн шаардлагатай багцыг улсын хэмжээнд болон бус нутгаар тодорхойлсны үндсэн дээр эрүүл мэндийн санхүүжилтийг байгууллагаар хийдэг зарчмыг халж, тодорхой хугацааны дотор хүрэх үр дүнг зорилтот хөтөлбөрөөр буюу нэг иргэнд ногдох зардлаар тооцдог дэлхий нийтийн хандлагыг өөрийн орны нөхцөлд тохируулан нэвтрүүлэх.

8. Эмнэлэг, үйлчилгээний ажилд нийгмийн шударга ёсыг тогтоон хэвшүүлж, хүн амын эмзэг хэсгийн эрүүл мэндийг баталгаатай хамгаалах тогтолцоог бий болгох. Энэ зорилгоор хувийн хэвцлийн үйлдвэр, аж ахуй, үйлчилгээний нэгжийг шинээр бий болгох зөвшөөрөл, шийдвэр гаргахдаа ажиллагсдынхаа болон нийгмийн эрүүл мэндийн асуудлаар хвлээх үүрэг, хариуцлагыг яв цав хвлээлгэсэн байх зарчмыг хуульчлан тогтоох.

9. Эрүүл байх үндсэн нөхцөл нь амьжиргааны түвшин ямагт сайжирч байх явдал мөн гэдгийг нийгмийн бодлого болгож, ядуурлыг багасгах, арилгах арга хэмжээг тууштай хэрэгжүүлэх. Энэ хүрээнд ядуурлыг бууруулах Үндэсний болон орон нутгийн хөтөлбөрүүдийг эмнэлэг, үйлчилгээний үндсэн зорилтуудыг хангах ажилтай нягт холбон уялдуулж хэрэгжүүлэх.

Ядуучуудын эрүүл мэндийг хамгаалах нийгмийн хамгааллын аюулгүйн сүлжээг бий болгох.

10. Эрүүл мэндийн тулгамдсан асуудлуудыг хөгжлийн ve шат бүрт нарийвчлан тодорхойлж, хүн амын өвчлөл, эндэгдэлд зонхилох шалтгаан болж буй 10 өвчнийг бүртгэн тогтоож, тэдгээртэй тэмцэх тодорхой хөтөлбөр боловсруулан хэрэгжүүлэх зэрэг болно.

ABSTRACTS

POSSIBILITIES OF USAGE OF HUMANITY TESTS IN THE SELECTION OF FUTURE SPECIALISTS

G.Sukhbat, O.Amartsengei, G.Batmunkh, G.Dashzeveg
Mongolian Medical University

We have investigated 1440 students of Mongolian National University, Mongolian Medical University, Mongolian Agro-cultural University, Mongolian Pedagogical University and Technical University by the Humanity test (that we worked out), Doletsky test of health worry, character test of Smirnov, and we have made the cluster analysis by sex, profession, admission. The results show that $43 \pm 4.71\%$ of medical students and $5 \pm 0.4\%$ of other students have high score in humanity test. Also in that way higher score in humanity estimated in male students from rural area and female students from urban area. From those and other results of investigation we did the conclusion. It is clear in the selection of profession the usage of Humanity test is important.

pp.15-19, Tables 2, References 5.

THE RESULTS OF A STUDY ON CURVATURE OF SPINE OF MONGOLIAN CHILDREN

S.Tatyana, B.Burma, T.Tungalag, A.Choigoljamts,
TS.Adyahuu, Ts.Jargaisaikhan, I.Narantsetseg, T.Nansalma

*National Center of Hygiene, Epidemiology, and Microbiology,
Department of Hygiene and Epidemiology of the Uvs,
Khovd, Uvurhangai, Bulgan and Arhangai aimaks and
Ulaanbaatar city*

The result of the study shows, that 83.7 per cent of the all investigated schoolchildren have normal curvature of spine, 14.64 per cent has some deviations and 1.63 per cent has considerable deviation.

Disorders of physical stature among school children of Ulaanbaatar city are more 14,1 per cent than in preschool children.

pp.19-25, Tables 3, References 6.

THE RESULTS OF A STUDY ON CORRELATIONS OF CONTENTS OF BIO-ACTIVE ELEMENTS IN THE DRINKING WATER AND MORBIDITY OF POPULATION

**L.Narantuya, Sh.Enkhtsetseg, L.Purevjav, T.Toiwgoo,
G.Tuwaanjaw, A.Bathishig**

*National Center of Hygiene Epidemiology and Microbiology,
Ministry of Health*

38.5% of Mongolian somons population use drinking water which not complaid hygienic requirements by one or several indications.

The total appearance some cases of circulatory system diseases have negative correlation in medium level with the growth of total dissolved solid of drinking water.

The sum total appearance some cases of digestive and genitourinary systems diseases have direct correlation with the growth of total dissolved solid of drinking water.

pp.19-25, Tables 3, References 6.

