

ПАРАДИГМ

Парадигм гэдэг нь эртний грек хэлээр (παράδειγμα “paradigma”) гэх буюу монголчилбол “үзүүлэх” гэсэн утгатай үг. Англи хэлний үгсийн санд XV зуунд орж ирсэн бөгөөд жишээ, загвар гэсэн утгыг илэрхийлдэг байв. Хэл зүйч Фердинанд де Саусшөре парадигмийг хэл зүйн хувьд ижил элементүүдийн ангид хамааруулж үзсэн байдаг. Харин 1960–аад оноос Нобелийн шагналт Давид Балтиморе хамтран ажилладаг хоёр судлаачийнхаа “Хорт хавдрын шалтгааны талаарх ойлголтын шинэ парадигмийг бий болгох нь” бүтээлээс ишлэл авсан цагаас шинжлэх ухааны болон танин мэдэхүйн салбарт сэтгэлгээний загвар, онолын үндэс, яс мод гэсэн утгаар хэрэглэгдэж эхэлжээ¹.

Мерриам Вебстер сүлжээний тольд парадигмийг онол, хууль, ерөнхий зүй тогтол, тэдгээрийг бүрэлдүүлэхэд суурь нь болж өгдөг туршилтуудын дэмжлэгтэйгээр бий болсон шинжлэх ухааны дэг, сургуулийн гүн ухааны болон онолын тогтолцоо гэж тодорхойлжээ. Мөн парадигмийг шинжлэх ухааны ямар нэгэн ажлын гүн ухааны буюу онолын үндэс гэсэн тодорхойлолт ч байдаг. Оксфордын англи хэлний тольд парадигмийг жишээ, загвар гэжээ.

Шинжлэх ухааны түүхч Томас Кун² шинжлэх ухааны парадигмийн утга, агуулгыг шинэчлэн “парадигм гэж тухайн цаг хугацаанд шинжлэх ухааны дэг, сургуулийг тодорхойлдог практикийн хэрэгсэл” гэсэн нь сонирхол татдаг. Тэрбээр өөрийн бичсэн “Шинжлэх ухааны хувьсгалын бүтэц” “*The Structure of Scientific Revolutions*”³ номондоо шинжлэх ухааны парадигмийг:

- ... юу ажиглагдаж, нарийн шалгагдсан
- ... тухайн судалхуунтай холбоотой тавигдаж болзошгүй асуултын төрлүүд болон шалгагдсан хариултууд
- ... эдгээр асуултууд хэрхэн бүтэцлэгдсэн
- ... шинжлэх ухааны судалгааны үр дүнг яаж тайлбарлагдсанаар тодорхойлно” гэжээ. Томас Куны санааг базаад хэлбэл “Парадигм бол шинжлэх ухааны тулгамдсан асуудал, шинээр соёолон гарч буй эрдмийн үрийг хэрхэн ойлгох түүнд хэрхэн анхаарлаа хандуулах талаар эрдэмтдийн хооронд итгэл үнэмшил, хандлагаа хуваалцах үйл явц” гэсэн байдаг.

Парадигмийн ерөнхий ойлголт

Шинжлэх ухааны ердийн салбарт парадигм нь туршилтын жишээний хэрэгсэл, тэдгээрийн хуулбар, загварууд байдаг. Парадигмийн давуу тал нь үнэнд ойртох хамгийн зөв аргын төлөөлөл,

шинжлэх ухааны ерөнхий аргаас илүүтэй ирээдүйн судалгаанд хүлээн авч болохуйц хөтөлбөрийн хязгаар юм.

Томас Куны бичсэнчлэн шинжлэх ухааны парадигмийн нэг чухал тал нь парадигмийг хооронд нь харьцуулж, адилтгаж болдоггүйд оршино. Өөрөөр хэлбэл нэг парадигмийг нөгөө парадигмтэй харьцуулж болохгүйд байгаа юм. Хуучин парадигмийн оронд орж ирсэн шинэ парадигм хуучнаасаа заавал илүү байх албагүй. Учир нь парадигм болгоны үнэлгээний шалгуурууд нь тухайн парадигмаас хамаарч өөр өөр байдаг.

Парадигмийн мөн чанарыг хамгийн ойлгомжтой тодруулан гаргадаг жишээ бол хайрцаг юм. Жишээ нь: парадигм бол хайрцагны гаднах ухаарал. Хайрцагны доторхи ухаарал нь шинжлэх ухааны ердийн, нийтлэг сэтгэлгээ. Хэрэв энэхүү ердийн сэтгэлгээг тойруулаад хайрцаг босговол энэ хайрцагны гаднах тал нь парадигмтэй адил ойлголт болно. Өөрөөр хэлбэл сэтгэлгээ энгийн ухамсрын, шинжлэх ухааны ердийн түвшингээс хальж хайрцагны ханын цаад талын танин мэдэхүйн өргөн хүрээнд хүрсэн тохиолдолд парадигм бий болох боломж бүрдэнэ. Хайрцагны гаднах ухаарал буюу бодлыг Томас Кун шинжлэх ухааны хувьсгал гэж нэрлэсэн байдаг. Шинжлэх ухааны хувьсгал хийх оролдлого ихэнхдээ амжилтгүй болдог. Маш цөөхөн хэсэг нь шинэ парадигмийг бий болгоно. Шинэ парадигм амжилттай болсон тохиолдолд дэлхийн шинжлэх ухаанд өргөн хүрээтэй өөрчлөлт хийгддэг ажээ⁴.

Парадигмийн шилжилт

Парадигмийн шилжилт нь шинжлэх ухааны салбарт ихээхэн анхаарал татсан асуудал юм. XIX зууны сүүлч гэхэд физикийн салбарт асар их зүйл хийгдсэн. 1900 онд Лорд Келвин “одоо физикийн салбарт шинээр нээх зүйл алга” хэмээн зоригтойгоор хэлжээ. Гэвч 5 жилийн дараа Альберт Эйнштэйн харьцангуй онолын тухай бүтээлээ хэвлүүлэн 200 гаруй жил хүч, хөдөлгөөнийг тодорхойлж байсан Исаак Ньютоны “Механик”-ийн онолын хуулиудыг халз мэтгэлзээнд дуудсан. Яг энэ тохиолдолд шинэ парадигм хуучин парадигмийг өөрчилдөг байна. Гэвч Ньютоны “Механик”-ийн онол нь гэрлийн хурдтай харьцуулахад удаан ч хурданд дөхөж очсон хамгийн сайн загвар байсаар байна.

Парадигмийн шилжилтийн талаар Томас Кун “Шинжлэх ухааны хувьсгалын бүтэц” номондоо “Хувьсгал нь нэг парадигмаас нөгөөд амжилттай

1. <http://en.wikipedia.org/wiki/Paradigm>

2. Thomas Samuel Kuhn (1922-1996). Шинжлэх ухааны гүн ухааныг сонирхон судалдаг. Парадигмийн шилжилт.

«Ердийн» шинжлэх ухааны, Харьцуулсгүй байдал зэрэг дуулиантай шинэ санааг шинжлэх ухаанд бий болгосон нэрд гарсан эрдэмтэн.

3. http://en.wikipedia.org/wiki/The_Structure_of_Scientific_Revolution

4. http://en.wikipedia.org/wiki/The_Structure_of_Scientific_Revolution

шилжих замаар боловсронгуй болсон шинжлэх ухааны хөгжлийн жишээг (загвар) үзүүлдэг” гэжээ.⁵ Куны энэ санаа өөрөө тухайн цагтаа хувьсгал байсан бөгөөд шинжлэх ухааны хувьд түүнийг өөрчлөх үндсэн арга болжээ. Энэ арга нь чухамдаа шинжлэх ухаанд ялангуяа түүх, гүн ухааны салбарт парадигмийн шилжилтийн үндсийг тавьж, аажмаар шинэчлэл хийх загвар болсон байна. Шинжлэх ухааны дэвшил болгон хувьсгал хийдэггүй. Гэхдээ сэтгэлгээний чадамж нь дундуурхан шиг гэлдэрч яваа үеийг оюуны тэсэрсэн хүчтэй шинэ санаагаар хувьсгал хийн цэг тавьдаг. Энэхүү хувьсгалын ачаар нэг таамаглал буюу нэг шинэ санаа нөгөөгөөр солигддог. Энгийн хэдэн жишээ татъя.

Хүмүүс суурьшмал амьдралыг үл мэдэн энд тэндгүй хэрэн явж, ан агнан идэш хоолоо олж иддэг балар эртний үеэсээ МЭӨ 2000 он гэхэд машинд өөрчлөгдөн гэр, овоохой барьж, овог, отогоороо нийлэн хамтын амьдрал, хамтрахын хүч ямар их ач холбогдолтойг ойлгож эхэлсэн нь нийгмийн хөгжилд гарсан шинэ парадигм байлаа.

Иохан Гатенбөрг 1440 онд бичгийн машины үндсийг тавьж нээлт хийснээрээ хүмүүсийн оюуны хөгжилд өөрчлөлт оруулаад зогсохгүй тухайн үедээ шинжлэх ухааны хувьсгалд шууд нөлөө үзүүлжээ. Өнөөдөр ч гэсэн шинжлэх ухааны өөрчлөлтүүд бидний эргэн тойронд хийгдсээр байна. XX зууны дунд үеэс АНУ-ын Тагнуулын Төв Газарт маш нууц байдлаар ашиглагдаж байсан компьютер гэгч техникийн загвар мөн зууны сүүлчээс Монголчуудад цоо шинэ нэр томъёо, хэрэглээ болж байлаа. Өнөөдөр компьютер, интернет хувь хүний болон нийтийн хэрэглээнд дэвшил гарган маш хүчтэй нөлөө үзүүлж энгийн зүйл мэт болж байна. Энэ бол парадигмийн шилжилтийн хурдасгуур мөн.

Парадигмийн үе шат

Томас Кун парадигмийг цаг хугацааны хувьд 3 үе болгон хуваан үзжээ. Эхнийх нь парадигмийн өмнөх буюу шинжлэх ухааны салбарт тухайлсан онол дээр зөвшилцөлд хүрч нэг санаатай болоогүй үеийг хэлдэг аж. Түүнчлэн дуусаагүй таамаглал, нийцээгүй санаанууд энэ үеийн сэтгэлгээний гол өнгө, төрхийг тодорхойлно. Хоёр дахь нь ердийн шинжлэх ухааны үе. Үүнийг шинжлэх ухааны таамаглал, санаануудыг туршилт-шинжлэлээр батлах, ерөнхий зүй тогтол, онолын ойлголтыг нарийвчлан задлан шинжлэх үе шат буюу Куны хэлснээр “Шинжлэх ухааны төлөвийн эргэлзээг тайлах” үе гэдэг⁶. Хамгийн сүүлчийн гуравдугаар үеийг шинжлэх ухааны хувьсгалын, ихэнхдээ хямрал дагуулдаг үе хэмээдэг. Энэхүү хямралын үед судалгаан дахь гаж байдал, үл ойлголцол болон үр дүнгийн сул тал буюу парадигмийн нийцэшгүй байдлыг илрүүлэн баталгаажуулна.

Ингэж чадвал шинэ парадигмийг найр тавин хүлээн зөвшөөрч улмаар энэ үйл явцыг шинжлэх ухааны хувьсгалын үе гэнэ. Гэвч нэгэн зүйлийг дурьдахад парадигмийн иймэрхүү шилжилт, хувьсгал тийм ч амархан явагддаг, байнга тохиолддоггүй гэдгийг ухаарах нь чухал юм.

Томас Куны зарим санааг шүүмжлэх нь

Куны “Шинжлэх ухааны хувьсгалын бүтэц” бүтээлийг зарим судлаачид тэдгээрээр ч зогсохгүй хамтран ажилладаг нөхөд нь шүүмжилдэг байлаа. Эдгээрийн дотроос Евроцентризмын үзлийн эсрэг шүүмжийг нь Азийн судлаачид, Азийн улсуудыг судалдаг эрдэмтэд дэмждэг. Тухайлбал Арун Бала өөрийн бүтээлдээ⁷ “Кун Арабын оптикийн хүчтэй нөлөө ялангуяа Арабын судлаач Ибн ал-Хаятамын⁸ хувь нэмрийг үл тоосон хэмээн” шүүмжилжээ. Ибн ал-Хаятамын оптикийн парадигм нь дундад зууны сэтгэгч Рожер Бакон, Гросстесте нарын сэтгэлгээнд ихээхэн нөлөө үзүүлсэн байжээ. Мөн тэрбээр Куны постмодернизмын танин мэдэхүйн хүрээ нь зөвхөн Арабаар зогсохгүй Азийн орнуудын эрдэмтдийн орчин цагийн шинжлэх ухаанд оруулсан онол, практикийн ач холбогдлыг нээхэд саад болсон хэмээн ном хаялцсан байдаг. Үнэхээр ч орчин цагийн шинжлэх ухааныг өдий зэрэгт хүрэхэд Барууны орнуудын сэтгэгчдээс гадна Энэтхэг, Араб, Египет, Хятадын гүн ухаан, анагаах ухаан, тоо бодлого, одон орон, физикийн салбарт төрсөн үе үеийн сэтгэгчдийн шинжлэх ухаанд нээсэн парадигмүүд томоохон үүрэг гүйцэтгэсэн нь тодорхой билээ.

Бидний өвөг дээдэс нүүдлийн соёл, иргэншлийн хүний хөгжлийн хойморт залж, XIII зуунд төр, цэргийн шинжлэх ухаанд дэвшилтэт эргэлт хийн цоо шинэ парадигмийг бий болгон түүнийхээ үр дүн 100 гаруй жил үзсэнийг түүх гэрчилж буй бөгөөд Өндөр Гэгээний урласан бурхадын бүтээл дундад зууны Европын сэргэн мандалтын бүтээлүүдтэй эн зэрэгцэн, XVIII, XIX зуунд Монголын сэтгэгч нарын их, бага таван ухааны чиглэлээр туурвисан бүтээлүүд ч хүн төрөлхтний хөгжилд үнэлж баршгүй хувь оруулсан нь дамжиггүй юм. Өнгөрсөн үеийн сэтгэгчдийн хайрцагны гаднах ухааныг таньж мэдэхгүйгээр өнөөгийн болон ирээдүйн том сэтгэгч шинэ парадигмийг бий болгож чадахгүй юм. Парадигм хоригдож, хоцрогдож, шилжиж болно гагцхүү устаж үгүй болно гэж байхгүй.

*МАВА-ийн гишүүн, академич,
анагаахын шинжлэх ухааны доктор, дэд профессор Ш.Болд*

5. Мөн тэнд3

6. Мөн тэнд3

7. Arun Bala «The Dialogue of Civilizations in the Birth of Modern Science» Palgrave Macmillan, 2006.

8. Abu 'Ali al-Hasan ibn al-Hasan ibn al-Haytham (965–c. 1039). Перс хүн. Оптикийн зарчмууд болон биеийн бүтэц зүй, одон орон, илжигнэр, тоо, анагаах ухаан, гүн ухаан, физик зэрэг шинжлэх ухааны төрөл бүрийн салбар өөрийн хувь нэмрээ оруулсан алдарт эрдэмтэн

ӨРНӨ БА ДОРНЫН АНАГААХ УХААНЫГ ЗЭРЭГЦҮҮЛЭН ХӨГЖҮҮЛЭХ АСУУДАЛ, ХӨГЖЛИЙН ҮЕ ШАТ, ХАНДЛАГА

*Б.Дагвацэрэн, Т.С.Варламова, Б.Дэжидмаа
Уламжлалт Анагаах Шинжлэх Ухаан Технологи Үйлдвэрлэлийн Корпораци*

THE ISSUE TO DEVELOP WESTERN AND EASTERN MEDICINE IN EVEN LEVEL AND ITS DEVELOPMENT STAGE AND TENDENCY

*B.Dagvatseren, T.S.Varlamova, B.Dejidmaa
Traditional Medicine, Science, Technology and Manufacturing Corporation*

Abstract: The modern scientific study on traditional medicine began many years ago and intensified from the 2nd part of the last century in the world level.

According to the scientific investigation on traditional medical peculiarity and secret property, the new tendency of the development of two medicines in an even level is being established and it can be considered as a “paradigm” to determine the tendency of modern medicine.

It becomes the new begin of the process to develop eastern and western medicine in an even level. It can be said that the process of the combined development of two medicine has a policy approach and integration process has began.

According to our idea the integration should be solved correctly by considering the following way:

1. Structure management
2. Theoretical and methodological aspect
3. Practical aspect

Key words: eastern and western medicine, paradigm, secret property, traditional medical peculiarity,

Pp.3-6, Table 1, References 14.

Судалгааны үндэслэл. Хүний биеийн бүтэц үйл ажиллагаа болон аливаа өвчин эмгэг үүсэж бий болох, илаарших зэрэг нь өөрийн гэсэн тодорхой нэг л зүй тогтолын дагуу явагддаг гэж үзвэл түүнийг судлах, оношлох, сэргийлэн эмчлэх, эм найруулах зэрэг биоанагаахын үндсэн асуудлуудыг өрнийн эсвэл дорнын анагаах ухааны хэмээн онол арга зүйн хувьд эрс зааглан үзэх нь учир дутагдалтай болж ирдэг бөгөөд логикийн хувьд нэгдмэлжсэн нэг л анагаах ухааны онол арга зүй боловсруулах шаардлага тавигддаг байна.

Өнөөдөр дэлхийн анагаах ухааны нэгдмэлжих үйл явц нэгэнт бодит зүйл болсон бөгөөд судлаачид энэ талаар онол арга зүйн үзэл баримтлалаа дэвшүүлэх боллоо.

Судалгааны ажлын зорилго. Энэ удаа бид уламжлалт анагаах ухааны онол арга зүйг бүтэц-тогтолцооны арга зүй, хөгжлийн парадигмын (хөтөч үзлийн) үзэл баримтлалын үүднээс задлан шинжилж, өрнө дорнын анагаах ухааны тогтолцоонуудын нэгдмэлжих үйл явц манай улсад хэрхэн өрнөж буйг түүхийн болон онол арга зүйн хувьд авч үзэж санал бодлоо хуваалцах зорилго тавилаа.

Судалгааны арга зүй. Судлагааг бүтэц тогтолцооны болон кибернетик загварчлалын (Урманцев.Ю.А-1990, E.Laszlo-1978, Б.Дагвацэрэн-1995, 1996) шинжлэх ухааны түүхийн хөгжлийг

судлах Т.Куны (1975) хөтөч хандлага (парадигма) аргыг ашиглан гүйцэтгэсэн.

Судлагаан үр дүн. 20-р зууны анагаах ухааны хөгжлийн үе шат

Монголын анагаах ухааны хөгжлийн түүх, үе шат, эх сурвалж бичгийн тоймын талаар манай улсад судалгаа шинжилгээний чамгүй ажил хийгдсэн байна (Лүнрэг Дандар 19-р зуун, Ц.Хайдав, 1975, Ч.Баавгай, Б.Болдсайхан, 1976, Д.Нацагдорж, 2003, Б.Жигмэд, 2002, Ш.Болд, 2006..гэх мэт). Судлаачид монголын анагаах ухааны түүхэн хөгжлийг манай эриний өмнөх он тоололын үеэс эхлэн эдүгээ хүртэл хугацааг хамруулан судалж, баримтжуулан, хөгжлийн хэд хэдэн үед хуваан авч үзсэн байна.

Бидний ойлгосноор өнгөрсөн 20-р зуунд монголын анагаах ухааны хөгжил маш өвөрмөц богино хугацааны хувьслаар явагдаж ирсэн онцлогтой байна. Өнгөрсөн 20-р зуунд монгол улсын улс төр нийгмийн амьдралд хувьсал, хувьсгалын шинжтэй хэд хэдэн өөрчлөлтүүд гарсан нь нийгмийн ертөнцийг үзэх үзэл санаа үндсээрээ өөрчлөгдөхөд хүргэж байв. Үүнтэй уялдуулан 20-р зууны монголын анагаах ухааны хөгжлийг шинжлэх ухааны түүхийн судалгааны хөтөч үзлийн (парадигма) үүднээс (Т.Кун, 1975) задлан шинжлэхэд доорхи хүснэгтэд үзүүлсэн мэт үелэл ажиглагдаж байна.

Хүснэгт 1

**20-р зууны монголын анагаах ухааны
хөгжлийн үе шат**

1	Үе шат	Хөтөч үзэл (парадигм)
1.	1920-иод он хүртэл	Уламжлалт анагаах ухаан дангаар давамгайлан хөгжсөн
2.	1930-1960	Өрнийн анагаах ухаан давамгайлж УАУ-ны уналтанд орсон үе
3.	1960-1990	Өрнө дорны анагаах ухаан зэрэгцэн хөгжсөн үе
4.	1990-ээс одоо хүртэл	Нэгтгэмэл анагаах ухааны эхэн үе

Монголчууд 1921 оны хувьсгалтай золгох хүртэл Энэтхэгийн Аюурведийн угшилд хамаарах анагаах ухааныг Түвдээр дамжуулан бүтээлчээр баяжуулан хэрэглэж ирсэн түүхтэй. 1921 оны 8-р сард Д.Сүхбаатар жанжны шийдвэрээр анх “Өвчтэй хүнийг эмчлэх хороо” байгуулсан нь өрнийн анагаах ухаан монгол газарт нутагших эхлэл тавигдсан байна. Энэ үеэс л манай улсад өрнө дорны анагаах ухаан зэрэгцэн хөгжих эхлэл тавигдсан байна. Харамсалтай нь коммунист үзэл суртлын явцуу эрх ашигт захирагдан уламжлалт анагаах ухааны соёлын өв уламжлалыг сүйтгэснээс хөгжлийг үндсэндээ зогсоосон байна. Энэ байдал 1960-аад он хүртэл үргэлжилсэн байна. 1950-1960 оны үед нүүдэлчдийн соёлын тэр тусмаа уламжлалт анагаах ухааны сэргэн мандалтын үе дэлхий нийтийн шинжтэйгээр эхэлсэн байдаг. Яг энэ үед Монгол улсаас гадна Хятадад Өвөрмонгол, Түвд, Орос улсад Буриад, Энэтхэгийн Дарамсала хотод уламжлалт анагаах ухааныг судлах гзар, эмнэлэг, сургуулиуд байгуулагдан өрнийн анагаах ухаантай зэрэгцэн хөгжсөн байна. Шинжлэх ухааны арга зүйг ашиглан УАУ-ыг судлан шинжлэх ажил гүнзгийрэхийн хирээр өрнө дорны анагаах ухааны нэгдмэлжих өнөөгийн хөгжлийн шат 1990-ээд оноос эхэлсэн байна.

**Манай улсад өрнө, дорны анагаах ухаан
нэгдмэлжих үе шатандаа хөгжиж байна**

Өрнө, дорны анагаах ухааны нэгдмэлжих үйл явц нь зөвхөн монгол улсад бус дэлхий нийтийг хамарсан даяар (глобал) шинжтэй байна.

Өрнө, дорны анагаах ухааны нэгдмэлжих үйл явц бол энгийн механик нийлбэр биш бөгөөд бидний ойлгосноор дэлхийн нэгтгэмэл гуравдагч анагаах ухааны эхлэл тавигдсан байна.

Өрнө, дорны анагаах нэгдмэлжих үйл явцыг:

1. Удирдлага, бүтэц зохион байгуулалтын буюу менежментийн
2. Онол арга зүйн
3. Практик хэрэглээ үйл ажиллагааны хэмээн ялган салган судлан шийдэх нь оновчтой байж болох юм.

Уламжлалт анагаах ухааны зохион байгуулалт. ДЭМБ-аас УАУ-ны талаар 2002-2005 онд баримтлах стратегид “УАУ болон нэмэлт сонголтот анагаах

ухааныг (НСАУ)-ыг эрүүл мэндийн тусламжийн нэг эх сурвалж, нөөц болгон ашиглах хандлага дэлхий нийтээр өргөжиж байна. Үүнтэй холбоотойгоор Уламжлалт ба орчин үеийн анагаах ухааныг зүй зохистой хослуулан хөгжүүлэх бодлого, арга зүй боловсруулах, аюулгүй байдал, үр дүнтэй, чанартай байдлыг хүртээмж зохистой хэрэглээг хангах асуудлыг судлан шийдвэрлэх шаардлагууд амьдралаас дэвшигдэн гарч байна” хэмээн УАУ ба орчин үеийн анагаах ухааныг хослуулан хөгжүүлэх асуудлыг тодорхойлсон байна.

Мөн ДЭМБ-аас дэлхийн улс орнуудын эрүүл мэндийн тусламжийн бүрэлдэхүүнд нь УАУ-ны эзлэх байр суурийг харгалзан:

1. Нэгдмэл тогтолцоо
2. Агуулсан тогтолцоо
3. Уян хатан тогтолцоо хэмээн ялгасан

байдаг.

Өрнө дорны анагаах ухааны нэгдмэл тогтолцоотой 26 улсын нэгэнд манай улс хамрагдсан байна. Энэ бүхнээс үзвэл Уламжлалт ба орчин үеийн анагаах ухааныг хослуулан хөгжүүлэх асуудал бодлогын шинжтэй бөгөөд өрнө дорны анагаах ухааны нэгдмэлжих үйл явц нэгэнт эхэлснийг харуулж байна. Манай улсын хувьд УАУ-ыг төрийн бодлогын хэмжээнд хүлээн зөвшөөрсөн бөгөөд Улсын их хурлаас 1999 онд уламжлалт анагаах ухааныг хөгжүүлэх талаар төрөөс баримтлах бодлогыг батлан хэрэгжүүлж байна.

Манай улсад анх 1959 оноос эхлэн уламжлалт анагаах ухааныг шинжлэх ухааны үндэстэй судлах ажил эхэлсэн бөгөөд 1973 онд ШУА-ийн харъяанд Байгалийн нэгдлийн хүрээлэн нэртэй эрдэм шинжилгээний хүрээлэн байгуулсан нь монголын болон дорно дахины ард түмний уламжлалт анагаах ухааныг судлан хөгжүүлэхэд чухал ач холбогдолтой үйл явдал болсон.

Өнөөдөр уламжлалт анагаах ухаан судлалын цар хүрээ өргөжиж уламжлалт анагаахын философид суурилсан өрнө дорны анагаах ухааны нэгтгэмэл онол арга зүй боловсруулах, эмийн эмчилгээ заслын үр дүнтэй арга зүй боловсруулан эзэмших, эмийн ургамал амьтныг өсгөн үржүүлж ашиглах, шинэ эм зохион бүтээж эрүүлийг хамгаалахын практикт нэвтрүүлэх, эм тан үйлдвэрлэлийн технологийг боловсоронгуй болгох зэрэг олон талт судлагаа шинжилгээний ажлыг гүйцэтгэж багагүйр дүнд хүрч чадсан байна.

Уламжлалт анагаах ухааны 3 дээд сургууль байгуулагдан ажиллаж дээд боловсролтой эмч бэлтгэх боллоо.

Нийслэл хотод улсын 24 эмнэлэг, 31 кабинет, хувийн хэвшлийн 44 эмнэлэг, аймгийн төвүүдэд нэгдсэн эмнэлгийн дэргэд улсын өмчийн 22 уламжлалт анагаах ухааны тасаг, хувийн хэвшлийн 32 ортой эмнэлэг байгуулагдан ажил үйлчилгээ явуулж ирлээ.

Мөн улсын болон хувийн хэвшлийн өмчтэй 10 шахамуламжлалт эм тангийн үйлдвэр байгуулагдан 250 шахам нэр төрлийн эм тан үйлдвэрлэж байна. (Уламжлалт анагаах ухаан – төслийн тайлан 2003 он)

Харин УАУ-ны эмчилгээ үйлчилгээний тусламж хамгийн шаардлагатай байгаа сум, баг, өрхийн эмнэлгийн түвшинд уг тусламж жигд хангалттай биш өөрөөр хэлбэл зохих түвшинд хүрч чадаагүй байна. Энэхүү дутагдлыг арилгаж хөдөөгийн хүн амд УАУ-ы эмнэлгийн тусламж үйлчилгээг хүргэхэд Япон улсын “Ниппон сангаас” санхүүжүүлж, “Вансэмбэрүү” ХХК төрийн бус байгууллагаас зохион байгуулж буй “УАУ-ныг дэлгэрүүлэх” нэртэй төсөл ихээхэн үр дүнтэй ач холбогдолтой байгааг онцлон тэмдэглэх нь зүйтэй юм.

Уг төсөлд нийтдээ Төв, Булган, Архангай, Дундговь, Хэнтий аймгуудын 17 сумын 10,000 гаруй өрхийн 50,000 гаруй хүн ам хамрагдаад байна. Төсөл 2004 оноос хэрэгжиж эхэлсэн бөгөөд сум багийн эмч, эм зүйч 110-150 хүнд УАУ-ы анхан шатны болон гүнзгийрүүлсэн сургалтыг үе шаттайгаар жил бүр зохион байгуулсан нь зохих үр дүнгээ өгч байна. УАУ-нд өргөн хэрэглэгддэг 10-аад эм танг сонгон авч “Өрхийн эмийн санг” бүрдүүлэх бөгөөд өрхийн эмийн санг 10,000 гаруй өрхөд тараан байрлуулж түүнийгээ түшиглэн УАУ-ны сургалт, явуулын эмчилгээ үйлчилгээ хийж үр дүнг нь тооцон ажиллаж ирсэн байна. Тайлан илтгэлээс үзвэл судалгаанд хамрагдсан хүмүүсийн 80,27% нь өрхийн эмийн санг хэрэглэснээр эрүүл мэндийн байдал сайжирсан, 80,34% нь эмнэлгийн яаралтай тусламжийн үед “Өрхийн эмийн санг” тус болдог гэсэн бол эмнэлэгт хэвтэж эмчлүүлэгсэдийн тоо болон баг сумын эмчийн дуудлагын тоо цөөрсөн (8,3-39,7%) гэсэн эерэг үзүүлэлтүүд олныг дурьдаж болно (УАУ-ыг дэлгэрүүлэх төслийн судалгааны тайлан 2004-2007).

Эндээс үзэхэд УАУ-ны тусламж үйлчилгээг сум баг өрхийн түвшинд дэлгэрүүлэхэд ЭМШУИС болон бусад их дээд сургууль төгсөж буй эмч бэлтгэх сургалтын хөтөлбөрт нь УАУ-ны анхан шатны мэдлэг, дадлага олгох хичээлийг оруулах явдал хөгжлийн өнөөгийн шаардлагаас урган гарч ирж байна.

Онол арга зүйн талаар

Бид сүүлийн 10 гаруй жилийн хугацаанд УАУ-ны онол арга зүйн үндсэн ухагдахуун ойлголтыг орчин үеийн тогтолцооны ерөнхий онолын арга зүй, бүтэц-тогтолцооны арга, тогтолцоо-кибернетик загварчлалын хүрээнд судлан шинжилсний үр дүнд Аюурвед, Түвд, Монголын УАУ нь байгалийн түгээмэл хуулиуд, зарчим, зүй тогтолд үндэслэгдсэн бөгөөд төгс, зохиролтой, жам ёсны тогтолцоо байна гэсэн дүгнэлтэнд хүрч, УАУ-ны хий, шар, бадганы сургаал нь бие махбод-тогтолцооны анхдагч элементийн бүхий л шинжийг хадгалж чадах ойлголт юм байна гэсэн зарчмын хувьд шинэлэг

санаа дэвшүүлсэн (Б.Дагвацэрэн 1996).

Бие-тогтолцооны “анхдагч элемент” болох хий, шар, бадганыг тогтолцооны ерөнхий онолын дагуу тоо, чанар, харьцааны хувьд хувиргах замаар биемахбодын бүхэллэг нэгдмэл байдалд хэрэгждэг зүй тогтолуудыг үндэслэх боломж гарсан билээ. Тухайлбал:

1. Хий шар бадганы байж болох эвлүүлэг (зохиомж)-ийн тоо нь зөвхөн 7 байх бөгөөд биеийн өвөрчлөл, өвчний үндсэн билэг чанарын хувиргалт зэрэг нь “объект-тогтолцоо” хувиргах нэгдүгээр хуулиар,

2. Бүхэнд түгэх ерөнхий өвчнийг эрхмийн үүднээс 101 ялгасан байдаг нь хий шар бадганы зөвхөн харьцааны байж болох хувиргалтыг тусгасан буюу тогтолцооны ерөнхий онолын изоморфизмын түгээмэл хуулиар,

3. Өвчин үүсэх нөхцөл ба идээ ундаа явдал мөрийн нөлөө зэрэг нь тогтолцооны ерөнхий онолын тогтолцоог хувиргах гуравдугаар түгээмэл хуулиар буюу эргэх холбооны зарчмаар,

4. Цөөн болон олон найрлагатай эм танг жорлон найруулах арга нь эмийн амтын тоо, харьцааны хувиргалтыг харгалзсан бөгөөд тогтолцооны ерөнхий онолын полиморфизмын түгээмэл хуулиар,

5. УАУ-ны нэмэр өвчнийг 27-д ялгадаг учир нь тогтолцооны ерөнхий онолын харилцан үйлчлэлийн түгээмэл хуулиар тус тус хэрэгждэг болох нь судлагааны дүнд тодорхой болсон.

Бие махбод бүрэлдэн бий болох, оршин тогтнох, эвдэрч устах үйл явц буюу эрүүл биеийн зүй, өвчин эмгэгийг оношлох, сэргийлэх, эмчлэх болон эм найруулах арга нь дээрхи хуулиудад үндэслэгдсэн болох нь судалгааны дүнгээс харагдаж байна.

УАУ-ны онол арга зүйн сургаал нь байгалийн шинжтэй жам ёсны хууль зүй тогтолд үндэслэгдсэн байдгийг тайлснаар бие махбод орчинтойгоо шүтэн барилдаж орших биоанагаахын цомхотгон нэгтгэсэн онол арга зүйг боловсруулах боломж гарч ирж байгаа хэрэг юм.

Анагаах ухааны нэгтгэмэл онол арга зүй боловсруулах асуудал бол өнөө үед биоанагаахын хөгжлийн “парадигм” хөтөч үзэл болж байна.

Нэгтгэмэл анагаах ухаан буюу дэлхийн гуравдагч анагаах ухааны онол арга зүйг нарийвчлан боловсруулах нь биоанагаах ухааны судалгааны олон талт ажлыг шинэ шатанд гаргаж онол практикийн зохих үр өгөөжөө өгөх ач холбогдолтой байна.

Практикийн хувьд гэвэл дорнын анагаах ухааны иллэг, бариа, шавар, зүү төөнө, хануур засал, йог дасгал сургуулилт нь эмчилгээний өдөр дутмын үйл ажилгаанд нэгэнт нэвтрээд байгаа билээ. Мөн эм тан найруулах уламжлалт эрдэм мэдлэгт дулдуйдан шинэ эм зохион бүтээж хэрэглэх асуудал зарчмын шинжтэй шийдвэрлэгдэж чадсан байна.

Энэ бүхнээс үзвэл өнөөгийн анагаах ухааны

хөгжлийн хандлагыг тодорхойлж буй нэгтгэмэл анагаах ухааны парадигмын (хөтөч үзлийн) үзэл баримтлалыг ЭХ-ын удирдлага зохион байгуулалт болон биоанагаахын олон талт судалгаа сургалт үйлдвэрлэл эмнэлэг үйлчилгээнд харгалзан үзэх шаардлага амьдралаас урган гарч байна.

Ашигласан хэвлэл

1. Лүнрэг Дандар Монголын Уламжлалт анагаах ухааны түүх. УБ., 1993.
2. Хайдав.Ц, Баавгай.Ч Дорно дахины анагаах ухааны судар бичгийн тойм УБ.1975
3. Болдсайхан.Б Монголын Уламжлалт анагаах ухаан. УБ., 1976.
4. Нацагдорж.Д Бурхан, эмч, сахиус УБ. 2001.
5. Жигмэд.Б Монгол анагаах ухааны түүх Хөх хот 2002.
6. Болд.Ш Монголын уламжлалт анагаах ухааны түүх. УБ. 2006.
7. Урманцев. Ю. А. Общая теория систем, состояние приложения и перспективы развития.

В кн : Система, симметрия, фармония. М. Москва 1988.

8. E.Laszlo. System, Structure and experience, Gordon and Bread Science Puls., 1978.
9. Дагвацэрэн.Б Монгол төвд анагаах ухааны онол арга зүйн үндэс. УБ 1996.
10. Кун.Т Структура научной революций М.Прогресс, 1975.
11. Монголын уламжлалт анагаах ухааны эмнэлгийн тусламжийн өнөөгийн байдлын талаархи судалгааны ажлын тайлан.ДЭМБ-тай хамтран хэрэгжүүлж буй "УАУ " 001 төслийн тайлан. УБ. 2003.
12. МУАУ-ны талаар төрөөс баримтлах бодлого. УБ. 2003.
13. ДЭМБ-аас УА-ы талаар баримтлах стратеги /2002-2005/ УБ. 2003.
14. Болд.Ш,Болорцэцэг..ЖУАУ-ыг дэлгэрүүлэх төслийн судалгааны тайлан. 2004-2007.

*Танилцаж, нийтлэх санал өгсөн:
Анагаахын шинжлэх ухааны доктор, профессор М.Амбага*

МОНГОЛЫН АНАГААХ УХААНЫ ПАРАДИГМИЙН ШИЛЖИЛТ (XVIII-XIX ЗҮҮН ХҮРТЭЛ)

Ш.Болд

Эрүүл мэндийн яам

A SHIFT OF THE PARADIGM IN THE TRADITIONAL MONGOLIAN MEDICINE

Sh.Bold

Ministry of Health

We classified the most reformative and innovative paradigm (theories and concepts) developed by Mongolian doctors and scholars into three general groups:

- Works that brought out completely new theoretical and historical concepts, structure which encouraged creation of new system of theory, methodology and training (authors including Sumbe Khamba and Lunrig Dandar).
- Works of practical importance that created new treatment techniques, medications and improved the quality of medical care (authors including Sumbe Khamba, Mindol Jambal, Luvsanchoinbal, Jigmeddanzanjams, Chojjams).
- Reformative and innovative for Mongolian and Tibetan medical theory and clinical practice (authors including Sumbe Khamba, Lunrig Dandar, Jigmeddanzanjams).

Key words: Innovative paradigm, Mongolian and Tibetan medical theory, historical concepts, theoretical and historical concepts

Рр.6-10, References 16.

Удиртгал. XVI зууны сүүлчээс Монголд гурав дахь удаагаа дэлгэрсэн бурханы шашинг дагалдан орж ирсэн Энэтхэгийн Аюурведийн анагаах ухаанд тулгуурласан Түвэдийн анагаах ухааны сургуулиуд Монгол оронд дэлгэрч тухайн үеийн Монголын эрүүл мэндийн тогтолцоонд цоо шинэ хуудсыг нээжээ. Газар бүрт сүм, хийд байгуулагдан, томоохон хийдүүдийн дэргэд Манба дацан нэртэй эмчийн сургуулиуд үүсэн бий болж олон арван эмч нарыг бэлтгэж байв.

XVII зууны сүүлч гэхэд Энэтхэгийн Аюурвэд болон

Түвэдийн анагаах ухааны жуд (үндэс)-ийг Монгол эмч, мааранба, эрдэмтдийн оюун билгээр орчуулан тайлбар, тайлал хийж дэлгэрүүлэн баяжуулж, улмаар зарим иш онол, эмчилгээний аргуудыг туршлагын явцад хуримтлуулсан анагаах ухааны онол, арга зүйн ололттой хослуулан цоо шинэ урсгалууд /сургууль/-ыг бий болгох эхлэл үе байлаа. Ар, Өвөр Монголд байгуулагдсан эмчийн сургуулиудад үндсэн /шүн/ ном "Анагаах ухааны дөрвөн үндэс"-ийг сургалтын сууриар болгож, энэхүү номын агуулганд нийцсэн сургалтын

дэг, ёсыг бий болгожээ.

XVIII зууны үед Монголын мэдлэг, ухааны салбар бүрт сэтгэлгээний томоохон дэвшилтүүд гарч их, бага таван ухааны орчуулгын ба тайлбар зохиолууд олноороо хэвлэгдэн бараг бүх аймаг, хошууд, сүм, хийдэд тараагдан, судлагдаж байжээ. XVIII зуун бол “Анагаах ухааны дөрвөн үндэс”-ийн урсгалаар онол, арга зүйн гол удирдлагаа болгосон Монголын уламжлалт анагаах ухааны хөгжлийн алтан үеийн эхлэл бүрэн тавигдсан гэж хэлж болно. Энэ үеэс Сүмбэ ханбо Ишбалжир (1707-1788), Цахар гэвш Лувсанчүлтэм (1740-1810), Миндол номуун хаан Жамбалчойжиданзанпринлэй (1789-1838), Тойн Жамбалдорж (1792-1855), Жигмэдданзанжамц (XVIII сүүлч) нар төрөн гарч ном бүтээл, шинэлэг санаа, онолыг ойлголтыг бий болгож эхэлсэн байна.

Эдгээр бүтээлүүдийн шинэлэг талтай, сэтгэлгээний дэвшилтэнд гарцаагүй хүрч чадсан онол, ойлголтуудыг ерөнхийд нь багцлаад 3 үндсэн хэсэгт хуваан үзэж болохоор байна.

1. Онол, түүхийн талаар урьд өмнө гараагүй агуулга, хэлбэр бүхий уламжлалт анагаах ухааны онол, арга зүй, сургалтын шинэлэг тогтолцоог бүрдүүлэхэд түлхэц болсон бүтээлүүд: Алтайн “Язгуурын үндэс”-ийн тайлбар, Ламын гэгээний “Анагаах ухааны язгуурын үндсийн тайлбар тодотгогч зул”, Сүмбэ хамбын “Рашааны дусал”, “Рашааны хурим”, Лүнриг Дандарын “Дөрвөн үндсийн тажод”, “Ар үрийн эрхэс”, “Анагаах ухааны дөрвөн үндсийн түүх”.

2. Практикийн эмч нарын гарын авлага, эмчилгээний шинэ арга, эм, заслыг бий болгож, эмнэлгийн тусламжийн чанарыг дээшлүүлэхэд суурь болж өгсөн бүтээлүүд:

Ламын гэгээний “Рашааны цацрал”, “Хорин тавтын найрлага”, Сүмбэ хамбын “Рашааны цагаан шүүдэр”, Цахар гэвхийн “Эм таних ухаан”, Миндол Жамбалын “Увидасын далай”, Жамбалдоржийн “Үзэгсэлэнт нүдэн чимэг”, Лувсанчойнболын “Нандин эрдэнийн шимийн хураангуй”, Жигмэдданзанжамцын “Үзэгсдийн баясгалан”, Ишданзанванжилын “Шүрэн таяг”, Чойжамцын “Маш гайхамшигт хуримын сан”.

3. Монгол, Түвэдийн анагаах ухааны онолын болон эмнэл зүйн сэтгэлгээний хувьд эргэлт болохуйц, цоо шинэ дэвшил гаргасан, давтагдашгүй санаа агуулсан бүтээлүүд: Сүмбэ хамбын “Рашааны дусал”, “Рашааны хурим”, Лүнриг Дандарын “Дөрвөн үндсийн тажод”, Жигмэдданзанжамцын “Үзэгсдийн баясгалан” зэрэг болно.

Дээрх бүтээлүүдээс 3 дахь хэсэг болох анагаах ухааны онолын болон эмнэл зүйн сэтгэлгээний хувьд эргэлт болохуйц, цоо шинэ дэвшил гаргасан, давтагдашгүй санаа агуулсан шинэ парадигмийг Сүмбэ хамбын “Рашааны дусал”, “Рашааны хурим”, Жигмэдданзанжамцийн “Үзэгсдийн баясгалан”, Миндол Жамбалын “Увидасын далай” зохиолуудад тэмдэглэгджээ.

Эдгээр эрдэмтдийн зохиолд “Анагаах ухааны дөрвөн үндэс”-т төдийлөн дурьдагдаагүй хүйтэн өвчин, үндсэн өвчнийг ялган эмчлэх аргын гол суурь болсон халуун, хүйтэн өвчний тухай, халдварт өвчний ангиллын онол, практикийн цоо шинэ ойлголт тусгалаа олсон байдаг. Тэдний парадигмийг тодруулахын тулд

бага зэрэг түүх сөхөж үзье.

“Жаргалын эзэн их Ютог Ёндонгомбын үлэмжийн аврал, нууц тэмдэгт зарлиг сүр жавхлант их эрдэнийн хөмрөг”-т Түвэдийн 38-р хаан Тисрондэзан “Надаас өмнө миний өвөг дээдэс анагаах ухааны тогтолцоог үүсгэн бий болгосон. Одоо надад түвэд хэл рүү орчуулаагүй анагаах ухааны олон номууд байна. Түвэдийн анагаах ухааныг хөгжүүлэхийн тулд эдгээрийг орчуулах хэрэгтэй” гэж бодоод тусгай элч нарт алт өгөн зүг бүр рүү илгээж МЭ 757- 758 онд Энэтхэг, Хятад, Балба, Ли, Монгол, Хачэ (Кашмир), Түгү, Долбу, Түвэд зэрэг 9 орны эрдэмтдийг Самъяа сүмд урьж анагаах ухааны их хурлыг зохион байгуулжээ. Монголоос Налашандирба эмч Түвэдэд залагдан уг анагаах ухааны олон улсын их хуралд оролцсон байна. Энэ хурлын үр дүнд Энэтхэгийн Аюурведийн анагаах ухаанд шинэчлэл хийж Түвэдийн анагаах ухааныг бий болгох боломжийг бүрдүүлжээ. Үүнээс хойш XII зуунд бага Ютог Ёндонгомбо одоогийн “Дөрвөн үндэс”-ийн эхийг тавьж улмаар Түвэдийн анагаах ухаан бурханы шашны янз бүрийн урсгал чиглэл, тэдгээрийн үзэл суртал, номлолд автан агуулга, онол, арга зүйн нь өөрчлөгдсөөр XV зуунаас Хойд болон Өмнөд гэсэн хоёр том сургуульд хуваагджээ. Анагаах ухааны Хойд сургуулийн гол төлөөлөгч нь Бямбанамжил (1394-1475 он) байсан бөгөөд тухайн үедээ Түвэдийн Боловсролын Сайдаар өргөмжлөгдөн анагаах ухааны чиглэлээр олон арван бүтээл туурвисан эрдэмтэн ажээ.

Өмнөд сургуулийн гол төлөөлөгч нь Сурхарва Нямниддорж (1439-1475 он) байв. Тэрбээр 36-хан насалсан ч анагаах ухааны тэр дундаа “Анагаах ухааны дөрвөн үндэс”-ийн тайлбар зохиолуудыг бичиж Түвэдийн анагаах ухааны хөгжилд хувь нэмрээ оруулсан эрдэмтдийн нэг юм. Түүний дараагийн үе Сурхарва Лодойжалбо (1509-1572 он) “Дөрвөн үндэс”-ийг хөгжүүлэх талаар ихээхэн зүтгэл гарган ажиллаж “Дээдсийн таалал” хэмээх алдарт тайлбар зохиолоо туурвисан нь өнөөдөр ч сургалтад хэрэглэгдсээр байгаа билээ. Энэхүү хоёр урсгалын хоорондын өрсөлдөөн, мэтгэлцээний үр дүнд анагаах ухааны хөгжил улам урагшлан улмаар тэдний зохиол бүтээлд үндэслэн Дэсрид Санжаажамц (1653-1705) “Анагаах ухааны дөрвөн үндэс”-ийн тайлбар “Бидэр онбо”, “Эмчилгээний үндэс”-ийн тайлбар “Лхантав” хэмээх алдарт зохиолуудаа туурвижээ. Эдгээр номууд Түвэдийн анагаах ухааны ноён оргилуудыг бүрдүүлдэг. Түвэдийн анагаах ухааны өнгөрсөн түүхээс харахад Аюурведийн анагаах ухааныг шууд хуулбарлалгүй “Анагаах ухааны дөрвөн үндэс”-ийг тойруулан олон зууны турш маргалдан мэтгэлцэж, жижиг, том урсгал, сургуулиуд өөр өөрийн үзэл санаагаар уг зохиолыг тайлбарлан, тайлал хийж байсны хүчинд Түвэдийн гэсэн онцлогтой цоо шинэ анагаах ухааныг бий болгож чаджээ. Үүнийг бумбын шашин шүтдэг, бүдүүлэг ахуйтай, онолын тогтолцоогүй, ажиглалтанд суурилсан эмчлэх аргыг хэрэглэж байсан түвэдүүдийн хувьд тэдний анагаах ухааны хөгжилтөд гарсан шинэ парадигм буюу шинжлэх ухааны хувьсгал гэж үзэхээр байна.

Үндсэн 6 өвчин, хүйтэн өвчний талаарх шинэ ойлголт

Тэгвэл Монголд байдал ямар байв?. XIII зуун хүртэл домын арга хүчтэй дэлгэрсэн, XIV зуунаас шашны нөлөөгүй Араб, Хятад эмнэлгийн ухаанаар сэлбэгдсэн эмнэлгийн тусламж бүхий анагаах ухааныг хөгжүүлж байсан монголчууд XVII зуунаас бурханы шашин дэлгэрэхийг дагалдан орж ирсэн Түвэдийн анагаах ухааныг эхний үед хуулбар хэлбэрээр авч хэрэглэсэн. Үүнд нэг талаас шашны нөлөө, үзэл суртал, нөгөө талаас жижиг хаадын эв түнжингүй тэмцэлдээний үр дүн Манжийн ноёрхол шууд нөлөөлжээ. Нэмээд хэлбэл Манжийн хаад Монголчуудыг дарангуйлах гол зэвсгээр шашныг ашигласан. Монголд нэг хийд байгуулах нь 10000 монгол цэрэгтэй тэнцэнэ гэж Манжийн хааны хэлсэн үг байдаг. Ийм нөхцөлд Монголчууд Түвэдийн анагаах ухааны дэг сургуулийг авч хэрэглэсэн байна.

Гэвч яваандаа Түвэдийн анагаах ухааны онолыг шинэчлэх, зарим эмийн ургамлыг Монголд ургадаг ургамлаар орлуулах, эмчилгээний зарим аргуудыг дом заслын аргуудаар баяжуулан хөгжүүлэх талаар чармайлт гаргаж эхэлжээ. Энэхүү чармайлт нь монголчуудын сэтгэлгээний цар хүрээ, оюуны чадавхиар улам гүнзгийрсээр Түвэд анагаах ухааныг Монгол төрхтэй анагаах ухааны тогтолцоогоор солих шинэ парадигмыг бүрэлдүүлэх сууриа тавьжээ. Түүнчлэн шинэ парадигмыг бий болгох өөр нэгэн хүчин зүйл нь монголчуудын бие махбодын онцлог, хоол ундны хэрэглээ, цаг агаарын эрс тэс байдал, ахуй амьдрал, зан чанараас үүдэлтэй өвчин эмгэгийг эмчлэх онол арга зүйг шинээр бүтээх бодит шаардлага байсан байна. Ганцхан жишээ дурьдахад өдөр тутмын амьдралд тохиолддог бэртэл, гэмтэл, доргилтыг засдаг илэн бариа, даран бариа, эвлүүлэн барианы талаар Түвэд эмнэлэгт тодорхой ойлголт байхгүй байлаа.

Бидэнд байгаа материалаас үзэхэд Сүмбэ ханбо Ишбалбир "Рашааны дусал" хэмээх "Анагаах ухааны дөрвөн үндэс" тэдгээрийн тайлбаруудад байдаггүй буюу дурьдах төдий байдаг онол, практикийн маш шинэлэг, ойлголтуудыг нарийвчлан задалж өгчээ. Үндсэн өвчнийг ерөнхийд нь хий, шар, бадган гурваар ойлгож байсныг дэлгэрүүлэн хий, шар, бадган, цус, шар ус, хорхой гэж үндсэн 6 өвчинд хуваан, тэдгээрийн тус бүрийн эмчилгээг бичсэнээр барахгүй чухал болох 10 өвчин гэсэн ойлголтыг бий болгон өгт нэрээр зүйрлэн, уншиж, суралцахад хялбар болгон, тус бүрийнх нь засах аргыг дурьджээ.

Ялангуяа Ишбалбир "Анагаах ухааны дөрвөн үндэс"-д хий, шар, бадганы онолыг гол болгон бүх өвчний шалтгаан гэж үздэг алдаатай ойлголтыг засварлан эдгээрээс гадна цус, шар ус, хорхой гэсэн өвчний шалтгаан байдгийг тодруулан томоохон гавъяа байгуулжээ. Үнэндээ элэгний 18 өвчинд элэгний нян өвчин гэсэн ойлголт байхгүй. Гэтэл амьдрал дээр энэ өвчин элбэг тохиолддог. Элэгний нян өвчинд хий, шар, бадганы эмээс гол болгон өгөөд засаж үл дийлнэ. Харин нянгийн эмийг бодит байдалд уялдуулан хий, шар, бадганы аль илэрсэн шинж тэмдгийг дардаг эмтэй хавсруулан хэрэглэж үр дүнд хүрнэ.

Ишбалжирын өөр нэгэн шинэчлэл нь хүйтэн өвчний талаарх ойлголтыг тодруулан гаргасан явдал юм.

"Анагаах ухааны дөрвөн үндэс"-ийн урсгалаар суурилсан эмчийн сургуулиудад бадган болон эс шингэсэн, бэтэг, хаван, барагдуулагч их архагийг эс тооцвол хүйтэн өвчний ойлголтыг дэлгэрэнгүй үздэггүй байжээ. Харин зөвхөн халуун өвчнийг ерийн халуун, эс боловсорсон, дэлгэрсэн, хоосорсон, нуугдсан, хуучирсан, булингартсан тархсан, хямарсан, хижиг гэх мэт 12 халуун өвчнийг эмчлэх тухай бичсэн байдаг. Мөн "Анагаах ухааны дөрвөн үндэс"-т "...халуун өвчнийг утга, агуулгыг нь уншиж ойлгосон шигээ хүйтэн өвчнийг түүнчлэн ойлгоорой..." хэмээсэн байдаг. Энэ "дуутагдал"-ыг Ишбалбир гярхай мэдэрч өөрийн бүтээлдээ хүйтэн өвчний талаар онол, эмчилгээний ойлголтыг нарийвчлан тусган өгч "Дөрвөн үндэс"-ийг баяжуулсан байна.

Ишбалбир "Рашааны цагаан шүүдэр"-т хүйтэн өвчнийг "Хүйтэн өвчний тухай" 5 дугаар бүлэгтээ өгүүлээд дотор нь "Хүйтэн өвчний ерийн засал", "Хүйтэн өвчтэй халуун харшилдах нь" гэж 2 хуваажээ. Түүний дараагийн бүтээл "Рашааны дусал"-д шороо мэт хүнд хүйтэн өвчин гэж өгүүлдээ сүүлд "Рашааны хурим"-даа хүйтэн өвчинг дахин дурьдсан байдаг. Тухайлбал "бадган хямарч биеийн галын илчийг дарна, энэ нь шороо, усны мөн чанартай, хүнд бөгөөд сэрүүн, дээд биед оршин байвч доод биед унадаг, хүйтэн өвчин бүгд үүнээс эс төрөхгүй нь үгүй. Хий нь халуун хүйтэн хоёуланд түгэх бөгөөд... саран дор сэрүүний нөхөр болно... "гэх буюу"... бадган, хий-хүйтэн, цус, шар-халуун тул олон дор (өвчнийг) ялгасан ч халуун, хүйтэн хоёрт хурна", "хүйтэн ёроолд буух" нь амийг таслах есөн өвчинд оруулсан байх мэт" гэх мэтээр тодорхой дурьдсан байна. Чухамдаа хүйтэн өвчний талаархи төлөв байдлаас авахуулаад шалтгаан үр үүсэх нөхцөл ерөнхий ба тус бүрийн шинж тэмдэг судас шээсний оношлогоо ба хүйтэн өвчний олон төрөл зүйлийн ангилал махбод хямралдах явц хорлох ба туслах идээ ундаа явдал мөр эм, засал зэргийг цогц байдлаар тодорхойлсон юм.

Мөн уг зохиолд "Хүйтэн өвчний урьдчилан сэргийлэлтэнд хүйтний улиралд нэг сарын хугацаатайгаар галын илч тэтгэх найрлагыг өглөөд цайнд дусааж уухыг зөвлөсөн нь хүйтэн сэрүүн уур амьсгалтай манай орны нөхцөл байдалд тохиромжтой юм. Үүнээс гадна" хүйтэн ёроолд буусан мэт зарим нэгэнд хүйтэн өвчин бүлээнээр эс дийлдвээс сэрүүнээр засна хэмээсний дагуу бүлээн эмээр эс дийлдвээс хүйтэн усанд оруулж чичиртэл суулгаж гаргаад махны шөл мэтийг өгч хөлөргөвөөс туслах нь бий" гэсэн байгаа нь маш өвөрмөц засал бөгөөд хүйтэн өвчнийг тодорхой шатанд нь хүйтэн өрөндгөөр эмчилж болох, эсвээс хүйтэн мөн чанар урваж халуун болсон ба хүйтэн шинж нь эс урвасан үеийн өвчний эмчилгээг өгүүлсэн байна. Сүмбэ хамбын үндсэн 6 өвчин, хүйтэн өвчний тухай шинэлэг санаа нь тухайн үедээ ч өнөөдөр ч практикаар батлагдсаар байна. Томас Кун "Шинжлэх ухааны хувьсгалын бүтэц" номондоо "Шинжлэх ухааны хувьсгал нь нэг парадигмаас нөгөөд амжилттай шилжих замаар боловсронгуй болсон шинжлэх ухааны хөгжлийн жишээг (загвар) үзүүлдэг" гэжээ¹. Ишбалбир уламжлалт анагаах ухааны онолыг улам хөгжүүлэн хүний бие махбод хий, шар,

1. http://en.wikipedia.org/wiki/The_Structure_of_Scientific_Revolutions

бадганаас гадна цус, шар ус, хорхойноос шалтгаалан өвчилдөг гэдгийг нээн гаргаснаараа шинэчлэл хийжээ. Өөрөөр хэлбэл хүний өвчнийг үүсгэдэг үндсэн шалтгаан нь хий, шар, бадган, цус, шар ус, хорхой дан дангаараа, хосолсон, хурсан байдлаар өвчнийг үүсгэнэ. Жишээлбэл “Дөрвөн үндэс”-т ходоодны халуун 7, хүйтэн 9 нийт 16 өвчин байна. Товчилбол хий, шар, бадган, цус, хор харшилдсан гэх мэт 8 зүйлээр ялгажээ. Ходоодны хорхой өвчин гэж алга байна. Харин Ишбалжирын үндсэн 6 өвчний онолоор ходоодны хорхой өвчин нэмэгдэнэ. Ходоодны хорхой өвчин байдгийг Монголчууд XVIII зуунд мэдсэн байна. Бид энэ талаар дэлхийд нээлт хийж зарлагдсны дараа өөрсдийн өвөг дээдсийн бүтээлээс олж харсан нь харамсалтай. Тэгэхлээр Түвэдийн анагаах ухааны онолд шинэчлэл хийсэн өөрсдийн өвөг дээдсийн бий болгосон Монголын анагаах ухааны тулгуур зохиолуудыг судлахгүйгээр аль 1200 жилийн тэртээгээс үндсээ тавьж эхэлсэн “Анагаах ухааны дөрвөн үндэс”-ийн утга агуулгыг нягтлахгүйгээр шүүрэн авч ийм, тийм хэмээх нь алдаанд хүргэх болзошгүй юм.

Ишбалжирын санааг XX зууны эхэнд Австралийн эрдэмтэн Барри Ж. Маршал, Ж.Робин Варрен нар “Хеликобактер пилори түүний ходоод, гэдэсний шархлаа өвчин үүсэхэд гүйцэтгэх үүрэг”-ийг нээсэн судалгааны ажлаараа 2005 онд Нобелийн шагнал хүртжээ. Шинжлэх ухааны хувьсгал хийх оролдлого ихэнхдээ амжилтгүй болдог. Маш цөөхөн хэсэг нь шинэ парадигмыг бий болгоно. Шинэ парадигм амжилттай болсон тохиолдолд дэлхийн шинжлэх ухаанд өргөн хүрээтэй өөрчлөлт хийгддэг. Барри Ж. Маршал, Ж. Робин Варрен нарын нээлт ходоодны өвчний шалтгаан, эмчлэх аргыг үндсээр нь өөрчилсөн. Бахархмаар зүйл нь Ишбалжир үүнийг XVIII зуунд мэдсэн. Харамсаар зүйл нь түүний хойч үе нь олж харж, судалж чадсангүй. Гэхдээ ходоодны хорхой буюу бактерыг эмчлэх уламжлалт аргыг практик дээр хэрэглэж байсан гэдгийг дурьдах нь зүйтэй.

Халуун, хүйтний онолд хийсэн шинэчлэл

Түвэдийн анагаах ухааны эмчилгээний онолд нөлөө үзүүлэхүйц баснэгэн өөрчлөлтийг Жигмэдданзанжамц “Үзэгсдийн баясгалан” бүтээлээрээ хийсэн байна. Тэрбээр өвчнийг халуун, хүйтэн гэж хуваан үзэх цоо шинэ онол, арга зүйн ойлголтыг нээн өгчээ. Түвэдийн анагаах ухаанд өвчний төрөл, зүйл олон, хувиралт, өөрчлөлт ихтэй байдаг ч тогтсон анагаах жам ёс гэж байдаг. Энэхүү жам ёсыг уламжлалт анагаах ухааны практикт жинхэнэ бодитойгоор хэрэглэж болох арга зүй нь үндсэн өвчнийг ялган оношлох, эмчлэх арга мөн болно. Уг аргыг Жигмэдданзанжамцаас гадна Ишданзанванжил, Чойжамц нар өөрсдийн бүтээлдээ хэрэглэн бичсэн байдаг. “Анагаах ухааны дөрвөн үндэс”-т дурьдагдаад байгаа гэмээр ялгасан 101, эрхмээр ялгасан 101, орноор ялгасан 101, язгуураар ялгасан 101 нийт 404 зүйл өвчнөөс эмчилгээний практикт байдаггүй эсвэл эмчлэх зарчим, аргын хувьд нэг бүлэг болгон эмчилдэг өвчнүүд байна. Үүнийг дээрх мэргэд танин мэджээ. Хэрэв бид энэ арга зүйг зөв ухааран, сургалт, судалгаандаа нэвтрүүлж чадвал уламжлалт анагаах ухааны цаашдын хувь заяанд эргэлт болохуйц ач холбогдолтой юм. Практикт

хийний 64, шарын 47, бадганы 41 төрлийн өвчнийг судлаад тус бүрийн шалтгаан, нөхцөл, шинж тэмдэг, хувиралт, эмчлэх зарчим аргыг тогтооно гэдэг нь практикаас дэндүү холдсон хоосон онол болно. Харин үндсэн 6 өвчний гол бүрэлдхүүн хий, шар, бадган, цус, шар ус, нян хорхойн мөн чанар, бүхэл тогтолцооны ойлголтыг мэдсэнээр тэдгээрийн үндсийг нь шүтэн барьж, нэгтгэн дүгнэж чадсанаараа анагаах ухааны зорилгондоо түвэггүй хүрч чадна. Жишээлбэл: Чойжамц мааранба “Маш гайхамшигт хуримын сан” зохиолдоо хийний 64 өвчнөөс Монголд тохиолддог 30 өвчнийг, шарын 47 өвчнийг ердөө л халуун, хүйтэн 2-т хуваагаад, бадганыг өөрийн үндэст, бусдын үндэст гэж 2 хуваагаад өөрийн үндэст 41 өвчнөөс язгуур болсон 6, бусдын үндэст өвчнийг бор, цайвар үүнээс бор нь халуун, цайвар нь хүйтэн өвчин хэмээн мэдэхийг заажээ. Улмаар хийний 30 өвчнөө 3 төрлийн эмээр эмнэсэн байдаг.

Жигмэдданзанжамц өөрийн бүтээлдээ өвчнийг ерөнхийд нь 2 гол тогтолцоонд хуваан үздэг.

1. Шалтгааныг барьсан үндсэн өвчин.

2. Орших орныг барьсан үндсэн өвчин. Шалтгааныг барьсан үндсэн өвчинд хий, шар, бадган, цус, шар ус, хорхой гэсэн үндсэн 6 өвчин орно. Энэ ойлголт нь Сүмбэ хамбын “Рашааны цагаан шүүдэр”, “Рашааны дусал”, “Рашааны хурим” гэсэн бүтээлүүдэд үндэслэсэн байна. Харин орших орныг үндсэн өвчнийг өөрийн туршлагаасаа бий болгосон сэтгэлгээний том дэвшилтэт ойлголт болно. Өвчний шалтгаан байгаад орон үгүй бол өвчилж чадахгүй, үүнтэй адил орон байгаад шалтгаан үгүй бол мөн л өвчин үгүй юм. Өвчний оронд 5 цул, 6 сав, хар, цагаан судал багтана. Жигмэдданзанжамцын зохиолоос өмнө “Анагаах ухааны дөрвөн үндэс”, “Лхантав”, “Бидэр онбо” зэрэг зохиолуудад цул, сав, судлын өвчнүүдийг нарийн судалж олон төрлийн өвчний ангилалд хуваадаг байжээ. Харамсалтай нь уг бүтээлүүдэд практикт олонтоо тохиолддог, эмч нар бодитойгоор эмчилдэг, үргэлж хэрэглэгддэг цул, савын халуун ба хүйтэн өвчин гэдэг ерөнхийлсэн ойлголтыг тодорхой тусгаж өгсөнгүй. Энэ нь дараа дараагийн эмч судлаач нарт туйлын бэрхшээлтэй бөгөөд онол, арга зүйн эндүү ташааралд хүргэдэг байна. Энэ байдлыг тэрээр ухааран өвчнийг хураангуйлан нэгтгэн дүгнэх аргыг хэрэглэж цул, сав тус бүрийг халуун ба хүйтэн өвчин гэсэн 2 үндсэн хэсэгт хуваан ангилдаг байна. Ингэж хувааснаараа практик дээр өвчний зүй тогтлыг ойлгож, эмчлэхэд хялбар, үйлдэл нь сайн байхаар зогсохгүй үндсэн өвчнийг ялган эмчлэх арга төгс төгөлдөр хэлбэрт оржээ. Эмчилгээний явц дунд ямар нэгэн гаж нөлөө гараагүй байна. Өвчнийг халуун, хүйтэн хоёрт хураангуйлснаар ерөнхий чанартай болох боловч орноор нь хөөвөл ялгамжтай талын агуулга байдаг. Хэрэв цул, савын халуун, хүйтэн өвчнийг зөв оновчтойгоор оношлож зохистойгоор эмчилж чадвал, бусад төрлийн өвчнийг үүсгэхгүйгээр үндсийг нь арилгах зорилгондоо хүрч чаддаг.

Халдварт өвчний талаарх ойлголтыг баяжуулсан нь. “Анагаах ухааны дөрвөн үндэс”-д нян, хорхой өвчнийг хий, шар, бадган, цусны гэсэн 4 зүйл байна гэжээ. “Лхантав” хэмээх зохиолд уг өвчинг нэг зүйлийн хумх хорхойноос үүсдэг гэж үзэн “Хумхын

хорхой нь гүрвэл мэт толгойтой гэгээн завсрын орноос шар үсэнд, үсний нүх ба хамрын үүдээр орно. Биеийн дотор тал нь улаан өнгөтэй, хөлгүй бөөрөнхий бөгөөд жижиг нарийн, хүний нүдэнд үзэгдэхгүй, нэгэн агшинд судлын дотуур бүх биед гүйж чаддаг, цусан хорхойтой хамт оршиж, хамаг нян өвчний шалтгаан болдог гэжээ. Өөрөөр хэлбэл гаднаас хорхой орж, биед оршиж байгаа дотоод хорхойтой хамтаар нян өвчнийг үүсгэдэг ажээ. Түвэдийн эрдэмтдийн энэхүү ойлголтыг монгол эрдэмтэн Жамбалчойжида нзанпринлэйн товчоор Миндол Жамбал (1789-1838) “Увидасын далай” зохиолдоо улам нягтлан энэхүү өвчнийг “нян, халуун, хий, хорхой, шар ус хавсар нийлсэн өвчин мөн бөгөөд салхи, жавар, үнэр зэргээр бусадтай дамжин халдварладаг” гэж тэмдэглэжээ. Ингэснээрээ нян, хорхой өвчний халдварлан тархах жам ёсыг тодруулан гаргаснаар барахгүй өвчин үүсэх шалтгааныг дан ганц нян биш харин хий, халуун, хорхой, шар ус хавсар нийлээд үүсдэг гэж үзжээ. Түүнчлэн уг өвчнийг ангилахдаа “Халдварт хижиг”-т “хий хижиг, шар хижиг, бадган хижиг, хурмал хижиг, нян хижиг” гээд “Сахуу, боом өвчин”-ий бүлэгт “толгойд бууваас тархины хатгалгаа, хоолойд бууваас сахуу, цээжинд бууваас охор хатгалгаа, ходоодонд бууваас нян, гэдсэнд бууваас гэдэсний хатгалгаа, арьсанд бууваас гал намс, үест бууваас булчирхай, булчинд бууваас булчин урвах, мах, яс, судалд бууваас минчүүрч ялзрах тул чихига гэж 11 нян өвчнийг тэмдэглэжээ. XVIII зууны үеийн “Эрдэнийн эрхэс зуун анхаарлын бичиг оршвой”-д нянгийн 4 шинэ өвчнийг нэмээд 15 зүйл болгон дэлгэрүүлжээ. “Лхантав”-д “шар судалд гүйсэн хижиг, дотор боом, нян шил татах өвчин, битүү нян өвчин зэрэг шинээр 5 өвчнийг нэмж 20 зүйл болгон хөгжүүлсэн байна. Сүүлд нь Миндол Жамбал 10 хижиг өвчинг шинээр илэрүүлэн “Увдисын далай”-д нийт 30 зүйлийн нян, хижиг өвчин болгожээ. Мөн тэрбээр халдварт өвчний шинж тэмдэг, явц, эмчилгээний талаар “Увдисын далай” зохиолдоо “Өвчин тусч нэрвэгдсэн даруйд өнгө зүс буурч, хүч тамир барагдаж тамирдах, өвчний тусалт цочмог, биеийг шаналган зовоож, анагаахад тун хүчир” гэж онцгойлон дурьдсан байдаг.

Үүнээс хойш ч Монголын уламжлалт анагаах ухааны эмч нар өөрсдийн бүтээлд нян хижиг, хорхой өвчний эмчилгээний талаар шинэ, шинэ санааг нэмэн дэлгэрүүлэн хөгжүүлж ирэв.

Халдварт өвчнөөс урьдчилан сэргийлэх асуудал туйлын чухал байдаг. “Увдисын далай”-д “Нян гэдэсний хатгалгаа” гэсэн бүлэгт “Тус өвчин ганц үйл явдлаар мэдэгдэхгүй нууцаар халдварлах буюу эсвэл бүгдэд халдварлан тархаж гамшиг болох учраас сэргийлэх нь чухал” гэсэн бөгөөд “Бод хижиг”-ийн бүлэгт “Ерөнхий нян халуун болон бод хижиг өвчин нь хөнөөл ихтэй өвчин учир сэргийлэн засахад хичээж шамдах хэрэгтэй” гээд 7 зүйлийн урьдчилан сэргийлэх аргыг дурьдаж өгсөн нь нэн сонирхолтой, анзаарахгүй өнгөрч боломгүй асуудал юм. Миндол Жамбал “Увидасын далай” бүтээлээрээ халдварт өвчнөөс гадна олон шинэ санаа, эм, эмчилгээний шинэлэг аргуудыг нээн гаргаж Түвэд анагаах ухаанд шинэчлэл хийж тухайн үедээ Монголын анагаах ухаанд парадигмын шилжилтийн үндсийг тавьж, аажмаар шинэчлэл хийх загвар болсон байна.

Шинжлэх ухааны дэвшил болгон хувьсгал хийдэггүй. Гэхдээ сэтгэлгээний чадамж нь дундуурхан шиг гэлдэрч яваа үеийг оюуны тэсэрсэн хүчтэй шинэ санаагаар хувьсгал хийн цэг тавьдагийг дурьдууштай байна. Өөрөөр хэлбэл XVII зуунд Монголчууд Түвэдийн анагаах ухааныг “Анагаах ухааны дөрвөн үндэс” гэсэн хайрцагны доторхи ухаарал, шинжлэх ухааны ердийн, нийтлэг сэтгэлгээгээр хүлээн авсан хэдий ч XVIII зуунаас энэхүү ердийн сэтгэлгээг эвдэн “Анагаах ухааны дөрвөн үндэс” гэсэн хайрцагны цаад гадна талын танин мэдэхүйн өргөн хүрээнд хүрч сэтгэн шинэ парадигм бий болох боломжийг бүрдүүлэн өргөн утгаар нь Монголын анагаах ухааны, явцуу утгаар нь Монголын уламжлалт анагаах ухааны тогтолцоог бий болгоход үнэтэй хувь нэмрээ оруулжээ.

Ашигласан эх материал:

1. Анагаах ухааны дөрвөн үндэс. модон барын судар.
2. Анагаах ухааны язгуурын үндэсийн бүрэн тайлбар. Хөх хот ӨМ, АХХ, 1989.
3. Анагаах ухааны дөрвөн үндэс (Язгуурын үндэс ба Номлолын үндэс). (Түвэд, Монгол, Англи, Орос хэлээр) УБ, 2001.
4. Болд Ш., бусад. Монгол туургатны анагаах ухааны алдарт эмч, мааранба, мэргэдийн намтар, бүтээлийн тойм (МЭӨ VII зууны өмнөөс XIX зууны сүүлч хүртэл), УБ, "Одсар Систем" ХГ, 1999.
5. Болд Ш. Халх Монголын алдарт анагаах ухаантан Лүнриг Дандарын намтар, бүтээлийн тойм. (Монгол бичгээр). ӨМӨЗО, Монгол эм, эмнэлэг сэтгүүл, 2001, №48 х 4-6
6. Ш.Болд, Ё.Уянга, Б.Дагданбазар. Монголын уламжлалт анагаах ухааны алдарт эмч, эрдэмтэн сүмбэ хамбо Ишбалжирийн анагаах ухааны зохиол бүтээлийн тойм. Эрүүл энх, 999, № 3
7. Болд Ш. Монголын уламжлалт анагаах ухааны хөгжлийг эх сурвалжийн судалгаагаар тодруулах нь. Анагаахын шинжлэх ухааны докторын зэрэг горилсон нэгэн сэдэвт зохиол. УБ, 2005
8. Болд Ш. Монголын уламжлалт анагаах ухааны түүх. –УБ, АМОН ХҮ, 2006.
9. Дундад улсын анагаах ухааны нэвтэрхий толь, Монгол анагаах ухаан, дээд (Ер найр Бан Чин Ю), ӨМ, ШУТМХэвлэлийн хороо, 1991.
10. Мэргэд гарахын орон. ӨМ, ҮХ, 1988.
11. Рашааны цагаан шүүдэр (орчуулсан Ш.Болд, Дагва). УБ, 1999.
12. Рашааны ундрал. Модон барын судар
13. Рашааны дусал. гар бичмэл
14. Рашааны хурим. модон барын судар
15. Эрдэнийн сан. ӨМ, АХХ, 1978.
16. http://en.wikipedia.org/wiki/The_Structure_of_Scientific_Revolutions

*Танилцаж, нийтлэх санал өгсөн:
Анагаахын шинжлэх ухааны доктор, профессор М.Амбага*

«ИДЭЭ УНДААНЫ ЖИНХЭНЭ ТОВЧ» ЗОХИОЛД ТЭМДЭГЛЭГДСЭН ЖИРЭМСЭН БОЛОН ХӨХҮҮЛ ЭХЧҮҮДИЙН ЗАН ҮЙЛ, ИДЭЭ УНДАА

Д.Оюун-Эрдэнэ¹, Ш.Болд², Г.Лхагва¹
¹ШУТИС, ²ЭМЯ

BEHAVIOR AND DIET FOR THE PREGNANT MOTHER AND WET-NURSE NOTED IN THE “BRIEF PRACTICAL GUIDE TO HEALTHY DIET ”

D.Oyun-Erdene¹, Sh.Bold², G.Lhagva¹
¹Science and Technological University, ²Ministry of Health

Abstract: On page 27 of the “Brief Practical Guide to Healthy Diet”, it was said that pregnant mothers must use “mind-food” and should have peace of mind and be soft hearted without hysteria so mental balance will be normal.

- Pregnant women should have an interest in gems and pearls.
- Pregnant women should be interested in carp and peacocks.
- Pregnant women should be interested in hawks and ambling sparrows.

These lines are saying that if a mother wishes to have a clever minded baby she should have delightful interest in carp and peacocks. Also whether she is seeing the great and beautiful while feeling the beauty in the womb, the child will be well minded and fascinated with the world. If one wishes to have a completely charming baby, jasper must be in the interest of the mother. While seeing pearls and jasper as an object of worship and taking them in their hands and to wonder at their form and shape, the baby will be born with a beautiful face and perfect color. Who wishes to have a strong and brave baby, should be interested in the rising flight of the hawk and the even racing of an ambling sparrow.

In the book, it was quoted that “ancient holy scientists had mentioned about how to bring up a child while he or she is in the fetus stage. In the early time of a pregnant woman, she should not lie on one side, not sit on a bended foot or the heels, not stand for a long time, eat any piece of meat which is cut the wrong way or eat anything which has an unpleasant smell or has spoiled. She also shouldn't see unattractive things or bad colors; shouldn't sit down in uncomfortable seats and shouldn't listen to dissimulated sounds.

If pregnant mother eats a hen's egg and fish jerky, the child will have many wounds and inflammations. If the mother eats the meat of a sparrow and drinks alcoholic beverages, the child will have a dissolute mind and not know any shame. If she eats chicken and rice the child will be born with white ribbon worms. If the mother eats the meat of a sparrow and drinks casein the baby's face will have dark spots on the skin. If she eats tortoise meat, the neck of the baby will become short, but if she eats the meat of a donkey, the baby's birth period will be prolonged. If the mother eats ice like sugar-candy, the fetus will not form.

It is considered that these important measures of precaution for pregnant women should be emphasized about eating meat, how the meat products influence the fetus have been known since ancient times and been proven in practice, and became precautions for pregnant woman through verification.

Key words: carp and peacocks, hawks and ambling sparrows, “mind-food”, gems and pearls, pregnant women

Pp.11-14, References 8.

Оршил. XIV зуунд монголын уламжлалт идээ, ундааны хэрэглээ, түүнийг зохистой, зохицуулан хэрэглэх мэдлэг, ухаан улам баяжигдан хөгжихийн зэрэгцээ Араб, Хятад зэрэг орны идээ, ундаагаар эмчлэх аргын нөлөөг ихээхэн олж төрөл, зүйл нь олширч иржээ. Улмаар уламжлалт идээ, ундааны хэрэглээ нь анагаах үйлдэлтэй ерөндөг болж практикын явцад биеэ даасан салбар хэмжээнд хүрч зохиол, бүтээл бичигдсэн байна. Тухайлбал Юань улсын үеийн Монгол хаадын идээ, ундаа, шим тэжээлийг хамаарагч дотоод эмч, түшмэл Хүсэхүй “Идээ ундааны жинхэнэ товч” зохиолоо 1314-1320 оны хооронд хятад хэлээр найруулан бичиж, 1330 онд дуусгажээ [1, 4, 7].

Хүсэхүй Хубилай сэцэн хаанаас хойшхи үе үеийн Монгол хаадын ордонд баттай хэрэглэж ирсэн эл зүйлийн гайхамшигт эрхэм нандин идээ, ундаа, эм тан, талх, ханд, зуурмаг, эмийн адис, алдарт эрдэмтэн эмч нарын туршлагат жор, нууц жоруудыг цуглуулж эмхэтгэн энэхүү “Идээ ундааны жинхэнэ товч” хэмээх номоо бүтээж Тиян ли гуравдугаар онд Юань улсын хаанд өргөн барихад хаан соёрхон үзэж түшмэл Иой жий¹ хэмээгчид зарлиг буулган тус номын өмнөх оршлыг бичүүлжээ. Тиймээс уг номыг Хубилай цэцэн хааны үеэс эхлэн Заяат хааны үе хүртэлх Монгол хаадын өдөр тутмын зоогийг данслан тэмдэглэж урт хугацаагаар ажиглан шинжилж бичсэн бүтээл гэж үзнэ. Хожим нь Мин улсын үеийн эм, эмийн ургамлын судлаач Ли ши жэн² (Li shi zhen, “Өвсөн эмийн товч” (Ben цоу ганг му) зохиолдоо дээрх зохиолыг “Хубилайн идээний жинхэнэ товч” хэмээн өгүүлсэн байдаг. XIV зууны үеийн Монгол хаад хятад соёл, ёс, заншилд тодорхой хэмжээгээр автан байсан ч монгол идээ, ундааг гол болгон иддэг, монгол амьдралтай байсан нь түүхийн бичигт тэмдэглэгдэн үлджээ. Иймээс хэдэн үеийн Монгол хаадын зоог, идээ, ундааны дотор монгол идээ чухал байрыг эзэлж өдөр тутмын хэрэглээнийх нь ихэнх хувийг бүрдүүлдэг байжээ. “Идээ, ундааны жинхэнэ товч”-д Монгол үндэстний идээ, ундаа, шимжүүлэн засах аргын талаар баялаг туршлагауд орсон байна. Уг бүтээл оршил болон 3 бүлгээс бүтнэ.

Нэгдүгээр бүлгийг товчлон өгүүлэх нь:

Эрүүл аж төрөхөд цээрлэх зүйл, жирэмсэн эмэгтэйн идээ, ундааны цээрлэх зүйл, төрсөн эхийн цээрлэх зүйл, архи дарс уух үед цээрлэх зүйл ба эрхэм гайхамшигтай идээ ундааны зүйлүүдийг бичжээ.

Хоёрдугаар бүлгийг товчлон өгүүлэх нь:

Тан, талх, ханд, ширгээмэл, арш сахиусны идээ, ундаа³ дөрвөн улиралд идвэл зохих зүйл, амтны

гүйдэл, идээ ундааны засал, эм уухад хэрэглэх зүйл, идээ ундааны ашигтай ба хортой тал зүйл, идээний хордлого, араатны хэвийн бус хувирал зэргийг бичжээ.

Гуравдугаар бүлгийг товчлон өгүүлэх нь:

Амуу будаа, таван тариа, араатан жигүүртэн, загас жараахай, ногоо жимсний амт чанар, чадлыг танилцуулж, нилээд олон зургуудыг дагалдуулан улмаар угсаа сайжруулах ухааны тухай жирэмсэн эмэгтэй юуг идэж, юуг үнэртэх, юуг үзэх, ямар аялгуу сонсох, хаана сууж сэтгэл тааламжтай байвал хүүхэд мэргэн цэцэн, хурц шаламгай, идэр чийрэг төрөхийг зураг тайлбараар илэрхийлсэн монгол үндэстний удам угсаа, яс чанарыг сайжруулахад чухал ач холбогдолтой нандин материал болжээ. Ялангуяа эхний ботид жирэмсэн эмэгтэйн идээ ундааны цээрлэл, ахуй ёсны цээрлэлийг маш тодорхой бичсэн байна.

Жирэмслэгсдийн зохистой зан үйл

“Идээ ундааны жинхэнэ товч” зохиолын 27 дугаар хуудсанд жирэмсэн эхчүүдийн оюун санааны хооллолт “Үргэлжид наминчлан нам дуугай ахул гол тамир хорогдохгүй, барагтайхан бодолхийлвээс бадралт лав мэт хэнхдэг цээжнээ гэгээн сэргэлэн, хилэгнэн уурлахгүй болвоос хий тамир амирлангүй талбиун, эгдүүцэн бухимдахгүй болвоос элэг, зүрх тунгалаг сэргэг. Баяр баясгаланг туйлд нь бүү хүргэ, тачаангуй хүслийг дураар бүү тавь ” гэсэн байдаг. Жирэмсэн эмэгтэй сэтгэл тайван, аядуу зөөлөн байвал голын хий хямрахгүй хэвийн байж, өөдрөг бодлыг үе үе бодож байвал зүрхэнд орших түгээмэл гүйгч хий аригдаж, хорогдохгүй тэгш оршин байхыг ийнхүү хэлжээ [2, 3, 4, 6].

- Жирэмслэгсэд нь хас, таныг (тана, сувд) сонирхвоос зохимуй.

- Жирэмслэгсэд нь мөрөг загас ба тогос шувууг сонирхвоос зохимуй.

- Жирэмслэгсэд нь харцага ба жороо тайгыг сонирхвоос зохимуй.

Энэ мөрүүдэд хүүхдээ оюун ухаан тэгш болгохыг хүсвээс эх нь мөрөг загас буюу тогос шувуу зэргийг бахдан сонирхвоос сайн. Загас урт настай лусын амьтан. Замбуу тивийн 6 чимгийн нэг хутагт Нагаржунайн түвэд нэрийг Лүдэв гэх бөгөөд лү гэдэг нь лус, дүв гэдэг нь бүтээгч гэсэн үг. Хүний оюун ухааны оргил болсон Нагаржунайг лусыг бүтээгч гэж нэрлэсэн нь жирийн хэрэг бус харин лус хэмээх хүний гарт баригдаж, мэдрэгдэхгүй оюунлаг, субъектив зүйлийг бодитой орших загасаар зүйрлэн түүнийг сонирхон харж байвал хүүхэд ухаантай, сэргэлэн, оюун сайтай болж төрнө хэмээн бэлэгдсэн байна. Түүнчлэн орчлонгийн хамгийн үзэсгэлэнтэй шувуу тогосыг харж гоо сайхныг сэтгэлээрээ мэдэрч байвал хэвлий дэх

1. Иой жий. Юань улсын түүх найруулагч сайд. “Идээ ундааны жинхэнэ товч” номын эхний өмнөх үгийн бичсэн хуун.

2. Li shi zhen-Мин улсын алдарт эмч. “Өвсөн эмийн товч” (Ben цоу ганг му) номын зохиогч

3. Урт наслуулах шим тэжээлт идээ, ундаа

ураг сэтгэл сайтай, гэгээлэг болдог хэмээн үзсэн байна [3, 4].

Хүүхдээ гоо үзэсгэлэн болж төрөөсэй хэмээн хүсвээс өнгөт тана, гойд хас эрдэнийг сонирох. Тана, хас эрдэнэ (сүвд)-ийг нүдээр харан өнгийг нь шүтэн, гараараа барьж хэлбэр дүрсийг нь бишрэн байваас хүүхэд царай зүс сайтай, өнгө төгөлдөр үзэсгэлэнтэй төрдөг ажээ.

Хүүхдээ идэр эрэмгий баатар болж төрөөсэй хэмээн хүсэгчид жигүүрээ дэлгэж халин нисэгч харцага болон жигд давхих жороо тайгыг сонирхтугай хэмээсэн байна. Ийнхүү идээ ундааны номонд жирэмсэн эхчүүд хоолноос гадна сэтгэл санаа тайван, амгалан сууж эрүүл чийрэг бие бялдартай, сэргэлэн цовоо, үзэсгэлэн төгөлдөр хүүхэдтэй болохыг хүсвэл хас, тана, тогос, загас, харцага, жороог өдөр бүр сонирхон байхыг онцгойлон өгүүлсэн нь ууж иддэг хоолноос ухааны хооллолт эн тэнцүү байдгийн сонгодог жишээ гэж үзэхээр байна [2, 3]. Үүнээс үүдээд жирэмсэн эхчүүдийн оюун санааны хооллолтыг орхигдуулахгүй байх нь чухал юм. Түүнчлэн доктор Г.Лхагвагийн өөрийн бүтээлдээ “Монголчууд оюун санаагаар хооллох ухааныг хүн төрөлхтний түүхэнд байгаагүй хэмжээгээр амьдралдаа ягштал хэрэгжүүлсэн явдал юм. Хүний ухамсрыг амтанд (хоолонд) уусгаж алга хийхээс зайлсхийх их ухааныг олж хэрэгжүүлсэн магадгүй цорын ганц ард түмэн байсан”-ыг түүхэн талаас нь баталгаажуулж өгчээ гэж үзэхээр байна [5]. Нөгөө талаар жирэмсэн эхчүүдийн оюун санааны зөв хооллолт гэдэг нь цээрлэл хийж чадсанаар зохистой болж өгч байна гэж үзэх нь зүйтэй.

Түүнчлэн уг номонд “Эрт урдын богд эрдэмтэд жирэмслэгсдийн хэвлий дэхь хүмүүжлийн тухай дурьдсан бөлгөө. Эрт үед эхнэр хүмүүн жирэмслэвээс хавиргалан хэвтэхүй, хагас явган, мөчид тачид суухгүй, удтал хүчлэн зогсохгүй, гашилж муудсан, үнэр танар орсон эсхүл зөв хэрчиж огтлоогүй махны зүйлийг идэхгүй, ор суудал нь төв бус болвоос суухгүй, гажуу өнгө үзэмжийг харахгүй, садар самуун дуу чимээг сонсохгүй, харин шөнө, үдэш сохор мэргэдээр дуу, шүлэг сэлтийг аялгуулан уншуулдаг авай. Явдал мөр нь зүй зохисыг олсноос хөнгөрсөний хойно хүүхэд нь өнгө зүсээр төв хээнцэр, авъяас билиг нь олноос хэтийдмүй. Тиймийн тулд эртний Тай Рэн овогтны Вэн Ван төрсөнөөсөө эхлээд цэцэн сэргэлэн нэгийг сонсвоос зууг төсөөлөх нь цөм эхийн хэвлийн хүмүүжлээс болсон ажгуу. Эртний богд эрдэмтдийн олонхи нь хэвлийг эрхэмлэх тул эхнэр хэн боловч жирэмслэвээс хүмүүн үхэх, гашуудал бэлэвсрэлийн байдал хийгээд элэнхий биет эрэмдэг зэрэмдэг амьтдыг аанайхан үзэж харахыг дэмий л цээрлэж харин баяр бясгалантай сайн сайхан явдлыг ажиж харахыг эрхэмлэдэг юмсан. Энэ мэтчилэн сайн муугийн нөлөөгөөр хэвлийн хүмүүжилд хамаа

бүхий атал нэг ч идээ ундааны талаар анхаарал цээрлэлийг хичээхгүй байж яахин болмуй” хэмээн тэмдэглэжээ [4, 6, 8].

Жирэмслэгсдийн идээний цээр

-Туулайн махыг идвээс хүүхэд нь дуун үгүй, уруул сэтэрхий болмуй.

- Ямааны махыг идвээс хүүхдийн өвчлөх нь үлэмж.

- Ямааны мах, модны үр ба нугасны өндгийг идвээс хүүхэд нь тон горуу төрмүй

- Тахианы өндөг ба хатаасан загас идвээс хүүхэд нь яр шарх үлэмж гарна.

- Бялзуухайн мах идэж, архи ууваас хүүхдийн сэтгэл санаа садар самуун болж ичгүүр сонжуурыг мэдэхгүйд хүрнэ.

- Тахианы мах ба тутаргын будаа идвээс хүүхэд хавтгай цагаан хорхойтой болмуй.

- Бялзуухайн мах болон буурцгийн ээдэмцэрийг идэж ууваас хүүхдийн нүүр царай сэвхтсэн бараан өнгөтэй болмуй.

- Яст мэлхийн мах идвээс хүүхдийн хүзүү агшиж богино болмуй.

- Илжигний мах идвээс хөнгөрөх (амаржих) сарыг уртасгана.

- Мөсөн чихэр идвээс ураг тогтохгүй.

- Луусны мах идвээс хөнгөрөхүйеэ бэрх болмуй.

Идээний энэхүү цээрлэл нь 14 дүгээр зуунд өргөн хэрэглэдэг байсан зарим махан хоолны үйлдэл урагт хэрхэн нөлөөлдөгийг практикт ажиглалтаар танин мэдэж жирэмсэлсэн эхчүүд хэрэглэж үл болохыг цээр болгон өгүүлсэнээрээ зохистой хэрэглээг төлөвшүүлэх талаар чухал арга хэмжээ болж байжээ гэж үзэхээр байна. Мэдээж орчин цагт хүүхэд нь сэтэрхий уруултай төрнө гээд туулайн мах хэрэглэхгүй нь лавтай гэхдээ туулайн махыг хэрэглэвэл хүүхэд сэтэрхий уруултай болж магадгүй гэдгийн туулайн уруулын сэтэрхий байдгаар нь жирэмсэн эхчүүдэд анхааруулан цээрлүүлснээрээ жирэмсэн эхчүүдийн хоол, ундны хэрэглээ чухал болохыг харуулж байна.

Жирэмсэн эхчүүдийн зан үйл түүний дотор багтах хоолны зохистой хэрэглээг зөвхөн уураг, амин дэм, төмөр зэрэг эрдэс бодис ихээр агуулсан хоол ундыг илүү хэрэглэснээр сайн байх юм гэж ойлгож болохгүй юм. Монголчуудын жирэмсэн эхчүүдийн зан үйл, идээ, ундааны талаарх ойлголт нь нилээд гүнзгий өөрийн гэсэн өвөрмөц онцлогтой байжээ. Харамсалтай нь энэ талаар тусгайлан судалж чадаагүй байсаар байна. Үүнд нэг талаас 1990-ээд он хүртэл уламжлалт ёс заншилыг судлах явдал хаалттай байсан, нөгөө талаас жирэмсэн эхчүүдийн хоол, ундны хэрэглээтэй холбоотой судар, ном, сурвалж бичгүүд судалгааны эргэлтэд орж чадаагүйтэй холбоотой юм.

Хөхүүл эхийн идээ, ундааны цээр. Хүүхэд төрүүлсэн хөхүүл эх нь өвчин хуучгүй идэр насны бөгөөд зан чанар нь энэрэнгүй уужуутал би, дөлгөөн дулаан, үг яриа цөөн бол дээр юм. Хүүхэд нь эхийг түшиглэж, түүний идээ, ундааны шимийг хөхний сүүгээр шингээн авч байдаг. Иймээс хүүхдийн сайн, муу өсөж торних нь эхийн сүүний тэжээлтэй нягт холбоотой гэхдээ сүүний шим болбоос эхийн хоол, ундны хэрэглээтэй шууд холбоотой. Тиймээс хүүхдийн өвчлөх эсэх нь мөн хөхүүл эхийн идээ, ундааг цээрлэх ёсонтой хэр зэрэг холбоотойг өгүүлэх юун. Хэрвээ идээ, ундаанд зохисыг үзэж болгоомжлон цээрлэхгүйгээр аль амттай шимттэйг ая таваараа идэж уухад хүрвэл, хүүхдийг өвчлүүлэх нь магад болой. Энэ даруй эх бологч нь хүүхдээ өвчлүүлсэн хэрэг болно [4, 6].

- Зуны шарам халуунаар битгий хөхүүл. Хөхүүлбээс хүүхэд нь аргын халуун арвидаж бөөлжиж огшмой.
- Өвлийн хүйтэн жихүүнээр битгий хөхүүл. Хөхүүлбээс хүүхэд нь билгийн хүйтэн аригдаж ханиаж суулгамай.
- Эх нь уур хилэн төрүүлэхгүйг хичээх хэрэгтэй. Хилэгнэвээс хий агсаж хүүхдийг солиоруулна.
- Эх нь архинд согтож үл болно. Согтвоос хүүхдэд аргын халуу бадарч, бие халууран хэвлий нь цанхайна.
- Эх нь бөөлжвөөс савны тамир хоосрох тул хөхүүлбээс хүүхдийн хүч тамирыг сул дорой, эцэнхий болгоно.
- Хүүхэд хуучирсан халуунтай болж таталдах тахал ба яр шарх гарах өвчинд нэрвэгдвээс, эх нь бадган халуунаар хийг хөдөлгөх идээ ундааг цээрлэх хэрэгтэй.
- Хүүхэд илд, хамуу, яр шархтай болбол эх нь яр шархыг үүсгэмээр загас, сам хорхой, тахиа, морь зэрэг амьтны махыг цээрлэх хэрэгтэй.
- Хүүхэд нь дотор бэтгэрэн дүүрч эс шингэсэн архагтай бөгөөд туранхай байваас эх нь түүхий хаш, өргөст хэмх зэргийг цээрлэх хэрэгтэй.
- Аливаа саяхан төрсөн хүүхэд шар үндсийн ширгээсэн танд мэргэн хэмээх хээрийн гахайн цөсийг өчүүхэн төдий холиод угааваас, хожим хэдийгээр эсэргэнүүд ба муу яр шарх гаравч эгнэгт бага шиг гарна.
- Аливаа нялх хүүхэд бижрүү эсэргэнэ гараагүй үед, хэрвээ хар даахитай илжигийн сүүг уулгаваас өсвөр насандаа яр шарх эсэргэнэ гарах зэрэг хорт нэрвэгдэхгүй. Хэдийгээр нэрвэгдлээ гэсэн ч хөнгөнөөр өнгөрүүлж болох бөгөөд түүнчлэн бас хүүхдийн зүрхэнд халуун эзэлж, салхиар татвалзах өвчнийг засна.

Хүсэхүйн 1330 онд бичсэн “Идээ, ундааны жинхэнэ товч” зохиол нь монголчуудын хоолны зохистой хэрэглээний талаарх анхны бүрэн хэмжээний бүтээл болохын зэрэгцээ жирэмсэн эхчүүдийн идээ, ундааны цээрээр дамжуулан

тэдний зохистой хэрэглээг нарийн тодорхой өгүүлжээ. Түүнчлэн “Идээ, ундааны жинхэнэ товч” зохиолын доторхи жирэмсэн эхчүүдийн идээ, ундааны цээр нь зөвхөн хоол унд төдийгүй сэтгэл санааны амар түвшин байдлыг онцгойлон авч үздэг байжээ. Үүнээс үндэслээд жирэмсэн эхчүүд зөвхөн хоолны хэрэглээг зохистой эдлэхээс гадна сэтгэл санааны амар түвшин байдал, гоо үзэмж, эрэмгий зориг, сэргэлэн цовоо байдлыг өөрийн амьдран буй ахуйн эд юмс, амьтдын чанар, үйл хөдлөлөөс танин мэдэж бахдан байх нь урагт онцгой нөлөөтэйг ихэд анхааран эрхэмлэж байвал зохилтой юм.

Хоол судлалын чиглэлээр сургалт явуулдаг сургуулиудад орчин цагийн хоол судлал, шим тэжээлийн ухааныг заахаас гадна монголчуудын бие махбодын болон цаг агаарын эрс тэс уур амьсгалын онцлогт тохирсон, олон зуун жилээр шигшигдэн, шалгарсаар ирсэн уламжлалт идээ, ундаа судлалыг хослуулан судлах, үнэ цэнтэй, онол, практикийн ач холбогдолтой гарын авлагын шинжлэх ухааны мөн чанарыг судлан тогтоох улмаар сургалт, практикт ашиглах боломжийг бий болгох нь зүйтэй юм.

Ашигласан хэвлэл

1. Болд Ш., бусад. Монгол туургатны анагаах ухааны алдарт эмч, мааранба, мэргэдийн намтар, бүтээлийн тойм (МЭӨ VII зууны өмнөөс XIX зууны сүүлч хүртэл), УБ, “Одсар Систем” ХГ, 1999, х. 22-23.
2. Болд Ш. Өрхийн эмийн сан Таны эмч эрүүл мэндийн дотны зөвлөх. УБ, “Мөнхийн үсэг” ХГ, 2006, х.61-64.
3. Болд Ш. Монголчуудын эрүүл амьдрах ухаан. УБ, “Admon” ХГ, 2007, х.64-66
4. Идээ ундааны жинхэнэ товч. (крилл үсгэнд буулгасан Г.Пагма) Эрдэнэт хот, хэвлүүлсэн он байхгүй, х. 6, 17-20
5. Лхагваа Г. Мөнхрөхүй ухаан. УБ, 1999, х. 7
6. Хүсэхүй “Идээ ундааны жинхэнэ товч” (Хөхлуу монголчлов) ӨМ, АХХ, 1982, х.31-34
7. Bold Sh, Ambaga M. History and Fundamentals of Mongolian Traditional Medicine. UB, “Sod Press”, 2002, /in English/ p. 23
8. Bold Sh. Insight into the Secrets of a Mongolian Healthy Lifestyle. Ulaanbaatar, “Munkhiin useg” Printing House, 2007, p.32-34

*Танилцаж, нийтлэх санал өгсөн:
Анагаахын шинжлэх ухааны доктор, профессор М. Амбага*

ДОРНО, ӨРНИЙН АНАГААХ УХААНЫГ УЯЛДУУЛЖ, ХОСЛУУЛАН ХӨГЖҮҮЛЭХ АСУУДАЛД

Р.Байгальмаа², Б.Оргил⁴, Ц.Мухар³, Н.Төмөрбаатар¹
УАШУТ ҮКорпорацийн Клиникийн эмнэлэг¹,
Хэнтий аймгийн УАУТӨ²,
“АЧ” АУДэСургууль⁴, “Ачтан-Элит” эмнэлэг³

INTEGRATIVE DEVELOPMENT OF EASTERN AND WESTERN MEDICINE

Baigalmaa R.², Orgil B.⁴, Mukhar Ts.³, Tumurbaatar N.¹

¹ School of Traditional Medicine, HSUM

² Center of Traditional Medicine, Khentii Province

³ “Achtan-Elite” Hospital

⁴ “Ach” Medical Institute

Tumurbaatar@hsum.edu.mn

There are different points of view about connection, common and different character of eastern and western medicines.

Nowadays WHO suggests own way of combinations of Traditional and modern medicine in practice. Also some countries' government policy pointed to the optimal combination of traditional and modern scientific medicines.

Scientists and researches of our country play a great attention on this topic and suggest some innovative ideas. Team of scientists under the supervision of doctor M.Ambaga started to search from 1990th a modern scientific explanation of basic (fundamental) theory of Eastern and especially Mongolian Traditional medicine «Wind-Bile-Phlegm». Meantime doctor B.Dagvatseren group suggest the using of different methods of Traditional medicine in practice of modern preventive medicine.

There are a new concept of «wind-bile-phlegm, neuro-endocrino-immuno system» from theory of traditional medicine, and some ideas of adapting of traditional medical teachings in modern medicine and health practice. For example, to use and refresh a tradition of individual training based on close relation between teacher and student; tradition of worship the doctor ethic; health service in family condition; specific regime and diet, medication with animal and plant origin; manual therapy, usage of needling and moxibustion for the healing of some chronic diseases. Modern medical practice of our country reaches a good achievement integrated usage of both medicines. By our opinion, as a result of integration of modern and traditional medicine, both of them should complete some defects of each other.

The question «What is a right way of an integrative development of traditional and modern medicine?» follows from current requirement of health system, and real life. For this reason we have developed «General pattern of Traditional medical interrelation». By this pattern health system of Mongolia consists of two basic parts: Modern (scientific) medicine and Mongolian Traditional medicine; those branches should develop integrative in future pointed in medical education (diploma and postgraduate level), health service, drug supply, drug manufacturing, rational usage, preventive medicine, and medical research. From another point of view, in historical development of Mongolian Traditional medicine influenced traditional medical development history of foreign countries, especially Indian Ayurveda medicine. Accordingly, traditional medicine of Mongolia would propagate progressive methods and principles of diagnosis-therapy from different branches of Oriental medicine and traditional medical practices of some countries.

Conclusion: For widen and future development of Mongolian Traditional medicine it is necessary to modernize and improve national policy of traditional medicine; to complete an legal advantageous condition for developing of traditional medicine, establish a new unit at the Ministry of Health of Mongolia for regulative activity of traditional medical policy and practical service. Also it is necessary to develop a national program aimed to make a progress in traditional medical regulation in the nearest years; to strengthen (consolidate) an independence and meantime interdependence of education, scientific and medical practice organizations; and clarify traditional medical service delivery levels.

Key words: ayurveda medicine, eastern and western medicines, oriental medicine and traditional medical practices, Traditional and modern medicine

Pp.15-19, Figures 2, References 20

Эрдэмтэд, судлаачид дорно, өрнийн анагаах ухааны хоорондын шүтэлцээ, уялдаа холбоо болон хоорондын ялгаа, зөрөөний асуудалд янз бүрийн байр сууринаас хандсаар ирсэн түүхтэй ажээ [2, 3, 15]. Хэрэв өрнийн анагаах ухаанд хүнийг бүхэллэг нэгдмэл байдалд нь авч үзэхээсээ илүүтэйгээр хэсэгчлэн хувааж, жижиглэн задлаж судлахад илүү

анхаарч ирсэн түүхтэй бол харин дорнын уламжлалт анагаах ухааны нэг гол өвөрмөц, онцлог тал нь гэвэл, хүний бие махводыг бүхэллэг нэгдмэл байдалд нь авч үзэж, тэр түвшинд хэрэгждэг зүй тогтлыг үндэслэн, өвчнөөс сэргийлэх, өвчнийг оношлох, эмчлэх онол аргачлалаа боловсруулсанд оршдог байна [4, 16].