STUDY OF INFLUENCES OF SOME NATURAL FACTORS ON PLAGUE OUTBREAKS IN MONGOLIA

L.Enkhbaatar, L.Lkhagwa

*National Center of Hygiene, Epidemiology and Microbiology,
Ministry of Health, Mongolia, Mongolian Medical University*

It has studied the correlation of 113 cases of plague outbursis with solar activity in Mongolia. The author has revealed 4,9,11,22,3,,44 years cycles of increase if 22,44 years authors cycles were marked at high degrees of Wolf's Numbers, for last 30 years they have been moved to low periods of solar activity. The author has concluded that outburst of 1993 was increase of following 44 year cycles.

pp.26-32. Diagrams 3, References 18.

THE HISTORICAL DEVELOPMENT AND THE FUTURE TRENDS IN HEALTH POLICY OF MONGOLIA

P.Nymadawa, G.Dashzeveg
Ministry of Health Mongolia

This paper reviews historical development of health policy in Mongolia during the last 70 years and draws priorities in the health care policy in current situation of the country.

pp.33-44.

1995 ОНД АНАГААХ УХААНЫ ЧИГЛЭЛЭЭР ЗЭРЭГ ХАМГААЛСАН ЭРДЭМТЭД

Нэг. Докторын зэрэг хамгаалсан эрдэмтэд

1. ДОРЖСҮРЭНГИЙН АМГАЛАНБААТАР Анагаах Ухааны Их Сургууль (Докторант)

Урьгал мэдрэлийн зет тогтолцооны идэвхи сул нөхцөлд нүдний салст, зүрхний булчингийн бичил судасны торны төгөлдөржсөн загвар бүрэлдэх явц сэдвээр 1995 оны 4 сарын 6-нд Улаанбаатар хотод хамгаалсан.

Судлаач энэхүү бүтээлээрээ хүн ба амьтанд зүрхний булчин, нүдний салстын бичил судасны торны бүтэц, түүний төгөлдөржин хөгжих явцыг судлан тогтоож улмаар урьгал мэдрэлийн зет тогтолцооны идэвхийг дарангуйлсан нөхцөлд зүрхний булчин нүдний салстын бичил судасны бүрэлдэх явц хэрхэн өөрчлөгдөхийг туршилт судалгаагаар тогтоосон байна.

2. БЭГЗСҮРЭНГИЙН ДАГВАЦЭРЭН Уламжлалт эмнэлэг, рашаан судлалын үндэсний хүрээлэн (Доктрант)

Монгол төвдийн уламжлалт анагаах ухааны онол арга зүйн үндсэн зүй тогтол сэдвээр 1995 оны 9 сарын 14-нд Улаанбаатар хотод хамгаалжээ.

Судлаач энэхүү бүтээлээрээ орчин үеийн тогтолцооны ерөнхий онол ба синергетикийн хандлага, арга зүйн үүднээс Монгол төвдний уламжлалт анагаах ухааны онол арга зүйн гол ойлголтууд, үзэл баримтлалд хэрэгжиж буй зүй тогтол, зарчмыг тогтоосон байна.

Хоёр. Дэд докторын зэрэг хамгаалсан эрдэмтэд

ДАШДОРЖИЙН ЦОЛМОН Анагаах ухааны их сургуулийн морфологийн тэнхимийн багш (аспирант)

Зет мэдрэлийн системийг дарангуйлах нөхцлийн (десимапатизаци) өндгөвчний морфогенез ба гистофизиологи сэдвээр 1994 оны 3 сарын 14-нд ОХУ-ын Москва хотод хамгаалжээ.

Зет мэдрэлийн систем нь өндгөвчний эрт хөгжил, үйл ажиллагаа, фолликулогенезд чухал нөлөө үзүүлдэг болохыг, зет мэдрэлийн системийг дарангуйлсан туршилт, сорилоор баталжээ.

ЦЭРЭННАДМИДЫН ЭНХКАРГАЛ Хоол судлалын төвд эрдэм шинжилгээний ажилтан (аспирант)

Эрүүл ба эмгэгтэй монгол хүмүүсийн амин хүчлийн судалгаа сэдвээр 1995 оны 4 сарын 21-нд Чех улсын Прага хотод биологийн ухааны дэд докторын зэрэг хамгаалжээ.

Эрүүл болон эмгэг өвчинтэй монгол хүмүүсийн үндсэн 16 төрлийн аминхүчлийн агууламжийг судлаж монгол хүмүүст дээрх аминхүчлийн алдагдал үгүй болохыг тогтоожээ. Эдгээр амин хүчлүүдийн агууламжийг судлах шинжилгээний арга зүй боловсруулан практикт нэвтрүүлжээ.

Дэд докторын зэрэг хамгаалсан эрдэмтэд (Үргэлжлэл)

МЯНГАНБУУГИЙН ЭНХТУУЛ

**Эх Нялхсын Эрдэм Шинжилгээний Төвийн
нүдний эмч (аспирант)**

Монгол хүүхдийн нүдний хүнд гэмтлүүдийн тавилан, клиник-эпидемиологийн онцлог сэдвээр 1995 оны 6 сарын 6-нд ОХУ-ын Москвагийн Гельмгольцийн нэрэмжит нүд судлалын хүрээлэнд хамгаалжээ.