Орчин үед чухамхүү уламжлалт анагаах ухаан

(УАУ) ба орчин үеийн анагаах ухаан (ОУАУ)-ыг хооронд нь хэрхэн хослуулж, уялдуулах тухай асуудалд олон улсын түвшинд ч ихээхэн анхаарал хандуулах болж, ялангуяа ДЭМБ-аас тодорхой судалгаа явуулж, дүн шинжилгээ хийсний үндсэн дээр гишүүн орнууддаа арга зүйн шинжтэй зөвлөмжүүд өгсөн байна [14, 17, 19, 20]. Түүнчлэн гадаадын тодорхой орнуудын эрүүлийг хамгаалахын талаархи төрийн бодлого нь УАУ ба ОУАУ-ыг хооронд нь сөргөлдүүлэх бус, харин аль болохоор оновчтой хослуулан хөгжүүлэхэд чиглэгдсээр байгаа ажээ [12, 13, 18].

Манай улсын УАУ-ы чиглэлийн эрдэмтэд, судлаачид ч энэ асуудалд ихээхэн анхаарч, олон шинэлэг санааг дэвшүүлсээр байна. Тухайлбал, доктор М.Амбага тэргүүтэй эрдэмтэд 1990-ээд оноос эхлэн дорно дахины болон монгол уламжлалт анагаах ухаан (МУАУ)-ы үндсэн тулгуур болох хий-шар-бадган (ХШБ)-ы онолын мөн чанарыг орчин үеийн шинжлэх ухааны үүднээс зөв зохистой тайлбарлах боломжийг эрэлхийлсний үр дүнд ХШБ бол эсийн мембрант байгууламжийн α , β , γ төлвөөр нөхцөлдсөн бүтэц-үйл ажиллагааны олон хувилбарт цогц үзэгдлийн талаархи хийсвэр ойлголт, ухагдахуун юм гэсэн дүгнэлтийг хийж, улмаар УАУ ба ОУАУ-ыг хооронд нь хэрхэн уялдуулах талаар чухал санаануудыг дэвшүүлжээ [1, 2].

Тэгвэл доктор Б.Дагвацэрэн тэргүүтэй судлаачид УАУ-ы «хий, шар, бадган» нь «биообъект-тогтолцооны анхдагч элемент» буюу «анхдагч түгээмэл чанар»-ыг томъёолсон ойлголт гэж үзсэн ба түүнийхээ үндсэн дээр УАУ-ы олон талт арга барилыг өвчнөөс урьдчилан сэргийлэх өнөөгийн практикт өргөн ашиглахыг зөвлөмж болгожээ [4, 5].

Гэтэл зарим эрдэмтэд, судлаачид «Хий, шар, бадган, мэдрэл-шүүрэл-дархлалын тогтолцоо»-ны шинэ санааг дэвшүүлж, МУАУ-ы гурван махводын онолыг ОУАУ-ы үүднээс эрүүл биеийн зүйн үйл ажиллагааны хүрээнд явагддаг шингэний зохицуулгатай дүйцүүлбэл, Хий нь мэдрэл-шингэний тогтолцооны үйл ажиллагаа мөн бөгөөд бие махбодын аливаа хөдөлгөөнийг үйлдэж, кинетик энергийг үүсгэдэг эх үүсвэр болно. Бадган нь бие махбодын тогтвортой байдлыг хангаж, дархлаа-шингэний үйл ажиллагааг хангаж, потенциал энергийг үүсгэдэг эх үүсвэр болдог. Шар нь бие махбодын дотоод шүүрэл, ферментийн үйл ажиллагаа бөгөөд кинетик болон потенциал энергийн тэнцвэрийг хадгалж, аливаа зүйлийг боловсруулж, дараагийн шатанд бэлтгэдэг. Бие махбодын үйл ажиллагааны дотоод тогтвортой төлөвийг энэ гурван хүч бүрдүүлж, эрүүл бие зүйн хэвийн үйл ажиллагааг хангахын зэрэгцээ бодисын солилцооны хөдөлгөгч хүч болдог хэмээн тайлбарласан байна [9, 10].

Түүнчлэн манай нийгмийн эрүүл мэнд судлалын талаар ихээхэн санаа тавьдаг зарим эрдэмтэд үзэхдээ, МУАУ-ы өв сургамжаас ОУАУ, эрүүлийг хамгаалахад өвлөн авч болох хэд хэдэн санаа байна. Тухайлбал: эмч, домчийг шавь сургуулиар багш-шавийн холбоон дээр сургаж ирсэн дэг

сургуулийг өвлөх; эмчийн ёс зүйг дээд шүтээн болгож ирсэн уламжлалыг алдахгүй байх; эмнэлгийн тусламжийг өрх гэрийн зарчмаар үзүүлж ирсэнийг боловсронгуй болгон үргэлжлүүлэх; өвчтэй хүнд гам цээр сахиулах, хоолоор эмчлэх, сувилах талаар хуримтлуулсан баялаг туршлагаас суралцах; ургамал, амьтны гаралтай эм бэлдмэл, гар засал, зүү төөнүүрийг архаг өвчнүүдийн эмчилгээнд өргөн ашиглах г.м. чухал санаанууд дэвшүүлсэн байна (7, 8). Бодит амьдрал дээр ч УАУ ба ОУАУ-ы практикийг хослуулан ашиглах чиглэлээр тодорхой үр дүнтэй үйл ажиллагаа явагдсаар байна [11]. Эцсийн дүнд хүмүүст учирсаар байгаа эрүүл мэндийн тулгамдсан асуудлуудыг оновчтой шийдэхэд, ялангуяа өвчтэй хүний аливаа өвчнийг илааршуулахад 2 анагаах ухааны нэг нэгнийхээ дутууг нөхөх зарчимд тулгуурлан, УАУ ба ОУАУ-ы аливаа үйл ажиллагааг зохистой уялдуулах учиртай хэмээн бид үзэж байна.

Тийнхүү манай улсын эрдэмтэд УАУ ба ОУАУ-ы хоорондын уялдаа холбоог илрүүлэн тогтоох асуудлыг олон янзын өнцгөөс авч үзэн, онол арга зүйн тодорхой бөгөөд шинэлэг санаа дэвшүүлсээр байгаа нь энэхүү хоёр анагаах ухааны практик үйл ажиллагааг зохистой хослуулахад чухал түлхэц болсоор байгааг онцлон тэмдэглэхийг хүсч байна. Энд дэвшүүлсэн санаануудыг бид бүх түвшинд бодитой хэрэгжүүлж чадвал, УАУ-ыг ОУАУ-тай хослуулан хөгжүүлэх талд багагүй ахиц дэвшил гарах болно гэж үзэж байна.

Чухамхүү УАУ-ыг ОУАУ-тай хэрхэн уялдуулан хослуулж хөгжүүлбэл зохистой байх вэ? гэсэн асуултанд оновчтой хариулт өгөх явдал манай улсын эрүүл мэндийн салбарын өнөөгийн эрэлт хэрэгцээ, амьдралын шаардлагаас урган гарсаар байна. Иймд бид ямар нэг хэмжээгээр эрэл хайгуул хийсний үндсэн дээр Монгол улсын өнөөгийн нөхцөлд тохирно гэж үзсэн «УАУ-ы уялдааны ерөнхий загвар»-ыг боловсруулснаа дараахь Загвар зураг 1 дээр үзүүлээ.

Бидний үзэж байгаагаар, Монгол улсын эрүүл мэндийн тогтолцоо нь ОУАУ ба МУАУ гэсэн хоёр үндсэн тулгууртай байж, тэдгээр нь хоорондоо эмнэлгийн мэргэжилтэн (төгсөлтийн өмнөх, дараахь аль ч шатанд) бэлтгэх, эмнэлгийн тусламж үйлчилгээ үзүүлэх, эмийн хангамж, үйлдвэрлэл, зохистой хэрэглээ, өвчнөөс урьдчилан сэргийлэх арга хэмжээ, эрдэм шинжилгээ гэсэн олон чиглэлээр харилцан уялдаатай, хосолсон байдлаар цаашид хөгжих учиртай. Нөгөө талаас, МУАУ-ы түүхэн замнал нь гадаадын бусад улс оронд үүсч хөгжсөн УАУ-ы янз бүрийн урсгал чиглэлүүдтэй, ялангуяа эртний энэтхэгийн уламжлалт аюрведийн анагаах ухаантай салшгүй холбоотойгоор өнөөгийн түвшиндээ хүрсэн бөгөөд цаашид ч ДДУАУ-ы янз бүрийн чиглэлүүд болон дэлхий бусад улс үндэстний УАУ-ы дэвшилтэт арга барил, оношлогоо-эмчилгээний зарчмуудаас нэвтрүүлэх замаар улам бүр өргөжин хөгжих учиртай хэмээн төсөөлж байна.

МУАУ-ыг цаашид өргөжүүлэн хөгжүүлэхэд, бидний дээрхи загвар зургаар харуулсан уялдаат байдлыг

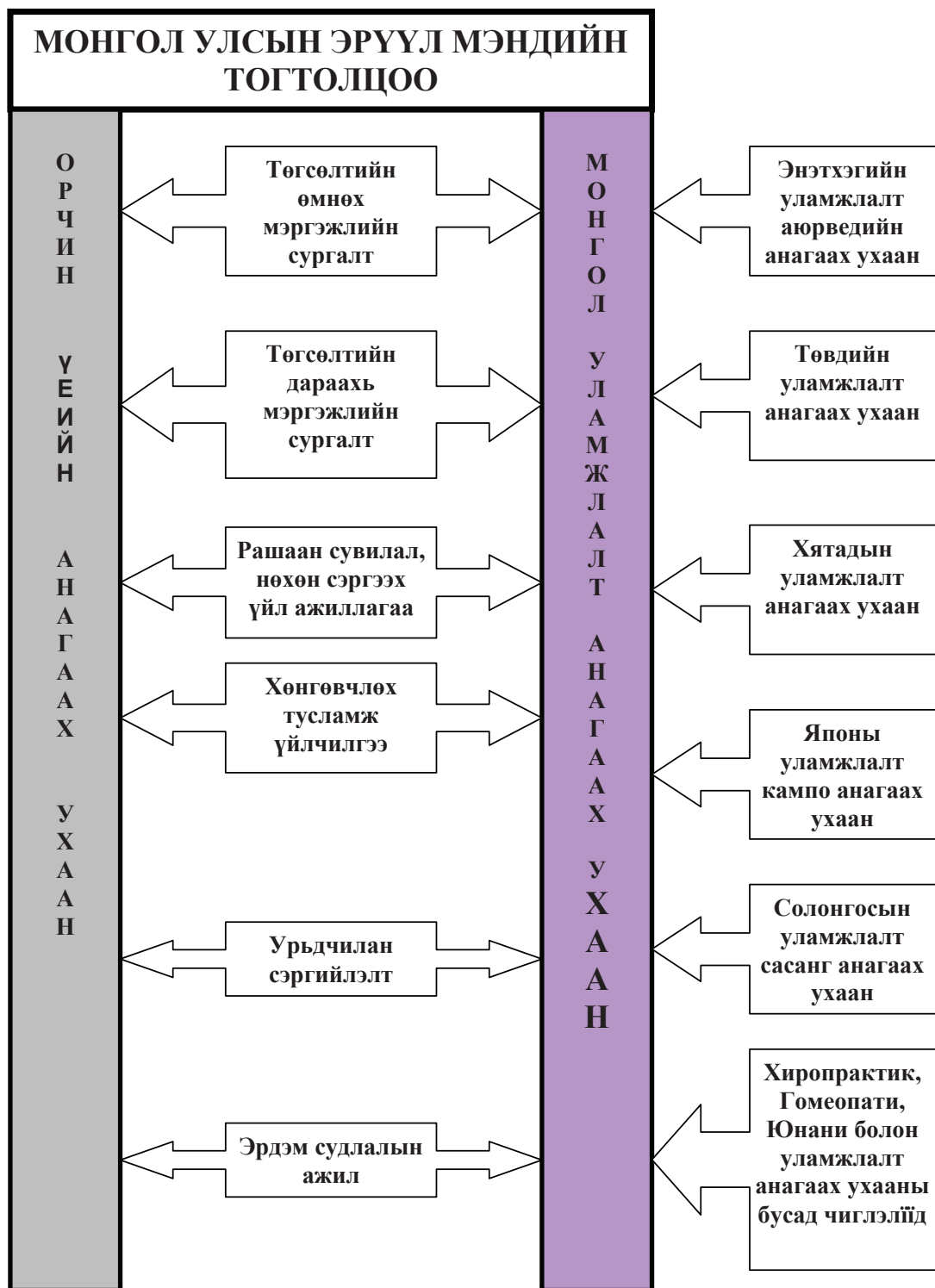
хангахын зэрэгцээ үндэсний хэмжээнд баримтлах бодлогыг шинэчлэн, боловсронгуй болгох; УАУ хөгжих эрх зүйн таатай, шинэ орчин бүрдүүлэх; УАУ-ы бодлого, практик үйл ажиллагааг улсын хэмжээгээр зангидан, зохицуулж байх чиг үүрэг бүхий нэгжийг ЭМЯ-нд шинээр буй болгох; ойрын жилүүдэд УАУ-ы төлөвшлийг шинэ шатанд гаргах гол зорилго бүхий үндэсний томоохон хөтөлбөрийг боловсруулан хэрэгжүүлэх; улмаар УАУ-ы сургалт, эрдэм шинжилгээний болон эмнэлгийн тусламж, үйлчилгээний байгууллагуудын бие даасан байдал хийгээд хоорондын уялдаа холбоог бэхжүүлэх; мөн уламжлалт анагаахын тусламж, үйлчилгээний шатлалыг тодорхой болгох зэрэг чиглэлээр нэлээд бодитой арга хэмжээнүүд авах шаардлагатай хэмээн үзэж байна (Тэр талаар Загвар зураг 2 дээр харна уу).

Ингэж үзэх хэд хэдэн үндэслэл байна. Тухайлбал, 1) «Уламжлалт анагаах ухааныг хөгжүүлэх талаар төрөөс баримтлах бодлого» хэмээх баримт бичиг (6) гарснаар хойш арав шахам жил өнгөрчээ. 2) Монгол улсад одоо мөрдөгдөж буй хууль тогтоомжид УАУ-ы тусламж үйлчилгээг хэрхэн явуулах эрх зүйн зохицуулалтын талаар тусгагдсан зүйл маш хомсхон байна. 3) Өнөөгийн ЭМЯ-нд УАУ-ы болон хувийн эмнэлгийн асуудал хариуцсан ганцхан мэргэжилтэн ажилладагийг эс тооцвол үндэсний хэмжээнд энэ чиглэлийн арга хэмжээг удирдуулан зохицуулах чиг үүрэг бүхий байгууллага, нэгж алга байна. 4) Хэдийгээр өмнө жилүүдэд УАУ-ыг хөгжүүлэх талаар зарим хөтөлбөр, төсөл хэрэгжүүлсэн боловч гарсан үр дүн чамлалттайн дээр улсын хэмжээнд УАУ-ы тусламж үйлчилгээ үзүүлж буй байгууллага, нэгжүүдийн бүтэц, зохион байгуулалт, хоорондын уялдаа холбоог сайжруулан, зөв чиглэлээр төлөвшүүлэх үүднээс ойрын жилүүдэд «УАУ-ыг төлөвшүүлэн хөгжүүлэх үндэсний хөтөлбөр» боловсруулж, хэрэгжүүлэх бодит шаардлага байна. 5) УАУ-ы мэргэжлийн сургалт, эрдэм шинжилгээний ажлыг оновчтой болгох, УАУ-ы арга зүйн асуудлаар үндэсний хэмжээний лавлах төвтэй болох, улмаар уламжлалт эмчилгээний тусламж, үйлчилгээг хот хөдөөний хүн амын эрэлт хэрэгцээнд нийцүүлэн, тодорхой шатлалын хэлбэрээр зохион байгуулах шаардлагатай байна.

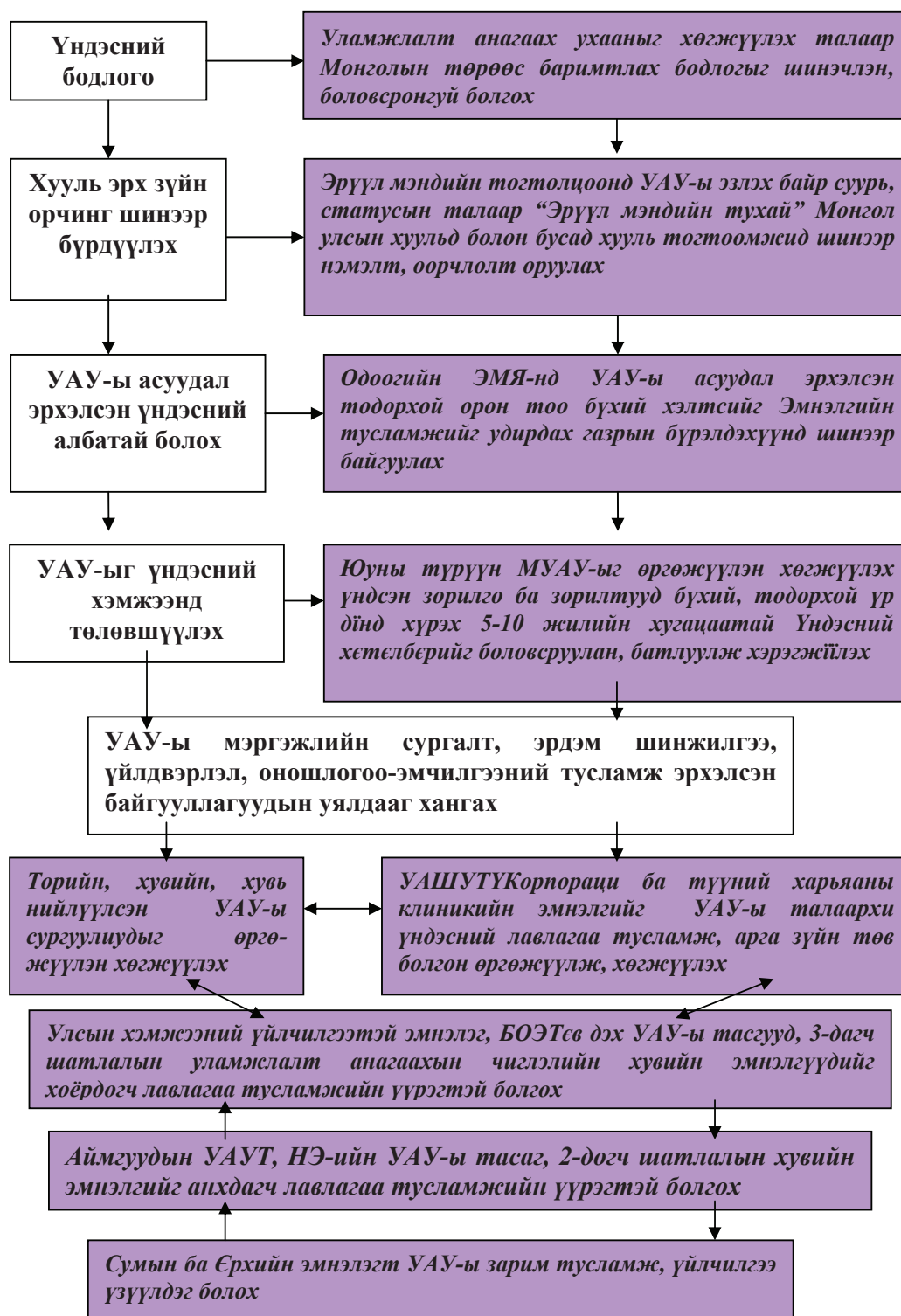
Ашигласан ном хэвлэл

1. Амбага М. Хий, шар, бадганы онол ба мембрант байгууламж. Анагаахын шинжлэх ухааны докторын зэрэг горилсон нэгэн сэдэвт зохиол. УБ., 1994
2. Амбага М., Саранцэцэг Б., Хүрэлбаатар Л., Зина С. Уламжлалт ба орчин үеийн анагаах ухааны оношлогоо, эмчилгээний нэгдмэл хэлхээ боловсруулах онол-арга зүйн үндэс. Хянан тохиолдуулсан С.М.Николаев, Ж.Батсуурь, Д.Нямаа. УБ., 2005
3. Болдсайхан Б. Уламжлалт анагаах ухааны онол, арга зүйн уламжлал, шинэчлэлийн зарим асуудал. Анагаах ухааны докторын зэрэг горилсон зохиолын хураангуй. УБ., 1996

4. Дагвацэрэн Б. Монгол-Төвдийн уламжлалт анагаах ухааны онол, аргазүйн үндсэн зүй тогтол. Анагаахын шинжлэх ухааны докторын зэрэг горилсон диссертаци. УБ., 1995
5. Дагвацэрэн Б., Батчимэг Ө., Варламова Т.С., Наранцэцэг Г. Өвчнөөс сэргийлэх уламжлалт анагаах ухааны ёс. Хянан тохиолдуулсан Н.Төмөрбаатар, С.Зина. УБ., 2003
6. Монголын уламжлалт анагаах ухааныг хөгжүүлэх талаар төрөөс баримтлах бодлого. Нийгмийн эрүүл мэндийн эрх зүйн лавлах. УБ., 2003, 9-11 дэх тал
7. Мухар Ц. Эрүүл мэнд. Хянан тохиолдуулсан Д.Ням-Осор. УБ., 1999
8. Оргил Б., Мухар Ц. Эрүүл мэндийн анхан шатны тусламж. Хянан тохиолдуулсан Н.Жаргалсайхан. УБ., 2002
9. Төмөрбаатар Н. Хий, шар, бадган-эндокрино-иммуны тогтолцоо. «Монголын анагаах ухааны уламжлал, шинэчлэлийн асуудалд» эрдэм шинжилгээний бага хурлын илтгэлүүдийн товчлол. УБ., 2006, 187-188 дахь тал
10. Төмөрбаатар Н., Сээсрэгдорж С., Чимэдрагчаа Ч., Оюунбилиг С. Уламжлалт анагаах ухааны зонхилон тохиолдох өвчний эмчилгээ оношилгооны удирдамж. УБ., 2004
11. Энхжаргал Д., Ариунаа З. Уламжлалт заслын үр дүнг чанд авиан шинжилгээний аргаар хянах нь. «Уламжлалт анагаах ухааны эмнэлзүйн өнөөгийн байдал, хэтийн төлөв» сэдэвт эрдэм шинжилгээний бага хурлын материал. УБ., 2007, 102-106 дахь тал
12. Additional regulations to the management stipulations for privately practicing personnel of traditional Chinese medicine. Beijing, State Administration of Traditional Chinese Medicine, 1989
13. Apia Action Plan on Traditional Medicine in the Pacific Island Countries. WHO, Western Pacific Region, 2001
14. Development of National Policy on Traditional Medicine. Manila, WHO Regional Office for the Western Pacific, 2000
15. Ernst E. Prevalence of the use of complementary/alternative medicine: a systematic review. Bulletin of the World Health Organization, 2000, 78: 252-257
16. General guidelines for methodologies on research and evaluation of traditional medicine. WHO, Geneva, 2000
17. Legal Status of Traditional Medicine and Complementary/Alternative Medicine: a World-wide Review. Geneva, WHO, 2003
18. National Policy on Traditional Medicine and Regulation of Herbal Medicines. Report of a WHO Global Survey. WHO, Geneva, 2005
19. Traditional Medicine and Modern Medicine: Harmonizing the Two Approaches. Manila, WHO Regional Office for the Western Pacific, 2000
20. World Health Organization. Traditional, Complementary and Alternative Medicines and Therapies. Washington DC, Regional Office for the Americas|Pan American Health Organization, 1999



Загвар зураг 1. УАУ-ы уялдааны ерөнхий загвар



Загвар зураг 2. УАУ-ы тусламжийг өргөжүүлэн хөгжүүлэх ерөнхий загвар

Танилцаж, нийтлэх санал өгсөн:
Анагаахын шинжлэх ухааны доктор, профессор М.Амбага

МОНГОЛЧУУДЫН ЯС БАРИХ УХААНЫ ЭРТ ҮЕИЙН ХӨГЖИЛ

Ванчинжав¹, Н.Баасанжав³, Ш.Болд²
ӨМӨЗО-ны АУИС¹, ЭМЯ, АУУХ³

EARLIER DEVELOPING OF THE MONGOLIAN ART OF BONE SETTING

Vanchinjav¹, N.Baasanjav³ and Sh.Bold²
¹Inner Mongolian Medical University, ²Ministry of Health and
³National Medical Research Center

Abstract: The Mongolian art of bone setting, called 'bone art' in Mongolia, is a fascinating subject. It developed mainly during the Chin dynasty. The eminent practitioners were Tsorj-Mergen, Nara-Abai and Heru-Ishinga and various others. Bonesetters (Bariachi) used many interesting methods, such as applying cupping glasses (made of horn) to treat broken bones, or a herbal compress, or, if necessary, used surgery with the aid of ice as a local anaesthetic. The Aduuchiin Minister called together 30 professionals in the field and established a special Bone Art Hospital at this time.

Bone Art is a completely independent branch of Mongolian medicine. Bariachi were local people who still believed in Shamanism for they were not educated and therefore untouched by Buddhism. For an accidental bone fracture or dislocation, the Mongols would automatically approach the Bariachi, who had no medicines or surgical instruments. The Bariachi would simply hold the fractured or dislocated limb in their hands and massage it or give it a twist or two. The patient would feel no pain, but was usually advised to rest afterwards. These born healers were just lay people without schooling, but neither spelled charms nor performed rituals. They cured bone disorders perfectly without complaint from the patient or pain afterwards, however serious the injury. The bones would heal quite soon afterwards. These healers had no special training except what was handed down to them, but they needed to have the ability born in them. Their hands were the healing instruments, and setting was done by very sensitive touch. Such healers usually came from a family of traditional bonesetters. Sons or daughters would become bonesetters, having learned from their parents. However, some had a following of disciples who were taught to treat skillfully and professionally.

Key words: Chin dynasty, a herbal compress, Mongolian art of bone setting, traditional bonesetters

Pp.20-23, References 8.

Нэг. Нэн эрт үеийн бариа засал

Монголын өндөрлөгт Рүн Дигээс эхлээд Хүннү, Ухуван, Сяньби, Нирун, Түрэг, Уйгар, Хятан зэрэг үндэстэн оршин сууж байсан хэдий ч МЭӨ XII-XIII зуунд хүчирхэгжин мандсан Монголчууд умард орны үндэстнүүдийн тархай бутархай байдлыг эцэслүүлж энэхүү өндөрлөгт нутагшин суун, тэнд нутаглаж байсан аймгууд нь монгол үндэстний бүрэлдхүүн хэсэг болсон байна. Ингэж нэгэн цогц болон нэгдэхдээ өөр өөрийн давуулаг тал, онцлог байдлаа бадруулж, үндэстний соёлоо хөгжүүлсэн байна. Энэхүү соёлын дотор тэдний эм, дом заслын нэгээхэн хэсэг болох бариа засал чухал байр суурийг эзэлдэг.

Эртний Хүннүчүүд өөрийн туршлага, сургамж дээрээ тулгуурлан Умард Ди улсын олон угсаатнуудын давуулаг талыг хуримтлуулж Өрнө дахины соёл, боловсролыг хүлээн авч, Байлдаант улсын үеэс Чин улс, Умард Хан улс, Хойд Хан улс хэмээх хятад үндэстэнтэй соёлын харилцаа, солилцоо хийж Хүннүгийн бие даасан соёлыг үүдэн бүтээжээ. Хүннүчүүд мал аж ахуй эрхлэн, оторлон нүүдэллэж, ан гөрөө хийх явцдаа шархдаж, бэртэх нь элбэг тул бариа заслын аргыг чухалчлан хэрэглэх нь амьдралаас нь урган гарсан зүй ёсны хэрэг юм.

Хүннү гүрний үед шарх эмчлэх, яс барих, эвлүүлэх, боох зэрэг зөвхөн нүүдэлчнээс гаралтай

эмчилгээнүүд биеэ даан бий болж цаашид нүүдэлчдын дотор уламжлагдан дэлгэрсэн ажээ.

МЭӨ 129 онд хээр шархадсан хүнийг оточ нарт яаралтай хүргэхдээ Хүннү нар хоёр морины хооронд суран тор татаж дээр нь хэвтүүлж аваачдаг байжээ.

Хүннүгийн оточ МЭӨ 100 орчим оны үед Хятадын элч Су У-г шархдахад газар ухан, дотор нь зөөлөн гал асаагаад дээр нь түүнийг хэвтүүлэн, цусыг нь шахан гаргаж анагааж байжээ. Су У зуу гаруй элч дагуулж Хүннүд иржээ. Хүннүд байхдаа Хятад гүрнээс урвасан гэж эмээн хутгаа сугалан амиа хорлов. Тэр даруй бөө эмчийг дууджээ. Су У-ийн шарх маш хүнд Хүннү эмч түүнд халуунаар ангасалах засал хийв. Газар ухан гал түлж нурамлаад Су У-г дээр нь хэвтүүлэн битүүлэв. Улмаар ханаж цус гаргахад амьсгал нь бөглөрсөн тэрээр хагас өдрийн дараа сэргэв. Нурам бол оч үгүй халуун үнс, захын судсыг тэлж цусны эргэлтийг сайжруулдаг билээ. Халуун нурманд хэвтүүлэх, ханах засал бол Хүннүгийн эмч нарын өдөр тутмын хэрэглэж буй арга гэж үзэхээр байна. Энэ заслаа ч сайн хийдэг, ихэд мэргэшсэн байна. Тийм учраас одоогоос 2000 жилийн өмнө Хүннүгийн эмч дотор орноо алдаршин Хан улсын түүхэнд “Ху эмч” хэмээн дурьдагджээ.

Хүннүгийн газар нутгийн хойд хэсэг Байгаль нуур, урагшаа Цагаан хэрэм, баруун тал нь Ил тарвагатай, зүүн хэсэг нь Хойд Солонгос хүрч байжээ. Ийм өргөн, уудам, эрс тэс уур амьсгалтай нутаг дээр нүүдэллэн, мах, цагаан идээ идэн амьдарч байсан түрүү үеийн Монголчуудын өвөг аймгуудын дунд элбэг тохиолддог хүйтэн өвчин, түүнийг эмчилдэг гол арга төөнийн гарал үүслийг Хуанди Нэйжин-д машинд тодорхой дурьджээ. Үүнтэй холбогдох өөр нэгэн баримтыг “Монгол улсын түүх” тэргүүн ботийн “Хүннү гүрэн байгуулагдсан нь” хэсэгт “Тэдний дунд төр ёс, бичиг үсэг, соёл иргэншил үүсэхийн өмнөх үед дээгүүр, доогуургүй цөм малын мах, сүү цагаан идээгээр хооллож, арьс үсээр нь хувцас хийж өмсдөг байжээ” гэж тэмдэглэсэн байдаг.

1979 онд Их Зуу аймгийн Үшин хошууны зүүн хавьд эртний нэгэн дайны талбарын булшнаас хүрлээр хийсэн сум, зэв, цэрэг зэвсгийн хамт нэг тоосгон лонхонд хийсэн хүрэл хямсаа хоёр, жижиг хүрэл зүү гурвыг олжээ. Үүнийг нягтлахад Хүннүгийн үеийн цэргийн эмч мэс засал хийхдээ хэрэглэж байсан багажийн иж бүрдэл бололтой гэсэн мэдээлэл байдаг. Эдгээрээс үзэхэд Хүннү гүрний үед шархны гэмтлийг эмнэж засдаг тусгай бариа заслын мэргэжилтэй “Бариа” хүн эсвэл бариа заслын мэргэжилтэй “Бөө” байснаар барахгүй “Бариа засал”-ын мэдлэг ч зохих хэмжээгээр түгээмэлжсэнийг харуулж байна. Энэхүү мэргэжил нийгмийн хөгжлийн үе шатыг туулан олон зуун жилийн турш үйлдлийн дунд нотлогдон баталгаажсаар Хүннүгийн “Бариа

засал”-аас Сяньби, Нирун, Түрэг, Уйгар, Хятан нэн ялангуяа Монгол бариа засалд шингэн өөрийн ил тод тусгалаа олсон ажээ.

Хоёр. Бариа гэсэн үгийн утгыг мөшгөх нь

Монголын өвөг дээдэс эрт язгуураасаа говийн өмнөд, умард хэсэгт амьдарч үе улиран оршин тогтнохдоо үндэснийхээ үнэт соёлын өвийг үүдэн бүтээсэн юм. Үүнд Монголын уламжлалт бариа заслын судлал, яс, шархны эмчилгээ маш цухал байр эзэлдэг. Монголын уламжлалт бариа заслын судлал бол яс барих, мултарсан үеийг ороншуулахаар голлож бусад хамаа бүхий өвчнийг эмчилдэг салбар болно.

Монгол үгсийн санд “бариа” гэдэг нэр үг “бэлэн зэлэн, дэнслэх, уралдааны төгсгөлийн газар, оосор” гэх мэтийн адил бус салаа утгатай боловч Монголын анагаах ухааны яс, шархны судлалд яс эмчлэх аргыг бариа хэмээн нэрлэдэг.

“Монголын нууц товчоо”-нд бариаг барьцааны хүн хэмээх утгаар тэмдэглэсэн бөгөөд “барь” хэмээх үйл үгийн язгуур дээр олон янзын дагавар залгаж тэмдэглэсэн үгс байдаг. “Бариа” хэмээх бол “барь” язгуур дээр нэр үг бүтээх “иа” дагаврыг залгаж бүтсэн тухайн үйл үгийг нэрлэсэн нэр үг мөн бөгөөд энэхүү дагавар бол Монгол, Түрэг, Манж, Түнгүс төрлийн хэлнүүдэд идэвхтэй хэрэглэгддэг. “Бариа” гэдгийг үндсэн адил язгуурын хэлний нийт дундын бүтээлч дагавар гэж эрдэмтэд үзсээр ирсэн. “Ч” дагаврыг залгаж тухайн ажил мэргэжлийн гүйцэтгэгчийг заасан нэр “Бариа”-ийг бий болгожээ.

Харин “Баригч” хэмээх нэр үгэнд хоёр төрлийн агуулга байгаа бөгөөд “Яс баригч” гэх агуулга нь гол байрыг эзэлж хөнгөжүүлэгчийн утга санаа бүхий “Эх баригч” гэдэг нь дэд утгыг илэрхийлнэ.

“Монголын нууц товчоо”-нд хэдийгээр “бариа” хэмээх эрхэлсэн ажил мэргэжлийг заасан нэр үг тэмдэглэгдээгүй боловч зохих нэр үг нь “чин” дагаврыг залгаж эрхэлсэн ажил мэргэжлийн гүйцэтгэгчийг заасан тэмээчин, үхэрчин, үүдчин, нутагчин, адуучин, хоньчин гэх мэт нэр үг олон бий.

“Бариа” хэмээх нэр үг зөвхөн үйл үгнээс шууд үүссэн бус зарим нэгэн тэмдэглэлүүдээс ажиглавал үйл үгээс үүссэн гэж үздэг байна. Харин үйл үгээс нэр үг үүсч, дахин энэхүү нэр үгнээсээ нэр үг үүссэн гэвэл зохино.

Эртний хүмүүс гадар шархны эвэршээлээр хэсэг газраа атгаж үлээх буюу барьж чимхвэл өвдөх нь дарагдаж хавдар нь буухыг олж мэдэхийн зэрэгцээ задгай шархыг ороож цус гарахыг тогтоон, ясны хугаралтыг барьж боовол яс залгаж эдгэрэхийг мэдсэнээс тус үйлийн утга санааг илтгэгч “бариа

засал” бий болж, энэхүү үйлд цагаарсан хүмүүсийг “Бариагч” хэмээн үзэж дуудах болсон гэж үзэж болох юм.

Гурав. Их Монгол улс байгуулагдахаас өмнөх болон дараах үеийн бариагч засал

XII зуун болоход Монголын бариагч засал нэгэнт биеэ даасан эмчилгээ болжээ. XII зууны эхэн үед Монголчууд “Эсгий туургатан улсыг түвшин шудрага болгосон барс (гал барс буюу улаан барс жил, 1206 он) жил Онон мөрний эхэд хуралдаж, ёсон хөлт цагаан тугыг мандуулан Чингис хаанд хаан цол өргөсөн түүхэн үйл явдлууд гэрчилж байхаар барахгүй Чингис хааны сүүлчийн жилүүдийн үйл явдал нотолж буй. Тухайлбал 1201 онд Тэмүүжиний хүзүү шархадсанд Зэлэм шархыг нь цэвэрлэн цэгээ (айраг) олдсонгүй учраас тараг олж усаар шингэлэн уулгаж тэнхрүүлсэн, 1203 онд Өгөдэйн хүзүү шархдахад Борохул шархыг нь цэвэрлэн Тэмүүжин шархыг нь хайрч цусыг нь тогтоон ундаа өгч эмчилснийг “Монголын нууц товчоон”-ны 145-173-т тодорхой тэмдгэлсэн байна. Хэдийгээр эдгээр жишээнд шархны эм хэрэглэсэн мэдээ үгүй боловч Чингис хаан насан турш Ази, Европ хоёр тивийг донсолгон дэлхийн түүхэн хуудсанд балрашгүй ул мөрөө үлдээсэн аян дайныхаа төгсгөл, өтөл насны үедээ шархны эм авч явдаг байсан мэдээ бий. Жишээлбэл “Вандарын толгой шархдсанд Тэмүүжин өөрөө эм түрхэж гэрт суулгасан гэдэг. Хүний гавлын яс бол биеийн чухал эрхтэн, тархийг хамгаалж байх бөгөөд чухал цусан судас элбэг, шингээлтийн зам хийгээд амьсгалын замын эхлэлт байхаар барахгүй үзэх, сонсох, үнэрлэх эрхтэнтэй туйлын ойр байдаг. Иймээс гавлын хэсгийн шарх бол эрхтэнүүдийн эрүүл ажиллагаанд нөлөөлөхөөр барахгүй нэн ялангуяа хүний амь насанд ч аюул учруулах нь түргэн байдаг. Дээрх жишээнээс үзэхэд Вандарын гавалд зөвхөн арьс, махны гадар шарх буюу өөр шархдалт үүссэн бус харин яс нь цөмөрсөн буюу эсвэл цоорсноос болж тархи гэмтсэн гэж үзэх бололцоо нэлээд байна. Ийм хүнд шархтныг аврахын төлөө Тэмүүжин өөрөө эм түрхэж өгсөн нь түүнд арьс, мах, ясны эм байсан буюу эсхүл тархины гэмтлийг засах эм байсан ч байж мэднэ.

XIII зуунаас өмнө Чингис хаан баруун тийш дайлсан тэр үед түүний их жанжин Бүжэр байлдааны дунд суманд оногдоод хэдэн шарх олсон байна. Чингис хаан үзээд зарлиг буулгаж биед нь шигдсэн зэвийг сугалахуй дор хамаг бие нь цусаар бялтагдаад ухаангүй болчихов. Хаан бас зарлиг буулгаж тэр даруй нэгэн үхэр авчруулж хэвлийг нь хагалаад Бүжэрийг үхрийн хэвлий дотор тавьж халуун цусанд дэвтээсэн тул аажмаар сэргэн эдгэрсэн ажгуу.

Юань улсын үед “Ши жин хотыг дайлахад Ши зүн вэн хошуучлан байлдаж гурван суманд оногдон унасныг Хубилай сэцэн хаан үзээд өр өвдөж

зарлиг буулган биед нь шигдсэн зэвийг сугалж үхэр авчран хэвлийг нь хагалж гэдэс гүзээг нь гаргаж түүнийг нүцэглэн үхрийн хэвлийд тавьсан дор аажмаар сэргэн эдгэсэн” гэж Юань Улсын түүхэнд тэмдгэлсэн байдаг.

Монгол үндэстэн урт хугацааны амьдрал ахуй, аян дайны дунд мэсийн шарх олоод цус их алдсан буюу манарсан хүмүүсийг ингэж үхрийн халуун хэвлий дотор охорхон цаг хэвтүүлж тэнхрүүлэн аврах аргыг үүдэн гаргасан байна.

1263 онд Монгол цэрэг өмнөд Сүн улсын цэрэгтэй тулалдсан байдааны дунд “Зуухарын бие дор гурван сум тусч зүүн мөрөнд нь шигдсэн зэвийг сугалан авахын аргагүй болсон учир Химчаг харамсч хоёр алагдах ялтныг авчран мөрийг нь огтлон ясны гүн гүйхнийг шинжээд авч болно гэж мэдмэгц даруй шархыг нь ухан зэвийг сугалж авчээ”. Энэхүү баримт нь эмч бус цэрэг эрийн хийсэн туршлагын үйлдэл дээр явагдсан ясны мэс засал болно. Эмч бус цэрэг эр Химчаг дайны үед ясны мэс заслыг ингэж амжилттай хийж ясанд шигдсэн зэвийг гаргаснаас үзэхэд цэргийн эмч нар тухайн үед ясны мэс засал хийж байсан бололтой. Цэргийн эмчийн үйл ажиллагаа нь Хямчагт ухаарал өгч урьдаар туяачлалын аргыг хэрэглэн бүтцийг нь ойлгон дараа нь мэс засал хийхэд хүргэсэн байж мэднэ.

Дөрөв: Юань улсын яс барих ухааны хөгжил

Юань улсын Засгийн газраас тусгай яс барих мэс заслын салбар байгуулж цэргийн дотор цэрэг эмчтэй байж, яс барихыг тэргүүн байранд тавьдаг байжээ. Энэ нь тухайн үеийн шаардлага болж, эм, эмнэлэгт ач холбогдол өгч байсныг харуулаад зогсохгүй яс барих нь анагаахын биеэ даасан ухаан болон хөгжиж байсны гэрч юм. Тухайн үед Шанд хотод байгуулагдсан Хишиг түгээмэлжүүлэх хэлтэс бол Юань улсын үеийн эмчилгээний байгууллага болно. Энэ байгууллага нь ихэнхдээ ордонд хэрэглэх сартуул эмийг найруулдаг байжээ. Сүүлээр нь түүний доор Сартуул эмийн тусгай хороо байгуулжээ. Энд хэрэглэж байсан “Сартуул эмийн жор”-ын гучиндөрөвдүгээр эвхмэлийн бүх агуулгад мэсийн ирний, яс хугарсан, үе мултарсан зэргийг оношилж засах талаар системтэй өгүүлсэн байдаг.

Юань улсын үеийн гадар салааны эмчилгээний багаж хэрэгсэлд зүү, хайч, хутга, хавчаар, цүүц, олсон утас, алимны модны утас зэргийг хэрэглэн оёдол тавьдаг байсан нь шархны салааны түүхэн дэх чухал нээлт болно.

Юань улсын хааны зоогийн эмч Хүсэхүй өөрийн зохиолдоо “хар эмэгчин тахиа бол амтлаг амттай, бүлээн чанартай. Яс шархдаж хагарснаас өвдөх зэргийг засахад эрхэм”, “хар үхрийн чөмгийг ханд болгобоос бөөрний тамир

доройтон, яс бэртэн суларч, тамир хүч буурсныг анагаана гэж монголчуудын ясны бариа засалд үргэлж тохиолддог бэртэнгэтэй хүмүүсийн биеийн сувиллын асуудалд чиглэгдсэн идээ ундаа, явдал мөрийн зохицуулалтын учрыг нарийн тодорхой заасан байна.

Монголчуудын бариа засал ингэж дээд хэмжээгээр хөгжсөн учраас харь улс үндэстний соёл боловсролд нөлөөлж байсан бөгөөд нэн ялангуяа Монголын тулгуур төр байгуулагдсаны дараа Монгол үндэстэний удам дамжсан яс барих туршлага нь ч бусад үндэстэн, улс оронд нэвтэрч эхэлсэн байна. Энэ нь яриангүй тухайн үеийн амьдралын дадал, үйл ажиллагаа, хөрш оронтой хийж байсан соёлын харьцаатай шууд холбогдох бөгөөд үүн дээр үндэслэн эдүүгээ үеийн Монголын бариа засал болон Хятад эмнэлгийн яс шархны засал арга барилын талаар адил байдгийн учир юмаа.

1368 онд Монгол хаант төрийн сүүлчийн хаан Тогоонтөмөр 104 жил дээрээ нийслэл хотоо орхиж Монгол орондоо буцжээ. Барс хотыг нийслэлээ болгосон байна.

XVI зууны эхэнд Даян хаан Монголыг дахин нэгтгэж зуу гаруй жилийн самуун дайны байдлыг эцэслэжээ. Монголын их нэгдлийг байгуулжээ. Нэгэн үе Монголын нийгмийн байдлыг намжуун болгож, аж ахуй сэргэн хөгжлийн шинэ хуудсыг бий болгов. Энэ нь Монголын уламлалт бариа засалд хөгжил цэцэглэлтийг авчрав. Хэдийгээр Юань улсын үеийнх шиг алс холын үндэстэнтэй өргөн дэлгэр соёлийн харилцаа харьцангуй багассан боловч өөрийн үндэстний анагаах заслыг хөгжүүлэхэд зохих арга хэмжээг авч байжээ. Тухайн үеийн умард Юань улсын нутагт Төмөрхадагын эхнэр мэт олон бариач байснаар барахгүй Тогоонтөмөртэй хамт ухарч амжилгүй Дайду хотод хоцорсон монголчуудын дотор ч өдий, төдий бариач байсан гэдгийг үгүйсгэх аргагүй юм. Тухайлбал түүх сударт Мин улсын нийслэлд засал хийн эмчилж байсан бариачийн тухай түүхийн бодит тэмдэглэл бий. Энэ хүн эмчилгээний мэргэжилдээ цагаарсан тул хүмүүсийн итгэл хүндэтгэлийг олжээ. Олон шавь сургаж өөрийн эмчилгээний мэргэжлийг уламжилжээ гэсэн мэдээ байдаг. Чухамдаа Монголчуудын заслын эмчилгээний мэргэжил нь Хятад анагаах ухааны бэртэнгийн эмчилгээнд шингэсэн нь гарцаагүй билээ.

XVI зууны сүүлчийн үеэр Баруун гарын гурван түмэнд Алтан хаан хүчирхэгжин Хөх хотыг цогцлоон байгуулж энэхүү хотыг Монголын улс төр, аж ахуй соёлын солилцооны төв болгосон юм. Алтан хаан Мин улстай эв найрамдлаар арилжаа, худалдаа

явуулахын хамт Төвд, Уйгур, Дундад Азийн орнуудтай арилжаа хийж байв. Тухайн үед бөө мөргөлийн шашин доройтлын замдаа орж улааны шашин ч дэлгэрэх боломжгүй болж зөвхөн шарын шашин умард Юань улсын нутагт нэвтрэн орсон байна. Шарын шашныг дагалдан Түвэдийн “Дөрвөн үндэс” Монголд уламжлагдан XVII зууны эхээр газар бүрт дэлгэрсэн байна. Энэ үеэс Монголын бариа заслын судлал өөрийн уламжлалт арга барилын суурь дээр Энэтхэг, Түвэдийн анагаах ухааны онолыг бүтээлчээр шингээн авч өөрийн онцлог бүхэн биеэ даасан онолын системийг бүрдүүлэх замыг бий болгожээ.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. Болд. Ш. Монголын анагаах ухааны түүх, УБ, 2006
2. Биеийн 3 мах бодын ясан дахь онцлог чанарын тухай туршин өгүүлэх нь, Монгол эм, эмнэлэг сэтгүүл 1989.2 CN15-1095
3. Бариач хэмээх үгийн тухай, Монгол хэл бичиг сэтгүүл 1997.12 ISSN 1004-1761
4. Монголын өндөрлөг дэх балар эртний эрүүл мэнд ба эм эмнэлгийн ухааны соёлол, Өвөр Монголын нийгмийн шинжлэх ухаан сэтгүүл 1993.2 ISSN 1002-9265
5. “Монголын нууц товчоо” хийгээд Монгол анагаах ухаан, Өвөр Монголын нийгмийн шинжлэх ухаан сэтгүүл 1995.2 ISSN 1002-9265
6. Монголын уламжлалт анагаах ухааны үеийг ороншуулах арга барилын тухай мөчид өгүүлэх нь. Дундад улсын хятад анагаах ухааны яс шархны салаа зэтгүүл 1997.5 боть 1-р хугацаа “Хятад хэвлэл” ISSN 1005-0205
7. Эрт язгуурын нүүдэлчин аймгийн эм эмнэлгийн бүрдэл Өвөр Монголын Нийгмийн шинжлэх ухаан сэтгүүл 1994.4.1 ISSN 1002-9265
8. Юань улсын анагаах ухаан хийгээд тэдний зохиол бүтээл. Өвөр Монголын Нийгмийн шинжлэх ухаан сэтгүүл 1997.4 ISSN 1002-9265

Танилцаж, нийтлэх санал өгсөн:
Анагаахын шинжлэх ухааны доктор, профессор
М.Амбага

МОНГОЛЧУУДЫН ЯЗГУУРЫН АНАГААХ УХААНЫ ӨВИЙГ НЭЭХҮЙД

Б.Пүрэвсүрэн¹, Ш.Болд² Н.Амгаланбаатар³

¹Гэсэр сүмийн уламжлалт эмнэлгийн салбар, ²ЭМЯ

INSIGHT INTO THE MONGOLIAN ETHNIC MEDICINE (DOM)

B.Purevsuren¹, Sh.Bold² and N.Amgalanbaatar³

¹The Outpatient of Traditional Medicine in the Geser Monastery, ²MoH and ³Health Science University

Abstract: We have identified that Mongolian Ethnic Medicine (Dom) was developed based on observation and reflexes unconsciously done by people to protect them and to recover from injuries, traumas caused by external attacks, natural and climatic factors since people lived in territory of Mongolia.

Ethnic Medicine is closely related to livestock husbandry, the essential part of nomadic civilization, based on which physiological knowledge was developed.

Ethnic Medicine is divided into two categories: medication and accessory therapies. Medication treatment has the structure of herbal, animal originated and mineral medication whilst accessory therapies consists of bone art, massage, chiropractics, bleeding, moxibustion and food etc.

Key words: livestock husbandry, medication and accessory therapies, Mongolian Ethnic Medicine, nomadic civilization; herbal, animal originated and mineral medication

Pp.24-27, References 9

Дом заслын үүсэл. Монголчуудын язгуурын анагаах ухаан болох дом заслын үүссэн үеийг тогтооходоо Монголын анагаах ухааны түүхэн хөгжлийн хэдий үед үүсэж, ямар ямар хөгжлийн үеүдийг туулан эдүгээ хүрч ирснийг тогтоох нь чухал юм. Ингэж чадвал судлахад ойлгомжтой, эмх цэгцтэй болох учиртай.

Манай судлаачид сүүлийн жилүүдэд анагаах ухааны түүхийг судлах талаар багагүй амжилт олсны үрдүнд Монголын уламжлалт анагаах ухааны түүхийн үечлэлийг 6 үе шат болгон судлах нь илүү оновчтой хэмээн үзжээ. Мөн үе шат болгоны онцлогийг гаргах тусгай шалгууруудыг үечлэл болгоны дараа томъёолж өгсөн байна¹. Улмаар энэхүү үечлэлд үндэслэн гүнзгийрүүлэн судалж зөвхөн Монголын уламжлалт анагаах ухааны хөгжлийг бус Монголын анагаах ухааны хөгжлийн үечлэлийг тогтоосон байна².

Энэхүү үечлэлийн ёсоор Монголчуудын язгуурын анагаах ухаан Монгол домын үүссэн үе нь Ажиглалтанд тулгуурласан эмчлэхүй урлагийн мэдлэг бий болон туршлага хуримтлагдсан үе (Нэн эрт үеэс 209 он хүртэл) гэсэн эхний үед хамаарагдан орж байна.

Өдгөө Монгол домын дорвитой судалгаа төдийлөн үгүйн дээр монгол дом өдгөө Өрнөдийн судлаачдын үздэг домын аргаас анги өөр утга агуулгатай. Тиймээс бидний судалгааны ажил дом нь чухам яаж үүссэн, ямар ялгаатайг тогтоохоос эхэлсэн юм.

Монгол бол Төв Азийн нүүдлийн соёл иргэншлийн

баян өв уламжлалтай улс бөгөөд түүний салшгүй хэсэг бол эмчилгээний дом засал юм. Я.Цэвэл "Монгол хэлний товч тайлбар толь"-д "дом гэдэг нь хуучирсан эмчлэх, засах арга, эм дом, дом засал, хар дом" мөн "дом бол шашны ёсны чойрын сургууль төгсөхөд хийх баяр хурим (домын дамжаа барих, дом хийх) гэх зэрэг³ гэсэн байдаг.

Х.Дашзэвэг "Хаагдсан шүтлэг, нуугдсан сүсгийн сан хөмрөгөөс" шашины уламжлалт ёс, зан үйлийн толь номонд "Дом энэ нь шарын шашины ёслолд чойрын ном үзэж дуусаад, номын хурим хийдэг байсан байна. Үүнийг дом тавих, домын дамжаа барих гэж хэлдэг байв. Мөн өнө эрт монгол эмнэлгийг ингэж нэрлэдэг байв. Бас урьдын цагт эмгэг өвчнөө эдгээх гэж эм уухаас гадна элдвээр арга засал хийхийг эм дом хэрэглэх гэж хэлдэг байжээ"⁴.

Дээрх хоёр тайлбар толинд монгол, түвэд үгийг хооронд ижил мэт ойлгон хутгасан зүйл байх учир ялган салгах нь зүйтэй санагдана.

Түвэдийн дом монгол хэлний дом хоёр хоорондоо утгын хувьд эрс ялгаатай үгс. Монголоор ижил дуудагдана *sdon mo* гэж бичнэ. Орчуулбал баяр хурим гэсэн үг. Чойрын ном үзэж дуусгаад шарын шашины баяр хурим хийхийг хэлнэ. Харин манай монгол хэлний дом бол ёстой өнө эртний монгол эмнэлгийн нэр, урьдын цагт эмгэг өвчнөө эдгээх гэж эм уухаас гадна элдвээр арга засал хийхийг хэлдэг. Иймд энэ хоёр үгийг нэг бус хоёр өөр үг гэж салган тайлбарлах нь оновчтой болно. Монгол дом бол эмээр бус үйлдлээр засал хийхийн нэр. Дом заслыг

1. Болд Ш. Монголын уламжлалт анагаах ухааны хөгжлийг эх сурвалжийн судалгаагаар тодруулах нь. Анагаахын шинжлэх ухааны докторын зэрэг гомилсон нэгэн сэдэвт зохиол. УБ, 2005, тал 35

2. Няндаваа П, Болд Ш, Буртаа Б. Монголын анагаах ухааны хөгжлийн түүхэн тойм, ирээдүйн төлөв.

"Монголын анагаах ухааны уламжлал, шинэчлэлийн асуудал" Эрдэмт шинжлэлийн бага хурал, УБ, 2006, тал 11

3. Цэвэл Я. Монгол хэлний товч тайлбар толь, УБ, 1966

4. Дашзэвэг Х. Хаагдсан шүтлэг, нуугдсан сүсгийн сан хөмрөгөөс. УБ, 1997

хийдэг хүнийг домч гэнэ⁵.

Эмчилгээний дом гэдэг нь бие махбодод ямар нэг хэмжээгээр нөлөөлж байдаг гэхдээ нууц нь тэр бүр бүрэн илрээгүй ардын анагаах арга. Эмчилгээний домын үйлчилгээний механизм тодорхой болоогүйн улмаас ид шид, далдын хүчинд итгэх төөрөгдөлд хүргэж болох онцлогтой байдаг.

Дом нь хүн төрөлхтний өнө эртний түүхэн нөхцөл дэх соёл, танин мэдэхүйн онцлогтой холбоотой тул түүнийг бидний өвөг дээдэс болох эртний хүний амьдрал, үйл явдлаас улбаалан тайлбарлаж болох юм.

Балар эртний үед нэг бүлийн сүрэг хүн арайхийн идэх юмтай болж, ангаа төхөөрч байтал өөр нэг бүлгийн сүрэг хүн хүч түрэн дайрч, идэш хоолыг нь булаах гэхэд амь өрсөн тулаан болж, тэд дийлсэн ч олон хүн шархдаж, үрэгдэж, шархтай нэгийгээ сувилж, тэнхрүүлэхээр илж, барьж, цус тогтоож боох тусламжийг бие биендээ хийж, тэр үеийн хүнд тохиолддог аюул хөнөөлийг багасгаж бууруулж болохыг илрүүлэн цаашид боловсронгуй болгон хөгжүүлж эхэлсэн байна.

Эртний хүний тулаан, тэмцэлтэй амьжиргааны түгшүүрт орчин нөхцөлд яс, мах тасарч, гэмтэж бэртэх, цус асгаран тэсэхүйеэ бэрх өвдөж шаналах, халуурч дэмийрэн, байх суух аргаа барж ядахдаа шархаа долоож, алгаараа дарах, шархирч өвдсөн биеэрээ хад модонд шөргөөх, дарж хэвтэх, өөрийн эрхгүй хөдөлгөөн хийдэг тийм байгалийн авъяас, хамгаалах рефлексийн үйлдлүүд бол тэр цагийн хүмүүсийн дом байлаа. Хожим дом нь бариа засал гэдэг аргатай болж, домын нэг салбар үүсчээ.

Домын эх үүсвэр болох хамгаалах рефлексийн чадвар адгуус амьтанд ч байдаг. Чоно, нохой шархаа долоож, шархтай хандгай буга эмт ургамлын навч егүшин (нутгийн нэр нь хандгайн шархны эм) дээр хэвтэж эдгэрдэг, хэрэм хөлөө хугарахад модны давирхайгаар шавдаг (чиг тавьдаг), хавханд орсон чоно хавхныхаа доод талаар хөлөө тас хазаж, хавхыг суга татаж орхиод явдаг зэрэг жишээ бий.

Хүн бол хамгаалах чадвартаа үндэслэн сэтгэж хөгжүүлсэн туршлагаа хуримтлуулж түүнийгээ бусаддаа уламжилж чаддаг, оюун ухаанаараа амьтдаас ялгаатай байдаг. Анхны эмчилгээний арга дом үүсэх эхэн үеийн түүхэн тойм ийм байсан буй.

Тэгэхлээр дом гэдэг нь: Балар эртний хүмүүсийн шархдаж, бэртэж, гэмтсэн үедээ түүнийг хэвийн байдалд нь оруулахаар авдаг арга хэмжээ, хөдөлгөөн, байгалийн авъяас, хамгаалах рефлексийн үйлдлүүдийг дом гэж үзэж болох байна. Энэхүү арга нь эхний үедээ империк шинжтэй, тогтсон дараалал, ухамсартай үйлдэл бус байсан ч хөгжлийн явцад, ажиглалт, туршилтаар боловсронгуй болж, хөгжсөөр байжээ.

Балар эртний хүний бүлээрээ сүрэглэн амьдардаг нөхцөл өөр болж, оюун ухааны хөгжил сайжирч, танин мэдэхүйн сэтгэлгээ нэмэгдсэний дүнд бүлээрээ сүрэглэж амьдардаг хүний амьдрал өөрчлөгдөж, бүлийн дотор хөдөлмөрийн хуваарь буй

болж, эрэгтэйчүүд ан гөрөө хийх, сүргээ хамгаалахад давамгайлан орж, отог нутгаа сахиж, хүүхдээ бойжуулахад эмэгтэй хүн илүү оролцох болсноор оромж, урц сахьсан эмэгтэйчүүд хүүхдийн өвчнийг эмчлэх, жирэмсэн эмэгтэйг төрүүлэх, шархтанг сувилах зэрэг ажлыг гардан хийдэг болж, тэр цагаас эхлэн эмч, домч эмэгтэйчүүд олширч байсны сацуу монгол домд мэргэжлийн чиг ялгаа үүсээд дом-домч, эм-эмч, бариа-бариа, хануур-хануурч, засал-засалч, шарх-шархач гэдэг тусгай нэр томъёо бий болжээ.

Өнө эртний хүмүүс өвс ургамлыг хүнсний бэлэн бүтээгдхүүн байдлаар хэрэглэж байсны дүнд зарим ургамал эдгэрүүлэх чадалтайг ажиглаж мэдээд, эм болгон эмчилгээнд хэрэглэх болсон цаг нь бариа заслаас их ойно үүссэн ажээ.

Эрүүл, өвчин, эдгээх гэсэн гурван үгийг эртний монголчууд эрүүл биеийг бүтэн, өвдсөн биеийг эвдэрсэн, эдгэрсэн биеийг зассан гэж ойлгодог байснаас улбаалан худам монголоор бичихдээ өвчтөн гэдгийг эвд+чин гэж бичдэг болсон сэтгэлгээний логик, танин мэдэхүйн тухайн үеийг илэрхийлсний баримт болж үлджээ. Эрүүл бие бүтэн юм бол өвдөхдөө эвдэрдэг, эвдэрсэн юм бол бүтэн болгохоор засна гэж сэтгэж өөр хоорондоо салшгүй утга уялдаатай үйл явдлаас ухааран өгсөн нэр байж болно. Өөрөөр хэлбэл засал гэсэн нэр бол бэртэл гэмтлийг эвлүүлэн барьж засна гэсний илэрхийлэл болно. Энэ утгаараа эм эмчилгээ гарахаас өмнө засал гэсэн нэр томъёо буй болсныг харуулдаг. Засал гэдэг нэр томъёо гарсан тэр цагт бэртэл их тохиолддог байснаас өвдөж зовохыг эвдэрлээ гэж ойлгодог байжээ.

Ийнхүү эмчилгээний домд мэргэжлийн салбарууд үүсч өргөжсөн тэр үеэс эмчилгээний дом түүхийн урт хугацаанд тэр чанараа хадгалсан байна.

Анагаан эдгэрүүлэх аргын үүсэлд мал аж ахуйн нөлөө

Монгол оронд мал аж ахуй үүсч хөгжсөнөөр наад зах нь 5000 жил болсон гэж эрдэмтэн судлаачид тооцож байна (М.Төмөржав, 1989). Иймд Монголчууд Төв Азид амьдарч байсан нүүдэлчин олон овог, аймгийн нэгэн адил эрт дээр үед адгуусан амьтныг гэршүүлэн бэлчээрийн мал аж ахуйг бий болгон хөгжүүлэх явцад мал сүргээ адгуулан маллах, өсгөж үржүүлэхээс эхлээд эдлэж хэрэглэх, эмнэн анагаах ариун баялаг уламжлалт арга туршлага хуримтлуулсан байжээ.

Түүхийн энэ урт хугацаанд манай ард түмэн төрөл бүрийн малын бие зүй, ашиг, шимийг танин мэдэж, түүнийг өөрийн аргаар боловсруулж, ахуй амьдралдаа зохистой хэрэглэж иржээ. Үүний дүнд бэлчээрийн мал маллагааны ардын ухаан үүсч хөгжсөнөөр байгаль, цаг агаарын эрс тэс нөхцөлд зохицсон тэсвэртэй мал сүрэгтэй болж, малаас ашиг шимийг нь боловсруулж хэрэглэдэг баялаг туршлага, өвөрмөц арга ажиллагаа бий болгосон бөгөөд нүүдлийн мал аж ахуйн орны ард түмний

5. Болд Ш. Монголын уламжлалт анагаах ухааны хөгжлийг эх сурвалжийн судалгаагаар тодруулах нь. Анагаахын шинжлэх ухааны докторын зэрэг горилсон нэгэн сэдэвт зохиол. УБ, 2005

соёл иргэншил, зан үйлийн өвөрмөц хэвшил цэгцтэй бүрэлдэн тогтож, улмаар мал аж ахуйн хөдөлмөрт тодорхой мэргэжлийн ялгаа гарч, мал аж ахуйтай холбоотой хөгжсөн тусгай мэргэжлийн олон салбар бий болох нөхцөл бүрдсэн байна. Энэ тухай академич Н.Төмөржав “манай орны мал аж ахуй бол монгол орны байгаль экологитой төдийгүй монголын ард түмний хэл соёлтой шүтэн барилдаж бүхэл тогтолцоо болон хөгжиж ирснийг бахадъя”⁶ байдаг.

Монгол туургатны эмнэлэг, соёлын өв болох Монголын анагаах ухаан ч мөнхүү мал аж ахуйтай уялдаатай хөгжиж, эртний Монголын анагаах ухааны сэтгэлгээ үүсч хөгжихөд мал аж ахуй зохих нөлөө үзүүлж, оюун сэтгэхүйг хөгжүүлж байсны үрээр зөвхөн хоол хүнс, хувцас үйлдвэрлэхэд мал, амьтны ашиг олборыг зориулдаг байсан аж амьдралын явцуу хүрээнд хэрэглээний зорилго хальж, хүний урт наслаж, эрүүл энх аж төрөх үйл хэрэгт зориулан ашиглаж, өвчин эмгэгтэй тэмцэх, өвчнөөс сэргийлэх хэрэглэгдхүүн болгож байсан нь улирах цагийн аяст боловсрон хөгжиж, тэрхэн үедээ Монгол туургатны өвчин анагаах шинэ соргог арга болж байсан төдийгүй өдгөөгийн Монголын анагаах ухааны үндсэн арга болох таван заслын анхны суурь тавигдах аятай шимт хөрс нь болж өгчээ.

Зэрлэг амьтныг гаршуулж гэрийн тэжээмэл мал бий болсон тэр цагт, монгол хүн зөвхөн нарны элчинд дулдуйдан амьдарч байсан цагаас ангижирч, мал амьтны биеийн дулааныг эрүүл мэндэд зориулан ашиглах сэтгэлгээ бий болсон байна. Эл заслын тухай 2000 жилийн тэртээх Хятадын эртний анагаах ухааны дурсгал “Хуанди Нейжин” хэмээх нангиад бичигт умартын орны төөнө засал гэж тэмдэглэгдсэн бөгөөд хожим 8-р зууны үед Түвэд анагаах ухааны өв болсон “Рашааны зүрхэн найман гишүүт нууц увидасын үндэс” зохиолын “Язгуурын үндэс”-ийн Монголын төөнө (хоржи мээ) гэж монголоос үүсэлтэй төөнөх эмчилгээний арга болохыг бүр тодорхой болгож, дорно дахинаа алдаршуулжээ.

Монголчууд мал, амьтны биеийн дулааныг анагаахад хэрэглэсэн тухай түүх шастирт тэмдэглэсэн нь олон буй. Хүүхдийн ам гэмтэхэд морины халуун амгай үмхүүлэх, бижидсэн хүүхдийн зулайг хонины халуун олгойгоор жигнэх, үхрийн баас газар хүргэлгүй авч өвчтэй эрхтэнг шавах, халуун нэхийгээр ороох, халуун сэвсэн дээр суулгах зэрэг дом байв. Нүдээ нээгээгүй гөлгөөр жигнэх, толгой таллан өвдөх үед амьд хараацайг хагалж яраад өвдсөн талын чамархайг жигнэх, хараацайн халуун нь буурсны дараа бас нэгээр жигнэх зэрэг мал амьтны гаралтай зүйлээр эмчилгээ хийдэг тухай мэдээ баримт олон байна.

Эртний монгол түмэнд мал, амьтны бие зүйн тухай цэгцтэй мэдлэг буй болсон нь Монголын анагаах ухааны үндсэн арга гэгдэх бариа, хануур, төөнө, идээн, арьслах, сэвслэх засал зэрэг гол заслын арга үүсч хөгжихөд онцгой үүрэгтэй байжээ.

Малтай болсон тэр цагаас монгол хүн малын махыг хүнсэнд хэрэглэхдээ үеэр нь мөчилж сурсан нь малын бие зүйн мэдлэгтэй болоход багагүй тусалжээ. Малын биезүйн мэдлэгт уялдаж буй болсон монгол ёс

заншлын зарим нь Монголын анагаах ухааны үүсэл, хөгжилтэй шууд холбоотой байна. Зарим нэгийг дурдвал монгол хүн толгой идэхдээ охин хүүхдэд “Уран болоорой” хэмээн уран тагнайгаар хишиг өгдөг өнө эртний заншил одоо хэр нь мартагдаагүй байна. Монголчууд тагнайн үзүүрийг уран тагнай гэж нэрлэснээ охин хүүхдэд бэлэгдэж хишиглэдэг болжээ. Энэ бол уран тагнай хэлний үзүүр хоёр хамсаж уран дуу авиа үүсгэдгийг ажиглаж мэдсэнийх юм.

Малчид малаа улам сайн мэдэж, ашиг шимд бишрэх болж, мал амьтныг хайрлаж хамгаалах, өсгөж үржүүлэх, өвчнөөс сэргийлэх, эмчлэх, энэрэх сэтгэлээр малд хандах заншил төлөвшин, малын хөл хугарахад эвлүүлж барих, чиг тавьж боох, төрж ядсан малыг хүндрэлгүй төрүүлэх арга олж, туршлагаа хуримтлуулан хойч үедээ уламжлуулах болж, тэр аргаа бариа засалд сургах дадлагад ашиглаж, малын баастай олгой, ууттай элс, устай гүзээнд үйрүүлсэн яс хийж эвлүүлэн барих сургууль хийлгэдэг байв.

Эртний монголчууд амьтны биед цус нь амин чухал зүйл болохыг мэдэж, зүрх судасны эрхтний зохион байгуулалт, үйл ажиллагааг ойлгосноор түүнийг өөрийн зорилгодоо нийцүүлэн хэрэглэдэг байжээ. Монгол хүн хүнсэнд зориулж мал гаргахдаа цээжний хөндий дэх гол судсыг тасалдаг аргатай. Тэр судсыг таслахад амьтан амьсгалаа түргэн хураадаг нь амьтан зовоож тарчлаахгүй гэсэн сэтгэлд нийцдэг байжээ. Монголчууд гол судас зүрхэнд ойр тасарваас амьтан түргэн “нүд аньдаг” гэдгийг мэдээд гол судсанд хүрэх цэвэрхэн, хялбар, бага тарчлаах арга олжээ. Түүнийг “өрлөх” гэдэг байна. Өрлөх арга нь хэвлийн хөндийг нээж, оруулсан гараа цээжний хөндий лүгээ, өрцний ар хормой дахь булчингийн сиймхийгээр гол судсыг дагуулан долоовор хуруугаа оруулж, цээжний хөндий дэх гол судсыг гогодож тасалдаг. Тэгэхэд цус цээжний хөндийд олгогдож хуралдана. Түүнийг дотуур цус олгогдох гэдэг байжээ. Монгол хэлэнд “цусаар олгойд”, “цусаар урс” гэх буюу түүгээр ч барахгүй бас судас бөглөрөхөд үхдэг гэдгийг мэдсэн бололтой “нөжөөр тээглэ” гэсэн нэр томъёо бий болсон байна.

Үүний сацуу монголчууд “хорыг хороор” хэмээх зарчимд түшиглэж олон зүйлийн эмчилгээний арга олжээ. Тархи, бөөр, зүрх мэт цул савын эрхтэн доргиход доргоож засдаг барианы арга, хөлдсөн эрхтэнг хүйтэн усанд дүрж гэгсгээх, хөлдөхөд цасаар үрдэг нь хүйтний эсрэг хүйтнийг ашигласан нь мөн энэ зарчмын дагуу болсон хэрэг. Түлэгдэхэд шүлс, савангийн хөөс, үхрийн нойтон баас түрхэж галд ээдэг зэрэг эмчилгээний домын цөөнгүй арга нэмэгдсэн байна. “Тархи гэмтэж чихнээс цус их гарваас хар сээрний доор, хоёр далны хооронд самнах буюу гарын судсыг ханаваас цус даруй зогсмой” хэмээн сударт тэмдэглэсэн байдаг.

Өөр нэг баримт дурьдахад хоёр бух ухарч байгаад, хоёр хуц цоройж байгаад эрчээрээ мөргөлдөж байгаа нь сүрдмээр харагддаг ч тархи толгой нь хөдөлсөн шинжгүй яваад өгдөг байхад хүн өчүүхэн юманд толгой тархиа хөдөлгөж зовдгийг харж ажигласан эртний хүмүүс тэр зовлонг арилгах арга олсон байна. Үүнд доргионы эсрэг доргиулан засах барианы арга хэрэглэдэг байжээ. Мориноос унасан хүн ухаан

6. Төмөржав М. Монголын бэлчээрийн мал аж ахуй, УБ, 2004

алдан балартаж, толгой эргэж огиулах мэт болоход тэр хүний араас хоёр суган доогуур нь тэвэрч хэд сугсарахад нүд нь цэлмэж, дотор онгойдог аж.ээ.

Хүний тархи бол багахан доргионд эмзэглэдэг тэсвэр муутай эрхтэн болохыг түүний бүтэц, байршил нь илэрхийлж байдаг. Бөх бат толгойн ясан дотор, хатуу бүрхүүлийн дунд хоёр зөөлөн бүрхэвч дотор тархи байрлаж, гадна, дотор талдаа тархи, нугасны шингэн зөөлөвчтэй байдаг. Бие махбодын мэдрэл шингэний үйл ажиллагааг зохицуулахад үүрэгтэй өнчин тархи завсрын тархинаас гарч суурь ясны дээд гадарга дахь түрэг эмээл гэдэг хонхорт дүүжин маягтай байрладаг. Түүний хоёр талаар өөдөөсөө чиглэсэн сэртгэр яснууд даруулга хэлбэрээр бүтжээ. Зарим хүнд тэр сэртгэрүүд нь хоорондоо нийлж нисэгчийн суудал дахь мөрөвч шиг болсон байдаг. Энэ бүтэц бол доргионоос хамгаалах байгалийн зохилдлогоор буй болсон байна. Тархи доргионд юуны өмнө өнчин тархи савалгаатаж, шингэн цалгих болно. Түүний нөлөөнд амьдралын чухал төвүүд цочрон эмгэг голомт үүсч мэдрэл шингэний зохицуулал хямарч ухаан балартах, толгой эргэж бөөлжих, эрхтэний тэгшхэм алдагдах зэрэг тархи (ургал мэдрэлийн төв очирч) доргисны шинж илэрнэ.

Тархи доргисныг засдаг бариа заслын уламжлалт арга нь дахин доргиох арга байжээ. Доргиох арга бол анхны доргилтоор үүссэн эмгэг голомтыг дахин доргиож саармагжуулан арилгадаг эмчилгээний арга байсан гэх үндэстэй байдаг.

Хүний бие махбод босоо явдаг болсонтой холбоотой өөрчлөгдөж, толгойн хэлбэр дүрс нь бөөрөнхий болж хувьсан, тархины хөгжил нэн боловсронгуй болсноос тархины байршилд өөрчлөлт гарч, эмзэг байдалтай болоод ч тэр үү толгой доргих нь хүнд илүү их байдгийг мал маллагааны ажлын явцад хүмүүс ажиглан улмаар хүн малын бие зүйг харьцуулах сэтгэлгээ төрөх нөхцөл бүрдсэн байна.

Монгол хүний сэтгэлгээнд мал, амьтны нөлөө их байсныг илэрхийлэх бас нэг жишээг бичвээс, хүн босоо явах болсонтой холбоотой бие махбод нь хувьсан хөгжиж, мөчинд гарсан өөрчлөлтөөр шилбэгүй болж шагайт чөмөг нь тавхайдаа ойртож, шагайны үе үүсгэснээр борвиороо газар гишгэх болжээ.

Эртний монголчуудын танин мэдэхүй нэмэгдэж, монгол уламжлалт анагаах ухааны сэтгэлгээ үүсэхэд малын тухай ардын олон талын мэдлэг чухал үүрэг гүйцэтгэсэн болох нь дээр дурьдсан түүхэн баримтаар илэрхийлэгдэж байна.

Анагаахын сэтгэлгээ хөгжсөний үрээр монголчууд үр хөврөлийн хөгжил, зүрх судасны эрхтэнд холбогдох туршилтыг мал амьтанд хийж байсан тухай 16-р зууны эцсээр бичсэн “Дээрээс тогтоосон дүрсийн тус бүрийг бүртгэсэн бичиг” –т байсныг ишлэл болговоос “Илжиг, морь тэргүүтэн хоёр зүйл адгуус тачаалдваас мөнхүү хоёр мал дор цөм адил шиг нэгэн хольцохуй байдалтай мал төрөхүйг үзвээс эр, эмийн хоёр дусал эсрэг тэсрэг нийлээд хүүхэд төрөхүйг нэн тодорхой мэдэж болно. Илжиг, морь тэргүүтэн гүү гишгэсэн учир гэдсийг нь хагалж эрэхүй дор дусал гүйх судасны дотор сархагийн дотор болсын уйланхай мэтийг олжээ. Гишгэж хэдэн сар болсны дараа гэдсийг хагалж үзэхэд уйланхай мэт түүний

хэвтэшийн дотроос олджээ. Гишгүүлээд хэдэн сар болсны хойно гэдсийг хагалж үзэхэд уйланхай мэт, тэр өсч их болсныг бас олжээ”.

Мөн тэнд “Амьд амьтны өвчүүг яраад зүрхний цус тараахуй зангиасны их судсыг зүрхнээс дөрөв таван хурууны төдийг сул тавин боогоод үзвээс, боосноос дээш зүрхнээс гарахуй цус боогдоод хоромхон зуур энэ судас тэлж бүдүүн болмой. Боосноос доргоших судсанд цусгүй болмой. Зүрхний хураахуй зангиасны их судсыг мөнхүү энэ ёсоор боогоод үзвээс боосноос дээших цус нь зүрхнээ хураагдсаар энэ судсан доор цусгүй болмой. Боосноос доош, дээш одох цус боогдсоноор удалгүй энэ судас тэлэгдэж бүдүүн болмой. Тэлсэн тэр газрыг өчүүхэн төдий ханаваас цус гожигнож гармой. Боосноо тайлваас ханасан сорвиос цус үл гаран урьд ёсоор цус дээш гүймой” гэж бичжээ.

Эдгээр түүхэн баримтаас Монголын анагаах ухааны хөгжилд малын үүрэг их байсныг харж болох юм. Монголын анагаах ухаан гарал, үүслээрээ нүүдлийн соёл иргэншлийн салшгүй хэсэг болохын хувьд үүсч хөгжсөн түүх нь мал аж ахуйн уламжлалтай шууд холбоотой. Монголчууд үндэсний анагаах ухаанаа хөгжүүлэхэд малаас их зүйлийг мэдэж хэрэглэсэн төдийгүй судалгааны амьтан болгон ашиглаж байсан нь тодорхой. Мал бол нүүдлийн орчинд байгаль, амьтны харилцан уялдаатай оршин тогтнох зүй тогтлыг малчид ухаарахад нөлөөлдөг танин мэдэхүйн их чухал салбар байжээ.

Ашигласан хэвлэл

1. Болд Ш. Монголын уламжлалт анагаах ухааны хөгжлийг эх сурвалжийн судалгаагаар тодруулах нь. Анагаахын шинжлэх ухааны докторын зэрэг горилсон нэгэн сэдэвт зохиол. УБ, 2005, тал 35
2. Болд Ш. Монголын уламжлалт анагаах ухааны хөгжлийг эх сурвалжийн судалгаагаар тодруулах нь. Анагаахын шинжлэх ухааны докторын зэрэг горилсон нэгэн сэдэвт зохиол. УБ, 2005
3. Дашзэвэг Х. Хаагдсан шүтлэг, нуугдсан сүсгийн сан хөмрөгөөс. УБ, 1997
4. Дээрээс тогтоосон дүрсийн тус бүрийг бүртгэсэн бичиг. (Хулсан бийрийн монгол бичгийн ном)
5. Нямдаваа П, Болд Ш, Бурмаа Б. Монголын анагаах ухааны хөгжлийн түүхэн тойм, ирээдүйн төлөв. “Монголын анагаах ухааны уламжлал, шинэчлэлийн асуудалд” Эрдэм шинжилгээний бага хурал, УБ, 2006, тал 11.
6. Пүрэвсүрэн Б. Монгол дом. УБ., 2005
7. Пүрэвсүрэн Б., Мэндсайхан З. Хардом ардын бор арга (анхны хэвлэл) УБ, 2003.
8. Төмөржав М. Монголын бэлчээрийн мал аж ахуй, УБ, 2004.
9. Цэвэл Я. Монгол хэлний товч тайлбар толь, УБ, 1966.

*Танилцаж, нийтлэх санал өгсөн:
Анагаахын шинжлэх ухааны доктор, профессор М.Амбага*

МОНГОЛЫН УЛАМЖЛАЛТ АНАГААХ УХААНЫ ОДООГИЙН БАЙДАЛ

*З.Мэндсайхан, В.Пүрэвсүрэн, У.Лигaa, Т.Олзвой, Б.Ган-Өрнөх
“Монг-Эм” ХХК-ий эмнэлэг*

CURRENT SITUATION OF TRADITIONAL MEDICINE IN MONGOLIA

*Z.Mensaikhan, B.Purevsuren, U.Ligaa, T.Olzvoi, B.Gan-Urnukh
“Mong-Em” Ltd Private Hospital*

Abstract: In Mongolian folk medicine is widely practiced for thousands of years under the name “Black Heal” (B.Purevsuren, Z.Mensaikhan 2003, 2004).

The main tool of health care of nomadic Mongolians was folk medicine, which had been developed over centuries in response to Mongolia’s geographical and climatic conditions and the lifestyles of its people and called as a Black Heal (Har dom).

Beside of use drug composed from numerous of plant remedies plenty of treatment methods used to treat war wound, stop bleeding, splint fracture and even Mongolians imported medicinal plants from neighbor countries ancient time.

For example: in 13th century a lady among the Mongolian soldiers brought with her several kinds of herbal medicines from Korea (G.Sukhbaatar, B.Purevsuren, Z.Mensaikhan, 1991).

Tibetan medicine with history since 8-9th century originated from Indian Ayurveda, gathered Indian, Tibet, Arab, Chinese, Mongolian healer-scientists who wrote the fundamental creation ‘Four Tantra of Medicine’ which in 17th century with introducing buddist religion spread out through Mongolia and established educational centers with name Manba Datsan not only in Mongolia but also in Inner Mongolia and carried out the education from one generation to another (B.Boldsaikhan, Sh.Bold, U.Ligaa).

The Mongolian practitioners, healers obtained Tibetan education in medicine were skillful to harmonize the components of herbal medicines, substitute by plants which grew in Mongolia and made great contribution to the health of nomadic people for many years in continental climate country and update treasure creations on pharmacological effects of wide variety of plant remedies (Ishdanzanvanjil, Ishbaljir, Lunreg, Dandar, Luvsanchoidog etc 17-20 century)

In this way healers with eastern education from 17th century to 1937 played an important role as first line health care givers in Mongolia and they did pick up proper materials, medicinal plants, remedies of animal origin, minerals from which they themselves prepared drugs by the ancient prescription, based on history and clinical appearance of each case. Even those Mongolian traditional medicinal drugs were used for tumor and other obstinate diseases with a result in particular stage of diseases.

However, Mongolian traditional medicine (TM) was largely ignored from 1930s until the beginning of the 1990. During the black days destroyed kinds of monasteries, killed hundreds of educated lams, fired treasure books and the folk medicine was closed until 1990. After the ruining the communist system and from the first day of democracy and economic transition in 1990s, the Government made development of Mongolian traditional medicine into the mainstream health service system and opened a great possibility in development of the ancient culture including traditional medicine.

In 1990s, Mongolia set up the first faculty of traditional medicine at the National Medical University of Mongolia. This is a great progress in history of traditional medicine education was brought into the higher educational system and Mongolia began to practice formal college education of Traditional Medicine. Shortly thereafter had undertaken particular activities in this field such as change the structure of Institute of Folk Medicine, permit to give the licenses to government and private clinics to open, treat patients using TM methods, import herbal medicinal raw materials, study of resources and distribution of plants, its physical and chemical components. The activities to study diagnosis and treatment principles of folk medicine intensively implemented in short period (Ts.Khaidav 1975, 1985., Ts.Lamjav, D.Dorjantsan 1971., B.Boldsaikhan, Baavgai 1990., M.Ambaga, B.Sarantsetseg 1991, 1994, 1996, 1997, 1998, 2001., B.Davgatseren 1997, 2001., Sh.Bold 1998, 2006., U.Ligaa 1987, 1990, 1996, 2006).

After that, Traditional Medicine colleges were established in succession. From 1990s to now, these faculties and colleges trained hundreds students. Besides, them first private Traditional Medicine clinics and pharmacy factories have been opened their doors.

The 46th resolution initiated by the President of Mongolia and approved by Parliament in 1999 “The government Policy for developing Traditional Medicine in Mongolia” has had a key role to develop, clarify, establish and update regulations governing folk medicine after being closed for many years.

Today all hospitals of 21 aimags (administrative unit), tertiary and secondary hospitals of UB and its districts have functioning Traditional Medicine department.

The number, 160 private Traditional Medicine clinics, is functioning (Sh.Bold, S.Zina, B.Togtokhbayar).

Corporation of TM Science and Technology, Government College of traditional medicine, 2 private colleges have been introducing the program on traditional medicine to future medical doctors. The integrated Traditional Medicine and modern medicine program is giving a possibility to use the Traditional Medicine for the benefit of the people.

Today, 3 government and 3 private pharmacology factories have been manufacturing more than 5 tonn, 270 kinds of TM drugs under the quality control of State Inspect Department. Each herbal medicine has had 2 to 30 components in its compound and they are using 200 kinds of plants, which cultivated in Mongolia and 100 kinds of plants, which are imported from other countries (S.Zina, B.Togtokhbayar 2005, 2006).

Well known Mongolian researchers published their great, largest publications in which we can found out the biological, geobotanical effects of more than 800 plants which grow in Mongolia with fertile soil and the proper way to use them in the oriental treatment (D.Ts.Khaidav, Ts.Lamjav, D.Dorjantsan 1970, 1971, U.Ligaa and others 1964, 1972, 1977, 1990, 1996, 2006, D.Battseren and others 1983, M.Badam, J.Tsognemekh, Ts.Khaidav 1962, L.Myagmar 1974, 1992, B.Boldsaikhan and others 1990, 2002, 2004).

Key words: Mongolian folk medicine, Four Tantras of Medicine, herbal medicine

Рр.28-30, References 9

Нүүдэлчин монголчуудын олон мянган жилийн туршид өөрсдийн эрүүл мэндээ хамгаалах гол хэрэгсэл нь тэдний өдөр тутмын амьдралын туршлага дээрээ туршин боловсруулж ирсэн Монгол ардын эмнэлэг буюу олонд “Хар дом” гэж алдаршсан эмчилгээний арга барил байлаа (Б.Пүрэвсүрэн, З.Мэндсайхан, 2003, 2004). Энэ ардын эмчилгээндэ дайн, байлдааны шархыг илааршуулах, цус тогтоох, няцрал, хугарлыг эмнэх, өвчин эмгэгүүдийг засах олон аргуудтай байсны дотор элдэв ургамлын найрлагатай эмт бодисуудыг хэрэглэх, Монгол газар ургадаггүй эмт бодисуудыг ч тэр эрт цагт хөрш зэргэлдээ орнуудаас авч байсан баримт байдаг. Тухайлбал 13-р зууны үед өнөөгийн Солонгос (Гуулин) улсад ирсэн монгол цэргийн элч төлөөлөгчдийн дунд нэг эмэгтэй хүн байсан... Эдгээр элч нар гүргэм, шинца мэтийн олон арван эмийн түүхий эдийг эх нутагтаа авч явав (Г.Сүхбаатар, Б.Пүрэвсүрэн З.Мэндсайхан, 1991) гэсэн байдаг.

Энэтхэгийн Аюурведийн анагаах ухаанаас эхтэй Түвэд Анагаах ухаан 8-9-р зууны үед үүсэхдээ тэр үеийн Энэтхэг, Түвэд, Хятад, Перс, Араб, Монгол зэрэг орны олон мэргэдийг цуглуулан байж бүтээсэн “Анагаах ухааны дөрвөн үндэс” тулгуур зохиол Монголд шарын шашин нэвтрэхтэй зэрэгцэн (17-р зуун) Монгол нутагт түгэн дэлгэрч энэ үеэс хойш Монголын өргөн удам нутаг дээгүүр шарын шашны хүрээ хийдүүдийн дэргэд Анагаах ухааны манба дацан нэртэй сургалтын төвүүд өнөөгийн Монгол улсын нутаг дэвсгэр дээр төдийгүй өнөөгийн Өвөр Монголын өөртөө засах орны нутагт өдий төдийгөөр байгуулагдан эмч маарамбуудыг бэлтгэж байв (Сүрэнжав Б.Болдсайхан, Ш.Болд, У.Лигaa нар) Түвэдийн анагаах ухаанд суралцсан эдгээр монгол эмч, оточ нар олон зууны туршид өвлөгдөн ирсэн Монголын ардын эмнэлгийн (дом) баялаг өвдөө тулгуурлан Түвэд эмнэлгийг эрс тэс уур амьсгалтай Монгол газар нутагт нүүдэлчин ардынхаа ахуй, амьдралын онцлогт тохируулан чадварлагаар тохируулан хэрэглэж ирсэний нэг хэсэг нь Түвэд анагаах ухааны эмт бодисууд, эмийн найрлага дахь ялангуяа Монгол оронд ургадаггүй эмт бодисуудыг тохирох амт, чанар, чадал бүхий өөрийн оронд элбэг тохиолдох эмт бодис ургамлаар орлуулах, монгол

хүний бие цогцост зуун зуунд голчлон тохиолдох өвчин эмгэгүүдийн оношлогоо болон эмчлэх эм, тангийн найрлагын талаар гарын авлага, ном сурахуудыг зуун зуунд нь шинэчлэн түвэд хэлээр зохион дараа үеийн эмч, оточ нартаа асар том соёлын өвийг үлдээсэн байдаг (Ишданзанванжил Ишбалжир Лүнрэг Дандар Лувсанчойдог бусад). Ийнхүү 17-р зуунаас 20-р зууны эхний хагас (1937 он) хүртэл монгол улсад ардын эрүүлийг хамгаалах албыг Дорно дахины анагаах ухааны боловсролтой эмч лам нар, өөрсдөө түүж боловсруулж олзворлосон асар олон тооны дотоод гадаад эмт ургамал, эрдэс, амьтны гаралтай түүхий эдээр бүрдэх эмийн амт чанар чадал дээр суурилсан, өвчин болгонд зориулсан, тусгай жороор бүтэх эм тангаа өөрсдөө гардан өвчтөнийхөө бие болон өвчний онцлог чанарт тохируулан бодож болгоож найруулан хүртээж иржээ. Монголын уламжлалт анагаах ухааны эдгээр эм танг, өнөө цагт эдгэрэшгүйд тооцогддог өдий төдий хүнд архаг өвчнүүд, зарим тохиолдолд хорт хавдрын тодорхой үе шатанд үр дүнтэй эмчилгээ болгон хэрэглэсээр иржээ.

Харамсалтай нь коммунист хэлмэгдүүлэлтийн жилүүдэд (1921-1990) энэ их өв соёлыг төгс эзэмдсэн өдий төдий эрдэмт өтгөс лам хуврагууд, үндэсний үзэл соёлоо дээдэлсэн шилдэг сэхээтнүүдийг хомроглон устгаж, ном соёлын өв, сургалтын байр, хийд, дацангуудыг эвдлэн сүйтгэж галдан шатааж, Монголын уламжлалт анагаах ухааныг 1990-ээд он хүртэл хориглон хааж байв.

Коммунист дэглэм нуран унаж, Монгол оронд ардчилал зах зээлд шилжсэн 1990 оны хамгийн анхны өдрөөс олон арван жил хориглогдон нууцлаг байдалд байсан Монгол үндэстний соёл тэр дотроо Монголын уламжлалт анагаах ухааныг Европ эмнэлэгтэй эн тэнцүү сэргээн хөгжүүлэх сайхан боломж нээгдэв. Тухайлбал 1990-ээд оноос Монгол улсын Анагаах ухааны их сургуульд МУАУ-ны зүү төөнө заслын тэнхим байгуулагдан эмч нарыг МУАУ-аар мэргэшүүлэх анхны сургалтууд зохион байгуулагдаж улмаар удалгүй МУАУ-ны факультет зохион байгуулагдан оюутан сургах, Ардын эмнэлгийн хүрээлэнгийн бүтэц, зохион байгуулалтыг өөрчилж, МУАУ-аар мэргэжлийн үйл ажиллагаа явуулах

эрхийг зөвхөн улсын эмнэлгүүдээр үл барам хувийн секторуудад хүлээн зөвшөөрч, уламжлалт аргаар эм тан барих, эм тангийн найрлагад орох гадаад түүхий эдийг албан ёсоор экспортлох, Монгол орны эмийн ургамлын тархац олдоц нөөц түүний физик химийн найрлагыг судлах, уламжлалт жорын найрлагыг судлах, МУАУ-ны онол арга зүй, оношлогоо, эмчилгээний зарчмыг ШУ-ны үүднээс судлах ажил эрч хүчтэйгээр богино хугацаанд хэрэгжиж, МУАУ-аар үйл ажиллагаа явуулдаг анхны хувийн ортой, оргүй эмнэлэг, эмийн үйлдвэрүүд үүд хаалгаа нээж эхэллээ (Ц.Хайдав 1975,1985, Ц.Ламжав, Д.Доржжанцан 1971, Б.Болдсайхан, Баавгай 1990, 1996, М.Амбага, Б.Саранцэцэг, 1991, 1994, 1996, 1997, 1998, 2001, Б.Давгацэрэн 1997, 2001, Ш.Болд 1998, 2006, У.Лигаа 1987, 1990, 1996, 2006).

Монголд олон жилийн турш хаалттай байсан уламжлалт анагаах ухаан сэргэн хөгжихөд 1999 онд Монгол улсын ерөнхийлөгчөөс санаачлан УИХ-ын 46 –р тогтоолоор батлан гаргасан” Монголын уламжлалт анагаах ухааныг хөгжүүлэх талаар төрөөс баримтлах бодлого” нь уламжлалт анагаах ухааныг хөгжүүлэх үндсэн чиглэл, цаг үеийн бодлогыг боловсруулж улсын хэмжээнд мөрдүүлэх, УАУ-ны талаар хийгдэх эрдэм шинжилгээ судалгаа, эмнэлэг үйлчилгээний ажлыг өргөтгөн чанарыг сайжруулах, аймаг хотуудад монгол эмнэлгийн тасаг нээж ажиллуулах, эм тангийн үйлдвэрлэлийг өргөтгөн улсын бүртгэлд авах, Монгол эмнэлгийн тэнхимийг багшлах боловсон хүчнээр хангах улмаар сургууль болгон өргөтгөх зэрэг тулгамдсан олон асуудлыг анхлан шийдвэрлэв.

Өнөөгийн байдлаар Монгол улсын 21 аймгийн нэгдсэн эмнэлэг, УБ хотын нэгдсэн болон дүүргийн эмнэлгүүдэд уламжлалт эмнэлгийн тасаг нэгжүүд ажиллаж байгаа бөгөөд 4 аймгийн нэгдсэн эмнэлгийн харьяанд УАУ-ны төв ажиллаж байгаагийн зэрэгцээ 160 гаруй хувийн хэвшлийн эмнэлгүүд уламжлалт эмнэлгийн оношлогоо эмчилгээний тусламж үзүүлж байна (Ш.Болд, С.Зина, В.Тогтохбаяр 2006). Уламжлалт анагаахын шинжлэх ухаан, технологи, үйлдвэрлэлийн корпорац, МУАУ-ны улсын нэг коллеж, хувийн хэвшлийн 2 дээд сургууль ажиллаж байгаагийн зэрэгцээ 1990 оноос Монгол улсын Анагаах Ухааны дээд сургууль болон коллежуудын программд уламжлалт анагаах ухааны хичээлийг заадаг болсон нь сум дүүргийн өрхийн эмнэлгийн болон ерөнхий мэргэжлийн тусламжийн түвшинд МУАУ-ны урьдчилан сэргийлэх болон эмчилгээний арга барилыг нэвтрүүлэх таатай нөхцлийг бүрдүүлж өгчээ.

Өнөөгийн байдлаар Монгол улсад улсын 3, хувийн хэвшлийн 3 эмийн үйлдвэр ажиллаж өөрийн оронд ургадаггүй 100 гаруй, өөрийн орны 200 гаруй эмийн ургамал болон эмт бодисоор Монгол улсын чанарын хяналтын албаны баталгаатай 2-30 гаруй найрлага бүхий 270 гаруй нэртөрлийн 5 тоннилүү эм тангилдээ үйлдвэрлэж байна (С.Зина В.Тогтохбаяр 2005, 2006). Өнөөгийн байдлаар онгон тагшин байгальтай Монгол орны өргөн уудам нутаг тархан ургадаг 700

гаруй эмийн ургамлыг биологи, геоботаник тархал зүй өрнө Дорнын анагаах ухаанд хэрхэн хэрэглэх талаас судалсан судалгааны томоохон бүтээлүүд (Ц.Хайдав, Ц.Ламжав, Д.Доржжанцан, 1970, 1971, У.Лигаа бусад 1964,1972,1977,1990, 1996, 2006, Д.Батцэрэн бусад 1983, М.Бадам, Ж.Цогнэмэх, Ц.Хайдав 1962, Л.Мягмар 1974, 1992, Б.Болдсайхан бусад 1990, 2002, 2004) хэвлэгдэн гараад байна.

Монголын Уламжлалт анагаах ухааныг дэлгэрүүлэн хөгжүүлэхэд сүүлийн 16 жилд ДЭМБ болон МУАУ-ныг дэлгэрүүлэх, эм, танг өрхийн эмийн сан хэлбэрээр айл гэрт хүргэх төслийг хэрэгжүүлж байгаа Япон улсын Ниррон сан, эмийн ургамлын судалгааг хавсран гүйцэтгэх төсөл хэрэгжүүлж байгаа JICA болон бусад олон улсын байгууллагуудын үзүүлсэн дорвитой дэмжлэгийг энэ индэр дээрээс талархан дурьдахгүй өнгөрч болохгүй юм.

АШИГЛАСАН ХЭВЛЭЛ

1. Баавгай Ч., Болдсайхан Б. “Монголын уламжлалт анагаах ухаан” УБ, 1990, Хөх хот, 1993
2. Болд Ш. Монголын уламжлалт анагаах ухааны хөгжлийг эх сурвалжийн судалгаагаар тодруулах нь. Анагаахын шинжлэх ухааны докторын зэрэг горилсон нэгэн сэдэвт зохиол. УБ, 2005
3. Болд Ш. Монголын уламжлалт анагаах ухааны түүх. – УБ, ADMON ХҮ, 2006
4. Болдсайхан Б., Оюунцэцэг Ц. Хүнс, эмийн язгуур махбодын нэрийн толь бичиг. УБ, 2000
5. Лигаа У. Монгол уламжлалт эмнэлэгт эмийн ургамлыг хэрэглэх арга ба жор. (Тэргүүн дэвтэр) УБ, 1996
6. Пүрэвсүрэн Б., Мэндсайхан З. Монгол эмийн эрдэс чулуу, УБ, 2002
7. Пүрэвсүрэн Б. “Аман сурвалжлага хийсэн тэмдэглэл” (гар бичмэл) 1965-2002
8. Пүрэвсүрэн Б. “Цагаан сар бүх нийтийн насны баяр” Монгол телевизийн нэвтрүүлэг, УБ, 1990
9. Пүрэвсүрэн Б., Мэндсайхан З. (эрхлэн хэвлүүлсэн) “Чоймпил тойны жор буюу нандин эрднийн шимийн хураангуй” XIX зууны сүүлчээр барт гарсан. Т.Данзан-Одсэрийн орчуулга. УБ, 1997
10. Пүрэвсүрэн Б., Мэндсайхан З. Хардом ардын бор арга /анхны хэвлэл/ УБ, 2003
11. Пүрэвсүрэн Б., Мэндсайхан З. Хардом ардын бор арга (хоёрдахь хэвлэл) Улаанбаатар-2004
12. Пүрэвсүрэн Б. Чингис хааны нэгэн зарлигийн учир, ач холбогдол. Монгол Улсын Их Сургуулийн эрдэм шинжилгээний бичиг. 4-р дэвтэр. УБ, 2005, тал 125-131
13. Пүрэвсүрэн Б. Монгол дом. УБ., 2005,
14. Хайдав Ц. Ардын эмнэлэгт хэрэглэж байсан амьтны гаралтай эм. УБ, 1977

Танилцаж, нийтлэх санал өгсөн:

Анагаахын шинжлэх ухааны доктор, профессор М.Амбага

ТИТЭМ СУДАСНЫ СУДСАН ДОТУУРХ ЭМЧИЛГЭЭНИЙ ДАРААХ ДАХИН НАРИЙСАХ ХҮНДРЭЛИЙГ БУУРУУЛАХ АСУУДАЛД

Д.Цэгээнжав¹, З.Лхагвасүрэн², Ц.Дамдинсүрэн², Н.Доржсүрэн¹
¹Анагаах ухааны хурээлэн, ²П.Н.Шастины нэрэмжит ³Клиникийн төв эмнэлэг

PROBLEM OF REDUCE THE INCIDENCE OF IN-STENT RESTENOSIS AFTER PERCUTANEOUS TRANSLUMINAL CORONARY ANGIOPLASTY

D.Tsegeenjav¹, Z.Lhagvasuren², Ts.Damdinsuren², N.Dorjsuren¹
¹Medical Research Institute and ²Shastin Clinical Central Hospital

Coronary artery disease (CAD) is a serious and common disease that it influences the prognosis and quality of life of patients. Coronary artery angioplasty of CAD very significant to improve lifestyle, to reduce mortality and protecting of infarct myocarda.

Stent implantation initiates a complex interaction between the blood components and the metallic surface of the stent. Endothelization of implanted stents is a relatively slow process that is only completed 2-3 months after implantation. Despite a high rate procedural success, the early period experience with stenting was confounded by high rate (25%) of stent thrombosis and restenosis. Although increased operator experience and knowledge of indications for stent implantation have contributed to a decrease in the rate of stent thrombosis and restenosis.

All patients are examined at the Department of Cardiology, Cardiovascular and Thoracic surgery and Laboratory for Roentgenosurgical methods of investigations of the Shastin Central Clinical Hospital in 2000 to 2005.

In this study have reported restenosis 8.8% when stents are implanted electively. According to the our study acute stent thrombosis was 1.75% within hours of the stenting procedure. In the reason of restenosis influenced many factors such us vessel size, lesion characteristics, multiple stents per lesion, operative techniques and post stent pharmacological management.

We will be consider and continue the classification (ABCD) of the AHA/ACC for evaluation the risk restenosis.

Key words: Coronary artery disease, in-stent restenosis, stent implantation, stent thrombosis

Pp.31-36, Tables 4, Figures 3, References 17

Оршил. Сүүлийн 20 жилийн хугацаанд зүрх судлалд гарсан нэг ололт бол судсан дотуурх аргаар зүрхний титэм судасны нарийслыг тэлж стент тавих эмчилгээний арга нэвтэрсэн явдал юм. Л.А.Бокерия, И.И.Бершивили (2004) нарын судалгаагаар стентийн үр дүн 85-95% байгааг тогтоосон байдаг. Serruys P.W., Emanuelsson H, Van der Giessen W (1996) нарын судалгаагаар стент тавьсаны дараа стенокардын өвдөлт арилж, ойрын буюу шууд үр дүн 99.7%, алсын үр дүн 73.8% байгаа нь энэ аргын үр дүнтэй болохыг харуулж байгаа хэдий ч ямар ч эрсдэлгүй эмчилгээний арга биш юм.

Титмийн артерийн судсанд стент тавьж байсан эхний үеүдэд стентийн бүтэц, түүний уян хатан байдлаас хамааран тавьсан стент бөглөрөх хүндрэл харьцангуй их 25% хүртэл тохиолдож байсан боловч титмийн судсан дотуурх ажилбарын арга техник улам боловсронгуй болсоноор дээрх хүндрэл 0.5-28.6% буюу дундажаар 4.5% хүртэл буурсан байна [1, 3, 7, 10, 12, 16]. Стент тавьсны дараа стент эхний цагуудад бөглөрөх, хожуу үед стент тавьсан хэсэгт дахин нарийсал үүсэх зэрэг хүндрэл нь цусны реолог, тухайн титэм судасны өөрчлөлтийн байдал, захын урсгал, стент хэр сайн суусан, эмчийн туршлага,

ур чадвар зэрэг олон хүчин зүйлээс хамаарна. Титэм судасны хананд стент зөв суусан эсэхийг хяналтын коронарографийн шинжилгээгээр хянах нь учир дутагдалтай гэж зарим судлаачид [2, 9, 14] үздэг бөгөөд сүүлийн үед ангиоскопи болон доплерографийн шинжилгээгээр хянах болсон нь стентийн дараах нарийслыг бууруулах ач холбогдолтой гэж үзэх болсон.