Монгол улсад хүүхдийн нүдний гэмтлийн тархалт, эмнэлзүйн онцлог, гэмтлийн тавиланг судлаж, цаашид нүдний гэмтлээс болон түүний хүндрэлээс урьдчилан сэргийлэх арга зүй боловсруулсан байна.

ГАНБААТАРЫН ЭРДЭНЭТУЯА

**Анагаах Ухааны Их Сургуулийн хүүхдийн өвчин
судлалын тэнхимийн багш (аспирант)**

Арал орчмын хямралын бүсийн хүүхдийн бие бялдрын хөгжилт ба бэлгийн бойжилт сэдвээр 1995 оны 9 сарын 27-нд Казакстан улсын Алма-Ата хотод хамгаалжээ.

Хийсэн судалгааны үр дүнд Арал орчмын хямралын бүсэд бий болсон экологийн тааламжгүй нөхцөл байдал нь, энд амьдарч буй хүүхдийн бие бялдрын хөгжилт, бэлгийн бойжилтонд сөрөг нөлөө үзүүлж байгааг илрүүлсэн нь дотоод шүүрлийн даавруудад гарсан өөрчлөлттэй холбоотой болохыг нотолсон байна.

ДАГВЫН ХИШГЭЭ

**Ардын эмнэлгийн хүрээлэнгийн
эрдэм шинжилгээний ажилтан (горилогч)**

Монголын уламжлалт анагаах ухаанд хэрэглэж байсан дэгдийн хоёр зүйл ургамлын фитохимийн судлагаа сэдвээр 1995 оны 11 сарын 1-нд Улаанбаатарт эм зүйн ухааны дэд докторын зэрэг хамгаалжээ.

Дэгдний хими, фармакологи, фитохимийн судалгааг цогцолбороор явуулж, дэгдээс "силодин" гэдэг эм бэлтгэн гаргаж авсан нь цөс хөөх, элэг хамгаалах, элэгний үрэвслийн эсрэг үйлчилгээтэйг баталсан бөгөөд уг эмийн технологийн заавар боловсруулж үйлдвэрлэлд нэвтрүүлж, эмийг эмчилгээний практикт нэвтрүүлсэн байна.

ХАЙНЗАНГИЙН ЖАМБАЛМАА

**Эрүүл ахуй Халдвар, нян судлалын үндэсний төвд
эрдэм шинжилгээний ажилтан (горилогч)**

Монгол үндэсний уламжлалт аргаар бэлтгэсэн цагаан идээний хөгцөн мөөгөнцрийн судалгаа сэдвээр 1995 оны 12 сарын 27-нд Казакстан улсын Алма-Ата хотод хамгаалжээ.

Монголын уламжлалт аргаар бэлтгэсэн цагаан идээний зүйл хүнсний бүтээгдэхүүний хөгцөн мөөгөнцөрийг судлаж, хадгалах хугацаанд хөгцөн мөөгөнцөрийн үүсэх ерөнхий зүй тогтлыг илрүүлж, хүнсний зүйлд агуулагдах хөгцөн мөөгөнцөрийн хүний эрүүл мэндэд нөлөөлөх, өвчин үүсгэх боломжийг судлажээ.

**МОНГОЛЫН АНАГААХ УХААН СЭТГҮҮЛИЙН
ЦЭЦИЙН ГИШҮҮД**

П.Нямдаваа (Ерөнхий эрхлэгч), Б.Дэмбэрэл (Орлогч эрхлэгч),
Ш.Доржжадамба (Орлогч эрхлэгч), В.Хадхүү (Хариуцлагатай
нарийн бичгийн дарга), Р.Арслан, Ж.Батсуурь, Б.Гоош, А.Ламжав,
Э.Лувсандагва, Ө.Өлзийхутаг, Т.Тойвгоо, Ц.Хайдав, Ж.Шагж,
Б.Шижирбаатар, Г.Цагаанхүү

ЗӨВЛӨЛИЙН ГИШҮҮД

С.Алтан (АНУ Нью Жерси), Д.Балдандорж, М.Грегт (АНУ,
Миннесота), Б.Дагвацэрэн, Ж.Дашдаваа, Б.Доржготов, Б.Жав,
Ш.Жигжидсүрэн, Г.Зориг, Т.Зориг, Г.Лувсан, (Оросын холбоо,
Москва), Д.Малчинхүү, Н.Мөнхтүвшин, Ц.Мухар, Б.Нацагдорж,
Ц.Норовпил, П.Онхуудай, Э.Пүрэвдаваа, Б.Рагчаа, Э.Санжаа,
Г.Сүхбат, С.Цоодол, Л.Шагдар

МАНАЙ ХАЯГ:

Улаанбаатар-210648, ЧИНГЭСИЙН ӨРГӨН ЧӨЛӨӨ

"Эрүүл Энх" хэвлэлийн газар Утас: 321307

Техник редактор Ө.Бямбажаргал

Сэтгүүлийн компьютерт 12 сард бэлтгэж хэвлэлтэд шилжүүлэв.

Цаасны хэмжээ 60 x 90 1\16 хэв. хуудас 3.00