Титмийн ангиопластик хийж, стент тавих үед титмийн артери цоорох, хана нь хуурч урагдсанаас (dissection) цус алдах, судас бөглөрөх хүндрэл 8.8% хүртэл тохиолдсон байдаг [2]. Шахов Б.В. (2002)., Stephen N. (2001)., Hayerizadeh B.E. (2001)., Rosanio S (2002) нарын үзэж байгаагаар стент тавих үед титмийн хана хуурч урагдах нь гол төлөв судасны диаметрээс стентийн хэмжээ том байх, стентээ байрлуулахдаа өндөр даралтаар тэлсэн зэрэг олон хүчин зүйлтэй холбоотой гэж үздэг. Дээрх шалтгаанаас гадна стент судасны хананд дутуу суух нь тодорхой хугацааны дараа тавьсан стент тромбоор бөглөрөхөд хүргэдэг аюултай. Стент тавьсанаас хойш тодорхой хугацааны дараа стент бөглөрөх шалтгаан бүрэн тогтоогдож, төгс судлагдаагүй асуудал бөгөөд олонхи [10, 12, 16] судлаачдын үзэж байгаагаар титмийн артерийн хана баллон тэлэлтийн үед гэмтэж, коллаген

ширхэгүүд ил гарч улмаар эдийн фактор ялгарч, энэ нь тромбоцитыг идэвхижүүлсэнээр стент тромбоор бөглөрөх үндсэн шалтгаан болдог гэж үздэг. Судлаачид титмийн артерийн судсанд тавьсан стентийн бүтэц, загвараас хамааран стент дахин нарийсах хүндрэл харилцан адилгүй байдаг тухай тэмдэглэсэн байдаг. Сүүлийн үед стентийн гадаргуй дээр тромбо суухаас сэргийлсэн тусгай эмийн бодисын бүрхүүлтэй стент хэрэглэснээр дээрх хүндрэлийг тодорхой хувиар бууруулах болсон байна [2, 4, 9, 13, 17].

Судалгааны ажлын зорилго: Тимийн судсан дотуурх эмчилгээний дараах үр дүнд хяналт тавьж, дахин нарийсах хүндрэлийг судлаж, түүний шалтгаанд дүгнэлт хийж, урьдчилан сэргийлэх аргагүй боловсруулах

Судалгааны ажлын аргазүй: Стентийг шууд ба шууд бус үндсэн хоёр аргаар тавьж байгаа бөгөөд ихэнх тохиолдолд нарийссан судсаа эхэлж тэлсэний дараа буюу шууд бус аргаар тавьдаг. Титмийн артерийн нарийссан хэсэгт эмчилгээний катетер зөв байралсан нөхцөлд баллоноо дүүргэж, эхний тэлэлтийг ойролцоогоор 5-6 атм даралтаар өгч, гүйцээд тэлэх үед 8-12 атм-ын (7.5 ± 0.5) даралт хүртээл өсгөж байлаа. Тэлсэний дараа судасны нарийсал арилсан эсэх, стент бүрэн суусан эсэхийг хяналтын КАГ-ийн тусламжтайгаар нарийссан хэсэг эрүүл хэсгийн хоорондын диаметрийн ялгаа арилсан эсэхээр тодорхойлсон болно. Хэрэв нарийссан хэсэг тэлэгдэж, эрүүл хэсгийн диаметртэй ижил болсон бол бүрэн тэлэгдэж, стент бүрэн суусан байна гэж үзсэн бөгөөд, хэрэв дутуу тэлэгдсэн байвал дахин тэлэх, стентийн хоёр захад нарийсал тодорхойлогдвол тэр хэсэгт нэмэлт тэлэлт хийх буюу стентээ шилжүүлэх замаар зассан болно. Зүрхний шигдээс (ЗШ) үүсээд удаагүй тохиолдолд ангиопластик хийхэд судас тэлэгдэх нь амархан байсан тул стент тавихгүйгээр зөвхөн тэлээд орхисон. Харин ЗШ үүсээд олон жил болсон тохиолдолд судасны уян хатан чанар алдагдаж, судас амархан тэлэгдэхгүй олон дахин тэлэлт хийгдэх, зарим нээг тохиолдолд бүр тээлэгдэх боломжгүй байлаа. Титэм судасны нарийссан хэсэг урт байгаа тохиолдолд хоёр стент дараалуулан тавих, титмийн нэг судасны хоёр өөр газар нарийсалт илэрсэн нөхцөлд өөр хоорондоо зайтай хоёр стент тавих тохиолдол байлаа. Хэрэв хоёр судсанд зээрэг стент тавих шаардлагатай хүнд тохиолдолд нэгэн зэрэг тавих бус, эхлээд илүү хүнд гэж үзэж байгаа нэг судсанд стент тавиад тодорхой хугацааны дараа нөгөө судсанд нь стент тавих зарчим баримталсан нь ажилбарын үед болон дараа гарч болох хүндрээлээс сээргийлэх сайн талтай байлаа.

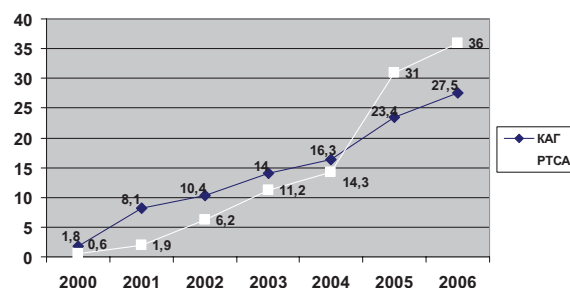
Титэм судасны цусны урсгалыг нөхөн сэргээх мэс ажилбарт сонголт хийхдээ Америкийн Зүрхний коллеж, Зүрхний нийгэмлэгээс гаргасан (ACC/ANA-ийн) титмийн эрсдэлийн ангилалыг анх удаа

хэрэглэв.

1. Эрсдэл багатай (А) хэлбэр: титмийн артери бүрэн бөглөрөөгүй, өөрчлөлттэй хэсгийн урт 10 мм-ээс бага, тахиралдалт 45 градусаас бага, өөрчлөлттэй хэсэгт шохойжилт үүсээгүй байх
2. Дунд зэргийн (В) эрсдэлтэй хэлбэр: титмийн артери бүрэн бөглөрсөн, өөрчлөлттэй хэсгийн урт 10-20 мм, 45-90 градусын тахиралдалт үүссэн, өөрчлөлттэй хэсэгт шохойжилт үүссэн байх, өвчин эхлээд 3 сар болоогүй байх
3. Хүнд зэргийн (С) эрсдэлтэй: титмийн артери бүрэн бөглөрч, тархмал өөрчлөлттэй, өөрчлөлттэй хэсгийн урт 20 мм-ээс их, тахиралдалт 90 градусаас их, шохойжилт үүссэн, өвчин эхлээд 3 сараас дээш хугацаа өнгөрсөн байх зэрэг шалгуурыг үндэс болгов. Ангиопластик, стент тавих ажилбарын явцад судас агшихаас сэргийлж, Corvasol 1.0 мг-ийг 5.0 мл уусмалаар найруулж титмийн артерийн судсанд шууд хийх нь судасны агшилт, тромбо үүсэхээс сэргийлэхэд нөлөөтэй байлаа.

Судалгааны ажлын үр дүн:

Сүүлийн жилүүдэд сонгомол коронарографийн (КАГ) шинжилгээ өдөр тутам хийгддэг шинжилгээ болсоны үр дүнд титмийн артерийн өөрчлөлтийг судсандотуурхаргаарэмчлэх боломжилүү нээлттэй болсон. Тухайлвал: 2002 онд сонгомол КАГ 10.4%, 2004 онд 16.3%, 2006 онд 27.5% болж өссөн байхад титмийн ангиопластик эмчилгээ дээрх хугацаанд буюу 2002, 2004 онуудад 6.2%, 14.3%, 2006 онд 36% хүрч өссөн нь манайд коронарангиопластик эмчилгээ жилээс жилд нэмэгдэж байгааг харуулж байгаа юм.



Зураг 1. Коронарографи болон судсандотуурх эмчилгээний өсөлт

Нийт 125 тохиолдлын 174 судсанд судсандотуурх эмчилгээ хийгдсэний 114 буюу 91.2%-д стент тавих, 11 тохиолдолд (8.8%) стент тавихгүйгээр зөвхөн тэлэх ажилбар хийсэн бөгөөд стент тавьсан тохиолдлын 40.4%-д нарийссан судсаа урьдчилан тэлэхгүйгээр шууд, 59.6%-д нарийссан буюу бөглөрсөн судсаа урьдчилан тэлсэний дараа стентээ тавих шууд бус арга хэрэглэсэн бөгөөд нийт стентийн 66.4% нь тухайн судасны дээд 1/3-д тавигдсан энэ атеросклерозын өөрчлөлт энэ хэсэгт илүү үүсдэг онцлогтой холбоотой. Стент тавьсан 114 тохиолдлын 94 (82.46%) нь титмийн

нээг судсанд, 19 (16.67%) нь титмийн хоёр судсанд стент, 1(0.87%) нь титмийн 3 судсанд тавьж, нээг өвчтөнд 1-4 стент тавьж нийт 162 стент тавигдсан нь нэг өвчтөн дундажаар 1.4±0.1 стент тавиулсан байна.

Хүснэгт 1.

Титэм судасны цусны урсгалыг судсан дотуурх аргаар Нөхөн сэргээхэд титмийн үндсэн артери, түүний салааны хамрагдсан байдал

Титмийн нөхөн сэргээх мээс ажилбарын хэлбэр		
Титмийн үндсэн артери	Ангиопластика (PTCA+STENT)	Бүгд %
ЗТАБ	3	1.7%
ХХУС	84	48.3%
ТС	24	13.8%
ДС	4	2.3%
БТА	55	31.6%
ХХАС	4	2.3%
Бүгд	174	(100.0%)

Тгэмдэглэл: ЗТАБ - Зүүн титмийн артерийн багц
 ХХУС - Ховдол хоорондын урд салаа
 ТС - Тойрох салаа
 ДС - Диагональ салаа
 БТА - Баруун титмийн артери
 ХХАС - Ховдол хоорондын арын салаа

Судсан дотуурх эмчилгээ хийгдсэн титмийн нийт судасны 48.3% нь зүүн титмийн артерийн ховдол хоорондын урд салаанд, 31.6% нь баруун титмийн артерийн судсанд, 13.8% нь зүүн титмийн артерийн тойрох салаанд хийгдсэн байгаагаас үзэхэд зүүн титмийн артерийн судсанд илүү хийгдэж байна. Зүүн ба баруун титмийн артерийн ай саваар авч үзвэл судсан дотуурх ажилбарын 66.1% нь ЗТА-ийн ай савд, 33.9% нь БТА-ийн ай савд хийгдсэн байгаа нь ЗТА-ийн судсанд атеросклероз илүү тохиолддогтой холбоотой юм. Титмийн судсан дотуурх ажилбар хийхэд илүү боломжтой судас нь ЗТА-ийн ХХУС, БТА байсан бөгөөд харин зүүн титмийн артерийн багц, БТА-ийн ХХАС-д ажилбар хийхэд төвөгтэй байгаа нь ажиглагдаж байна.

Хүснэгт 2.

Титэм судсанд стент тавиулсан тохиолдлыг гадны судалгаатай харьцуулсан нь

Титмийн артерийн үндсэн салаа	Титэм судасны өөрчлөлт		Стент тавьсан	
	Л.А.Бокерия (2006)	Бидний судалгаа (2007)	Л.А.Бокерия (2006)	Бидний судалгаа (2007)
Ствол ЛКА	10 (3.6)	5 (2.3)	10 (3.3)	3 (1.8)
ХХУС	136 (49.6)	89 (41.0)	148 (48.4)	77 (47.5)
ДС	6 (2.2)	8 (3.7)	6 (2.0)	3 (1.8)
ТС	34 (12.4)	42 (19.3)	40 (10.1)	23 (14.2)
БТА	88 (32.1)	102 (33.2)	102 (33.2)	56 (34.6)
	274 (100.0)	217 (100.0)	306 (100.0)	162 (100.0)

Хүснэгт 2-т бид судсан дотуурх эмчилгээний зөвхөн стент тавиулсан тохилдлыг гадны судалгаатай харьцуулсан юм. Үүнээс үзэхэд стент тавьсан нийт судасны 47.5% нь ХХУС-д, 34.6% нь баруун титмийн артерийн судсанд тавигдсан байна. Энэ нь Л.А.Бокерийн (2004) судалгаатай

дүйж байна.

Титэм судсанд стент тавих үед болон тавьсаны дараа зүрхний шигдээс үүсэх, стент бөглөрөх, тавьсан стент тодорхой хугацааны дараа нарийсах зэрэг хүндрэл гарсан нь тухайн титмийн артерийн өөрчлөлтөөс хэрхэн хамаарч байгааг судалсан юм.

Титэм судасны судсан дотуурх эмчилгээний дараах эрсдэл ба хүндрэл:

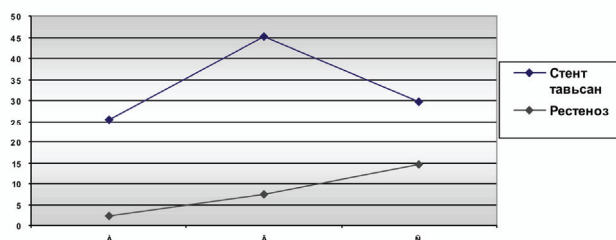
Титээм судасны стент тавьсан 114 өвчтөнд титмийн нийт 217 судасны өөрчлөлт илэрсэн бөгөөд эдгээр судсанд стент тавихад хэр зэрэг эрсдэлтэй болохыг АСС/АНА-ийн ангилалын дагуу судлаж үзэхэд өөрчлөлттэй нийт судасны 26.26% (57) нь А буюу бага эрсдэлтэй, 33.18% (72) нь В буюу дунд зэргийн эрсдэлтэй, 40.55% (88) нь өндөр (С) эрсдэлтэй байлаа. Стент тавиулсан 114 тохиолдлын дунд “А” эрсдэлтэй 41(25.3%), “В” эрсдэлтэй 73(45.1%), “С” эрсдэлтэй 48(29.6%) буюу 74.7% нь дунд ба хүнд зэргийн эрсдэлтэй судсанд тавигдсан байлаа. Титмийн судас тус бүрээр авч үзвэл ХХУС-ы 22.5% А, 34.8% В, 42.7% С эрсдэлтэй байхад БТА-ийн үндсэн салаануудын 27.4%-А, 21.9%-В, 50.7%-С зэргийн эрсдэлтэй байлаа. Судсан дотуурх ажилбар хийгдээгүй үлдсэн 52 судасны нээг хэсэг нь судсан дотуурх ажилбар хийх шаардлагагүй буюу 50%-иас бага нарийсалттай, энэ хэсэг нь хийх боломжгүй буюу тархмал өөрчлөлттэй, захын урсгал муутай тохиолдол байлаа.

Стент тавьсаны дараа стент бөглөрсөн буюу дахин нарийссан нийт 12 тохиолдлыг эрсдэлийн хүчин зүйлтэй харьцуулан үзэхэд стент тавихад эрсдэл багатай “А” бүлгийн дотор дахин нарийсалт 2.4%, “В” ээрсдэлийн бүлэгт 5.5%, өндөр эрсдэлтэй “С” бүлэгт 14.6% тохиолдож байгаа нь **эрсдэлийн зэрэг нэмэгдэх тутам дахин нарийсах хүндрэл их байдаг зүй тогтол илэрч байна.** Титмийн нарийслын эрсдэлийг М.В.Пурецкийн судалгаатай харьцуулахад манайд эрсдэлийн А зэрэг дундаж хэмжээнд, В зэрэг дундаж хэмжээнээс бага, С зэрэг дундаж хэмжээнээс их байгаа байдал илээрч байгаа нь бидний судалгаанд эрсдэл ихтэй хүмүүс стент тавих эмчилгээнд сонгогдсоныг харуулж байна. Энэ нь стент тавиулсан хүмүүсийн дунд КАГ-ийн шинжилгээгээр 75%-иас дээш нарийсал 82.9% байсныг баталж байна.

Хүснэгт 3.

Стентийн дараах нарийсал, тухайн судасны эрсдэлийн Зэргээс хамаарах

	АСС/АНА-ийн ангилал			Бүгд
	А	В	С	
М.В.Пурецкийн судалгаагаар	17.6-35.4%	52.1-60.8%	10.6-21.6%	
Стент тавьсан судас	41(25.3)	73 (45.1)	48 (29.6)	162
Стентийн дараах нарийсал	1 (2.4)	4 (5.5)	7 (14.6)	12



Зураг 2. Коронар ангиопластик хийх эрсдэл нэмэгдэх тутам, стент дахин нарийсах хүндрэл нэмэгдэж байна

Судсан дотуурх эмчилгээний явцад зүрхний ховдлын фибрилляци үүсэх, стент тавьсаны дараа эхний цагуудад стент бөглөрөх, ЗШ үүсэх зэрэг хүндрэл гарч байсан бол хожуу үед стент тавьсан судас дахин нарийсах, ЗШ үүсэх, гэнэт нас барах зэрэг хүндрэл илэрч байлаа.

Судсан дотуурх эмчилгээний явцад нээг тохиолдолд ховдлын фибрилляци үүссэн боловч эрчимт эмчилгээний явцад засарсан учир эмчилгээг үргэлжлүүлэн хийж дуусгасан. Хоёр тохиолдолд эстент тавьсанаас хойш эхний 3 цагийн дотор хүчтэй өвдөлт өгч ЗЦБ-т ST сегментийн хазайлт гүнзгийрсэн тул яаралтай журмаар КАГ хийж үзэхэд стент бөглөрсөн байсныг баллон тэлэлт хийж стентээ онгойлгосон, үүний дараа дээрх шинж бүрэн арилсан. Нэг тохиолдолд 3 цагийн дотор стент бөглөрч ховдлын фибрилляци үүсэж, хяналтын КАГ хийж чадалгүй нас барсан. Стент тавиулсанаас хойш 3-6 сарын дотор 2 тохиолдол ЗШ-ээр нас барж, 3 тохиолдол гэнэт нас барсан ба 10 тохиолдолд стент дахин нарийссан (бөглөрсөн) нь хяналтын КАГ-ийн шинжилгээгээр батлагдсан болно. Дахин нарийссан 10 тохиолдлын 7 тохиолдолд стентийг баллон тэлэгч ашиглан нээсэн бөгөөд 3 тохиолдолд бөглөрсөн стент нээгдэх боломжгүй байлаа. Судсан дотуурх эмчилгээний дараа эрт үеийн нас баралт 2 (1.7%), хожуу үеийн нас баралт 6 (5.3%) тохиолдож, нийт нас баралт 7.0%, эмчилгээний үр дүн 93% байгаа нь бусад төвүүдийн судалгаатай харьцуулахад ойролцоо түвшинд байгаа юм.

Судсан дотуурх эмчилгээний үед эрт үеийн хүндрэл 4.4%, хожуу үеийн хүндрэл 13.5% тохиолдож байгаа нь стентийн дараа хожуу үеийн хүндрэл илүү тохиолдох хандлага ажиглагдаж байна.

Стентийн дараа дахин нарийссан болон нас барсан нийт 20 тохиолдлын дунд титэм судасны өөрчлөлтийг судлаж үзэхэд 8.3% нь титмийн нэг судасны өөрчлөлттэй байхад 91.7% нь олон судасны өөрчлөлттэй, хүндэрсэн нэг өвчтөн дундажаар 2.4 ± 0.1 судасны өөрчлөлттэй байгаа нь стент тавиулсан нийт тохиолдлын дундажаас их байгаа юм. Титмийн өөрчлөлттэй нийт судасны 89.6% нь 75%-иас дээш нарийсалттай, үүний дотор аль нэг титэм судасны бөглөрөл 37.9% байгаа нь титмийн хүнд хэлбэрийн нарийслын үед стент

тавьсан тохиолдолд хүндрэл их байх магадлалтайг харуулж байна.

Хүндэрсэн тохиолдолд нэг судсанд стент тавьсан тохиолдол 58.3%, хоёр ба түүнээс олон судсанд стент тавьсан тохиолдол 45%-ийг эзэлж байлаа. Хүндэрсэн тохиолдлын 42.8% нь ХХУС-д, 20.0% нь ТС-д, 37.1% нь БТА-ийн судсанд стент тавигдсан байсан бөгөөд стент тавьсан дундаж үзүүлэлтээс ялгаа багатай байна. Стентийн дараа хүндэрсэн тохиолдлын 42.8% нь ХХУС-д үүссэн, 95% нь титмийн олон судасны өөрчлөлттэй байсан, 88.9% нь тухайн титмийн артери 75%-иас дээш нарийсалттай байсан нь стентийн дараах хүндрэл үүсэхэд титмийн олон судасны өөрчлөлт, титмийн хүнд хэлбэрийн нарийсал нөлөөлж байна гэсэн дүгнэлт хийж болохоор байгаа юм. Стентийн дараах хүндрэлийн 55% нь титмийн нэг судсанд, 45% нь титмийн олон судсанд тавигдсан байсан нь төдийлөн ялгаагүй байна. Хүндэрсэн тохиолдлын 41.6% нь шууд аргаар, 58.3% нь шууд бус аргаар тавигдсан байдлаас үзэхэд тавьсан аргаас хамаарч хүндрэл гарсан гэх үндэслэл багатай байна.

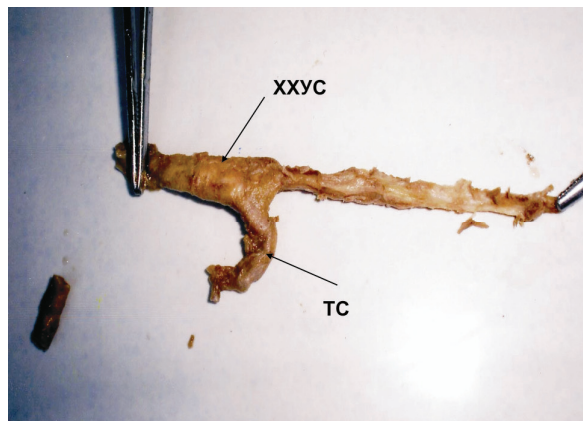
Хүснэгт 4.

Зүрхний титэм судасны цусны урсгалыг судсан дотуурх аргаар нөхөн сэргээх мэс ажилбарын хүндрэл

Эрт үеийн хүндрэл	5 (4.38%)
<ul style="list-style-type: none"> Ховдлын Фибрилляци Стент бөглөрөх 	2 3
Хожуу үеийн хүндрэл:	15 (13.15%)
<ul style="list-style-type: none"> Зүрхний шигдээс Дахин нарийсах Зүрх гэнэт зогсох 	2 10 3
Нас баралт	8 (7.02%)

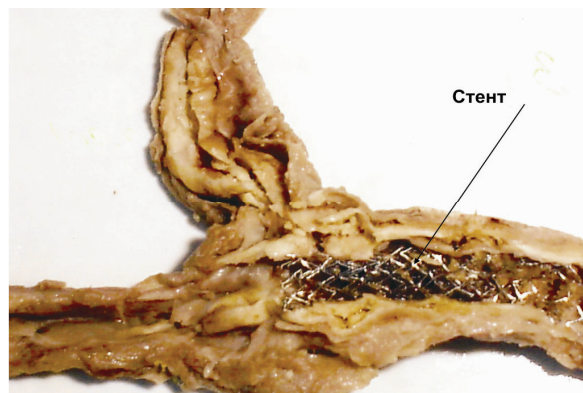
Өвчтөн Г 39 настай эр. КАГ-ийн шинжилгээ хийсний дараа зүрх фибрилляцид орж нас барсан. КАГ: ЗТА-ийн ХХУС > 75% нарийссан, ТС бүрэн бөглөрсөн байв. Патогистолог: Гол судасны эхлэх хэсгийн хананд атеросклерозын фиброзон товруу шигүү байрлаж хатуурсан, титэм судасны баруун салааны эндотели барзгар, атеросклерозын фиброзон товруутай хатуурч сүвний 2/3 нь бөглөрсөн, ХХУС атеросклерозын фиброзон өөрчлөлтийн улмаас нарийссан, ЗТА-ийн ТС-ы эхлэл хэсэг атеросклерозын фиброзлог товруугаар бүрэн бөглөрсөн. Гистолог шинжилгээнд (сг 58/2002) зүрхний булчингийн ширхэгүүд багц багцаар тасарсан, булчингийн ширхэгүүдийн завсраар холбогч эдийн голомтот ургалттай, ойролцоох булчингийн кардиомиоцитүүд жижигэрч хатингаршсан, судасны хана зузаарсан. Титэм судасны хана зузаарсан, атероматозн масс дүүрч,

хананд шохойжилт үүссэн.



Зураг 3-а.

ЗТА-ийн ХХУС-д тавьсан стент бөглөрсөн байдал (өвчтөн Б 48 настай эр)



Зураг 3-б

ЗТА-ийн ХХУС-д тавьсан бөглөрсөн стентийг нээсэн байдал

Шүүмж: Бидний судалгаагаар ангиопластик хийж, стент тавих ажилбарын дараах эрт үеийн хүндрэл 4.4%, хожуу үеийн хүндрэл 13.1% байгаа нь бусад судлаачдынхтай (М.И.Ганюков, 2002) харьцуулахад эрт үеийн хүндрэл 0.3%, хожуу үеийн хүндрэл 26.2% байгаа юм. Стент тавьсаны дараа эхний нэг цагийн дотор стент бөглөрөх хүндрэл 1.5% (9) тохиолддог бол бидэнд ийм хүндрэл 1.75% байгаа нь ойролцоо үзүүлэлт юм. Титмийн ангиопластик, стент тавих эмчилгээний дараа хамгийн олонтаа тохиолддог дахин нарийсах хүндрэл тавьсан хугацаанаас хамаарч 1.6-3.16% хүртэл тохиолдож байна. Б.Е.Шахов, Ю.Ю.Коноплева (2002), Virmani R. (1999), Rosanio S, Tocchi M (2005) нарын судалгаагаар стентийн дараах дахин нарийсах хүндрэл эхний 3-6 сарын дараа 20-50% хүртэл тохиолддог тухай ч дурьдсан байдаг. Бидний судалгаагаар стентийн дараах хожуу үеийн дахин нарийсах хүндрэл 8.8% байгаа нь дундаж түвшний үзүүлэлт юм.

Манай нөхцөлд хяналтын КАГ дөнгөж 20%-ийг эзэлж байгаа нь чамлалттай үзүүлэлт бөгөөд 1-6 сарын доторхи хяналтын КАГ-ийн тоо нэмэгдсэн нөхцөлд дахин нарийсалтын хувь нэмэгдэж болзошгүй юм. Дахин нарийсах хүндрэл ЗТА-ийн ХХУС-д 41.4%, ТС-14.2%, БТА-34.4% тохиолдож байгаа нь Р.С.Акчурин (2004), Б.Е.Шахов (2002), Rosanio S, Tocchi M (2005) нарын судалгааны дүнтэй ойролцоо байлаа. Стент дахин нарийсах хүндрэл ЗТА-ийн ХХУС болон БТА-ийн судсанд илүү тохиолдож байгаа нь эдгээр судсанд судсан дотуурх ажилбар илүү хийгддэгтэй холбоотой. Бидний ажиглалтаар дахин нарийсах нь титмийн олон судсанд нэгэн зэрэг олон стент тавих, стент тавьсан судас бөглөрсөн буюу 1.5 мм хүрч нарийссан байх, атеросклерозын өөрчлөлт урттай судсанд хоёр стент залгуулан тавих, бөглөрлийг хүчлэн нээж тавьсан тохиолдол зэрэг олон хүчин зүйлээс хамаарч байна.

Титэм судас тэлэгдэж, стент бүрэн суусан эсэхийг хяналтын КГ-ийн шинжилгээгээр дүгнэх нь зарим талаар учир дутагдалтай. Сүүлийн үед Японы болон бусад орны Yuichi Sato, Takashi Kubo, NE KLOW (2004) зэрэг эрдэмтэд ангиоскопийн аргаар стент бүрэн суусан эсэхэд хяналт тавьж байгаа нь титмийн ангиопластик гарч байгаа томоохон дэвшил юм. Ажиглалт, судалгаанаас үзэхэд стент тавьсан даруй эхний цагуудад стент бөглөрөх аюул харьцангуй бага, харин эхний 5 сарын дотор дахин нарийсах хүндрэл гарах магадлал илүү байна. Үүнийг бид стентийн дотор хана эхний 5 сарын дотор эндотели болж хараахан хэлбэржиж чаддаггүйтэй холбон үзэж байна. Иймээс стент тавьсан бүх тохиолдолд эхний нэг сарын турш хоногт 75 мг Plavix хэрэглэж, үүнээс цааш нэг сарын хугацаанд Plavix-ийн оронд тиклид хэрэглэж байгаа бөгөөд 3 дахь сараас аспириин хэрэглэж байгаа нь стентийн дараах хүндрэлээс сэргийлэх нөлөөтэй юм.

Дүгнэлт:

1. Тогтвортой ба тогтворгүй хэлбэрийн Стенокарди илэрсэн, зүрхний бичлэгт ишемийн шинж илэрсэн, коронарографийн шинжилгээнд титмийн аль нэг судас 75%-иас дээш нарийссан, захын урсгал сайн, зүрхний шахалтын фракц >35%, хавсарсан хүнд өвчингүй тохиолдолд титмийн цусны урсгалыг судсан дотуурх аргаар нөхөн сэргээх мэс засал хийх.
2. Титэм судсанд стент тавьсаны дараа дахин нарийсал үүсэхэд титмийн олон судасны өөрчлөлт, титмийн хүнд хэлбэрийн нарийсал нөлөөлж байгааг АСС/АНА-ийн титмийн эрсдэлийн ангилалаар тогтоосон нь практик ач холбогдолтой байна.
3. Стент тавих титэм судасны нарийслын

эрсдэлийн зэрэг нэмэгдэх тутам стент тавьсаны дараа дахин нарийсах хүндрэл их байдаг зүй тогтол байна.

Номзүй

1. Акчурин Р.С., Ширяев А.А. М. Мед. Актуальной проблемы коронарной хирургии. 2004.
2. Бокерия Л.А., Алесян Б.Г., Закарян н.В., Стаферов А.В. Коронарные стенты с лекарственным покрытием для лечения больных ИБС. Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. №2. 2004, С.48-51.
3. Беленков Ю.Н., Акчурин Р.С., Савченко А.П., Ширяев А.А., Руденко Б.А. Результаты коронарного стентирования у больных ИБС много сосудистым поражениям коронарного русла. Кардиология. 2002. 5:42-48.
4. Ганюков М.И., Шилов А.А., Сусоев Н.И., Шиганцов И.Н., Левченко Е.А., Бравее И.Ю. Непосредственные и отдаленные результаты коронарного стентирования в первый Всероссийский конгресс по эндоваскулярной хирургии врожденных и приобретенных пороков сердца, коронарной и сосудистой патологии. Москва. 5-8, Июня 2002.
5. Сидельников А.Б., Башилов Б.Л., Пожаров И.Г., Асанова А.Ж., Иоселиан Д.Г. Поэтапная реваскуляризация миокарда инвазивным эндоваскулярным методами у пожилых пациентов. Кардиология. 1999. 12:85-89.
6. Д.Цэгээнжав. Зүрхний титэм судасны нөхөн сэргээх мэс заслын зарим үр дүн. "Монголын Анагаах Ухаан". 2004. №3. 9-13.
7. Д.Цэгээнжав. Зүрхний титэм, том ба захын артерийн эмгэгийн нөхөн сэргээх мэс заслын эмчилгээг боловсронгуй болгох нь. Шинжлэх ухааны докторын диссертаци. 2008.
8. Шахов Б.Е., Коноплева Ю.Ю., Чеботарь Е.Б., Соколов В.В., Казаковцев А.В., Васильева И.И. Частота развития рестенозов после эндоваскулярной коррекции множественных поражений коронарных артерий. Первый всероссийский конгресс по эндоваскулярной хирургии врожденных и приобретенных пороков сердца, коронарной и сосудистой хирургии. 2002. с 23.
9. George B.S., Voorhees W.D., Roubin G.S. Multicenter investigation of coronary stenting to treat acute or threatened closure after percutaneous transluminal coronary angioplasty; clinical and angiographic outcomes. J.Am.Coll. Cardiol. 1993. 22:135-143.
10. Ijsselmuiden A.J.J., Serruys P.W., Scholte A., Kiemeneij F., Slagboom T et al. Direct coronary stent implantation does not reduce the incidence of in-stent restenosis or major adverse cardiac events. Eur Heart Jour. 2003;24:421-29.
11. Hayerizadeh B.E., Marco J. Diagnosis and management of acute complications of coronary interventions. Paris course on Revascularization. Paris. 2001. 249-268.
12. Rosanio S., Tocchi M., Patterson C et al. Prevention of restenosis after percutaneous coronary interventions: the medical approach. Thromb Haemost. 2005;82 suppl 1:164-70.
13. Serruys P.W., Emanuëlsson H., van der Giessen W. et al. Heparin coated palmaz Schatz stents in human coronary arteries. Early outcome of the Benestent Pilot study. Circulation. 1996;93:412-422.
14. Stephen N., Oesterle M.D. Where cardiac surgery and interventional cardiology meet: The future of catheter-based interventions for cardiovascular disease. The heart surgery forum. 4(4):290-296. 2001.
15. Yuichi Sato., Takuko Imazeki., Fumio Inoue., Alkikiro Yoshimura., Takahiro Fukui et al. Detection of atherosclerotic coronary artery plaques by multislice spiral computed tomography in patients with acute coronary syndrome. Circulation journal. 2004; 68:263-66.
16. Virmani R. Pathology of in-stent restenosis. Curr. Opin. Lipidol. 1999. vol 10. p 499-506
17. Windecker S., Meyer D.J., Bonzel T. et al. Interventional cardiology in Europe 1994. Eur. Heart j. 1998; 19:40-54.

*Танилцаж, нийтлэх санал өгсөн:
Академич Н.Баасанжав*

ЭРҮҮЛ ХҮНИЙ ЗҮРХНИЙ ХОЁР ХАВТАСТ ХАВХЛАГИЙН БИЧИЛ БҮТЦИЙН СУДАЛГАА

Ч.Төвжсэргэл, Д.Амгаланбаатар, Н.Баасанжав, С.Аюушбаатар
chtuvuu@yahoo.com

¹Анагаах ухааны хурээлэн, ²ЭМШУИС, ³Шүүхийн шинжилгээний үндэсний төв

A HISTOLOGICAL STUDY OF THE HEART MITRAL VALVE IN HEALTHY ADULTS

Ch.Tuvjargal¹, D.Amgalanbaatar², N.Baasanjav¹, S.Ayushbaatar³

¹Medical Research Institute, ²Health Sciences University of Mongolia, ³National Centre of Forensic Investigation

The histologic structure of the leaflets includes three layers: (1) the fibrosa, the solid collagenous core that is continuous with the chordae tendineae, (2) the spongiosa, which is on the atrial surface and forms the leaflet leading edge (it consists of few collagen fibers but has abundant proteoglycans, elastin, and mixed connective tissue cells), and (3) a thin fibroelastic covering of most of the leaflets. On the atrial aspect of both leaflets, this surface (the atrialis) is rich in elastin. The ventricular side of the fibroelastic cover (the ventricularis) is much thicker, is confined mostly to the anterior leaflet, and is densely packed with elastin. The fibroelastic layers become thickened with advancing age owing to elaboration of more elastin and more collagen formation; similar accelerated changes also accompany the progression of myxomatous (degenerative) mitral valvular disease. In addition to these complex connective tissue structures, the mitral leaflets contain myocardium, smooth muscle, contractile valvular interstitial cells, and blood vessels, as well as both adrenergic and cholinergic afferent and efferent nerves. Leaflet contractile tissue is neurally controlled and may play a role in mitral valve function. Mitral leaflet stretch of 10% or more also leads to an action potential that initiates leaflet muscle contraction.

Objective: To study the histology of the mitral valve.

Material and methods: We studied human mitral valve from normal adults obtained at autopsy according to protocol for tissue use approved by the Clinical Hospital of Traumatology and Rehabilitation and the Forensic Examination National Centre.

The histology was carried out on each of the mitral leaflets. The valves were fixed in 10% neutral formalin and paraffin, sliced in 7-8 µm sections and stained with hematoxylin-eosin.

Results: On the atrial aspect of mitral leaflet is much thin endocardium, but ventricular side is continuous with endocardium and gets thicker. Spongiosa layer forms a continuum with fibrous annulus collagen fibers. Fibrous annulus reinforcing side of mitral leaflet is thicker, collagen fibers aligned in a circumferential, radial, and straight directions.

The posterior leaflet is thicker than anterior. The spongiosa layers become thickened with advancing age.

Conclusions: The spongiosa, which is from fibrous annulus of mitral leaflets leading edge is covering more place and mixed various types of connective tissue, sometimes there has more muscle fibers and vessels. Ventricular and atrium side of free margin of anterior mitral leaflet is clear and spongiosa is revealed dimly. But on the posterior leaflet spongiosa is much thicker, is contained interstitial cells, blisters and gaps, therefore posterior leaflet become thickened.

Key words: mitral valve, collagen fibers, spongiosa, mitral leaflet

Pp.37-40, References

Удиртгал. Хоёр хавтаст хавхлагын урд хойт хавтасууд гурван давхрагатай: (1) хавтасны тосгуур тал (фиброз) энэ давхрага тосгуур талаасаа нимгэн эндотелиэр бүрээстэй нягт ширхэглэг холбогч эдээс бүтнэ. Тэр нь цаашаа шөрмөсөн утаслаг

болж үргэлжилдэг. нягт цавуулаг ширхэгт давхрага шөрмөсөн утас үргэлжилдэг, (2) хөвсгөр давхрага (спонгиоз), тосгуурын хананд бэхлэгдсэн хавтасын эхэн хэсэгт байрладаг. Энэ давхрага цөөн тооны цавуулаг ширхэг, протеогликан, уян ширхэг,

холбогч эдийн эсүүд элбэгтэйгээрээ онцлог юм. (3) хавтасын ховдол талын хэсэг (фиброэластин давхрага) [1]. Урд хойт хавтасын энэ давхрагын тосгуурын тал нь уян ширхэгээр баялаг. Харин ховдлын хэсгээр фиброэластин давхрага илүү зузаан, ялангуяа урд хавтаст. Фиброэластин давхрага нас ахих тусам зузаарч, уян ширхэгүүд илүү нарийсдаг ба цавуулаг ширхэгүүд ихээр үүсдэг. Үүнтэй зэрэгцэн хоёр хавтаст хавхлагын хөвсгөр давхрага нь холбогч эд эмгэгийн миксоматозын (дегенератив) өөрчлөлт эрчимждэг. Хоёр хавтаст хавхлагын нийлмэл холбогч эдийн бүтэц зүрхний булчин, гөлгөр булчин, хавхлагын агшилтын интерстинал эсүүд, цусны судас, адренерик болон холинерик афферент, эфферент мэдрэл агуулдаг [2-17]. Хавтасын агшилтын эд нь мэдрэлжүүлэлттэй ба хоёр хавтаст хавхлагын үйл ажиллагаанд чухал үүрэг гүйцэтгэдэг [5-8,18-25]. Хоёр хавтаст хавхлагын 10%-иас их сунамгай байдал хавтасын булчин агших сунах үйл явцыг хангадаг [5-8,23,25].

Судалгааны зорилго:

Хоёр хавтаст хавхлагын хавтасуудын бичил бүтцийг тодорхойлох

Судалгааны хэрэглэгдэхүүн ба арга зүй

Шинжилгээний материал:

Бид судалгаандаа Гэмтэл согогийн сэргээн засах клиникийн төв эмнэлэг, шүүхийн шинжилгээний үндэсний төвийн эмгэг судлалын тасагт урьд нь авто осол, өндрөөс унах, хурц цус алдалт, осгох зэрэг шалтгааны улмаас зуурдаар нас барсан 20-50 насны харьцангуй эрүүл хүний зүрхийг судалгааны материал болгосон. Эндэгсэд тухайн мөчид ердийн амьдралын горимд байсан тул харьцангуй эрүүл буюу практикийн эрүүл хүмүүс гэж үзсэн болно. Судалгаанд хамрагдагсдын нас 20-30 нас, 31-40 нас, 41-50 нас гэж бүлэглэн насны бүлэг бүрээс тус бүр нэг хоёр хавтаст хавхлагын урд хойт хавтасуудаас эд авч бичил бэлдмэл бэлтгэсэн.

Эдийн бэхжилт, бэлдэц бэлтгэх явц:

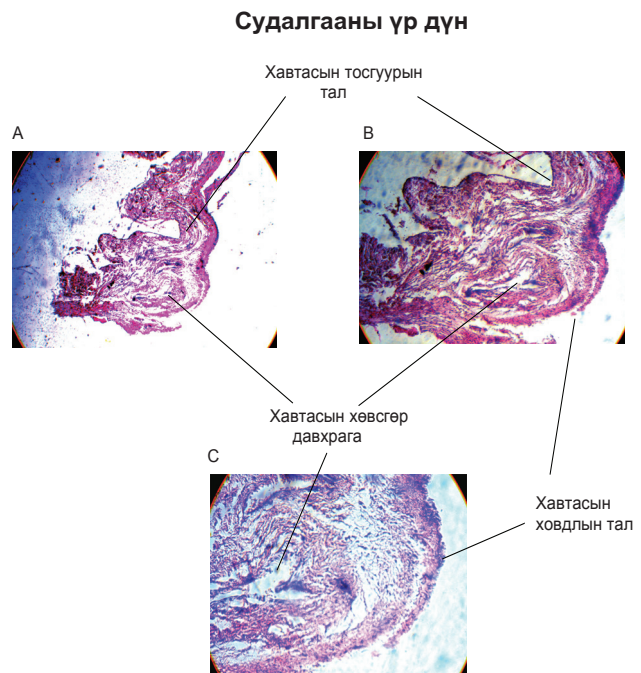
Эдийн шинжилгээний материалыг 10% саармаг формалины уусмалд бэхжүүлж, цаашид стандартын дагуу спирт, хлороформ ксилолын уусмалаар дамжуулж улмаар судалгааны материалыг парафинд цутгаж зүсмэг бэлдсэн.

Микроскопоор шинжлэгдэхүүнийг судлахын тулд бэлдэцээс микротом багажаар 7-8 мкм зузаантай зүсэм бэлтгэж бэлтгэцийг гемотоксилин-эозиноор будаж бичил бэлдмэл бэлдэж шинжилсэн.

Микроскопи

Герман улсын Микростар маркийн микроскопоор бэлдэцийн ерөнхий үзлэг хийж үндсэн шинжийг илрүүлэхийн тулд бага буюу *40 өсгөгчөөр харав. Эдийн үндсэн судалгааг бичил харуурын *100, *200

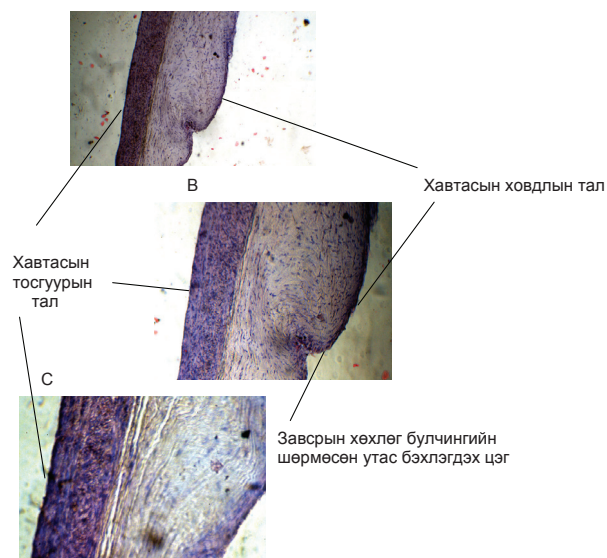
дахин өсгөлттэйгээр хийв.



Зураг 1 Хоёр хавтаст хавхлагын хойт хавтасны фиброзон цагирагт бэхлэгдсэн хэсэг (26 настай, эрэгтэй)

А. өсгөлт *40 В. өсгөлт *100 С. өсгөлт *200

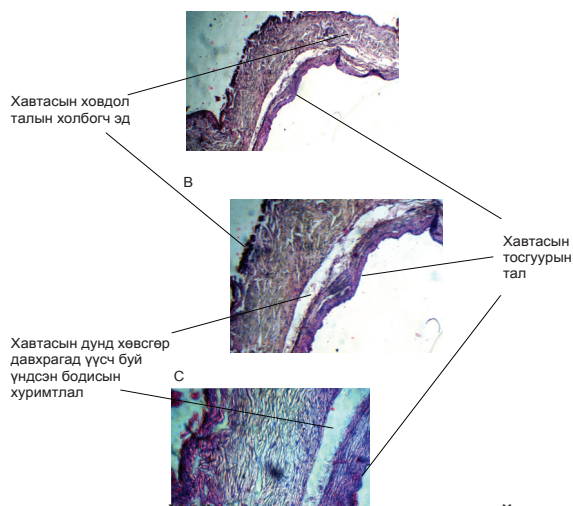
Хоёр хавтаст хавхлагын хавтасны тосгуур уруу харсан тал нь маш нимгэн эндокардтай. Харин ховдлын тал нь эндокардийн бүхэл бүтцийг хадгалсан зузаан давхрагыг үүсгэж байна. Дунд хөвсгөр давхрага (спонгиоз) бол фиброзон цагирагийн цавуулаг ширхэгийн багцнаас шилжин орж ирсэн цавуулаг ширхэгээс бүтсэн хөвсгөр болон хэлбэржээгүй нягт ширхэглэг холбогч эдийн бүрдэлтэй байна. Хөвсгөр холбогч эд нь тосгуурын тал уруу нэлээн давамгай байрлалтай байна. Заримдаа хавтас уруу эдгээр цавуулаг ширхэгийн багцыг дагалдаад тосгуурын хананаас цөөн тооны булчингийн ширхэгүүд орж ирж байгаа нь харагдаж байна. Хавтас фиброзон цагираг бэхлэгдэх хэсэгтээ нэлээд зузаан, доторх цавуулаг ширхэгийн багцны чиглэл нь цагираг, цацраг, тууш гэсэн гурван бүлэг чиглэлтэй байна. Хавтас шөрмөсөн утас уруу ойртох тусам дээрх янз бүрийн чиглэлтэй цавуулаг ширхэгийн багцаас тууш багцнууд нь давамгайлж, аажимдаа хэлбэржсэн нягт холбогч эд болж шөрмөсөн утас уруу шилжиж байгаа нь харагдаж байлаа.



Зураг 2. Хоёр хавтаст хавхлагын урд ялтас шөрмөсөн утас бэхлэгддэг булдруутай хэсэг (33 настай, эмэгтэй)

А. өсгөлт *40 В. өсгөлт *100 С. өсгөлт *200

Хавтасын завсрын чангалах болон тэнийлгэх шөрмөсөн утас бэхлэгддэг газар хавтасын дунд давхрага зузаарч ховдол талдаа хэлбэржээгүй холбогч эдэн бөөгнөрөл зангилаа үүсгээд бүхэлдээ энэ хэсэгт дунд давхрага хэлбэржсэн, хэлбэржээгүй нягт ширхэглэг холбогч эдийн хоёр давхрага болж тод ялгарч байна.



Зураг 3. Хоёр хавтаст хавхлагын хойт ялтасын чөлөөт ирмэг (45 настай, эрэгтэй)

А. өсгөлт *40 В. өсгөлт *100 С. өсгөлт *200

Хойт хавтас харьцангуй зузаан байна. Нас ахих тусам хавтасын дунд хөвсгөр давхрагад үндсэн бодисын хуримтлал бүхий хонхруусан хөндий ан цав үүсгэх замаар улам зузаарч байна.

Судалгааны хэлцэмж. Хойт хавтас жинхэнэ фиброзон эдийн багц агуулдаг ба зүүн тосгуурын хажуу ба хойт ханын эндокардын үргэлжлэл болдог. Хавтасууд булчингийн ширхэг агуулахаас гадна нэг талаараа цавуулаг (коллаген) ширхэгийн багцаар фиброзон цагирагтай, нөгөө талаараа шөрмөсөн утасуудаар дамжуулан хөхлөг булчинтай бүтцийн холбоотой. Шөрмөсөн утасууд хавтасанд бэхлэгддэг бүс нягт цавуулаг ширхэгээс тогтоно гэсэн хэвлэлийн мэдээлэл бидний судалгаагаар бүрэн батлагдсан. Фиброзон цагираг нь нягт ширхэглэг холбогч эдийн бүтэцтэй. Цагирагийн хажуу 2/3 хэсэг нарийн фиброз-уян бүтэцтэй [26]. Иймээс нэг талаас фиброзон цагираг нь хөшингөдүү бүтэцтэй ба энэ нь түүнийг тэлэгдүүлэхгүй, нөгөөтэйгүүр уян налархай болгож хуниасын үүргийг хэрэгжүүлдэг.

Түүнчлэн сүүлийн жилүүдэд эрүүл хүний зүрхэнд наслалттай холбоотой гардаг өөрчлөлтийг микроSCOPOOP судалж, тоон үзүүлэлтийг гаргасан судалгаа нэлээд хийгджээ [27-29]. Биохимийн аргаар наслалттай холбоотой эрүүл хавхлагын холбогч эд, ялангуяа коллагены өөрчлөлтийг үнэлж судалсан нэлээд олон ажил байна [30,31]. Хүний наслалттай холбоотой зүрхний хавхлаганд өөрчлөлт гардагийг зарим судлаачид тэмдэглэсэн [32]. Хоёр хавтаст хавхлагын хавтасууд нас ахих тутам зузаарч, хавтасуудын эдэд шингэний тунадас хуримтлагдсанаас тунгалаг байдлаа алддаг, энэ нь ялангуяа хавтасын ховдлын хэсэгт илүү хүчтэй илэрдэг [33,34] гэсэн баримт бидний судалгаагаар ахин батлагдсан.

Хоёр хавтаст хавхлагын цагирагийн шохойжилт, бүтцийн хувирал настай хамааралтай ихэсдэг, ялангуяа эмэгтэйчүүдэд [35,36] гэсэн хэвлэлийн мэдээллийг баталсан эс баталсан баримт бидний судалгаанаас гарсангүй.

Хавтасын давхрагуудын ялгааны хувьсах чанар, хоёр хавтаст хавхлага болон түүний бүтцийн бүрэлдэхүүн хэсгүүд нь шөрмөсөн утас ба хавтасуудын өвөрмөц үйл ажиллагааны үүргээр тодорхойлогддог. Хоёр хавтаст хавхлагын коллаген эд агуулсан хэсгүүдэд шөрмөсөн утасууд, цагираг ба дээд ирмэгийн хоорондох урд хавтасын хэсэг багтана [37].

Хойт хавтас ба урд хавтасын чөлөөт захад протеогликанаар баялаг хөвсгөр хэсэг (спонгиоз) голдуу зузаавтар байдгаас коллаген давхрага харьцангуй нимгэн байдаг [38] гэсэн хэвлэлийн баримтыг хойт урд хавтасын шөрмөсөн цагираганд бэхэлсэн хэсэгт хөвсгөр давхрага илүү зузаан тэнд байгаа холбогч эд хөвсгөр болон хэлбэржээгүй нягт ширхэглэг холбогч эдийн дундын төлөвт байдаг. Хойт хавтасын чөлөөт ирмэгт урд хавтасын ижил нэр бүхий бүрдэлтэй харьцуулахад хөвсгөр давхрагад нь эс завсрын үндсэн бодис (протеогликан) агуулсан зурвас тод илэрч энэ чанараараа нөгөө хавтасаа бодвол илт зузаан байгаа нь бидний судалгаагаар батлагдсан.

Дүгнэлт

1. Хоёр хавтаст хавхлагын хавтасуудын фиброзон цагирагнаас эхлэх хэсэгт түүний хөвсгөр давхрага илүү зай эзэлсэн эдийн бүтцэнд нь холбогч эдийн олон хэлбэржил холилдсон, зарим үед булчингийн ширхэг, судсан тор ихтэй байна.

2. Хоёр хавтаст хавхлагын урд хавтасын чөлөөт ирмэгт тосгуурын болон ховдлын талын давхрага тод илэрч хөвсгөр давхрага сул тодорч байгаа бол хойт хавтасанд үүний эсрэгээр хөвсгөр давхрага эс завсрын

үндсэн бодисоор дүүрсэн цэврүү ангал ихтэй болж илт зузаарч, энэ хавтасыг зузаан болгох үндэслэл болж байна.

Ном зүй

1. Anderson RH, Wilcox BR. The anatomy of the mitral valve, I Wells FC, Shapiro LM, et al. Mitral valve disease. Oxford, England, Butterworth-Heinemann 1996;4.
2. Williams TH: Mitral and tricuspid valve innervation. Br Heart J 1964; 26:105.
3. Cooper T, Napolitano L, Fitzgerald M, et al. Structural basis for cardiac valvular function. Arch Surg 1966; 93:767.
4. Wit AL, Fenoglio J Jr., Hordof AJ, Reemtsma K. Ultrastructure and transmembrane potentials of cardiac muscle in the human anterior mitral valve leaflet. Circulation 1979; 59:1284.
5. Curtis MB, Priola DV. Mechanical properties of the canine mitral valve: Effects of autonomic stimulation. Am J Physiol 1992; 262:H56.
6. Marron K, Yacoub MH, Polak JM, et al. Innervation of human atrioventricular and arterial valves. Circulation 1996; 94:368.
7. Ahmed A, Johansson O, Folan-Curran J. Distribution of PGP 9.5, TH, NPY, SP and CGRP immunoreactive nerves in the rat and guinea pig atrioventricular valves and chordae tendinae. J Anat 1997; 191:547.
8. Filip DA, Radu A, Simionescu M. Interstitial cells of the heart valves possess characteristics similar to smooth muscle cells. Circ Res 1986; 59:310.
9. De Biasi S, Vitellaro-Zuccarello L, Blum I. Histochemical and ultrastructural study on the innervation of human and porcine atrio-ventricular valves. Anat Embryol (Berl) 1984; 169:159.
10. Boucek RJ, Bouckova B, Levy S. Anatomical arrangement of muscle tissue in the anterior mitral leaflet in man. Cardiovasc Res 1978; 12:675.
11. Williams TH. Fast-conducting fibres in the mitral valve. Br Heart J 1964; 26:554.
12. Smith RB. Intrinsic innervation of the atrioventricular and semilunar valves in various mammals. J Anat 1971; 108:115.
13. Hibbs RG, Ellison JP. The atrioventricular valves of the guinea pig: II. An ultrastructural study. Am J Anat 1973; 138:347.
14. Williams TH, Folan JC, Jew JY, et al. Variations in atrioventricular valve innervation in four species of mammals. Am J Anat 1990; 187:193.
15. Jew JY, Fink CA, Williams TH. Tyrosine hydroxylase- and nitric oxide synthase-immunoreactive nerve fibers in mitral valve of young adult and aged Fischer 344 rats. J Auton Nerv Syst 1996; 58:35.
16. Ellison JP, Hibbs RG. The atrioventricular valves of the guinea pig: I. A light microscopic study. Am J Anat 1973; 138:331.
17. Mulholland DL, Gottlieb AI. Cell biology of valvular interstitial cells. Can J Cardiol 1996; 12:231.
18. Fenoglio J Jr., Tuan DP, Wit AL, et al. Canine mitral complex: Ultrastructure and electromechanical properties. Circ Res 1972; 31:417.
19. Erlanger J: A note on the contractility of the musculature of the auriculo-ventricular valves. Am J Physiol 1916; 40:150.
20. Dean AL Jr. The movements of the mitral cusps in relation to the cardiac cycle. Am J Physiol 1916; 40:206.
21. Sarnoff SJ, Gilmore JP, Mitchell JH. Influence of atrial contraction and relaxation on closure of mitral valve. Circ Res 1962; 11:26.
22. Sonnenblick EH, Napolitano LM, Daggett WM, Cooper T. An intrinsic neuromuscular basis for mitral valve motion in the dog. Circ Res 1967; 21:9.
23. Cooper T, Sonnenblick EH, Priola DV, et al. An intrinsic neuromuscular basis for mitral valve motion, in Brewer LA (ed). Prosthetic Heart Valves. Springfield, IL, Charles C Thomas, 1969; Chap 2.
24. Anderson RH. The disposition and innervation of atrioventricular ring specialized tissue in rats and rabbits. J Anat 1972; 113: 197.
25. Kawano H, Kawai S, Shirai T, et al. Morphological study on vagal innervation in human atrioventricular valves using histochemical method. Jpn Circ J 1993; 57:753.
26. Chiechi MA, Lees WM, Thompson R. Functional anatomy of the normal mitral valve. J Thorac Surg 1956;32:378-98.
27. Monckberg JG. Der normale histologische Bau und die Sklerose der Aortenklappen. Virchows Arch 1904;23:415-9.
28. Gross L, Kugel MA. Topographic anatomy and histology of the valves in the human heart. Am J Pathol 1931;7:445-74.
29. Lev M. The histology of the heart and its changes with age. Milit Med 1957;120:257-61.
30. Kumar N, Kumar M, Duran CMG. A revised terminology for recording surgical findings of the mitral valve. J Heart Valve Dis. 1995;4: 70-5.
31. Torii S, Bashey R, Nakao K. Acid mucopolysaccharide composition of human heart valves. Biochem Biophys Acta. 1965;101:285-291.
32. Sahasakul Y, Edwards WD, Naessens JM, Tajik AJ. Age-related changes in aortic and mitral valve thickness: implications for two-dimensional echocardiography based on an autopsy study of 200 normal human hearts. Am J Cardiol 1988;62:424-30.
33. McMillan JB, Lev M. The aging heart: II. The valves. J Gerontol 1964;19:1-14.
34. Sell S, Scully RE. Aging changes in the aortic and mitral valves: histologic and histochemical studies, with observations on the patho-genesis of calcific aortic stenosis and calcification of the mitral annulus. Am J Pathol 1965;46:345-65.
35. Kitzman DW, Scholz DG, Hagen PT, Ilstrup D.M, Edwards WD. Age-related changes in normal human hearts during the first 10 decades of life: Part II (Maturity). A quantitative anatomic study of 765 specimens from subjects 20 to 99 years old. Mayo Clin Proc 1988;63: 137-146.
36. Roberts WC. The sensile cardiac calcification syndrome. Am J Cardiol 1986;58:572-574.
37. Kunzelman K.S, Cochran R.P, Murphree S.S, Ring W.S, et al. Differential collagen distribution in the mitral valve and its influence on biomechanical behaviour. J Heart Valve Dis. 1993;2:236-244.
38. Jane K. Grandle-Allen, Anthony Calabro, Vishal Gupta, et al. Glycosaminoglycans and proteoglycans in normal mitral valve leaflets and chordae: association with regions of tensile and compressive loading. Glycobiology. 2004;14(7);621-633.

ХӨХНИЙ ӨМӨН ҮҮСЭХЭД НӨЛӨӨЛӨХ ЗАРИМ ЭРСДЭЛТ ХҮЧИН ЗҮЙЛ

Э.Амарсанаа
Хавдар Судлалын Үндэсний Төв

SOME RISK FACTORS OF BREAST CANCER

E. Amarsanaa
National Cancer Center

Breast cancer is one of the most common cancers in the world. According to the WHO report, over 10 million new cases were registered every year. 5.48% of all cancers of Mongolian women were indicated as a breast cancer. This is the 2.52% of cancer cases of whole Mongolian population.

Main purpose of study is to indicate the level of breast cancer morbidity and mortality of Mongolian women by cities and aimags and determine some risk factors of breast cancer.

We have studied reports of 522 patients aged 20- 80 years old, which were treated in the surgery department of National Cancer Center in 2000-2007. Additionally, 116 women were selected and included in a case group and 105 women in control group to be studied using the questionnaires. Clinical diagnose of case group women were verified by the histological test results after the surgery.

Research result shows, that 56.1% of patients were registered in rural areas and 43.9% in Ulaanbaatar city. Morbidity rate is 8.3 per 100000 population. This is the low indicator in comparison with foreign countries. But, above mentioned data is high due to the total number of whole Mongolian women population. Morbidity and mortality of breast cancer depends on the specialty of region, level of health education and early detection of such kind of diseases. Early menarche ($P < 0.0001$), number of abortion ($P < 0.008$), not regular period and infertility are main risk factors of breast cancer of Mongolian women.

Key words: breast cancer, morbidity, population

Pp.41-45, Figure 1, Tables 3, References 17

Дэлхий нийтэд зонхилон тохиолдож буй хорт хавдрын дотор хөхний өмөн гуравдугаар байрыг эзэлдэг. Жил бүр хорт хавдрын 10 сая гаруй шинэ тохиолдол бүртгэгдэж, 6 сая өвчтөн нас барж байгаа тухай ДЭМБ-ын 2005 оны мэдээнд дурдагдсан байна. Өнөөдрийн байдлаар 22 сая хүн хорт хавдар оноштой эмчлэгдэж байна.

Сүүлийн жилүүдэд дэлхийн улс орнуудад хөхний өмөнгийн өвчлөл эрчимтэй нэмэгдэж байгаа нь судлаачдын анхаарлыг зүй ёсоор татаж байгаа юм.

Хөхний өмөнгөөр өвчилсөн эмэгтэйчүүдийн тоо 20-р зууны сүүлчээс тасралтгүй нэмэгдэж 1999 онд 910 000 шинэ тохиолдол бүртгэгдэж байсан бол 2000 оны байдлаар дэлхийд хөхний өмөнгөөр 412 000 эмэгтэй нас барсан нь эмэгтэйчүүдийн нийт нас баралтын 1,6%-ийг эзэлж байна. Уг тоо баримт нь хөгжиж буй орнуудад 250 000, өндөр хөгжилтэй орнуудад 160 000 байна.

ДЭМБ-ын 2004 оны тайлан мэдээнд хөхний өмөнгийн нас баралт нь нийт хорт хавдрын дотор 5,5%-ийг эзэлж байв. АНУ-д 28 эмэгтэй тутмын нэг нь хөхний өмөнгийн улмаас нас барсан байх бөгөөд 8 эмэгтэй тутмын нэг нь хөхний өмөнгөөр өвчлөх эрсдэлтэйд тооцогддогжээ.

Хөхний өмөн нь Монгол улсын нийт хорт хавдраар өвчлөгсдийн 2,52%, эмэгтэйчүүдийн хорт

хавдрын 5,48%-ийг эзэлж байна.

Хөхний өмөн үүсэхэд нөлөөлөх эрсдэлт хүчин зүйлүүд болон удамшлын хүчин зүйлсийг нарийвлан тогтоох талаар судлаачид цөөн тооны бие даасан судалгаа, туршилтуудыг хийж байгаа хэдий ч уг өвчний шалтгааны талаар нэгдсэн ойлголт үгүй, манай орны хавдар судлалын тулгамдсан асуудлуудын нэг хэвээр байгаа нь энэхүү судалгааг хийх үндэслэл боллоо.

Судалгааны ажлын зорилго.

Монгол эмэгтэйчүүдэд хөхний өмөн үүсэхэд нөлөөлөх зарим эрсдэлт хүчин зүйлсийг илрүүлэх, тархалтын онцлогийг судлахад судалгааны зорилго оршино.

Судалгааны ажлын зорилт:

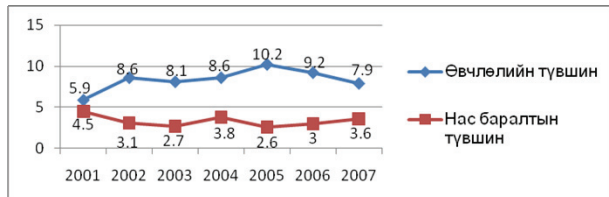
1. Монгол эмэгтэйчүүдэд тохиолдох хөхний өмөнгийн өвчлөл, нас баралтын түвшинг аймаг, хотоор тогтоох
2. Хөхний өмөн үүсэхэд нөлөөлөх зарим эрсдэлт хүчин зүйлсийг асуумж судалгааны аргаар тодорхойлох

Судалгааны хэрэглэгдэхүүн. ХСҮТ-н мэс заслын тасагт 2000-2007 онд хөхний өмөн оношоор

мэс заслын эмчилгээ хийлгэсэн 20-80 насны нийт 522 өвчтөний өвчний түүхэнд ретроспектив судалгааг хийсэн болно. Хөхний өмөн онош мэс заслын дараах эдзүйн шинжилгээгээр батлагдсан 116 эмэгтэйг тохиолдлын бүлгээр, жиших бүлгийн эрүүл 105 эмэгтэйг сонгон авч тусгайлан боловсруулсан асуумж судалгааны картанд бүртгэж судлав.

Судалгааны үр дүн. Бид хөхний өмөнгийн өвчлөл ба нас баралтын түвшинг ХСҮТ-ийн дүн бүртгэлийн сүүлийн 7 жилийн материалд түшиглэн тогтоов.

Судалгаанд хамрагдсан нийт өвчтнүүдийн орон нутгийн харьяаллын байдлыг авч үзэхэд 56.1% хөдөө орон нутгийн, 43.9% нь Улаанбаатар хотын оршин суугчид байв. Судалгааны материалаас харахад хөхний өмөнгийн өвчлөл ба нас баралт жил бүр харилцан адилгүй тохиолдож байгаа нь ажиглагдлаа (Зураг 1).



Зураг 1.

Хөхний өмөнгийн өвчлөл нас баралтын дундаж түвшин (100 000 хүн амд)

Сүүлийн 7 жилийн хугацаанд хөхний өмөнгийн өвчлөлийн улсын дундаж үзүүлэлт 100000 эмэгтэйчүүдэд 8.3 байгаа нь өвчлөлийн түвшин бусад орнуудтай харьцуулахад цөөн харагдаж байгаа боловч манай орны эмэгтэй хүн амын тоотой жишихэд өндөр үзүүлэлт юм. Хөхний өмөнгийн өвчлөл, нас баралтын түвшин тухайн орон нутгийн онцлог, эрүүл мэндийн боловсролын түвшин ба илрүүлэлттэй холбоотой байж болох юм.

Хөхний өмөнгийн өвчлөлийн түвшин Улаанбаатар (11.2), Сэлэнгэ (11.2), Дархан-Уул (11.1), Булган (10.2) зэрэг аймаг, хотуудад улсын дунджаас өндөр, харин Дорноговь (9.4), Төв (8.2) аймгуудад улсын дундаж орчимд тодорхойлогдсон юм.

Хөхний өмөнгийн нас баралтын хувьд улсын дундаж үзүүлэлт 100000 хүн амд 3.2 байгаа нь хөхний өмөнгөөр өвчлөгсөдийн 50 гаруй хувь нь нас барж байгааг илтгэж байна. Нас баралтын түвшин Сүхбаатар (6.7), Дархан-Уул (5.6), Дорнод (5.7), Төв (5.1), Говь-Алтай (4.9) аймгуудад улсын дунджаас өндөр байна. Дээрх үзүүлэлтүүдээс харахад хөхний өмөнгийн өвчлөлөөр улсын дунджаас доогуурт тооцогддог Дорнод, Сүхбаатар, Говь-Алтай аймгуудад нас баралтын түвшин өндөр байгаа нь хөхний өмөнгийн эрт илрүүлэлт, оношлогоо хангалтгүй байгаатай холбоотой гэж

үзэх үндэслэл харагдаж байна.

Бид ХСҮТ-ийн мэс заслын тасагт 2001-2007 онд хэвтэж эмчлүүлсэн 522 өвчтний түүхэнд судалгаа хийж үзэхэд хөхний өмөн оноштой эмэгтэйчүүдийн 0.4% нь өмөнгийн O, 0.6% нь I, 3.6% нь IIa, 21.6% нь IIb, 46.4% нь IIIa, 19.9% нь IIIb, 6.5% нь IV үе шатандаа оношлогджээ.

Дээрх судалгаанаас харахад нийт өвчтөнүүдийн 93.4% нь өмөнгийн хожуу үедээ оношлогдсон байгаа нь хөхний өмөнгийн эрт илрүүлэлт, оношлогоо сайжруулах асуудал чухал болохыг илтгэж байна.

Мөн бид хөхний өмөнгийн өвчлөлийг насны онцлогтой холбоотой эсэхийг судлахад 41-45 насны эмэгтэйчүүдэд 21.5%, 46-50 насанд 17.2%, 51-55 насанд 12.3% байгаа нь бусад насны эмэгтэйчүүдээс илүүтэй тохиолдож байгаа нь ажиглагдлаа

Энэ нь манай оронд хөхний өмөнгийн өвчлөл 40-өөс дээш насны эмэгтэйчүүдэд илүүтэй тохиолдож байгааг харуулж байна.

Хөхний өмөнтэй эмэгтэйчүүдийн дундаж нас 49.74, SD 11.74 байв. Олон судлаачид боловсролын түвшин, нөхөн үржихүйн үйл ажиллагаа болон зарим нэгэн хавсарсан өвчнүүд хөхний өмөн үүсэхэд эрсдэлт хүчин зүйлс болдог эсэх талаар янз бүрийн санал, таамаглал дэвшүүлж байна.

В. Г. Иванов (2002) болон бусад эрдэмтдийн хийсэн судалгаагаар хөхний өмөнгөөр нийгмийн дээд давхаргын буюу боловсролын түвшин өндөртэй эмэгтэйчүүд өвчлөх магадлал илүүтэй байдаг нь тогтоогджээ.

Бид хөхний өмөн үүсэхэд эмэгтэйчүүдийн боловсролын түвшин нөлөөлдөг эсэхийг тодруулах зорилгоор хөхний өмөнтэй 116, жиших бүлгийн 105 эмэгтэйд тусгайлан судалгаа хийж үзлээ.

Судалгааны бүлгүүдийн боловсролын түвшинг харьцуулан үзэхэд хөхний өмөнтэй эмэгтэйчүүдийн 1.7% боловсролгүй, 5.9% нь бага, 32.2% нь дунд, 23.7% тусгай дунд, 34.7% нь дээд боловсролтой эмэгтэйчүүд байв. Харин жиших бүлгийн эрүүл эмэгтэйчүүдийн боловсролын байдлыг харьцуулан үзэхэд 1.0% нь боловсролгүй, 6.7% нь бага, 32.4% нь дунд, 22.9% нь тусгай дунд, 37.1% нь дээд боловсролтой байлаа.

Бидний судалгаагаар эмэгтэйчүүдийн боловсрол эзэмшсэн байдал, боловсролын түвшин хөхний өмөн үүсэхэд нөлөөлдөг болох нь статистик магадлалаар тогтоогдсонгүй ($P < 0.037$).

Хөхний өмөн үүсэхэд нөхөн үржихүйн үйл ажиллагаа нөлөөтэй эсэхийг судлах зорилгоор эмэгтэйн анхны биений юм ирсэн нас, сарын тэмдгийн мөчлөг, үргэлжлэх хоног ба гарах цусны хэмжээ зэргийг тусгайлан асуумжийн аргаар судалсан юм. Судалгааны үр дүнг хүснэгт 2-т харуулав.

Судалгаанд хамрагдсан эмэгтэйчүүдийн биений юмны онцлогууд

Хувьсагчийн нэр	Хөхний өмөнтэй эмэгтэйчүүд (n=116)	Жиших бүлгийн эмэгтэйчүүд (n=105)	OR	95%CI Lower	95%CI Upper	P-үмгэ
Анхны биений юм ирсэн нас						
-12 ба эрт насанд	n=25 (21.6%)	n=18 (17.1%)	1.000			
-13-15 насанд	n=38 (32.2%)	n=66 (62.9%)	2.689	1.229	5.884	0.001***
-16 ба түүнээс дээш	n=53 (44.9%)	n=21 (20.0%)	0.495	0.212	1.157	
Биений юм ирэх үед гарах цусны хэмжээ						
- их	n=33 (28.4%)	n=26 (24.8%)	1.000			0.577
- дунд	n=65 (56.0%)	n=66 (62.9%)	1.566	0.200	3.233	
- бага	n=18 (15.5%)	n=13 (12.4%)	1.079	0.461	2.966	
Биений юм тогтмол ирдэг эсэх						
- тогтмол	n=81 (69.8%)	n=80 (76.2%)	1.000			0.288
- тогтмол бус	n=35 (30.2%)	n=25 (23.8%)	0.736	0.370	1.462	

***p<0.001; **p<0.01; *p<0.005 статистик ач холбогдлын түвшинд хамааралтай.

OR=Odds ratio, 95% CI=95% confidence interval,

Хүснэгт 2-оос харахад бидний судалгаанд хамрагдсан хөхний өмөн оноштой эмэгтэйчүүдийн анхны биений юм 21.6% нь 12 ба эрт насанд, 32.2% нь 13-15 насанд, 44.9% нь 16 ба түүнээс хойш насанд ирсэн байхад судалгааны жиших бүлгийн эмэгтэйчүүдийн 17.1% нь 12 ба түүнээс эрт насанд, 62.9% нь 13-15 насанд, 20.0% нь 16 ба түүнээс хойш насанд ирсэн байв (P<0.001).

Судалгаанд хамрагдсан хөхний өмөн оноштой эмэгтэйчүүдийн 30.1% нь 26, 68.9% нь 30 хоногийн мөчлөгтэй биений юм ирдэг байхад, жиших бүлгийн эмэгтэйчүүдийн 29.6% нь 26, 70.6% нь 30 хоногийн мөчлөгтэй байв (P<1.000).

Судалгааны дүнгээс харахад эмэгтэйчүүдийн биений юмны мөчлөг хөхний өмөн үүсэхэд эрсдэлт хүчин зүйл болох магадлалтай нь тогтоогдохгүй байна.

Хөхний өмөнтэй эмэгтэйчүүдийн 54.4% нь 3 хоног, 45.6% нь 7-гоос дээш хоног биений юм үргэлжилдэг байхад хяналтын бүлгийн эмэгтэйчүүдэд 52.2% нь 3 хоног, 47.8% нь 7-гоос дээш хоног үргэлжилдэг байв (P<0.998).

Биений юм ирэх үед гарах цусны хэмжээ хөхний өмөнтэй эмэгтэйчүүдийн 28.4% нь их, 56.0% нь дунд, 15.5% нь бага байхад хяналтын бүлгийн эмэгтэйчүүдэд 24.8% нь их, 62.9% нь дунд, 12.4% нь бага хэмжээтэй ирдэг гэж хариулжээ (P<0.577).

Харин судалгаанд хамрагдсан хөхний өмөнтэй эмэгтэйчүүдийн 69.8% нь биений юмны мөчлөг тогтмол, 30.2% нь тогтмол бус ирдэг гэсэн байхад хяналтын бүлгийн эмэгтэйчүүдийн 76.2% нь

тогтмол, 23.8% нь тогтмол бус ирдэг гэжээ. Эдгээр үзүүлэлтүүд нь хөхний өмөн үүсэхэд нөлөөлөх сул хамааралтай эрсдэлт хүчин зүйл болж байна (P<0.288).

Судалгааны үр дүнгийн дээрх үзүүлэлтүүдээс харахад биений юм тогтмол бус (3.1%), их хэмжээтэй ирэх (3.7%), эсвэл бага ирэх (3.9%) нь хөхний өмөнтэй эмэгтэйчүүдэд хяналтын бүлгийн эмэгтэйчүүдээс илүүтэй тохиолдож байгаа нь ажиглагдлаа. Эдгээр өөрчлөлтүүд нь хөхний өмөн үүсэх эрсдэлт хүчин зүйл болохгүй байгаа нь статистикийн үзүүлэлтээс харагдаж байна (P<1000, P<0.998, P<0.577, P<0.288).

Бид судалгаанд хамрагдсан өвчтөнүүд болон жиших бүлгийн эмэгтэйчүүдийн бэлгийн харьцаанд анх орсон нас, жирэмслэлт, төрөлт, үр хөндөлтийн байдлыг хүснэгт 3-т харууллаа.

Нөхөн үржихүйн үйл ажиллагаа

Нөхөн үржихүйн үйл ажиллагаа	Хөхний өмөнтэй эмэгтэйчүүд (n=116)	Жиших бүлгийн эмэгтэйчүүд (n=105)	OR	95%CI Lower	95%CI Upper	P-уртаа
Бэлгийн харьцаанд анх орсон нас						
-16 ба түүнээс өмнө	n=4 (3.5%)	n=3 (3.0%)	2.669	0.238	29.877	
-17-20 насанд	n=66 (56.8%)	n=60 (57.1%)	1.325	0.657	2.675	
-21 ба түүнээс дээш	n=46 (39.7%)	n=42 (40.1%)	1.000			1.000
Жирэмслэхээс хэрхэн хамгаалдаг						
-тариа	n= 9 (7.6%)	n= 7 (6.7%)	0.975	0.265	3.592	
-эм	n= 23 (19.5%)	n= 15 (14.3%)	1.839	0.667	5.067	
-бэлгэвч	n= 5 (4.2%)	n= 6 (5.7%)	0.672	0.152	2.983	
-хуанли хөтөлдөг	n=12 (10.2%)	n= 16 (15.2%)	0.801	0.269	2.381	
-ерөндөг	n=30 (25.4%)	n= 28 (26.7%)	1.737	0.695	4.344	
-жирэмслэхээс хамгаалдаггүй	n=39 (33.1%)	n= 33 (31.4%)	1.000			0.754
Бэлгийн харьцаа тогтмол эсэх						
-тийм	n= 59 (50.9%)	n= 57 (54.3%)	0.943	0.254	3.495	
-үгүй	n= 46 (39.7)	n= 40 (38.1)	0.894	0.239	3.349	
-хааяа	n= 11 (9.5%)	n= 8 (7.6%)	1.000			0.827
Төрөлт						
-төрж байгаагүй	n= 7 (5.9%)	n= 5 (4.8%)	4.923	0.222	109.104	
-1-3 удаа	n= 69 (58.5%)	n= 65 (61.9%)	0.543	0.062	4.741	
-4-6 удаа	n= 34 (28.8%)	n= 29 (27.6%)	1.057	0.121	9.196	
-7 ба түүнээс дээш	n=6 (5.1%)	n= 6 (5.7%)	1.000			0.026*
Үр хөндөлт						
-үр хөндүүлж байгаагүй	n= 52 (44.1%)	n= 69 (65.7%)	0.099	0.008	1.255	

***p≤0.001; **p≤0.01; *p≤0.005 статистик ач холбогдлын түвшинд хамааралтай.
OR=Odds ratio, CI=confidence interval

Хүснэгт 3-аас харахад хөхний өмөнтэй эмэгтэйчүүдийн 3.5% нь 16 наснаас өмнө, 56.8% нь 17-20 насанд, 39.7% нь 21 ба түүнээс хойш насандаа анх бэлгийн харьцаанд орсон байхад жиших бүлгийн эмэгтэйчүүдийн 3.0% нь 16 наснаас өмнө, 57.1% нь 17-20 насанд, 40.1% нь 21 ба түүнээс дээш насанд бэлгийн харьцаанд анх орсон байна (P<1.000).

Бэлгийн харьцаанд тогтмол ордог эсэхийг хөхний өмөнтэй эмэгтэйчүүдээс тодруулахад 69.8% нь тогтмол, 30.2% нь хааяа буюу тогтмол бус гэж хариулжээ. Судалгааны жиших бүлгийн эмэгтэйчүүдийн 76.2% тогтмол, 23.8% нь бэлгийн харьцаанд тогтмол ордоггүй гэсэн байв (P<0.288).

Судалгааны бүлгүүдийн жирэмслэлтийн байдлыг тодруулж үзэхэд хөхний өмөнтэй эмэгтэйчүүдийн 3.4% нь жирэмслээгүй, 38.1% нь 1-3 удаа, 39.0% нь 4-6 удаа, 17.0% нь 7-оос дээш удаа, жиших бүлгийн эмэгтэйчүүдийн 1.9% нь жирэмслээгүй, 42.9% нь 1-3 удаа, 36.2% нь 4-6 удаа, 19.0% нь 7 ба түүнээс дээш удаа жирэмслсэн байв (P< 0.286).

Судалгаагаар хөхний өмөнтэй эмэгтэйчүүдийн 5.9% нь төрөөгүй, 58.5% нь 1-3 удаа, 28.8% нь 4-6 удаа, 5.1% нь 7-гоос дээш удаа төрсөн бол жиших

бүлгийн эмэгтэйчүүдийн 4.8% нь төрөөгүй, 61.9% нь 1-3 удаа, 27.6% нь 4-6 удаа, 5.7% нь 7-гоос дээш удаа төрсөн байв (P<0.026).

Үр хөндөлтийн байдлыг судлахад хөхний өмөнтэй эмэгтэйчүүдийн 44.1% нь үр хөндүүлж байгаагүй, 37.3% нь 1-2 удаа, 13.6% нь 3-4 удаа, 3.4% нь 5-аас дээш удаа, жиших бүлгийн 65.7% нь үр хөндүүлж байгаагүй, 23.8% нь 1-2 удаа, 8.6% нь 3-4 удаа, 1.9% нь 5-аас дээш удаа үр хөндүүлсэн байв (P< 0.008).

Судалгаанд хамрагдсан эмэгтэйчүүдийн жирэмслэхээс хамгаалдаг аргыг тодруулахад хөхний өмөнгөөр өвчлөгсдийн 7.6% нь тариа, 19.5% нь эм, 4.2% нь бэлгэвч, 10.2% нь хуанли хөтөлдөг, 25.4% нь ерөндөгтэй, 33.1% нь жирэмслэхээс хамгаалдаггүй гэжээ. Харин жиших бүлгийн эмэгтэйчүүдийн 6.7% нь тариа, 14.3% нь эм, 5.7% нь бэлгэвч, 15.2% нь хуанли хөтөлдөг, 26.7% нь ерөндөгтэй, 31.4% нь жирэмслэхээс хамгаалдаггүй байжээ (P< 0.754).

Бид хөхний өмөн үүсэхэд дагалдах өвчин нөлөөтэй эсэхийг тодруулан судлахад хөхний өмөнтэй эмэгтэйчүүдийн 11.9% нь умайн дайврын архаг үрэвсэлтэй, 5.1% нь өндгөвчний уйланхайтай,

11.0% нь умайн хоргүй хавдартай, 16.9% нь цусны даралт ихсэх өвчтэй, 13.6% нь элэгний архаг үрэвсэлтэй, 11.9% нь хэт таргалалттай, 14.4% нь бамбай булчирхайн эмгэгтэй, 3.4% нь судасны хана хатуурах өвчтэй, 6.8% нь чихрийн шижинтэй байв.

Харин жиших бүлгийн эмэгтэйчүүдийн 10.5% нь умайн дайврын архаг үрэвсэлтэй, 2.9% нь өндгөвчний уйланхайтай, 7.6% нь умайн хоргүй хавдартай, 17.1% нь цусны даралт ихсэх өвчтэй, 3.8% нь элэгний архаг үрэвсэлтэй, 1.0% нь хэт таргалалттай, 5.7% нь бамбай булчирхайн эмгэгтэй, 2.9% нь судасны хана хатуурах өвчтэй, 1.0% нь чихрийн шижин өвчтэй байлаа.

Судалгааны дүнгээс харахад хөхний өмөнтэй эмэгтэйчүүдэд умайн дайврын архаг үрэвсэл 11.9%, өндгөвчний уйланхайт өөрчлөлтэй 5.1%, умайн хоргүй хавдартай 11.0%, элэгний архаг үрэвсэлтэй 13.6%, хэт таргалалттай 11.9%, бамбай булчирхайн эмгэгтэй 14.4%, чихрийн шижин өвчтэй 6.8%-иар тус тус илүү тохиолдож байгаа нь дотоод шүүрэл, бодисын солилцооны эмгэгүүд хөхний өмөн үүсгэх эрсдэлийг нэмэгдүүлэх хүчин зүйл болохыг харуулж байна.

Дүгнэлт

1. Манай оронд хөхний өмөнгийн өвчлөл 100000 хүн амд 8.3, нас баралт 3.2 байна. Хөхний өмөнгийн өвчлөл Улаанбаатарт (11.2), Сэлэнгэ (11.2), Дархан-Уул (11.1), Булган (10.7) аймгуудад улсын дунджаас өндөр байна. Хөхний өмөнгийн нас баралт Сүхбаатар (6.7), Дархан-Уул (5.6), Дорнод (5.7), Төв (5.1), Говь-Алтай (4.9) аймгуудад бусад аймгуудаас илүүтэй тохиолдож байна.

2. Эмэгтэйчүүдийн нөхөн үржихүйн үйл ажиллагааны үндсэн үзүүлэлт болох анхны биений юм 12 наснаас ба эрт ирэх ($P < 0.0001$), олон удаа үр хөндүүлэх ($P < 0.008$), биений юм тогтмол бус, их ба бага хэмжээтэй ирэх, жирэмсэлж байгаагүй зэрэг нь хөхний өмөн үүсэх эрсдэлт хүчин зүйл болж байна.

3. Хөхний өмөнгөөр өвчлөгсдөд өндгөвчийн архаг үрэвсэл ба уйланхай, умайн булчингийн хоргүй хавдар, цусны даралт ихсэх, элэгний архаг үрэвсэл, хэт таргалалт зэрэг дагалдах өвчин эмгэгүүдтэй хавсран тохиолдож байгаа нь дотоод шүүрэл, бодисын солилцооны эмгэгүүд хөхний өмөн үүсгэх эрсдэлийг нэмэгдүүлэх хүчин зүйл болж байна.

Ном зүй

1. Н. Нямдаваа, Д. Ягаан, Р. Асай., Хөхний өмөнгийн онош хожимдлын шалтгааныг судалсан дүн, Монголын Анагаах ухаан сэтгүүл, УБ, 2006, №4, х.21-24.

2. ИВАНОВ В. Г. Эпидемиологические факторы риска, ранняя диагностика рака молочной железы. Практическая онкология. Т. 3, №1-2002.

3. ЛАРЧЕНКО И. А., ВАХЛАКОВ А. Н.,

ГОРШЕНИНА Ф. А. и др. Роль формирования групп онкологического риска в ранней диагностике рака молочной железы.

4. ЛЕТЯГИНА В. П. Первичные опухоли молочной железы. Практическое руководство по лечению. Москва, 2004.

5. СЕМИГЛАЗОВ В. Ф. Ранняя диагностика опухолей молочной железы. Ташкент. 1989.

6. BERNARD W. STEWART, PAUL KLEIHUES. World cancer report. WHO 2003;

7. DUPONT W.D., PAGE D.L. Risk factors for breast cancer in women with proliferative breast disease. N. Engl.J.Med.1985.312.p.146-151.

8. FISHER B., CONSTANTINO J.P., WICKERHAM D.L.et al. Tamoxifen for prevention of breast cancer. Report of the National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project P-1 study. J. Natl. Cancer Inst.1998.90.p.1371-1388.

9. Li F, FRAUMENI J, MULVIHILL JET al. A cancer family syndrome in twenty-four kindreds. Cancer Res 1988; 91: 259.

10. MARCHBAUKS P., McDONALD J. A., WILSON H. G. et al. Oral contraceptives and the risk of breast cancer. N Eugl J Med. 2002; 346(26): 2025-32.

11. MARTIN A. M., WEBER B. L. Genetic and hormonal risk factors in breast cancer. J Natl Cancer Just 2000;92(14): 1126-35.

12. MODUGNO F. Ovarian cancer and high-risk women-implications for prevention screening, and early detection. Gynecol.Oncol. 2004 Feb;92(2):731.

13. MILLS, A. M., WILKINSON, C. L., BROMHAM, D. R. et. Al. (1996) Guidelines for prescribing combined oral contraceptives. British Medical Journal, 312, 121-122.

14. SINGLEBARU K. W., GAPSTUR S. M. Alcohol and breast cancer: review of epidemiologic and experimental evidence and potential mechanisms. JAMA 2001;286(17): 2143-51.

15. TAVANI A., GALLUS S., LA VECCHIA C., NEGRI E., NOMTELLA M., DAL MASO L., FRANCESCHI S. Risk factors for breast cancer in women under 40 years. Eur.J.Cancer. 1999.35.9.p.1361-1367.

16. TEIXEIRA M., PANDIS N., GERDES L. Breast Cancer Res. Treat. 1996. C.38.

17. VACHON C., CERHAN J. R., VIERKANT R. A., SELLERS TA. Investigation of an interaction of alcohol intake and family history on breast cancer risk in the Minnesota Breast Cancer Family Study. Cancer 2001;92(2): 240-8.

*Танилцаж, нийтлэх санал өгсөн:
Анагаах ухааны доктор, профессор Б.Жав*

ҮРГҮЙДЛИЙН ЭМЧИЛГЭЭНД ЭР БЭЛГИЙН ЭСИЙГ УГААЖ УМАЙД СУУЛГАСНЫ ҮР ДҮН

Б.Цэдмаа¹, Д.Наранбат¹, Д.Энх-Оюун¹, Б.Жав², Ж.Раднаабазар¹
¹ЭНЭШТ, ²ЭМШУИС

THE EVALUATION OF IUI TREATMENT ACCORDING TO INDICATION, COUPLES' AGE AND SPERM PARAMETERS

B.Tsedmaa¹, D.Naranbat¹, D.Enkh-Ouyun¹, B.Jav², J.Radnaabazar¹
¹MCHRC, ²HSUM,

Objective: To evaluate intrauterine insemination results and identify prognostic factors for the treatment outcome.

Materials and methods: This is prospective ongoing study in research department, MCHRC and 28 infertile couples were participated. All couples were received the infertility treatment according to clinical protocols which developed by research team. For sperm preparation, "swim up" techniques were used. Clinical pregnancy was defined as a positive urine pregnancy test and followed by transabdominal ultrasonographic visualization of a gestational sac.

Results: The overall pregnancy rate was 1.3 % and pregnancy rate was higher in patients with good number of motile spermatozoa after sperm washing. The postwash total sperm count and number of IUI treatment cycles were major factors affecting the treatment result. The indication does not play a major role in predicting the chance of pregnancy.

Conclusion. Based on above study, it can be concluded that IUI is a first line treatment for subfertile couples when proper patient selection was done.

Key words: infertility, intrauterine insemination, sperm, clomephene, pregnancy

Pp.46-48, Tables 3, References

Удиртгал. Эрбэлгийн эсийг угаажумайн хөндийд суулгах аргыг үргүйдлийн эмчилгээнд цөөнгүй заалтаар хийж ирсэн байна. Анх энэ аргаар умайн хөндийд шууд суулгаж байсан бол 1986 оноос боловсронгуй болгож үрийн шингэнийг угаах олон аргуудыг хэрэглэж эхэлсэн. Сүүлийн үед нөхөн үржихүйд туслах техник, технологүүд нэвтэрснээр өндгөвчийн үйл ажиллагааг сэдээх үр дүнтэй аргууд гарсантай холбоотойгоор энэхүү ажилбарыг эргэж практикт өргөнөөр хэрэглэх болжээ. Энэ аргын давуу тал нь умайн хүзүүний сувгаар эр бэлгийн эсийн явах замыг богиносгох хамгийн энгийн, хямд арга бөгөөд жирэмслэсэн тохиолдолд жирэмслэлт, төрөлтийн хүндрэл хэвийн жирэмсэнтэй ижил явагддагаараа онцлог юм. Иймд энэ арга нь нөхөн үржихүйд туслах нарийн арга технологи хөгжөөгүй манай оронд гарцаагүй хийж эхлэх шаардлагатай байна.

Энэ ажилбарын үед үрийн шингэнийг угааж хамгийн сайн хөдөлгөөнтэй эсүүдийг ялган авч умайн хөндийд шууд суулгах бөгөөд үр дүн нь өндгөн эсийн гадагшлалт, үргүйдлийн шалтгаан болон бусад хүчин зүйлүүдээс их шалтгаална.

Сүүлийн үеийн судлаачдын мэдээлэлд энэ эмчилгээний үр дүнг эмэгтэйн нас (Keel et al; 1998), эр бэлгийн эсийн тоотой (Pasqualatto EB et al, 2005) харьцуулж үзсэн судалгаанууд элбэг байгаа

боловч уг эмчилгээг хийх заалттай нь харьцуулж үзсэн судалгаанууд ховор байна. Бид энэ эмчилгээг практикт нэвтрүүлээд хэдий 2 жил болж байгаа ч эмчилгээний үр дүн тийм ч өндөр хувьтай биш байна. Үүнд олон хүчин зүйлс, тухайлбал өвчтний сонголт, үрийн шингэний угаалт, ажилбарт хэрэглэж буй гуурмс зэрэг нөлөөлж байж болох талтай.

Судалгааны зорилго. Бидний судалгааны зорилго нь уг эмчилгээний үр дүнг эмчилгээний заалт болон бусад эмнэл зүйн үзүүлэлтүүдтэй харьцуулж үзэх, эмчилгээний үр дүнд нөлөөлж буй хүчин зүйлүүдийг илрүүлэхэд оршиж байлаа.

Судалгааны зорилт:

1. Эр сэлгийн эсийг угааж умайн хөндийд суулгах эмчилгээг нэвтрүүлэх
2. Эмчилгээний аргыг практикт шалган үзэж эмчилгээний үр дүнд нөлөөлж буй хүчин зүйлсийг илрүүлэх зорилтууд тавьж ажиллаа.

Судалгааны материал арга зүй. Бидний судалгаанд ЭНЭШТ-ийн эх барих эмэгтэйчүүдийн зөвлөх поликлиникээр 2006 оны 4 сараас 2007 оны 9 сарыг хүртэл үргүйдлийн учир үйлчлүүлсэн 28 эмэгтэй хамрагдсан болно. Бид судалгаандаа анх

удаа уг эмчилгээг хийлгэж байгаа эмэгтэйчүүдийг сонгон авч эмчилгээний үр дүнг хосуудын нас, суулгасан үрийн шингэний хэмжээ, эр бэлгийн эсийн тоо, үргүйдлийн шалтгаан, өндгөвчийн сэдээлтийн үр дүнтэй харьцуулан судаллаа. Эдгээр эмэгтэйчүүдийн үргүйдлийн шалтгаан, нөхрийн үрийн шингэний үзүүлэлт, үр дамжуулах хоолойн байдал, дааврын шинжилгээний үзүүлэлтүүдийг харгалзан сонгон авч өөрсдийн боловсруулсан эмчилгээний протоколын дагуу өндгөвчийн сэдээлтийг кломифенцитрат(50, 100, 150)-аар хийлээ. Судалгаанд оролцсон эмэгтэйчүүдийн үргүйдлийн шалтгаанаар нь 4 бүлэгт (нэг талын үрийн хоолой битүүрэлтэй, үрийн шингэн өөрчлөлттэй, шалтгаан тодорхой бус, архаг ановуляцтай) хувааж эмчилгээний үр дүнг бүлэг тус бүрээр тооцсон болно. Өндгөн эсийн хяналтыг үтрээний мэдрүүлэг бүхий эхо-г шар биежүүлэгч дааврын пикийг илрүүлэх шээсний сорилтой хавсруулан давамгайлсан фолликулын диаметр 18-20мм болоход хорионы гонадотропинийг 5000-10.000 нэгжээр булчинд тарьж өндгөн эсийн гадагшлалтыг сэдээснээс хойш угаасан үрийн шингэнийг 24-36 цагийн дотор умайд “Wallace” болон “Tom Kat” гуурсны тусламжтайгаар суулгасан болно. Угаасан үрийн шингэнийг суулгахаас 30 минутын өмнө үтрээнд мезопростол (50-100мкг) хийсэн болно.

Эр бэлгийн эсийг угаах. Үрийн шингэнийг өндгөн эсийн диаметр 18-22 мм хүрсэн өдөр нөхрөөс нь авч термостат-д 20 минут шингэртэл байлгасны дараа үрийн шингэний хэмжээ, өтгөрүүлэгч хөдөлгөөн сайтай эсүүдийн хувийг тодорхойлсон болно. Үүний дараа үрийн шингэнд “Pure Sperm” болон физиологийн уусмалаар шингэлэн 100-200 герц бүхий центрифугт 10 минут эргүүлсний дараа супернатантыг авч дахин угааж бэлдсэн болно.

Статистик боловсруулалт. Судалгааны материалыг урьдчилан боловсруулсан асуумжийн дагуу цуглуулж SPSS 11.5 програмд оруулж боловсруулалтыг хийлээ. 2x2 хүснэгт болон Пеарсоны хамаарлыг бүлгүүдийн хоорондын ялгааг харуулахад ашиглав.

Судалгааны үр дүн. Судалгаанд хамрагдсан эмэгтэйчүүдэд нийтдээ 61 цикл эмчилгээ хийснээс жирэмсэлтийн ерөнхий хувь нэг циклд 1,3 % байна.

Судалгаанд хамрагдсан эмэгтэйчүүдийн дундаж нас нь 31.8±4.7, эрэгтэйчүүдийнх 34.3±5.9 байлаа. Үргүйдлийн дундаж хугацаа 38.4±26.4 сар байлаа.

Жирэмслэсэн байдлыг үргүйдлийн шалтгаанаар нь харьцуулж (Хүснэгт 1) үзэхэд шалтгаан тодорхой биш үргүйдлийн үед жирэмслэх хувь өндөр байх хандлагатай байгаа боловч энэ нь бүлгүүдийн хооронд харьцуулахад статистикийн магадлалгүй байна.

Хүснэгт 1.

Үргүйдлийн шалтгаан ба жирэмсэлтийн байдал

Үргүйдлийн шалтгаан	Өвчний тоо	Эмэгтэйн дундаж нас	Жирэмс-лээгүй	Жирэмс-лэсэн%
Үрийн хоолой нэг талд битүүрэлтэй	6	34.3±5,1	0	
Үрийн шингэн өөрчлөлттэй	7	30,8±4,9	1	3,5
Архаг ановуляцтай	9	31,8±4,4	1	3,5
Шалтгаан тодорхой бус	7	31,8±4,7	2	7,1
Нийт	28	31.8±4.7	4	14,2

P-утга статистикийн хувьд үнэн магадлалгүй байна

Жирэмслэсэн эмэгтэйчүүдэд суулгасан үрийн шингэний үзүүлэлтийг харьцуулж үзэхэд үрийн шингэн хэвийн гэсэн үед 3 (10,7%) эмэгтэй жирэмслэсэн нь үрийн шингэн дэх эр бэлгийн эсийн тоо энэ эмчилгээний үр дүнд шууд нөлөөлдөг болохыг харуулж байна (Хүснэгт 2).

Хүснэгт 2.

Үрийн шингэний байдал ба жирэмслэлтийн хувь

Үрийн шингэний үзүүлэлт	Жирэмсэлсэн эмэгтэйчүүд	Нийт эмэгтэйчүүд
1. Үрийн шингэн өөрчлөлттэй	1	3,5
2. Үрийн шингэн хэвийн	3	10,7

P = 0,02

Үргүйдэлд эмэгтэйн насны үзүүлэлт чухал нөлөө үзүүлдэг бөгөөд судалгаанд хамрагдсан ихэнх эмэгтэйчүүд гучаас дээш настай байв. Иймд жирэмслэлтийн хувийг гэр бүлийн хосуудын настай харьцуулж үзэн Хүснэгт 3-т харуулав.

Хүснэгт 3.

Жирэмслэлтийн хувь ба хосуудын нас

Насны бүлэг	Өвчний тоо	Жирэмсэлтийн тоо	%
Эмэгтэй *			
<30	1	0	0
≥ 30-35	9	2	7,1
≥ 35-40	15	2	7,1
≥ 40	3	0	0
Эрэгтэй **			
<30			
≥ 30-35	7	1	3,5
≥ 35-40	19	2	7,1
≥ 40	2	1	3,5

*P = 0,47; **P = 0,37:

Гэр бүлийн хосуудын нас нь бүлгүүдийн хооронд статистикийн ялгаагүй байгаа нь хүснэгт -3 аас харагдаж байна.

Хэлцэмж. Энэ судалгааны үр дүнгээс харахад эр бэлгийн эсийг угааж умайн хөндийд суулгах эмчилгээний үр дүнд угааж буй эр бэлгийн эсийн тоо чухал хүчин зүйл болох нь харагдлаа. Харин гэр бүлийн хосуудын нас, үргүйдлийн шалтгаан зэрэг нь эмчилгээний үр дүнд статистик магадлалтайгаар нөлөөлж чадахгүй байна. Хэдийгээр бидний судалгаанд цөөн гэр бүл хамрагдсан ч гэсэн бидний судалгааны үр дүн бусад судлаачдын мэдээлэлтэй дүйх хандлагатай байна (Campana et al, & Frederick et al, 2004). Үргүйдлийн эмчилгээ нь анагаах ухааны нэгэн хүндрэлтэй байгаа асуудлуудын нэг бөгөөд сүүлийн жилүүдэд судлаачдын анхаарлыг ихээр

татаж байгаа юм. Иймд бид эр бэлгийн эсийг угааж умайнд хөндийд суулгах ажилбарыг клиникийн практикт нэвтрүүлээд байна. Энэ арга нь манай оронд энгийн бөгөөд өвчтнөө зөв сонгож мөчлөгийн хугацаанд нь тохируулан хийвэл үр дүнд өндөртэй арга юм.

Бидний судалгаагаар энэ аргын үр дүнд нь 1.3 хувьтай байгаа нь бусад судлаачдынхтай харьцуулахад харьцангуй бага байна (Aboulghar MA, Mansour RT et al; 2003). Гэхдээ жирэмслэлтийн хувийг бусад судлаачидтай шууд харьцуулахад өвчтөний сонголт, өндгөвчийн сэдээлт, үрийн шингэн угааж байгаа аргууд нь биднийхээс өөр байсан тул харьцангуй өөр дүнд ажиглагдсан байж болох юм. Ялангуяа манай орны нөхцөлд уг ажилбарыг хийхэд орчин нөхцөл бүрдээгүй, үрийн шингэн угаах зориулалтын лаборатори байхгүй, умайнд зориулалтын гуурс байхгүй байгаа нь эмчилгээний үр дүнд нөлөөлж байна.

Эмчилгээний үр дүнд үрийн шингэний үзүүлэлтүүд нөлөө үзүүлдэгийг урьд хийгдсэн судалгаануудад (Dicky RP et al, 1992) тодорхой заасан байсан бөгөөд бидний судалгаа ч үүнийг баталж байна. Үргүйдлийн шалтгаанаар эмчилгээний үр дүнд харьцуулахад андрологийн шалтгаан ба бусад шалтгаануудын хооронд статистик магадлалтай ялгаа харагдахгүй байгаа нь суулгаж буй үрийн шингэн дэх сайн хөдөлгөөн бүхий эр бэлгийн эсийн тоо нь эмчилгээний үр дүнд шууд нөлөөлөх гол хүчин зүйл гэж үзэж болохоор байна.

Хосуудын насны байдлыг авч үзэхэд энэ нь бидний судалгаагаар эмчилгээний үр дүнд тодорхойлогч хүчин зүйл гэхээргүй байгаа нь бусад судлаачдаас (Corsan et al; Mathie et al) зөрж байна. Гэхдээ бидний судалгаанд голдуу гуч гаруй насны хүмүүс хамрагдсан болохоор насны нөлөөний ялгааг харуулах боломжгүй байсан байж болох юм. Эндээс харахад манай оронд гэр бүлийн үргүйдлийн улмаас харьцангуй орой эмнэлэгт хандаж байгаа нь үргүйдлийн бас нэг хүчин зүйл болох насны факторыг нэмэгдүүлснээс эмчилгээний үр дүнд харьцангуй бага байхад хүргэсэн байж болох талтай.

Үргүйдлийн шалтгаануудыг авч үзэхэд шалтгаан тодорхойгүй болон өндгөвчийн гаралтай үргүйдлийн үед эмчилгээний үр дүнд өндөр байх хандлагатай байгаа нь түүрүүчийн ижил төрлийн судалгаануудын дүнтэй тохирч байгаа юм.

Бид дунджаар нэг хүнд 2-3 цикл эмчилгээ хийсэн бөгөөд жирэмслсэн хүмүүсийн 75% нь 2-3 дахь циклд жирэмслсэн байлаа.

Сүүлийн үед зарим нэг судлаачид (Samuel et al, 2001) мезопростол хэрэглэсэн протоколыг хэрэглэж байгаа бөгөөд үүнийг бид судалгаандаа шалгаж үзсэн болно. Бидний судалгаагаар энэ нь умайнд базлалтыг нэмэгдүүлэх замаар эмчилгээний үр дүнд эергээр нөлөөлж буй нь ажиглагдлаа. Гэхдээ бид мезопростолыг 100 микрограмаар хэрэглэсэн бөгөөд энэ нь бусад судлаачдын дүнтэй харьцуулахад эмчилгээний үр дүнд онцын ач холбогдол бүхий зөрүү ажиглагдахгүй байна. Иймд мезопростолын тун эмчилгээний үр дүнд нөлөөлөхгүй байгаа байж болох боловч үүнийг цаашдын судалгаагаар батлах нь зүйтэй. Мөн түүнчлэн энэ аргаар жирэмслсэн архаг ановуляцтай хоёр эмэгтэй жирэмсний тест эерэг

гарсны дараа аяндаа зулбасан нь архаг ановуляцын үед өндгөвчийн сэдээлтийг мөчлөгийн хоёрдугаар фазыг дэмжих эмчилгээтэй хавсарч хийгээгүйгээс улбаатай байж болох юм (Hannoun A et al., 1998)

Энэхүү судалгаа нь одоо ч үргэлжлэн хийгдэж байгаа бөгөөд өөрсдийн судалгааны ажлын үр дүнд үндэслэн эмчилгээний болон үрийн шингэн угаах аргуудаар орчин үеийн аргуудаар баяжуулан эмчилгээний үр дүнд сайжруулах зорилт тавин ажиллаж байна. Судалгааны үр дүнд сайжруулахад бас нэг чухал хүчин зүйл бол эмчилгээ хийх орчин нөхцлийг, цаашилбал хууль эрх зүйн орчинг ч бас анхааран үзэх нь зүйтэй гэж үзэж байна.

Дүгнэлт: Дээрх судалгааны ажилд үндэслэн дараах дүгнэлүүдийг хийж байна.

1. Эр бэлгийн эсийг угааж умайнд хөндийд суулгахад нөлөөлж буй гол хүчин зүйл нь үрийн шингэн дэх сайн хөдөлгөөн бүхий эсийн тоо гэж үзэж байна.
2. Жирэмслэх магадлал нь эмчилгээний эхний 2-3 циклд илүү өндөр байна.
3. Энэ эмчилгээ нь хэрэв өвчтнийг зөв сонгож хэрэглэвэл манай оронд хэрэглэхэд харьцангуй өртөг багатай үр дүнтэй эмчилгээ гэж үзэж байна.

Reference

1. Keck C, Gerber-Schafer C, Breckwoldt M; Intrauterine insemination for treatment of male infertility. Int J Androl 1997; 20 Suppl 3: 55-64.
2. Pasqualatto EB et al, Unexplained infertility and Insemination; Fertil Steril 2005;23; 765-9;
3. Campana A, Sakkas D et al, Intrauterine insemination: evaluation of the results according to the woman's age, sperm quality, total sperm count per insemination and life table analysis, Hum Reprod, 1996 Apr; 11(94): 732-6.
4. Cohlen BJ, te velde ER et al; Controlled ovarian hyperstimulation and intrauterine insemination for treating male subfertility: A Controlled study; Hum Reprod 1998 Jun;13(6): 1553-8.
5. Dicky RP, Curole DN, Olar TT et al; Relationship of follicle number and other factors to fecundability and multiple pregnancy in clomiphene citrate-induced intrauterine insemination cycles. Fertil Steril 1992; 57;613-619.
6. Samuel E Brown, James P Toner et al; Vaginal misoprostol enhances intrauterine insemination. Hum. Reprod., Vol.16; N1, pp 96-101;2001.
7. Hannoun A, Abu-Musa A et al; Intrauterine insemination IUI: the effect of ovarian stimulation and infertility diagnosis on pregnancy outcome; Clin Exp Obstet Gynecol 1998;25 (4): 144-6.
8. Aboulghar Ma, Mansour RT et al; Ovarian superstimulation and intrauterine insemination for the treatment of unexplained infertility, Fertil Steril 2003 Aug; 60 (2): 303-6.

Танилцаж нийтлэх санал өгсөн:
Анагаах ухааны доктор, профессор Б.Шижирбаатар

ДОТООД ШҮҮРЛИЙН ГАРАЛТАЙ ҮРГҮЙДЛИЙН ЗОНХИЛОН ТОХИОЛДОХ ХЭЛБЭРҮҮД БА ЭРСДЭЛТ ХҮЧИН ЗҮЙЛС

Б. Цэдмаа¹, Б.Жав, Д.Сүхээ, Н.Нармандах,

1ЭМШУИС, 2Онош Мед,
e-mail: bcedmaa@yahoo.com

CLINICAL PATTERNS OF ENDOCRINE INFERTILITY AND ITS RISK FACTORS

Tsedmaa B¹, Jav B¹, D.Sukhee¹ & N.Narmandakh²
¹HSUM, ²"Onosh med" lab

Objective: To determine to common clinical forms of endocrine infertility and evaluate the possible risk factors and compare clinical findings with hormone profile.

Materials and Methods: This is prospective study conducted in infertility clinics at MCHRC between 2001-2006. There 343 women with infertility were investigated by WHO protocol for detecting the causes of their infertility. Patients were divided into three groups based on clinical and laboratory investigations' findings. All information were analyzed by SPSS for Windows, 11, 5; 13 software. The student t-test, ANOVA and multiple regression tests were used for statistics.

Results: The mean age and infertility duration of study women were 34.1±5.3 and 58.3±37.2 respectively. The most common types of endocrine infertility among study subjects were chronic anovulation (39.2%) polycystic ovarian syndrome (25.9%) and hyperprolactinemia (28.1%). The possible risk factors for endocrine infertility were identified in this study elevated FCH (Odds ration 6.1) and PRL (Odds ratio 3.1) on the day three and diminished ovarian volume (Odds ratio 5.8).

Conclusion: Chronic anovulation, hyperprolactinemia and polycystic ovarian syndrome are three main clinical forms on endocrine infertility and ovarian function screening should be done in women with infertility as first line investigation.

Key words: chronic anovulation, endocrine, Infertility, hyperprolactinemia and polycystic ovarian syndrome.

Pp.49-53, Tables 3, References 17.

Судалгааны үндэслэл. Үр удмаа төрүүлж өсгөх нь хүн төрөлхтний нэгэн үндсэн инстинкт бөгөөд дэлхий дээр хүн бий болсон цагаас эхлэн үргүйдлийн асуудал үүссэн байна. Үргүйдэл гэж 6 сар ба түүнээс дээш хугацаанд жирэмслэхээс хамгаалах ямар нэг хэрэгсэл хэрэглэхгүйгээр бэлгийн тогтмол харьцаатай байхад жирэмслэхгүй байхыг хэлнэ (1, ACOG).

Үргүйдэл нь хүний эрүүл мэндэд шууд нөлөөлж амь насанд аюул учруулдаггүй ч хувь хүний нөхөн үржихүйн эрүүл мэндэд, гэр бүлийн тогтвортой байдалд, сэтгэл зүйн болон эдийн засгийн хувьд сөрөг үр дагавар ихтэй нийгмийн эрүүл мэндийн эмзэг асуудал юм.

ДЭМБ –ын мэдээлснээр нийт гэрлэсэн хосуудын 8-12%-д амьдралын аль нэгэн үед үр хүүхэд олоход бэрхшээл тохиолддог, эдүгээ хүж дэлхийд ойролцоогоор 50-80 сая гэр бүл үргүйдэлтэй

байна гэсэн тооцоо байдаг (2). Манай оронд хийгдсэн зарим судалгаануудаас үргүйдлийн тархалт 6.5% (Энхжаргал нар, 1996) байсан бол 2003 оны НҮЭМ-ийн суурь судалгаагаар 8.7 хувь болж өссөн байна. Үргүйдлийн шалтгааны дотор дотоод шүүрлийн гаралтай үргүйдэл 30-40 хувийг эзэлж байгаа (Speroff, 2005) бөгөөд 2004 онд хийсэн бидний судалгаагаар эмэгтэйчүүдийн үргүйдэл 45.6% байсан ба эдүгээ эмэгтэйчүүдийн үргүйдлийн эмнэл зүйн хэлбэрүүдийн дотор дотоод шүүрлийн ямар эмгэгүүд зонхилдог болон түүний эрсдэлт хүчин зүйлүүд судлагдаагүй болно. Мөн өндгөн эсийн гадагшлалтыг эмнэл зүйн болон дааварын оношлогооны нарийн шинжилгээнүүдийн үзүүлэлтүүдтэй харьцуулан судлах боломж бүрдсэн нь энэхүү гүнзгийрүүлсэн судалгааг хийх үндэслэл болсон юм. Түүнчлэн дааврын болон бусад эмнэл зүйн шинжилгээнүүдийн өөрчлөлтийг эмнэл зүйн талаас нь нарийн судалж үзэх нь үргүйдлийн үеийн тусламж үйлчилгээний тусламжийг сайжруулахад

чухал ач холбогдолтой байх юм.

Дотоод шүүрлийн гаралтай үргүйдэл нь хэрэв оношийг зөв тавьж чадвал бусад хэлбэрийн үргүйдлийг бодвол эмчилгээний үр дүн харьцангуй өндөр байдаг хэдий ч эмэгтэйн наснаас эмчилгээний үр дүн шалтгаалах эрсдэлтэй тул эрт үеийн оношлогоо чухал байр суурийг эзэлдэг болно. Иймд эмэгтэйчүүдийн үргүйдлийн эмнэл зүйн хэлбэрүүдийг үргүйдлийн цогц шинжилгээнүүдийн үндсэн дээр нарийвчлан судалж эрсдэлт хүчин зүйлсийг тогтоох нь цаашдын эмчилгээ болон энэхүү эмгэгээс урьдчилан сэргийлэх үр дүнтэй арга боловсруулахад чухал үр дүнгээ өгөх болно.

Судалгааны зорилго. Нөхөн үржихүйн насны эмэгтэйчүүдийн дунд тохиолдож буй дотоод шүүрлийн гаралтай үргүйдлийн эмнэл зүйн хэлбэрүүд, тэдгээрт нөлөөлөх эрсдэлт хүчин зүйлүүдийг тогтоох, оношлогоо эмчилгээний үр дүнтэй загвар боловсруулахад оршино.

Судалгааны зорилтууд:

1. Эмэгтэйчүүдийн дотоод шүүрлийн гаралтай үргүйдлийн эмнэл зүйн хэлбэрүүд, тэдгээрийн эзлэх хувийг тогтоох
2. Эмэгтэйчүүдийн дотоод шүүрлийн гаралтай үргүйдлийн үе дэх дааврын шинжилгээний үзүүлэлтүүдийг эмнэл зүйн хэлбэрүүдтэй нь харьцуулан судалж, хоорондын хамаарал болон эмнэл зүйн ач холбогдлыг тогтоох
3. Эмэгтэйчүүдийн үргүйдлийн даавар оношлогоонд үндэслэсэн эмчилгээний үр дүнтэй загвар боловсруулж практикт нэвтрүүлэх.

Судалгааны хэмжигдэхүүн ба арга зүй.

Судалгааны ажлыг ЭМШУИС-ийн Анагаахын сургуулийн эх барих эмэгтэйчүүд судлалын тэнхимийн 2005 оны 9-р сарын 30-нд хуралдсан хурлаар батлагдсан аргачлалын дагуу явуулав. Энэхүү судалгаанд ЭНЭШТ-ийн эмэгтэйчүүдийн Зөвлөх Поликлиникийн Үргүйдлийн кабинет болон тасагт 2001-2006 онд үргүйдлийн учир эмчлүүлсэн 343 эмэгтэйчүүдийг шалгуур үзүүлэлтүүдийн дагуу хамруулан ДЭМБ-аас гаргасан “Үргүйдэлтэй хосуудыг шинжлэх стандартчлагдсан аргачлал”-ын эмэгтэйг шинжлэх аргачлалын (1993) дагуу судлав. Судалгааг нэг агшны болон тохиолдол хяналтын загвар ашиглан явуулсан, эмнэл зүйн болон дааврын шинжилгээгээр дотоод шүүрлийн гаралтай үргүйдэл гэж оношлогдсон 181 эмэгтэйд судалгаа хийсэн.

Анхны үзлэгийн үеэр тохирох хосуудаас судалгаанд оролцох зөвшөөрөл авсны үндсэн дээр өвчний болон амьдралын түүх, биеийн бодит үзлэгийг хийж шаардагдах шинжилгээнд хамруулав. Дотоод шүүрлийн гаралтай үргүйдэл биений юмны мөчлөгийн хямралтай, үсжилттэй,

дааврын шинжилгээнд өөрчлөлттэй, хөхнөөс сүү гардаг, нөхрийн үрийн шингэн хэвийн үед оношлосон болно.

Дааврын шинжилгээг фермент-дархлааны аргаар (ELISA) биений юмны мөчлөгийн байдлаас шалтгаалж хэрэв хэвийн 28-30 хоногийн мөчлөгтэй бол гуравдах хоногт LH, FSH, PRL, T, Инсулин, TSH, 21-23 хоногт P4 зэрэг дааврын хэмжээг ийлдсэнд тодорхойлсон. Үргүйдлийн бусад шалтгаануудыг үгүйсгэх зорилгоор гистеросалпингографийн, хэвлийн хөндийн дурангийн, өндгөн эсийн боловсролтыг хэт авиан шинжилгээгээр хянах, хошногны халуун хэмжих зэрэг шинжилгээг заалтын дагуу хийлээ.

Үргүйдэлд нөлөөлж болох үндсэн хүчин зүйлүүдийг судлах зорилгоор урьдчилан боловсруулсан асуулгын судалгаанд хамрагдсан эмэгтэйчүүдээс болон жирэмсний хяналтанд байгаа 100 эмэгтэйгээр бөглүүлсэн.

Холбогдох бүх мэдээлэл, үр дүнг ДЭМБ-ээс гаргасан судалгааны картанд тэмдэглэж компьютерийн мэдээллийн системд орууллаа. Судалгааны боловсруулалтыг компьютер статистикийн “SSPS for Windows, 11.5,13.0” программ ашиглан хийлээ.

Эмнэл зүйн бүлгүүдийн хоорондох ялгааг харьцуулахад оюутны т-тест ашигласан, бүлэг хоорондын ялгааг хооронд нь харьцуулахад статистик боловсруулалтын ANOVA тестийн тусламжтайгаар үзүүлэлтүүдийн дундаж, стандарт хазайлт, статистик ялгааг харуулав.

Олон хүчин зүйлсийн шинжилгээнд логик регрессийн аргыг хэрэглэсэн, энэ арга нь хоёрхон утгатай хувьсагчид хүчин зүйлс хэрхэн нөлөөлөхийг тогтооход тохиромжтой.

Судалгааны асуулга:

1. Дотоод шүүрлийн гаралтай үргүйдэлийг өндгөн эс боловсрох шатны фолликул сэдээх дааврын (ФСГ) хэмжээ болон гонадотропинуудын харьцаагаар урьдчилан тогтоох боломжтой юу?
2. Үр хөндөлт болон бусад бусад жирэмсэлт төхрөлөтийн хүндрэлүүд нь дотоод шүүрлийн гаралтай үргүйдэл үүсэхэд нөлөөлдөг үү?

Судалгааны үр дүн. Судалгаанд хамрагдсан эмэгтэйчүүдийн хүн ам зүйн үндсэн болон эмнэл зүйн үзүүлэлтүүдийг Хүснэгт 1-т үзүүлэв.

Хүснэгт 1.

Хүн ам зүйн болон эмнэл зүйн үзүүлэлтүүд

Үзүүлэлтүүд	Тоо	Дундаж ±SD /%
Эмэгтэйн нас	181	34.1±5.3
Үргүйлийн хугацаа (сар)	181	58.3±37.2
Эмэгтэй боловсрол		
Бага\ үгүй	11	6.07
Дунд	36	19.8
Техникийн	57	31.2
Дээд	77	42.5
Үргүйдлийн хэлбэр		
Анхдагч	101	56.3
Хоёрдогч	79	43.7
Хот	124	68.9
Хөдөө	57	31.1
Гэрлэлт		
Анхны	112	61.8
Хоёрдох	69	38.1
Үр хөндөлт		
Тийм	86	47.5
Үгүй	95	52.4
Кесарын хагалгаа		
Тийм	63	34.8
Үгүй	118	65.2
Цус алдалт		
Тийм	29	16.02
Үгүй	152	83.9
БЖУ		
Хэвийн	126	69.6
Багассан	19	10.4
Ихэссэн	36	19.8

Хүснэгт 1—с харахад судалгааны эмэгтэйчүүдийн дундаж нас нь 34.1±5.3, үргүйдэлтэй байсан дундаж хугацаа нь 58.3±37.2 сар байгаа бөгөөд нийт эмэгтэйчүүдийн ихэнх нь дээд (42.5) болон техник мэргэжлийн (31.2) боловсролтой байгаагаас гадна анхдагч хэлбэрийн үргүйдэл давамгайлж (56.3) байна.

Эдгээр эмэгтэйчүүдийн түрүүчийн жирэмсэлт төрөлтийн байдлыг судлахад бараг 50 орчим хувь нь үр хөндүүлснээс гадна төрөлт нь 34.8 % -д кесарын мэс заслаар төрсөн байна.

Хүснэгт 2

Дотоод шүүрлийн гаралтай үргүйдлийн тархалт

Оношлогдсон байдал	тоо	Хувь
Хэвийн		
Үргүйдлийн мөчлөгтэй эм эмнэл зүйн бэлгийн эс хэлбэрүүд		
гадагшлаагүй	71	39.2
ӨХУХШ	47	25.9
ӨЭЦХШ	9	4.97
Пролактин хэт ихсэлттэй	51	28.1
Шихан хам шинж	2	1.1
Бөөрний дээд булчирхайн хавдар	1	0.55
Нийт эмэгтэйчүүд	181	100

Судалгааны эмэгтэйчүүдийн эмнэл зүйн болон дааврын шинжилгээг үндэслэн үргүйдлийн шалтгааныг тогтоосон байдлыг Хүснэгт -2т үзүүлэв.

Хүснэгтээс харахад хамгийн элбэг тохиолдож байгаа дотоод шүүрлийн гаралтай үргүйдлийн шалтгаанд мөчлөгийн алдагдалгүй архаг ановуляци

(39.2) байсан бол пролактины хэт ихсэлт (28.1) болон ӨХУХШ (25.9) дараагийн байруудад орж байна.

Эмэгтэйчүүдийн үргүйдэлд хүргэж болох эрсдэлт хүчин зүйлсийн хамаарлыг гаргахын тулд 2 X 2 хүснэгтийг ашиглан Хүснэгт-3-т үзүүлэв.

Хүснэгт 3.

Дотоод шүүрлийн хямрал үүсэхэд нөлөөлөх хүчин зүйлс

Үргүйдэлд нөлөөлж болох хүчин зүйлүүд	Үргүйдэлтэй эмэгтэйчүүд (n=181)	Үргүйдэлгүй эрүүл эмэгтэйчүүд (n=100)	X ² P утга
Эмэгтэйн нас			
<35	105	74	0.033*
> 35	76	26	
Биеийн жингийн үзүүлэлт			
Хэвийн	183	81	0.050*
Ихэссэн	66	19	
ПРЛ ихсэлт			
Үгүй	130	6	
Тийм	51	94	0.000***
Үр хөндөлт			
Үгүй	86	46	
Эрт	66	53	
Хожуу	29	1	0.050*
Кес мэс засал			
Үгүй	118	73	0.090
Тийм	63	27	
Ажлын ачаалал, стресс			
Үгүй	98	68	0.037*
Тийм	83	32	
Хорт зуршил			
Тамхи татдаггүй	153	94	0.366
Тамхи татдаг	28	6	
Жирэмслэх хамгаалах арга			
Үгүй			0.003***
Депо	130	54	
Эм	31	8	
Ерөндөг	6	2	
Бусад	14	29	
		7	

***P < 0.001; *P<0.05

X² тестээр пролактин ихсэлт, жирэмсний ба төрөлтийн хүндрэл, үр хөндөлт хийлгэсэн эсэх гэсэн хүчин зүйлс эмэгтэйчүүдийн үргүйдэлд ач холбогдол бүхий хамааралтай байлаа. Эдгээр хүчин зүйлсийг олон хүчин зүйлсийн шинжилгээнд сонгон оруулахад эмэгтэйчүүдийн дотоод шүүрлийн гаралтай үргүйдэлд хамгийн хүчтэй нөлөөлж байгаа хүчин зүйлд эмэгтэйн нас (OR=2.1), пролактин дааврын ихсэлт (OR=3.1), үр хөндөлт (OR=4.6), дааврын эм удаан хэрэглэх (OR=2.54) орж байна.

Дотоод шүүрлийн хямрал үүсэхэд хамгийн чухал хүчин зүйлсийг тодорхойлох зорилгоор олон хүчин зүйлсийн шинжилгээг хийлээ. Олон хүчин зүйлсийн шинжилгээг 2x2 хүснэгтээс нөлөө бүхий магадлалтай үзүүлэлтүүдийг сонгон авч дараах хоёр үндсэн загвар үүсгэн шинжилж үзэв.

Хүснэгт 4.

Эмэгтэйчүүдийн үргүйдэлд нөлөөлж буй хүчин зүйлс

Нөлөөлөх хүчин зүйлс	Загвар1 Эмэгтэй үргүйдэл (Odds ratio)	Загвар 2 Дотоод шүүрлийн хямрал (Odds ratio)
Нас <35 >35	1 0.9	1 2.1*
Жирэмсний хүндрэл үгүй тийм	1 2.6*	1 4.51**
Үр хөндөлт хийлгэсэн эсэх үгүй тийм	1 1.2	1 2.8*
Бага аарцгийн үрэвсэлт өвчин үгүй тийм	1 5.3***	1 4.2***
БЗХӨ үгүй заг хүйтэн бусад	1 0,51 3.61**	1 1,4 1.2
Пролактин хэвийн хэвийн бус	1 1.2*	1 3.1**
Өндгөвчийн эзэлхүүн < 6.0 > 6.0	1 2,4	1 5.8***
Мөчлөгийн 3 дахь өдрийн ФСГ < 10 > 10	1 3.6**	1 6.12***

***p<0.001; **p<0.01; *p<0.05

Хүснэгт 4 өөс харахад жирэмсний хүндрэл (OR=4.51), үр хөндөлт (OR=2.8), өндгөвчийн эзэлхүүн өөрчлөгдөх 9 (OR=5,8) нь дотоод шүүрлийн хямрал үүсгэхэд хамгийн хүчтэй нөлөөлдөг нь тогтоогдлоо.

Хэлцэмж. Энэхүү судалгааны ажлаар дотоод шүүрлийн гаралтай үргүйдлийн эмнэл зүйн хэлбэрүүдийг дааврын болон эмнэл зүйн шинжилгээтэй уялдуулан тогтоохыг зорьсон юм. Биений юмны хэвийн мөчлөгтэй хэрнээ өндгөн эс гадагшлахгүй байх, пролактин дааврын ихсэлт, өндгөвчийн хатууралт уйланхайжих хам шинж тухайн хэлбэрийн үргүйдлийн шалтгаанд чухал байр суурь эзэлж байгаа нь тогтоогдлоо. Энэ нь бусад орны судлаачдын материалтай (Назаренко, Т А, 2005) харьцуулахад манай эмэгтэйчүүдийн дунд өндгөн эс архагаар гадагшлахгүй байх болон пролактин дааврын ихсэлт харьцангуй элбэг тохиолдож байгаа нь ажиглагдлаа. Орчин үед эмэгтэйчүүдийн нийгэмд эзлэх байр суурь өссөнөөр гэрлэлтээ хойшлуулах, давтан үр хөндүүлэх болон бусад нөхөн үржихүйн эрсдэлт хүчин зүйлийн эрсдэлд өртөх зэрэг нь (Westoff CF, et al.1986; Adam H Balen et al, 2003) нэг талаас эмэгтэй үргүйдлийн гол хүчин зүйл болох насны факторын (Kathryn L et al, 2006) нөлөөг нэмэгдүүлэхээс гадна нөхөн үржихүйн дааврын хямралд хүргэж байж болох юм.

Бидний судалгаанд хамрагдсан эмэгтэйчүүдийн дундаж нас нь 34.1±5.3 байгаа нь энэ хэлбэрийн үргүйдэлтэй эмэгтэйчүүд хожуу эмнэлэгт ханддаг нь илэрлээ. Эмэгтэйн нас ахих тутам нөхөн үржихүйн эрхтэн тогтолцоонд хөгшрөлтийн процесс явагдаж өндгөн эсийн чанар муудсанаас үр тогтоох чадваргүй болдог нь судлаачдын материалаар тогтоогдож байгаа боловч (Stephen EH et al.1998; Dunson DB, Colombo нар, 2002) олон хүчин зүйлийн шинжилгээгээр судалгаанд эмэгтэйчүүд энэхүү

хүчин зүйлээс хүчтэй нөлөө үзүүлэхгүй байгаа нь анхаарал татаж байна. Гэхдээ нэг талаас өндгөвчийн хатууралт уйланхайжих хам шинжтэй эмэгтэйчүүд ихэвчлэн эрт оношлогддог болохоор энэ бүлгийн эмэгтэйчүүдэд харьцангуй залуу эмэгтэйчүүд орсон байж болох юм. Нөгөө талаас насны хүчин зүйлс нь эмэгтэйг шууд үргүйдэлтэй болгох гол хүчин зүйл биш (David B.Dunson нар, 2002) зөвхөн эмэгтэйн нас ахих тусам өндгөвчөөс өндгөн эс гадагшлахгүй буюу шар биеийн дутагдалтай мөчлөгийн тоог ихэсдэгтэй холбоотойгоор судалгааны эмэгтэйчүүдэд мөчлөг хэвийн үеийн ановуляц оношлогдсон байж болно.

Судлаачдын тооцоолсноор хэвийн мөчлөгийн 30 гаруй хувьд (Davis OK, Berkeley AS нар, 1989) шар биеийн буюу 2-р шатны дутагдал оношлогддог байна. Иймд өндгөвчөөс эм бэлгийн эс удаан хугацаанд гадагшлахгүй байх оношийг нэг удаагийн сийвэнд тодорхойлсон прогестероны (P4) түвшингээр тодорхойлохоос гадна эмнэл зүйн бусад үзүүлэлтүүдтэй нарийн холбож үзэх нь оношийн бодит чанарыг нэмэгдүүлэх ач холбогдолтой.

Бидний судалгаагаар нийт үргүйдэлтэй эмэгтэйчүүдийн 28,9%-д пролактин даавар ихэссэн байсан нь тогтоогдсон бөгөөд эмэгтэйчүүдийн практикт биений юмгүйдлийн шалтгааны 30 хүртэл хувьд (Speroff L, 2005), дотоод шүүрлийн гаралтай үргүйдлийн шалтгааны дотор 22.5 (Назаренко нар, 2005) эзэлдэг байна. Пролактин дааврын ихсэлт нь үргүйдэлд шууд нөлөөлөх гол хүчин зүйл бөгөөд хоёр үндсэн механизмаар (ГТ релизинг гормоныг дарангуйлах, өндгөвчийн үйл ажиллагааг шууд дарангуйлах) явагддаг болохыг судлаачид тогтоосон байна (Adam H Balen нар, 2003). Сийвэн дэх пролактин дааврын дундаж (38.3±8.9) хэмжээнээс харахад судалгааны эмэгтэйчүүдийн дийлэнх нь харааны товгор- өнчин тархины үйл ажиллагааны хямралаас үүдсэн пролактин хэт ихсэлттэй байх магадлалтай байсан бөгөөд 3 эмэгтэйд өнчин тархины хавдар оношлогдсон болно. Гэхдээ өнчин тархины зарим хавдрын үед пролактин бага зэрэг ихсэх тохиолдол байдаг байна (Kristy Ruis, Jeremy King, 2007). Пролактин дааврын ихсэлтэнд бухимдлын хүчин зүйл нөлөөтэй байдаг учраас сүүлийн үед судлаачид энэхүү дааврыг дарангуйлах эмчилгээг, өндгөвчийн сэдээх эмчилгээтэй хавсруулж хийх хандлагатай байна. Зарим тохиолдолд энэ дааврын ихсэлт сүүжих шинжтэй хавсарч тохиолдох нь элбэг байдаг, бидний судалгаагаар энэ дааврын ихсэлттэй эмэгтэйчүүдийн 11.3% нь хөхний эмгэг сүүжилттэй байлаа. Эмгэг сүүжилт, биений юмгүйдэл зэрэг илэрч байгаа тохиолдолд өнчин тархины хавдар байх магадлал 90 хувь хүртэл өндөрсдөг байна (Laufer MR нар, 1995).

Энэхүү судалгаанд хамрагдсан эмэгтэйчүүдийн 25.9 хувьд өндгөвчийн хатууралт уйланхайжих эмгэг илэрсэн бөгөөд энэ оношийг 2001 онд Victor GoH HH нар болон 2003 оны Rotterdam ESHRE/ASRM -ын семинараас удирдамж болгосон аргачлалын дагуу сийвэн дэх гонадотропинуудын харьцаа, андроген дааврын ихсэлт зэргийг үндэслэн тогтоосон болно. Энэ эмгэгийн үед стероидын хэвийн бус ялгарал нь гипоталамус-гипофизийн нэгжид эмгэг эргэх холбоогоор хорт тойрог үүсгэхүйц нөлөөг үзүүлдэгээс гонадотропинуудын харьцаа нэмэгдсэнээс эстроген-гестогены үйл ажиллагааны төвийн зохицуулга

алдагдсанаас архаг ановуляци улмаар үргүйдэлд хүргэдэг байна (Victor Goh нар, 1998). Энэ эмгэгийн эрүүл эмэгтэйчүүдийн дунд тохиолдох тархалтын судалгаа манай оронд хийгдээгүй ч гэсэн бидний судалгаагаар энэ эмгэг үргүйдэлтэй эмэгтэйчүүдийн, ялангуяа дотоод шүүрлийн гаралтай үргүйдлийн дотор элбэг тохиолдож байна. Биений юмны алдагдалтай, үсжилт, батга илэрсэн эмэгтэйчүүдэд дээрх эмгэгийг үгүйсгэх нь үргүйдлийн эмчилгээний үр дүнд төдийгүй энэ эмгэгийн цаашдын хүндрэлээс урьдчилан чухал ач холбогдолтой юм (Fruzzetti et al., 1999; Legro et al., 1998).

Дотоод шүүрлийн гаралтай үргүйдэлд нөлөөлж болох хүчин зүйлүүдийн хамаарлаас харахад үр хөндүүлэх, жирэмслэх хамгаалах дааврын эм удаан хэрэглэх, өндгөвчийн эзэлхүүн ихсэх, зэрэг хүчин зүйлүүд хамгийн хүчтэй нөлөөлж байгаа нь анхаарал татаж байна. Олон удаа үр хөндүүлэх нь нөхөн үржихүйн эрүүл мэндэд хортой нь ойлгомжтой хэдий ч үр хөндөлт дотоод шүүрлийн гаралтай үргүйдэлд хүчтэй нөлөөж байгаа талаар судлаачдын материал ховор байна. 1979 онд Далакег нарын судлаачид анхны жирэмслэлтийг үр хөндүүлэх нь өндөр эрсдэлтэй болохыг судалсан бол 1988 онд Капелиушник нарын судалгаагаар үр хөндөлтийн дараа хоёрдогч үргүйдэл үүсэх нь ховор боловч давтан болон жирэмсэний хожуу хугацаанд үр хөндүүлэх нь үргүйдэлд нөлөөлөх хүчин зүйл байж болохыг тогтоосон байна. Мөн энэ судалгаагаар хийж байгаа ажилбарын өөрийнх нь хүндрэлтэй холбоотой байж болох талаар таамаглал дэвшүүлсэн байна. Бидний судалгааны материалаас харахад үр хөндөлт их өвдөлттэй удаан хугацаанд үргэлж хийгдсэн тохиолдолд эмэгтэйн төв мэдрэлийн тогтолцоонд эмгэг импульс удаан хадгалагдах нь цаашдын нөхөн үржихүйн төвийн зохицуулгад нөлөөлдөг байж болох юм. Нөгөө талаас бидний судалгааны дүн бусад судлаачдаас өөр гарч байгаа нь зарим нэг төөрөлдүүлэгч хүчин зүйлүүдийн нөлөө байхыг үгүйсгэх аргагүй юм.

Бидний судалгаагаар илэрсэн нэг онцлог зүйл нь жирэмслэх хамгаалах дааврын бэлдмэл (эм, Депо) дотоод шүүрлийн үргүйдэлд хүчтэй нөлөөлж байгаа нь илэрсэн юм. Хэдийгээр ЖХХД эмүүдийн талаарх хийгдсэн судалгаануудад энэ талаар мэдээлээгүй ч гэсэн ялангуяа тарих аргыг хэрэглэхээ болисны дараа өндгөвчийн үйл ажиллагаа сэргэх 1 жил хүртэл хугацаагаар хойшлогддог болохыг хүлээн зөвшөөрсөн байна (Mary Ellen Payone нар, 2007). Энэ судалгаанд хамрагдсан эмэгтэйчүүдийн 4.5 хувь нь өндгөвч эрт цуцах хам шинжтэй байсан, эдгээр эмэгтэйчүүдийн 2 нь дааврын бэлдмэл 7-9 жил хэрэглэсэний дараа биений юм огт үзээгүй байв. Хэдийгээр өндгөвч эрт цуцах хам шинж үүсэхэд дааврын эм нөлөөлөөгүй байж болох талтай ч энэ нь суурь эмгэгийг даамжруулсан байж болох юм. Иймд жирэмслэхээс хамгаалах аргуудыг нөхөн үржихүйн насны үе шатуудад зөв зохистой сонгож хэрэглэх, гэр бүл төлөвлөлтийн эмч нарыг жирэмснээс хамгаалах аргуудыг сурталчлахад сургахаас гадна үргүйдлийн эрсдэлийн талаар зөвлөгөө өгөхөд давхар сургах нь зүйтэй гэж үзэж байна.

Дүгнэлт:

1. Зонхилон тохиолдож буй дотоод шүүрлийн хямралд хэвийн мөчлөг бүхий архаг ановуляци,

пролактин дааврын ихсэлт болон өндгөвчийн хатууралт уйланхайжих хам шинж орж байна.

2. Үргүйдэлтэй эмэгтэйн шинжилгээний хамгийн эхний алхам нь өндгөвчийн байдлыг үнэлэхээс эхлэх нь зүйтэй бөгөөд дааврын шинжилгээг эмнэлзүйн үзүүлэлттүүдтэй нь уялдуулан зөв үнэлэх нь чухал байна.

3. Үргүйдэлд нөлөөлөх хүчин зүйлүүд нь ихэвчлэн урьдчилан сэргийлэх боломжтой байгааг анхаарч эрүүл мэндийн үйлчилгээ үзүүлэгчдийг үргүйдлийн оношлогоо, эмчилгээний талаарх суурь мэдлэгийг олгох, зөвлөгөө өгөх сургалтуудад хамруулах нь зүйтэй.

Ном зүй:

1. WHO: Infertility. A tabulation of available data on prevalence of primary and secondary infertility. Geneva, WHO Programme on Maternal and Child Health; 1991
2. Энхжаргал, Раднаабазар, 1996; Монгол дахь үргүйдлийн тархалт
3. Нөхөн үржихүйн эрүүл мэндийн судалгаа, 1998, 2003
4. Speroff, 2005, Reproductive endocrinology and Infertility.
5. ДЭМБ; Үргүйдэлтэй хосыг судлах аргачлал, 1993
6. Назаренко ТА, 2005. "Эндокринное бесплодие у женщин"
7. Adam H Balen et al, 2003, Infertility in practice; second edition
8. Kathryn L, Terry, ScD; Walter C Willett et al, Arch Intern Med, 2006;166;2484-2489
9. David BDunson, Colombo et al, 2004; Obstet. Gynecol, Vol 103, N 1, January.
10. Kristy Ruis, Jeremy King, 2007, Obs. Gynecol; Jons Hopkins Manual of Gynecology and obstetrics.
11. Victor Goh, The Gonadotropin surge in human reproduction: physiology and pathophysiology, Vol.2; Churchill Livingstone
12. Revised 2003 consensus on diagnostic criteria and long-term health risks related to PCOS; In Fertility and Sterility; Vol,81, No,1, January 2004.
13. Fruzzetti F, Bersi C et al: Treatment of hirsutism: comparisons between different antiandrogens with central and peripheral effects. Fert & Steril: 71: 445-51. 1999
14. Legro RS, Finegood D, et al: A fasting glucose to insulin ratio is a useful measure of insulin sensitivity in women with PCOS. JCEM 83:2694-2698. 1998,
15. Kapeliushnik NL, Osipov RA et al; Analysis of the sequelae of induced abortion (based on the clinical data of the V.I. Lenin Kazan Institute for Training of Physicians). Akush Ginekol (Mosk) 1988 Dec; (12): 52-3.
16. Hogue CJ, Cates W Jr et al: The effect of induced abortion on subsequent reproduction, Epidemiol Rev, 1982; 4:66-94
17. Dalaker K et al; Delayed reproductive complications after induced abortion. Acta Obstet Gynecol Scand 1979;58 (5): 491-4.

Танилцаж, нийтлэх санал өгсөн:

Анагаах ухааны доктор, профессор Б.Шижирбаатар

УЛААНБААТАР БОЛОН ТВЕРЬ ХОТЫН АТОПИЙН ДЕРМАТИТ ӨВЧТЭЙ ХҮҮХДҮҮДЭД НӨЛӨӨЛСӨН ХҮЧИН ЗҮЙЛҮҮД, ДАРХЛАА ТОГТОЛЦООНЫ СКРИНИНГ СУДАЛГААНЫ ҮЗҮҮЛЭЛТҮҮДИЙН УЯЛДАА БА ОНЦЛОГ

Ж.Соёл-Эрдэнэ¹, Н.Раднааханд²
¹УБТЗТЭ, ²ЭМШУИС

THE FACTOR RISK TO DEVELOP ATOPIC DERMATITIS BY CHILDREN IN CITY ULAANBAATAR AND TVER (THE COMPARATIVE STUDY)

J.Soyol-Erdene¹, N.Radnaakhand²
¹Railway W Station Hospital, ²Health Sciences University

Abstract .

Atopic dermatitis (AD) is most common disease among allergic disease by young children.

The prevalence of AD is increasing in last years. There appears to be a genetically determined predilection. About 80% of patients with AD have serum IgE concentrations increased 5- to 10 fold above normal.

Goal:

The aim of this study was to detect some influence to develop AD.

Methods:

We have involved to investigation 203 children with AD from Tver , 106 children with AD from Ulaanbaatar city aged 1-6 years. We did for 2 city's possible immunological study, such as IgA, IgM, IgG, IgE, HCT-test and also investigated analyses on dysbacteriosis.

The severity of AD reported by SCORAD sore.

Results:

The study result showed that if mother has chronic diseases, family history on allergic disease, late breastfeeding after birth, mothers smoking, occupational risk factors influenced to develop AD significantly. The Hyperemesis gravidarum, birth complication, birth term and obstetric care were influenced in same prevalence in both citys. Among Ulaanbaatar mothers the number of mothers with chronic diseases and family history on allergic diseases were higher than Tver. Occupational risk factors and smoking were higher in Tver than in UB. All above detected factors were causes of hypoxic- ischemic encephalopathy. This hypoxic syndrome is one of risk factor to develop AD. Among postpartum risk factors were detected: dysbacteriosis (77,3%, 74,5%), digestive tract diseases (67,9%, 36,9%), enteriobiosis (59,5%, 31,5%) in high prevalence. Also was detected in high prevalence acute respiratory tract infection (71,7%, 64,5%), herpes virus infection (33,9%, 31,5%) and Lymphadenopathy (55,7%, 59,6%).

Conclusions:

1. Neonatal neurological disorder such as brain-hypoxi may influence to develop AD.
2. The most common postpartum risk factors to develop AD are digestive tract diseases, acute viral infection, adenopathy .
3. The influencing factors to develop AD by children Ulaanbaatar and Tver were different.
4. The result showed that it is essential to do the immune correction treatment to prevent of AD.

Key words: atopic dermatitis, influencing factors, immunological system

Pp.54-57, Tables 4, References 16.

Түлхүүр үг: атопийн дерматит, нөлөөлөх хүчин зүйлс, дархлаа тогтолцоо

Удиртгал: Атопийн дерматит өвчин нь удамших шинж чанартай, янз бүрийн хүчин зүйлээс шалтгаалж дархлааны хариу урвалын гажуудал илэрснээс олон эрхтэн, тогтолцоог гэмтээдэг харшлын өвчин юм. Энэ нь хүүхдийн дунд хамгийн их тархсан, хүүхдийн амьдралын идэвхитэй үйл ажллагаа, амьдралын чанарыг хязгаарласан арьсны архаг өвчин юм. Сүүлийн жилүүдэд атопийн

дерматит өвчин нь хүүхдийн харшлын өвчний дотор тэргүүлэх байрыг эзэлж байна. Иймээс атопийн дерматит өвчнөөс урьдчилан сэргийлэх явдал нь хойшлуулшгүй асуудал болсон тул атопийн дерматит өвчинд өртөмтгий хүүхдүүдийг илрүүлэх шалгуур үзүүлэлтүүдийг боловсруулсны үндсэн дээр тухайн өвчнөөр өвчлөмтгий хүүхдүүдэд чиглэгдсэн урьдчилан сэргийлэх үр дүнтэй арга хэмжээ авах нь чухал юм. Атопийн дерматит өвчний эмгэг жамд дархлаа тогтолцооны өөрчлөлт

давамгайлдаг тул нөлөөлөх хүчин зүйлд нь дархлааны үзүүлэлтүүдэд хэрхэн нөлөөлж байгаа нь анхаарал татаж байна.

Зорилго: Атопийн дерматит өвчний тавиланг сайжруулах, урьдчилан сэргийлэх тусламжийг боловсронгуй болгох зорилгоор 2 хотын атопийн дерматит өвчтэй хүүхдүүдэд нөлөөлөх хүчин зүйлүүдийг илрүүлсний үндсэн дээр эдгээр нөлөө нь дархлаа тогтолцоонд нөлөөлөх эсэхийг дүгнэх явдал юм.

Материал арга зүй: Улаанбаатар болон Тверь хотын хүүхдүүдийн дунд скрининг судалгааг 3 үе шаттайгаар явуулж ажиглалт дүгнэлт хийлээ. Үүнд:

1) тусгай боловсруулсан асуумжийн тусламжтайгаар анхны судалгаа хийж өвчтөнөө сонгосон.

2) авсан мэдээллийн үндсэн дээр харшил-дархлааны эмнэл зүйн эмчийн үзлэг хийгдсэн.

3) Дархлаа тогтолцооны лабораторийн шинжилгээ хийгдсэн.

Тверь хотоос нийт 5000 хүүхэд судалгаанд хамрагдсан ба эдгээрээс атопийн дерматит өвчтэй 203 хүүхэд, Улаанбаатар хотоос атопийн дерматит өвчтэй 106 хүүхэд сонгон авсан. Судалгаанд 1-6 насны хүүхэд хамрагдлаа. Сонгогдсон бүх хүүхдэд Оросын АУ-ны Академийн дэргэдэх Эмнэл зүйн дархлаа судлалын хүрээлэнд боловсруулсан тусгай асуумжийн дагуу эмнэл зүйн үзлэг хийж, статистик боловсруулалт хийлээ. Мөн тохиолдлын журмаар сонгон авсан эдгээр хүүхдүүдээ скрининг судалгаанд тохиромжтой, Улаанбаатар, Тверь хотын хрээнд боломжтой дархлааны 1-р шатны судалгаа хийсэн. Үүнд цусны ерөнхий шинжилгээ, ELISA-ийн аргаар ийлдсийн IgA, M,G, E-г тодорхойлох, захын судасны цусанд нейтрофилийн нян устгах үйл ажиллагааг дүгнэх, "НСТ"-тест, уламжлалт аргаар дисбактериозын шинжилгээ хийгдсэн.

Хүснэгт 1

Судалгааны материал, арга зүй

Аргачлал	Хүүхдийн тоо	
	Тверь	Улаанбаатар
Анхны асуумжинд хамрагдсан хүүхдийн тоо	5000	200
Харшил-дархлааны эмнэл зүйн эмчийн үзлэг	203	106
Цусны ерөнхий шинжилгээ	203	106
Ig A,M,G	47	47
Ig E	47	-
НСТ-тест	47	47
Фагоцитозын идэвхижил	47	-
Дисбактериозын шинжилгээ	157	79

Бүх хүүхдүүдэд "Атопийн дерматит" оношийг олон улсын шалгуурын дагуу тавьсан ба хүнд хөнгөний байдал нь "SCORAD"-ын оноогоор дүгнэгдсэн.

Үзүүлэлтүүдийн статистик боловсруулалтад Колмогорова-Смирнова-н шалгуурууд, Манна-Уитин болон регрессийн анализыг ашигласан.

Корреляцид каноник корреляц ба Durbin-Watson statistic-test –н үндсэн дээр магадлалыг шалгах Пирсоны коэффициентийг ашиглалаа.

Судалгааны ажлын үр дүн, хэлцэмж:

Нөлөөлөх хүчин зүйлийг төрөхийн өмнөх, төрөх үеийн, төрсний дараахь үеийн гэсэн ангиллаар судалж эрсдэлийг нь илрүүллээ. Төрөхийн өмнөх үед атопийн дерматитээр өвчлөхөд эхийн жирэмсэн үеийн эмгэг, жирэмсний хордлого, вирусийн халдвараар өвчлөх, дутуу төрөлт, хоолны дэглэм алдах, эх тамхи татах зэрэг гаж зуршиллууд нөлөөлдөг нь тогтоогджээ. Харин нярай үед төрсний дараа эхний цагт амлуулаагүй, хүүхдийг тэжээвэр өсгөх зэрэг нь нөлөөлдөг бол бага насанд гэдэс хоодоодны хямрал, цэсний үйлийн хямрал, сөөргөө урсгал, шимэгчийн халдвар, дисбактериозоос гадна хамар хоолойн архаг голомтууд, амьсгалын замын өвчнөөр өвчлөмтгий байдал зэрэг нь биемахбодид IgE-ийн нийлэгжилтийг ихэсгэснээр атопийн дерматитээр өвчлөх хүчин зүйлүүдийн нэг болдог байна. Нянгийн архаг халдвартай нийт IgE-ийн хэмжээ шууд хамааралтай гэж зарим эрдэмтэд тогтоожээ.

Судалгаанаас харахад төрөхийн өмнөх болон төрөх үед нөлөөлж буй хүчин зүйлүүдэд эхийн өвчлөмтгий байдал, удмын харшимтгай байдал, нярайг эхний 1 цагийн дотор амлуулсан байдал, эхийн тамхи таталт, мэргэжлийн хортой нөхцөл өндөр магадлалтайгаар 2 хотын эхчүүдэд ялгаатай нөлөөлж байсан бол жирэмсний хордлого, төрөхийн хүндрэл, төрсөн хугацаа, эх барихын тусламж авсан байдал нь бараг ижил харьцаатайгаар нөлөөлж байв.

Хүснэгт 2

Тверь болон Улаанбаатар хотын атопийн дерматит өвчтэй хүүхдүүдэд нөлөөлөх төрөхийн өмнөх болон төрөх үеийн эрсдэлт хүчин зүйлүүд

№ Д/д	Эрсдэлт хүчин зүйлүүд	Харьцуулсан хүүхдийн тоо, хувь				P
		АД-тэй хүүхдүүд, n=203 (Тверь)		АД-тэй хүүхдүүд n=106 (Улаанбаатар)		
		тоо	%	тоо	%	
1	Удмын харшлын анамнез	53	26,1%	76	71,7%	p<0,05
2	Эхийн мэргэжлийн хортой нөхцөл	39	19,2%	4	3,8%	p<0,05
3	Эхийн тамхидалт	15	7,3%	5	4,7%	p<0,05
4	Эхийн архаг өвчин	4	2%	36	33,9%	p<0,05
5	Эхийн архаг стрессст байдал	1	0,5%	18	16,8%	p<0,05
6	Жирэмсэн үеийн хордлого	154	75,9%	93	87,7%	*
7	Төрөхийн хүндрэл	92	45,5%	56	52,8%	*
8	Жирэмсэн үеийн болон төрөх үеийн ТМС-н гэмтэл	87	42,9%	62	58,4%	p<0,05
9	Нярай үеийн эмгэг	142	69,9%	69	65,0%	*
10	Нярай анхны амлуулалт (эхний 1 цаг)	25	12,3%	66	62,3%	p<0,05
11	Хэвийн төрөлт	181	89,2%	66	62,4%	p<0,05
12	Хугацаандаа төрсөн байдал	176	86,7%	75	70,8%	p<0,05
13	Төрөнгүүт уйлсан байдал	191	89,2%	66	62,4%	p<0,05

* Статистикийн үнэн магадтай ялгаа илрээгүй.

Харьцуулахад Улаанбаатар хотын эхчүүдэд архаг өвчлөл 33,9%, удам дамжсан харшимтгай байдал 71,7% үнэн магадлалтайгаар тохиолдож байсан бол Тверь хотын эхчүүдийн 2% өвчлөмтгий ба удмын нөлөө 26,1% байлаа. Харин мэргэжлийн хортой нөхцөл, тамхи таталт Тверь хотын эхчүүдэд өндөр байв (19,2%; 7,3%). Нярайд эрт амлуулсан байдал нь Улаанбаатар хотын хүүхдүүдэд өндөр (62,3%) байсан бол Тверь хотын нярайн 12,3%-ийг эхний 1 цагийн дотор амлуулсан байв. Төрөхийн өмнөх болон төрөх үеийн нөлөөлөх хүчин зүйлүүд ураг ба нярайд тархины хүчилтөрөгч дуталд хүргэж байсан нь бидний анхаарлыг татаж “ гипоксийн хам шинж” гэж нэрлэн атопийн дерматит өвчний эмгэг жамд мэдрэлийн тогтолцооны талаас нөлөөлөх урьдал хүчин зүйлүүдийн нэг гэж үзлээ

Хүснэгт 3

Тверь болон Улаанбаатар хотын атопийн дерматит өвчтэй хүүхдүүдэд нөлөөлөх төрсний дараахь эрсдэлт хүчин зүйлүүд

№ д/д	Эрсдэлт хүчин зүйлүүд	Харьцуулсан хүүхдийн тоо, хувь				p
		АД-тэй хүүхдүүд, n=203 (Тверь)		АД-тэй хүүхдүүд n=106 (Улаанбаатар)		
		тоо	%	тоо	%	
1	1 нас хүртэл эхийн сүүгээр өсгөсөн байдал	39	19,2%	89	83,9%	p≤0,05
2	Хомхойн вирусээр халдварлагдсан байдал	69	33,9%	35	33%	*
3	Дисбактериоз	157	77,3%	79	74,5%	*
4	Амьсгалын цочмог халдвараар өвчлөмтгий байдал	131	64,5%	76	71,7%	*
5	ХБЗ-ын архаг өвчин	48	36,9%	72	67,9%	p≤0,05
6	Шимэгчийн халдвар	64	31,5%	55	59,5%	p≤0,05
7	Лимфоаденопатия	121	59,6%	59	55,7%	*
8	Гүйлсэн булчирхайн томролын хам шинж	88	43,3%	44	41,5%	*
9	Аденоидит	25	12,3%	38	35,8%	p≤0,05
10	Нярайн эхний сарууд дахь арьсны харшилт үрэвсэл	127	62,6%	88	83%	p≤0,05
11	Атопийн дерматит бусад атопийн өвчинтэй хавсарсан байдал	54	26,6%	50	47,2%	p≤0,05

* Статистикийн үнэн магадлалт ялгаа илрээгүй.

Төрсний дараахь үеийн нөлөөлөх хүчин зүйлүүдээс дисбактериоз (77,3%; 74,5%), хоол боловсруулах замын өвчлөл(67,9%; 36,9%), шимэгчийн халдвар (59,5%; 31,5%) өндөр магадлалтайгаар тохиолдож байснаас Улаанбаатар хотын хүүхдүүдэд шимэгчийн халдвар, хоол боловсруулах замын өвчлөл давамгайлж байлаа. Түүнчлэн амьсгалын замын цочмог халдвар (71,7%; 64,5%), хомхойн вирусээр (33,9%; 31,5%) өвчлөмтгий байдал нь 2 хотын хүүхдүүдэд ойролцоо өндөр тохиолдолтой байсан. Тунгалгийн булчирхайн томролын хам шинж болох гүйлсэн булчирхайн томролт (41,5%; 43,3%), аденоидит(35,8%; 12,3%), лимфоаденопатия(55,7%; 59,6%) үнэн магадлалтайгаар, ойролцоо тохиолдож байсан. Төрөхийн дараахь нөлөөлөх хүчин зүйлүүдээс хоол боловсруулах замын эмгэг, вирусн халдвараар өвчлөмтгий байдал, тунгалагийн булчирхайн томролын хам шинж нь дархлаа тогтолцооны үйл ажиллагааг хямрахад хүргэж атопын дерматит өвчний тавиланд нөлөөлж байна.

Тверь болон Улаанбаатар хотын атопийн дерматит өвчтэй хүүхдүүдийн дархлааны үзүүлэлтүүдийг дараахь хүснэгтээр харуулав.

Хүснэгт 4.

Атопийн дерматит өвчтэй хүүхдүүдийн дархлааны үзүүлэлтүүдийг харьцуулсан байдал

№	Дархлааны 1-р шатны шинжилгээний үзүүлэлт	АД өвчтэй хүүхдүүд (Тверь) n=47	АД өвчтэй хүүхдүүд (Улаанбаатар) n=47	P
1	Лейкоцит. Нийт тоо	7.2·10 ⁹ ±0,3	6.8·10 ⁹ ±0,3	*
2	Савхан бөөмт нейтрофил, %	5±0,05	2,7±0,06	p≤0,05
3	Тасархай бөөмт нейтрофил, %	39±1,6	61,4±1,4	p≤0,05
4	Эозинофил, %	6,4±0,6	1,8±0,3	p≤0,05
5	Моноцит, %	6,1±0,3	2,08±0,2	p≤0,05
6	Лимфоцит, %	44±0,7	33,8±0,7	*
12	НСТ-аажим, %	29,7±3,1	50,4±3,0	p≤0,05
13	СЦК-аажим, %	0,4±0,01	0,4±0,01	*
14	НСТ-сөдөөгчтэй, %	54,3±2,2	57,5±2,0	*
15	СЦК-сөдөөгчтэй, %	0,8±0,02	0,9±0,02	*
16	Ig A, г/л	1,29±0,02	1,3±0,01	*
17	Ig M, г/л	1,5±0,01	1,5±0,01	*
18	Ig G, г/л	7,6±0,3	10,3±0,3	p≤0,05

* Статистикийн үнэн магадлалт ялгаа илрээгүй.

Скрининг судалгаагаар 1-р шатны дархлааны үзүүлэлтүүдийг харьцуулахад Улаанбаатар хотын хүүхдүүдэд 5-6 насны хүүхдүүдийн онцлог болох физиологийн лимфоцитоз ажиглагдахгүй байсан нь Улаанбаатар хотын хүүхдүүдэд дээрхи нөлөөлөх хүчин зүйлүүдээс шалтгаалан дархлаа тогтолцооны хөгжил хоцронги, дутмагшилтай байна гэж үзсэн ба энэ нь НСТ тестын үзүүлэлтээр батлагдаж, энэ байдлыг ЦЕШ-нд ажиглагдсан нейтрофил олшролтоор тайлбарлаж болох юм.

Хүснэгт 5

Тверь хотын атопийн дерматит өвчтэй хүүхдүүдэд нөлөөлөх эрсдэлт хүчин зүйлүүд ба дархлааны үзүүлэлтүүдийн өөрчлөлтийн хамаарал

№		Лимфоциты	Моноциты	НСТ-тест
1.	Удмын харшлын анамнез	0,152948	-0,176035	-0,032102
2.	Хугацаанаас өмнө төрсөн байдал	-0,170457	0,109704	0,096800
3.	Төрсөн байдал-Кесарево хагалгаа	-0,058760	0,000000	0,008390
4.	Төрсний дараа эхний цагт амлуулсан байдал	0,065245	-0,063270	-0,315760
5.	Төрхөөс өмнө болон төрсний дараа ТМС-н гэмтэл	0,039473	-0,093510	-0,025644
6.	1 нас хүртэл эхийн сүүгээр өсгөсөн байдал	0,050143	0,313234	0,026920
7.	Дисбактериоз	0,019417	0,275610	0,143314
8.	Амьсгалын цочмог халдвараар өвчлөмтгий байдал	-0,156730	-0,176033	-0,184764
9.	ХБЗ-ын архаг өвчлөл	0,006026	-0,186563	-0,232965
10.	Шимэгчийн халдвар	-0,030744	-0,084703	0,287561*
11.	Тунгалгийн булчирхайн томролын хам шинж	0,018696	-0,177155	0,030699
12.	Гүйлсэн булчирхайн томролын хам шинж	-0,113486	0,018439	0,097633
13.	Аденоидит	0,230762	0,005532	-0,033635

Хүснэгт 6

Улаанбаатар хотын атопийн дерматит өвчтэй хүүхдүүдэд нөлөөлөх эрсдэлт хүчин зүйлүүд ба дархлааны үзүүлэлтүүдийн өөрчлөлтийн хамаарал

№		Лимфоцит	Моноцит	НСТ-тест
1.	Удмын харшлын анамнез	0,202658	-0,144336	-0,070769
2.	Хугацаанаас өмнө төрсөн байдал	0,202094	0,276062	0,000000
3.	Төрсөн байдал-Кесарево хагалгаа	-0,215751	0,152691	0,050688
4.	Төрсний дараа эхний цагт амлуулсан байдал	-0,111603	0,158028	0,064881
5.	Төрхөөс өмнө болон төрсний дараа ТМС-н гэмтэл	-0,009462	-0,042821	0,204166
6.	1 нас хүртэл эхийн сүүгээр өсгөсөн байдал	-0,284164	-0,028651	0,171197
7.	Дисбактериоз	-0,170499	-0,028651	-0,014266
8.	Амьсгалын цочмог халдвараар өвчлөмтгий байдал	-0,056833	-0,183364	0,045652
9.	ХБЗ-ын архаг өвчлөл	-0,145721	0,123004	0,307947
10.	Шимэгчийн халдвар	-0,033136	0,217374	0,335090
11.	Тунгалгийн булчирхайн томролын хам шинж	-0,041781	0,114339	-0,263996
12.	Гүйлсэн булчирхайн томролын хам шинж	0,215965	0,252125	-0,119838
13.	Аденоидит	0,027477	0,364346	0,112820

*-магадлал бүхий коррелляци

Атопийн дерматит өвчинд нөлөөлөх эрсдэлт хүчин зүйлүүдийг дархлааны үзүүлэлттэй коррелляци хийж үзэхэд Тверь хотын хүүхдүүдэд макрофаг-фагоцитозын түвшинд эерэг корреляци ажиглагдаж байв. Гэвч энэ судалгаагаар эерэг ба сөрөг коррелляцийн харьцаа бидний анхаарлыг татсан. Тверь хотын хүүхдүүдэд судалгаанаас илэрсэн өндөр магадлалтай үзүүлэлтүүдээс моноцит болон НСТ-тестийн үзүүлэлтүүд, илрүүлсэн хүчин зүйлүүдтэй эерэг болон сөрөг хамаарал нь бараг ижил байсан нь өвчинд нөлөөлөх хүчин зүйлүүдийн нөлөө ач холбогдол багатайг илэрхийлж байна. Харин лимфоцитүүдийн хувьд эерэг коррелляци давамгайлж байсан. Улаанбаатар хотын хүүхдүүдэд лимфоцит, моноцит төдийгүй НСТ-тестийн үзүүлэлтүүдийн эерэг болон сөрөг коррелляцийн харьцаа илт алдагдсан нь атопийн дерматит өвчний эрсдэл бүхий хүчин зүйлүүд нь эрхтэн системийн үйл ажиллагааны тогтворгүй байдлыг буй болгож байгааг илэрхийлж байна. Үүнээс үзэхэд Улаанбаатар хотын хүүхдүүдэд атопийн дерматит өвчнийг нөхцөлдүүлэх хүчин зүйлүүд нь дархлаа тогтолцооны системд илэрхий нөлөө үзүүлж байна.

Дүгнэлт:

1. Төрөхийн өмнөх болон төрөх үеийн нөлөөлөх хүчин зүйлүүд нь тархины хүчилтөрөгч дутлын хам шинжээр илэрч байгаа нь атопийн дерматит өвчний эмгэг жамд мэдрэлийн тогтолцооны өөрчлөлт нөлөөлж болох юм гэдгийг харуулж байна.
2. Төрсний дараахь нөлөөлөх хүчин зүйлүүд болох хоол боловсруулах замын эмгэг, вирусийн цочмог халдварууд, тунгалгийн булчирхайн

томролын хам шинж нь дархлаа тогтолцооны эмгэг өөрчлөлт үүсгэхэд нөлөөлж байв.

3. Тверь болон Улаанбаатар хотын атопийн дерматит өвчтэй хүүхдүүдэд нөлөөлсөн хүчин зүйлүүд нь дархлаа тогтолцооны үйл ажиллагаанд харилцан адилгүй нөлөөлж байна.

4. Атопийн дерматит өвчнөөс урьдчилан сэргийлэх зорилгоор Улаанбаатар хотын хүүхдүүдэд дархлаа зохицуулах эмчилгээг хийх нь зүйтэй юм.

Ном зүй:

1. Атопический дерматит у детей: диагностика, лечение, профилактика. Научно-практическая программа. Москва. - 2000. – 76 с.

2. Аллергические болезни у детей. Руководство для врачей/Под ред. М.Я. Студеникина, И.И. Балаболкина. - М.: Медицина, 1998. – 352 с.

3. Балаболкин И.И. Атопический дерматит у детей//В кн.: Современные проблемы аллергологии, иммунологии и иммунофармакологии: Труды IV Конгресса Российской ассоциации аллергологов и клинических иммунологов. - 2001. – Т. 1. - С.133-145.

4. Пыцкий В.И., Андрианова Н.В., Артамасова А.В. Аллергические заболевания. - М.: Изд. "Триада Х", 1999. -470 с.

5. Пыцкий В.И. Соотношение и взаимосвязь иммунных реакций и неиммунных механизмов в патогенезе атопических заболеваний//В кн.: Современные проблемы аллергологии, иммунологии и иммунофармакологии: Труды V Конгресса Российской ассоциации аллергологов и клинических иммунологов. - 2002. – Т. 1. - С. 354-365.

6. Смирнова Г.И. Аллергодерматозы у детей. - Москва, 1998. – 300 с.

7. Lee J.T., Lam Z.S., Lee W.T. Family risk of allergic rhinitis and atopic

8. dermatitis in Chinese children in Singapore// Ann.Akademy.

9. Med.Singapore.-2004.-33.-71-4

10. Nakamura Y. Relationship between breast milk feeding and atopic

11. dermatitis in children//J. Epidemiol. - 2000. - V. 10. N. 2. -P. 74-78.

12. 9. Shafer T., Heinrich J., Wjst M., Krause C., Adam H., Ring J., Wichmann

13. H.E. Indoor risk factors for atopic eczema in school children from East

14. Germany//Eviron.Res. - 1999. - V. 81. N. 2. -P. 151-158.

15. 10. Xu B., Javerline M.R., Pekkanen J. Prenatal factors and occurrence of

16. rhinitis and eczema among offspring//Allergy. - 1999. - V. 54. N. 8. - P.

a. 829-836.

Танилцаж, нийтлэх санал өгсөн: Академич, анагаахын шинжлэх ухааны доктор, профессор Л.Лхагва

“АЧТАН-ЭЛИТ” КЛИНИКИЙН ЭМНЭЛГИЙН ҮЙЛ АЖИЛЛАГААНД ХИЙСЭН ЗАРИМ СУДАЛГААНЫ ДҮН

С.Болормаа

“Ачтан-Элит” клиникийн эмнэлэг

SOME RESULTS OF THE STUDY OF MANAGEMENT OF “ACHTAN ELITE” CLINICAL HOSPITAL

S.Bolormaa

Achtan Elite Clinical Hospital

Introduction: According to published information, national clinical hospital and its management function research works had not completed in Mongolia, except soum's hospital management study had done by N.Chagnaa1962 and Ts.Mukhar 1982. In contrast, there are plenty of published works and studies of Hospital Management in Western countries.

Objectives and Goal:

The purpose of our study was to make an assessment in Achtan-Elite Clinical Hospital (AECH) function in last 2005-2007 (3 years).

- To explore an improvement way of hospital service quality and to equalize departments and unit's hospital working load.
- To make prognoses of specialized professional's skills.
- To bring more attention for customers needs and necessity by week and by month in AECH.

Materials and Methods. We used public health informative methods for finding out:

1. The statistical data of one year maintenance.
2. Working loads and analyses of variance of clinical 6 departments and 16 units by week, by month, by quart and by year using 18 questions questionnaires.

To analyze above mentioned findings we used many numbers rule and selective method. Also we determined extensive and intensive parameters, median, systematic error /bias/ by using Student criteria on Windows Excel and Windows Visual Stat computer programs.

Results: 48% of total s outpatients clinic examination were in internal disease cabinet, and 43% of imagine diagnostic analyses of imaging departs were X-ray and 32% were abdominal ultrasound examination.

The internal department (44%), neurological department admission number (34%) was higher than other departments. Waiting duration for these two departments to is 7-10 days.

The highest customers number in AECH is in Aug (10.2% of all) and May (9.9%) and followed by April and October (9.5% in both months). In outpatient clinic on Mondays (24.6%) is the biggest working load in all cabinets. By rate of outpatient examination on Thursdays 18.9%, on Wednesdays 16.0%, on Fridays 15.9% and on Tuesdays 15.8% of all examinations.

Conclusion:

1. The necessity of specialized professionals in internal field is required because of high outpatient clinical customer number such as 60 ± 3.5 .
2. The longer working hours of imaging cabinets by shift will be required.
3. The internal and neurological departments need to increase number of beds and employees because of high loads (78% together) and these departments have 7-10waiting days to admit.
4. The peak working days in AECH are on Mondays, followed by Wednesday and Thursdays.
- 5.

Key words: admission, clinical hospital, management,

Pp.58-60, Tables 5, References 13

Оршил. Хэвлэлийн мэдээллээс үзвэл сүүлийн үед эмнэлгийн менежментийн судалгаа нэн ховор байна. Манай оронд ч сум, сум дундын эмнэлгийн (Н.Чагнаа, 1968, Ц.Мухар, 1982) тухай судалгааг эс тооцвол нэгдсэн эмнэлэг, клиникийн эмнэлгийн үйл ажиллагаа, менежментийн талаар дорвитой судалгаа хийгдээгүй байна. Харин барууны оронд эмнэлгийн менежментээр багагүй ном бүтээл гарч байна.

Бид “Ачтан-Элит” клиникийн эмнэлгийн 2007 оны

үйл ажиллагаанд судалгаа дүгнэлт хийж улмаар уг клиникийн эмнэлгийн менежментийн асуудлыг анхаарч үзсэн.

“Ачтан-Элит” эмнэлэг одоогийн байдлаар 300 ортой 60 гаруй их эмчтэй, 12 тасаг, поликлиникийн 21 кабинеттэй улсын хэмжээнд гуравт орох клиникийн эмнэлэг юм.

Судалгааны зорилго. Бид эмнэлгийн 2007 оны стационар, поликлиник, дүрс оношлогооны тасгийн үйл ажиллагааны байдалд зарим дүгнэлт

өгөх зорилго тавьсан юм.

Судалгааны зорилт:

- Эмнэлгийн ачааллыг жигд хангаж, эмнэлэг үйлчилгээний чанар үр дүнг сайжруулах арга замыг эрж хайх
- Төрөлжсөн мэргэжлийн төлөвшлийг урьдчилан харах
- Үйлчлүүлэгчдийн эрэлт хэрэгцээ, сар, 7 хоногийн эмнэлгийн ачааллын хэлбэлзлийг судлаж санал боловсруулах

Судалгааны аргачлал, материал. Стационар, поликлиник, дүрс оношлогооны 6 тасаг, 16 нэгжийн жил, улирал сар, 7 хоногийн ажлын ачааллын хэлбэлзлийг 18 асуумжийг боловсруулан судалгааны карт ашиглан бүртгэж их олонлогийн (сплошный) болон түүвэр судалгааны (выборочный) арга ашиглан дүн бүртгэлийн экстенсив, интенсив аргаар, судалгааны үр дүнг статистикийн түгээмэл хэрэглэгдэх дундаж үзүүлэлт, үзүүлэлтийн алдаа зэргийг тодорхойлж, Стюдентийн шалгуураар үзүүлэлтийн магадлалыг шалгаж Windows-Excel, Windows Visual stat компьютерийн программ ашиглан боловсруулалт хийсэн.

Судалгааны дүн. “Ачтан-Элит” эмнэлгийн амбулатори поликлиникийн 13 кабинетээр 2007 онд 29928 хүн, түрээсээр ажилладаг 6 кабинетийн үзлэгийг нэмж тооцвол 44800 гаруй хүн үйлчлүүлж үзүүлжээ. Дүрс оношлогооны тасагт 28722 хүн, түрээсийн хоёр лабораторит 3000 гаруй хүн шинжилгээнд хамрагдаж, үүнээс үзвэл дүрс оношлогоо-лабораторийн тасагт 32 мянга гаруй гэж үзвэл нийт “Ачтан-Элит” эмнэлгийн поликлиникт жилд 77 мянга, өдөрт 260±15 хүн ирж байгаа тооцоо гарч байна.

Хүснэгт 1

Поликлиникийн үзлэгийн ачаалал (2007)

д/д	Кабинет	Үзлэг	
		Жилд	Хувь
1	Зүрх судас-уушиг	7509	25%
2	Дотор	6890	23%
3	Мэдрэл	4691	15,6%
4	Нүд	295	0,98%
5	Мэс засал	954	3,1%
6	Чих хамар хоолой	2361	7,9%
7	Уламжлалт	1089	3,6%
8	Нөхөн сэргээх эмчилгээ	1246	4,1%
9	ММЗ	887	2,9%
10	Эрэгтэйчүүд	203	0,6%
11	Эмэгтэйчүүд-ЭХО	1976	6,6%
12	Бөөр (уролог)	1827	6,1%
Дүн		29,928	100,0

“Ачтан-Элит” эмнэлгийн поликлиникийн ачаалал кабинет тус бүрээр харилцан адилгүй байна. 1-р хүснэгтээс харахад зүрх судасны үзлэг (25%), гастроэнтерологийн үзлэг (23%), поликлиникийн нийт үзлэгийн 48%-ийг эзлэж байгаас уламжлалт эмчилгээний кабинет (3,6%), бөөр, уролог (6,1%)-ийн кабинет зэрэг дотрын тусламж үйлчилгээ голчилдог гэж үзвэл поликлиникийн үйлчилгээнд дотрын салбар 60±3.5 шахам хувийг эзлэх төлөвтэй байна.

Олонхи эрдэмтдийн судалгаагаар дотрын

тусламж амбулатори, поликлиникийн үйлчилгээний 40-55%, гэрээр үзүүлэх тусламжийн 90 хүртэлх хувийг эзэлдэг (В.Н.Элыштейн, 1969).

Дотор эрхтний өвчтэй хүмүүсийн 65,6% нь нэг эмчид (дотрын хэсгийн (өрхийн) эмч ороод), 24,2% нь хоёр дотрын эмчид, 7,1% нь 3, 3,1% 4 ба түүнээс олон эмчээр эмчлүүлдэг (Поликлиника: что ее ждет в преди? Мед. Газета, 2006, 76)-ээс үзвэл дотрын төрөлжсөн мэргэжлийн ач холбогдол өсч байна.

Өнгөрсөн зууны төгсгөл, шинэ зууны эхэнд хүн амын дунд халдварт бус архаг өвчин манай оронд нийт өвчлөлд 70% болж өсч байгаа (Ц.Мухар, 2006) нөхцөлд дүрс оношлогоо, лабораторын шинжилгээний ач холбогдол түргэн өсч байна.

Хүснэгт 2

Дүрс оношлогооны ажлын ачаалал (2007)

д/д	Кабинет	Үзлэг	
		Жилд	Хувь
1	Рентген	12332	43%
2	КТ	4468	15,5%
3	Хэт авиа	9285	32,3%
4	Дуран	2637	9,2%
Дүн		28722	100,0

“Ачтан-Элит” эмнэлгийн дүрс оношлогооны тасгийн рентген (43%), хэт авиан оношлогоо (32,3%) зонхилох үүрэг гүйцэтгэж байна. Поликлиникийн тоон үзүүлэлтэд эрэгтэйчүүд (303), сонсгол (410), уламжлалт (1089), хүүхдийн (425) кабинетэд үзүүлсэн хүний тоо бага байгаа боловч цаашид эмнэлгийн хүчин чадал өсч төрөлжсөн мэргэжлийн хэрэгцээ өсөх хандлага байгаа бөгөөд нүдний мэс засал, бөөрний мэс засал, сэтгэл засал, арьс гоо заслын кабинет нээх хэрэгцээ ч бас байна.

Хүснэгт-3

Стационарын ажлын ачаалал (хэвтсэн хүний тоо, 2007)

д/д	Тасаг	Жилд	Хувь	Сард	Хувь
1	Дотор	1910	44%	159	44%
2	Мэдрэл	1472	34%	123	34%
3	Мэс засал	514	12%	43	12%
4	ММЗ	468	10%	39	10%
Дүн		4364	100,0	364	100,0

Стационарын ачааллын хувьд дотор (44%), мэдрэл (34%) нийт хэвтэлтийн 78% эзэлж ачаалал ихтэй, 7-10 хоногийн хүлээгдэлтэй байна. Ерөнхий мэс заслын тасагт 2007 онд 514 өвчтөн (12%), мэдрэлийн мэсзаслын тасагт 468 өвчтөн (10%) хэвтэн эмчлүүлсэн байна. Цаашид уролог, эмэгтэйчүүд, нүд, чих хамар хоолойн тасагтай болсон нөхцөлд мэс заслын хувийн жин өсөх ирээдүй байна.

Хүснэгт-4

2007 оны эмнэлгийн ачааллын сарын хэлбэлзэл

Тасаг нэгж	Сар												Дүн
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Поли-клиник	229	132	246	266	243	244	201	4274	226	286	269	195	2982
Дүрс оношлогоо	308	149	242	319	345	285	176	2012	252	293	259	232	3076
Стационар	493	339	480	508	454	462	377	434	412	484	459	423	5325
Дүн	587	316	537	636	656	576	415	6720	520	528	572	472	6592
Хувь	9%	5%	8,2%	9,5%	9,9%	8,7%	6,3%	10,2%	7,9%	9,5%	8,7%	7,1%	100%

Хүснэгт-5

**2007 оны поликлиникийн ачаалал
(7 хоногор)**

д/д	Өвчлөл	Даваа	Мягмар	Лхагва	Пүрэв	Баасан	Бямба	Дүн
1.	Зурх судас	125	62	59	74	70	21	411
2.	Дотор	76	51	46	56	41	24	294
3.	Мэдрэл	58	51	42	46	40	22	259
4.	Бөөр	36	15	26	36	23	15	153
5.	Чих хамар хоолой	25	21	23	27	19	15	130
6.	Нөхөн сэргээх	19	18	20	20	21	15	113
7.	ММЗ	16	11	10	13	7	8	65
8.	Эмэгтэйчүүд	16	8	5	1	14	7	51
9.	Уламжлалт	6	5	12	9	7	4	43
10.	Хүүхэд	8	4	9	11	9	4	45
11.	Мэс засал	7	7	6	9	10	5	44
12.	Эрэгтэйчүүд	4	5	1	5	1	5	21
13.	Сонсгол	6	2	3	2	1	-	14
14.	Нүд	-	-	2	-	-	-	2
	Дүн	402	260	264	311	263	145	1645
	Хувь	24.6	15.8	16.0	18.9	15.9	8.8	100%

Эмнэлгийн ачааллыг сараар авч үзэхэд 4 (9,5%), 5(9,9%), 8 (10,2%), 10-р (9,5%) сарууд ачаалалтай буюу хавар, намрын улиралд өвчний сэдэрл ихтэй байгааг харуулж байна. 2 (5%), 7 (6,3%) саруудад ачаалал бага зэрэг хөнгөрч байгааг цагаан сар, улсын баяр наадамтай хийсвэр холбоо байгааг 4 ба 8 сард ачаалал ихэссэнээр тайлбарлаж болно.

Кабинетийн ачааллыг 7 хоног буюу гаригаар авч үзэхэд даваа гариг (24.6%-ийг оргил үе, пүрэв (18.9%), лхагва гариг (16.0%-ийг ачаалал ихтэй, харин мягмар (15.8%), баасан (15.9%) гаригийг хэвийн ачаалалтай үе гэж хэлж болно. Харин бямба (8.8) гаригт энэ эмнэлэг 4 цаг ажиллах хугацаанд пүрэв, лхагва гаригийн хэмжээний ачаалал авчээ.

Хэлцэмж: Бидний энэхүү даруухан судалгаа нь манай орны клиникийн нэгдсэн эмнэлгийн үйл ажиллагаа, ачаалал, менежментийн өнөөгийн байдалд "Ачтан-Элит" хувийн хэвшлийн клиникийн эмнэлгийн гурван жилийн үйл ажиллагаа, жишээн дээр дүгнэлт хийж, улмаар манай орны томоохон эмнэлгийн хэтийн төлөв, эмнэлгийн тусламжийн хэрэгцээ, төлөвлөлт, менежментийг боловсронгуй болгох талаар дорвитой судалгаа хийх хэрэгцээ шаардлага байгааг харуулах зорилго тавьж 4 дүгнэлт гаргасан болно.

Дүгнэлт:

- Амбулаторийн үйлчилгээнд дотрын салбар 60±3.5 орчим хувийг эзэлж байгаа нь дотрын мэргэжлийг төрөлжүүлэн мэргэшүүлэх шаардлага гарч байна.
- Дүрс оношлогооны тасгийн дотор нийт үзлэгийн 43% рентген, хэт авиа 32,3%-ийг эзлэж байгаа нь цаашид уртасгасан цагаар ажиллуулах, шинэ кабинет нээх хэрэгцээ байгааг харуулж байна.
- Стационарын ачааллын хувьд дотор, мэдрэлийн тасаг нийт хэвтэлтийн
- 78%-ийг эзлэж 7-10 хоногийн хүлээгдэлтэй байгаа нь мэдрэл, дотрын тасгийг төрөлжүүлэн орны тоог нэмэгдүүлэх шаардлага байна.

- Поликлиникийн долоо хоногийн ачааллыг оргил үе (24.6% даваа гариг) ачаалал ихтэй үе (16.0-18.9% лхагва пүрэв), хэвийн үе (15.8-159% мягмар, баасан) гэж хувааж болох байна.

Ном зүй

- Ц.Мухар "Монголын эрүүлийг хамгаалах" 2006, х.141-151
- Ц.Мухар "Эрүүл мэнд" 1999, х.81-99
- А.Дамдинсүрэн "Эрүүл мэндийн статистик" 2008, х.6-68
- "Нийгмийн эрүүл мэнд" боть I 2005, х.11-48
- "Эрүүл мэндийн удирдлага" боть II 2005 х.27-78, 85-103
- Н.Чагнаа "Сум дундын эмнэлэг" 1968, х. 45-51
- Ц.Мухар "Хөдөөгийн эмнэлэг" 1982, х.35-37
- Б.Оргил, Ц.Мухар "Эрүүл мэндийн анхан шатны тусламж" 2002, х.34-38
- Б.Оргил, Ц.Мухар "Монгол улс дахь эрүүл мэндийн анхан шатны тусламжийн хөгжлийн зарим онцлог. "Монголын анагаах ухаан" сэтгүүл 2002, №5, х.4-7
- Проблемы совершенствования организаций медицинской помощи сельскому населению (Обзор литературы) "Здравоохранение российской федераций 2006, №1, с.14-18
- Медицинская помощь населения ресурсы здравоохранение "Здравоохранение российской федераций 2006, №4, с.16-32
- Отношение население к оплате медицинской помощи и услуг в системе общественных ценностей "Здравоохранение российской федераций 2007, №5, с.27-30
- D.Kundres "Hospitals facilities planning and management" New Delhi 2007, p. 299-342

*Танилцаж, нийтлэх санал өгсөн:
Анагаах ухааны доктор Ц.Содномпил*

ЗАРИМ ТӨРЛИЙН ЗӨГИЙН БАЛНЫ БИОЛОГИЙН ИДЭВХИЙН СУДАЛГАА

*Б.Цэцэгсүрэн, С.Өнөрсайхан, Б.Ичинхорлоо
Нийгмийн Эрүүл Мэндийн Хүрээлэн*

STUDY ON BIOLOGICAL ACTIVITY OF SOME HONEY

*B. Tsetsegsuren, S. Unursaikhan, B. Ichinkhorloo
Public Health Institute*

Abstract

We were determined biological activity and studies samples of locally produced and imported honey in Ulaanbaatar city market. Results indicated that the quality of honey was different depending on processing conditions; the composition of the different types of active compounds that they contain is dependant on the pollen grains that are present. Identification of pollen grains suggested that there were differences in the plants and therefore differences in the composition of the active compounds. Measurements of some trace elements also indicated differences that would affect the quality of the honey samples during transportation storage and manufacturing processes.

Introduction

There are as many kind of honey, since the honey is directly influenced by the different content, geographical status, various floral sources and process of obtaining honey. There is also various form of honey, including liquid, comb, and cat comb, solid (granulated or crystallized). Topical use of honey may reduce cholesterol in blood swelling and scarring. Therefore, honey has been using not only for medical purposes but also to make raw materials for industrial agricultural, cosmetics and cosmic field. There were noticed, since 12-14 century developed apiculture and used honey products in Mongolia. However, since 1959 established many beekeeping in Selenge, Hentii, Dornod, Gobi-Altai, Uvs, Hovd aimags and developed modern apiculture in our country but, now majority of percent of honey products imported from other country such as China, Poland, Bulgaria and Russia. There have a investigating data of honey consumption per annual for one person.

Therefore most of honey imported from outside. The Customs annual data shows that during the last three years 24 tons of honey registries by declaration imported into our country. Laboratory data shows that some imported honey and local honeys were observed negatively, honey contaminated and some case were allegedly being transhipped through many countries and to evade Mongolian anti-dumping duties investigation laboratory data of imported honey was very few, in our country. Therefore, study the comparison of imported honey in this study.

The aim of this work is to determine biological activity of some imported and local honey that sold in UB city market.

Objective

1. To identify antibacterial characters
2. To identify of pollen grains from different kind of honey

Materials and Methods

Six honey samples of imported and locally produced origin were collected.

- "Miod" made in Poland by Jamar Co., ltd
- "Pure honey" made in China.
- "Natural honey" made in Russia.
- "Ulemjiin chanar" made I Mongolia by Bayangol am Co, ltd
- "Tesiin gol" made in Mongolia from Uvs apiculture.
- "Selenge" made in Mongolia from Selenge aimag Sukhbaatar soum apiculture.

Honey was analyzed by tray methods approved National Standard Organization such as MNS 4933:2000; MNS(CAC) 4733:99 and microbial analysis: E-coli, Staph spores were studied up to 1:1- 1:10000 dilution by culture using a positive control.

Results. Several quality variables for 3 local honey samples and 3 imported honeys were analysed and recorded microscopic pollen analysis and biological activity. Pollen analyses allowed for the identification of honey quality. Thus, we studied qualitative microscopic analysis for pollen Results indicated that the quality of honey was different depending on processing conditions; the composition of the different types of active compounds that they contain is dependant on the pollen grains that are present. Identification of pollen grains suggested that there were differences in the plants and therefore differences in the composition of the active compounds. The antibacterial activity of honey was determined by the method of macro dilution. All honey samples had antibacterial activity against E-coli in 1:1 dilution. The antibacterial activity against Staphylococcus aureus produced by Selenge and Tesiin gol honeys

were evaluated in dilution 1:1, 1:10, and 1:100. All samples had antibacterial activity against E-coli and higher antibacterial activity against S.aureus were Selenge (Sukhbaatar) and Tesiin gol (Uvs)

Conclusion. In conclusion, our study obtained biological activity data for several locally produced and imported honey from Ulaanbaatar city market. This study has shown that honey derived from both imported and local beekeepers such as Natural honey, Ulemjiin chanar, Tsesiin gol and Selenge as well as commercial honey, are of a good quality in respect to sensory pollen characteristics and biological activity.

All samples had antibacterial activity against E-coli and higher antibacterial activity against S.aureus were Selenge (Sukhbaatar) and Tesiin gol (Uvs). Thus, imported honey Miod and Pure honey were poor quality of honey and maybe adulterated.

Kew words: Antibacterial activity, Biological activity, pollen grains, Honey

Pp.61-64, Tables 4, References 8

Үндэслэл. Зөгийн балыг хүмүүс эрт дээр үеэс амьдрал ахуйдаа хэрэглэж ирсэн тухай олон ном зохиолд өгүүлсэн байдаг. М.М.Нейдшадт зөгийн балны гарал үүслийг баланд буй ургамлын тоосоор таньж болохыг тогтоожээ. 1981 онд Т.М.Русакова зөгий зарим тохиолдолд хорт бодистой ургамлын тоосыг цуглуулдаг учир балан дахь тоосны спектрийг урьдчилан тогтоож, хортой тоосыг ялгахад гадна амтат шүүс, тоосны найрлагаар нь балны чанар стандарт үнэлгээнд зохих ялгааг гаргах боломжтойг судалсан [1].

Мөн Химийн Шинжлэх Ухааны доктор М.М.Харрис баланд олигосахарид, флавоноидын нэгдэл байдгийг илрүүлжээ. Вайкатогийн Их Сургуулийн Биохимийн хүрээлэнгийн доктор, профессор Петр Молан 1981 оноос эхлэн зөгийн балны эмчилгээний шинж чанарыг судалж эхэлсэн. Тэрээр глюкозоксидаз энзимийн тусламжтайгаар үүсэх устөрөгчийн пероксид нь баланд бактерийн эсрэг үйлчилгээ үзүүлдгийг тогтоосон [2]. Оросын эрдэмтэн И.А.Каблуков зөгийн балны талаар олон жил судалгаа хийж “Ургамлын амтат шүүсэвч болон бусад эд эрхтнээс зөгий цуглуулан балт гүеэндээ боловсруулж үүрэндээ хадгалсан сайхан үнэртэй чихэрлэг зүйлийг бал гэнэ” [3] гэж тэмдэглэсэн байдаг. Харин манай улсын стандартад “Зөгийн бал гэдэг нь цэцгийн тоос буюу ургамлын хэсгээс ялгардаг шүүс болон ургамлын төлжиж буй хэсгийн шүүсийг зөгий цуглуулан боловсруулж өөрчлөн бий болгож, зөгийн үүрэндээ хадгалж үлдээсэн бүтээгдэхүүнийг хэлнэ.” гэж тодорхойлсон байдаг [4]. Зөгийн баланд хүний бие организмд нэн шаардлагатай тэжээлийн болон биологийн идэвхт бодис ихээр агуулагддаг тул түүнийг хүнс, эмчилгээ сувилгаа, гоо сайхан болон бусад үйлдвэрлэлийн (хөнгөн үйлдвэрлэл, хөдөө аж ахуй, сансар судлал г.м.) салбарт өргөн ашигладаг байна. Зөгийн бал хүний судсыг өргөсгөн, цусан дахь холестерин хэмжээг бууруулж, хоол боловсруулах замын эрхтний үрэвслийг намжаах үйлчилгээтэй учир эмчилгээ, сувиллын зориулалтаар өргөн хэрэглэдэг. Зөгийн бал эмчилгээ, сувиллын өндөр ач холбогдолтойгоос гадна хоол тэжээлийн үнэт бүтээгдэхүүний нэг юм. Түүнд хүний бие махбодод нэн шаардлагатай макро болон микро элемент,

витамин, амин хүчил их байдаг ба мөн гэдэсний гүрвэлзэх хөдөлгөөн, дотоод шүүрлийн булчирхайн үйл явцыг идэвхжүүлэхэд онцгой нөлөөтэй байдаг. Үүний зэрэгцээ цацраг идэвхт бодис организмд шимэгдэх үйл явцыг саатуулах үйлчилгээтэй дээр антиоксидант шинжтэй учир сансар судлалын салбарт ч хэрэглэгдэх болсон байна.

Европын зарим оронд жинхэнэ балны чанарыг шалгахад химийн үзүүлэлтээс гадна тоосны спектр, гарал үүслийг тогтоох аргыг хамгийн найдвартайд тооцдог [5,6]. Иймээс 2000 онд Г.Очирбат, Г.Пунсалпаамуу нар Монголд зөгийн балыг тоосоор шинжлэх аргыг боловсруулж MNS үндэсний стандарт болгосон нь хүнсний шинжилгээний лабораториудын гарын авлага болон мөрдөгдөж байна [7].

Мөн эрдэмтэн Д.Эрэгдэнэдагва цэцгийн болон балны химийн найрлагыг харьцуулан судалсан. Үүний дүнд цэцгийн баланд ус, сахароз, өндөр молекулт нэгдлүүд ихэнх хувийг нь эзэлдэг бол зөгийн баланд зөгийн шүлсний булчирхайн ферментийн нөлөөгөөр эдгээр бодисууд нь задарч бага молекулт нэгдлүүд үүсгэн зонхилох хувийг эзэлдэг болохыг тогтоосон байна [8].

Манай оронд гарган авсан болон импортоор орж ирж байгаа зарим төрлийн зөгийн бал чанарын шаардлага хангахгүй, түүгээр ч зогсохгүй хуурамчаар хийсэн бал илэрч байгаа нь шинжилгээгээр тогтоогдсон байдаг. Иймээс бид зарим нэр төрлийн зөгийн балны цэцгийн тоосны морфологи шинж болон биологийн идэвхийг тогтоох судалгааг гүйцэтгэлээ.

Түлхүүр үг: Зөгийн бал, биологийн идэвхи, цэцгийн тоос, бактерийн эсрэг идэвхи

Зорилго:

Худалдааны зах, дэлгүүрүүдэд худалдаалагдаж байгаа дотоодын болон импортын зарим нэр төрлийн зөгийн балны биологийн идэвхийг тодорхойлоход энэхүү судалгааны ажлын зорилго оршиж байна. Бид дээрх зорилгоо хэрэгжүүлэхийн тулд араах хэд хэдэн зорилтыг тавьж ажилласан.

Зорилтууд:

1. Зөгийн баланд агуулагдах цэцгийн тоосыг илрүүлэх, түүний морфологи шинжийг тогтоох

2. Зөгийн балны антибактерийн шинж чанарыг тодорхойлох

Судалгааны объект:

Улаанбаатар хотод зонхилон худалдаалагдаж буй импортын болон дотоодын үйлдвэрлэгчдийн дараах 6 нэр төрлийн зөгийн балыг судалгааны дээж болгон сонгон авсан болно.

Үүнд:

- Польш улсад үйлдвэрлэсэн “Jama” ХХК-ны “Miod” зөгийн бал
- Хятад улсад үйлдвэрлэсэн “Pure honey” зөгийн бал
- ОХУ-д үйлдвэрлэсэн “Натуральный мёд” зөгийн бал
- “Баянголын ам” ХХК-ны “Үлэмжийн чанар” зөгийн бал
- Увс аймаг дахь “Тэсийн гол” балт зөгийн аж ахуйн бал
- Сэлэнгэ аймгийн Сүхбаатар сумын зөгийн аж ахуйн бал

Судалгааны арга зүй. Уг судалгааны ажлыг УМХГ-ын НТЛаборатори, ШУТИС-ийн Хүнс Биотехнологийн Сургуулийн Химийн задлан шинжилгээний лаборатори, НЭМХ-ийн ЭМЛЛабораторид микробиологийн аргаар хийж гүйцэтгэсэн болно.

Судалгааны үр дүн. Зөгийн баланд байгаа тоосоор нь балт ургамлыг таньж, үүнээс үндэслэн жинхэнэ болон хуурамч балыг илрүүлэхэд чухал ач холбогдолтой. Түүнчлэн цэцгийн тоос нь зөгийн балны үнэт чанарыг тодорхойлдог гол үзүүлэлтийн нэг юм.

Судалгаанд авсан дээжүүдэд цэцгийн тоос байгаа эсэхийг тодорхойлж үр дүнг нэгтгэсэн байдлаар Хүснэгт 1-д үзүүлээ.

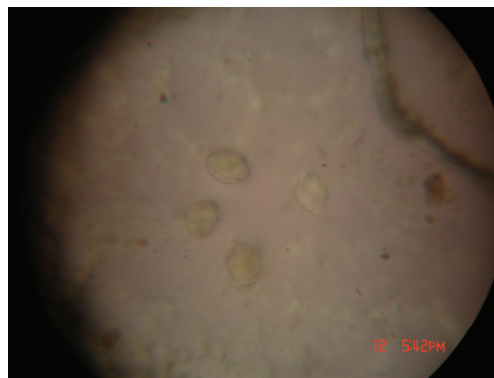
Хүснэгт 1

Цэцгийн тоосны гадаад шинж чанарын харьцуулсан дүн

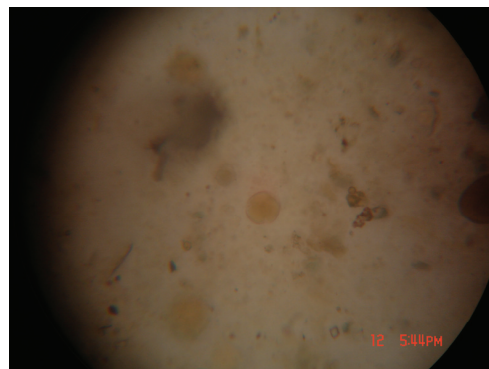
Дд	Зөгийн балны нэр	Үйлдвэрлэсэн газар	Цэцгийн тоосны морфологи шинж
1.	Miod	Польш	Цэцгийн тоос үл илрэв.
2.	Pure honey	БНХАУ	Цэцгийн тоос үл илрэв.
3.	Натуральный мёд	ОХУ	Тоос нь өргөн зууван хэлбэртэй, зах жигд бус, гадаргуу жижиг товруу хээтэй ба тоос нь шар ногоон өнгөтэй байна.
4.	Үлэмжийн чанар	Сэлэнгэ аймаг (Батсүмбэр)	Гадаргуу нь олон сүвтэй, бөөрөнхий хэлбэртэй, шар өнгөтэй.
5.	Тэсийн гол	Увс аймаг	Жижиг хэмжээтэй, үзүүрээр бага зэрэг дугуйрсан, зах жигд бус, гадаргуу нь жижиг, өргөслөг бүтэцтэй, шар өнгөтэй байв.
6.	Сэлэнгэ	Сэлэнгэ аймаг (Сүхбаатар)	Зах нь жигд бус, гөлгөр гадаргуу бүхий бор шар өнгөтэй байна.

Импортоор орж ирсэн зөгийн балнуудаас “Miod” (Польш), “Pure honey” (Хятад) бал цэцгийн тоосгүй байгаа бол харин манай улсад үйлдвэрлэсэн болон “Натуральный мёд” (ОХУ) балнаас цэцгийн тоос илэрч байлаа. ОХУ-д үйлдвэрлэсэн “Натуральный мёд” зөгийн балны тоос нь (Зураг 1) өргөн зууван хэлбэртэй, зах жигд бус, гадаргуу жижиг товруу хээтэй ба тоос нь шар ногоон өнгөтэй байна. Сэлэнгэ аймгийн “Үлэмжийн чанар” баланд агуулагдах ургамлын тоосны (Зураг 2) гадаргуу нь

олон сүвтэй, бөөрөнхий хэлбэртэй, шар өнгөтэй харагдаж байгаа юм. Харин Увс аймгийн “Тэсийн гол” зөгийн аж ахуйн балны ургамлын тоос (Зураг 3) жижиг хэмжээтэй, үзүүрээр бага зэрэг дугуйрсан, зах жигд бус, гадаргуу нь жижиг, өргөслөг бүтэцтэй, шар өнгөтэй байв. Сэлэнгийн баланд агуулагдах тоос (Зураг 2) нь зах жигд бус, гөлгөр гадаргуу бүхий бор шар өнгөтэй байна.



Зураг 1. ОХУ-д үйлдвэрлэсэн “Натуральный мёд” зөгийн балны тоос



Зураг 2. Сэлэнгэ аймгийн “Үлэмжийн чанар” зөгийн балны тоос



Зураг 3. Увс аймгийн “Тэсийн гол” зөгийн балны тоос



Зураг 4. Сэлэнгэ аймгийн зөгийн балны тоос

Судалгаанд авсан 6 төрлийн зөгийн бал нь грамм сөрөг нян болох *E.Coli* –ийн өсгөвөр дээр туршиж үзэхэд 1:100 шингэрүүлэлт хүртэл ямарч ургалтгүй байгаа нь эдгээр зөгийн бал нь уг нянгийн ургалтыг зогсоож байгааг харуулж байна (Хүснэгт 2). Харин грамм эерэг нянгийн хувьд эдгээр зөгийн балны үйлчлэл харилцан адилгүй байсан бөгөөд Сэлэнгэ (Сүхбаатар), Тэсийн гол (Увс) зөгийн бал нь эхний шингэрүүлэлтүүд (1:1, 1:10, 1:100) дээр *Staphylococcus aureus*–ийн ургалтыг саатуулсан үзүүлэлт гарсан. Бүх зөгийн бал 1:1 шингэрүүлэлт дээр аль ч нянгийн өсөлтийг зогсоож байлаа.

Хүснэгт 2

Антибактерийн чанарын судалгааны үр дүн

Дд	Зөгийн балны нэр	Шингэрүүлэлт	Нянгийн ургалт	
			<i>Staph.aureus</i>	<i>E.Coli</i>
1	Жинхэнэ зөгийн бал (Натуральный мёд) (ОХУ)	1:1	0	0
		1:10	30	0
		1:100	1000 <	0
		1:1000	1000 <	28
		1:10000	1000 <	49
2	Үлэмжийн чанар (Батсүмбэр)	1:1	10	0
		1:10	25	0
		1:100	55	0
		1:1000	1000 <	38
		1:10000	1000 <	51
3	Сэлэнгэ (Сүхбаатар)	1:1	0	0
		1:10	9	0
		1:100	15	0
		1:1000	30	21
		1:10000	1000 <	32
4	Pure honey (БНХАУ)	1:1	0	0
		1:10	35	0
		1:100	1000 <	0
		1:1000	1000 <	31
		1:10000	1000 <	45
5	Miod (Польш)	1:1	0	0
		1:10	32	0
		1:100	1000 <	0
		1:1000	1000 <	61
		1:10000	1000 <	1000 <
6	Тэсийн гол (Увс)	1:1	0	0
		1:10	10	0
		1:100	18	0
		1:1000	34	21
		1:10000	1000 <	30

Дүгнэлт

Монголчуудын өргөн хэрэглэдэг Miod (Польш), Pure honey (БНХАУ), Натуральный мёд (ОХУ), Үлэмжийн чанар (Батсүмбэр), Тэсийн гол (Увс), Сэлэнгэ (Сүхбаатар) зөгийн балнуудын биологийн идэвхийн харьцуулсан судалгаа хийж дараах дүгнэлтэд хүрлээ.

1.Цэцгийн тоос нь зөгийн балны гарал үүслийг тодорхойлох нэг гол үзүүлэлт бөгөөд “Miod”, “Pure honey” балнаас бусад бүх баланд цэцгийн тоос илэрсэн юм. Цэцгийн тоос нь бидний судалсан зөгийн бал бүрт харилцан адилгүй байсан ба энэ нь балыг цуглуулсан нутаг, цаг агаар, ургамлын бүлгэмдэл зэрэг олон хүчин зүйлээс хамаардаг болохыг харуулж байна.

2.Судалгаанд авсан 6 төрлийн зөгийн бал нь грамм сөрөг нян болох *E.Coli*–ийн өсгөвөр дээр 1:100 шингэрүүлэлт хүртэл уг нянгийн ургалтыг зогсоож байгааг харуулж байна. Харин грамм эерэг нянгийн хувьд эдгээр зөгийн балны үйлчлэл харилцан адилгүй байсан бөгөөд Сэлэнгэ (Сүхбаатар), Тэсийн гол (Увс) зөгийн бал нь эхний шингэрүүлэлтүүд (1:1, 1:10, 1:100) дээр *Staphylococcus aureus*–ийн ургалтыг саатуулсан үзүүлэлт гарсан. Бүх зөгийн бал 1:1 шингэрүүлэлт дээр аль ч нянгийн өсөлтийг зогсоож байлаа.

3.Судалгаанд хамрагдсан дотоодын болон импортын 6 нэр төрлийн зөгийн балнаас Хятад, Польш улсад үйлдвэрлэсэн бүтээгдэхүүний ургамлын тоос стандартын шаардлага хангахгүй байгаа ба эдгээрийг байгалийн гаралтай цэвэр зөгийн бал гэж үзэх боломжгүй юм.

Ашигласан номын жагсаалт

1. Пунсалпаамуу Г, “Цэцгийн тоос, зөгийн бал”, УБ хот. 2001 он.
2. <http://www.honey.com>
3. Сэлэнгэ Д, “Зөгий, бал, лав”, УБ хот. 1989 он
4. “Монгол улсын стандарт” MNS (CAC) 4733:99
5. Георгиевский. В.П., Биологически- активные вещества лекарственных растений. Новосибирск: наука, 1990, 14 х
6. Монгол анагаах ухааны тайлбар толь. Хөх хот. 1993. 120х
7. Пунсалпаамуу Г, “Морфология пыльцевых зёрен некоторых медоносных растений Монголий и ботанический состав мёда”, УБ хот. 1999 он.
8. Эрэгдэнэдагва Д, “Зөгийн бал, лав, үүрэнцэр, сүүнцэр, хор, тоосонцороор эмчлэх ба гоо сайхны бүтээгдэхүүн хийх жорууд”, УБ хот. 2006 он.

Танилцаж, нийтлэх санал өгсөн:
Анагаах ухааны доктор, дэд профессор Д.Энэбиш

ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ТЕХНОЛОГИЙН ӨНӨӨГИЙН БАЙДАЛ

С.Дуламсүрэн¹, Г. Даицэвэг², Б.Бурмаа³
Л. Ширнэн¹, Н. Нарангэрэл¹

¹ЭМХҮТ² ЭМСХХ³ЭМЯ

“CURRENT SITUATION OF HEALTH TECHNOLOGY”

Dulamsuren.S1, Dashzeveg.G 2, Burmaa.B3
Shirnen. L1, Narangerel.N1,

¹NCHD, ²ADB, ³MOH

In the frame of this study, following targets were selected for the research: 900 clients and 900 health workers of 60 health organizations from 4 aimag, 3 districts. The study was designed to learn more about the following topics:

1. To determine current situation of health technology
2. To recommend essential technology batch/set
3. To recommend improvement of health technology

Our research have demonstrated that although the Mongolian health technology has developed, its development has been slow depending strongly on health care finance and insufficiency of budget, limited technology reconstruction, lack of professional skills and facility supplies, and optical selection among other things.

In order to determine an essential technology batch/set, the research group has interviewed officers of MOH, health managers and officers in charge of quality of medical services of 21 aimag, 42 soum and 44 family group practices, total of 210 people. We also reviewed 100 technologies proposed by the WHO's member countries and based on results of the interviews and WHO technology review, we have selected 96 technologies are essential to our country's needs.

We have prepared a recommendation on how to improve health technology and authority of government policy for health technology based on Mongolian health technology current situation research outcome, priority issues, and international design used in health technology.

Key words: Government policy, Health technology, improvement

Pp.65-69, References 28

Удиртгал

“Эрүүл мэндийн технологийг сайжруулах үндэсний хөтөлбөр”-ийн гол зорилго нь эмнэлгийн шатлал бүрд тохирсон “эрүүл мэндийг дэмжих, хамгаалах, оношлох, эмчлэх, нөхөн сэргээх болон эрүүл мэндийн мэдээллийн өртөг зардал хямд, хүртээмжтэй технологийг сонгон нэвтрүүлэх замаар хүн амын эрүүл мэндийн тусламж, үйлчилгээний чанарыг сайжруулан дэлхийн жишигт ойртуулах” юм.

Иймд эрүүл мэндийн технологийг сайжруулах үндэсний хөтөлбөр болон эрүүл мэндийн технологийн чиглэлээр хийгдсэн судалгаа, статистик үзүүлэлтүүдэд тулгуурлан эрүүл мэндийн технологийн өнөөгийн байдлыг судлан эрүүл мэндийн технологийг сайжруулах зөвлөмж, төрөөс баримтлах бодлогын үндэслэл боловсруулахад нотолгоогоор хангах нь энэхүү ажлын үндэслэл болж байна.

Судалгааны зорилго:

Эрүүл мэндийн технологийн өнөөгийн байдлыг судлан дүгнэж, цаашид хэрэгжүүлэх арга хэмжээг тодорхойлох

Судалгааны зорилтууд:

- Эрүүл мэндийн технологийн өнөөгийн байдлыг судлах
- Эрүүл мэндийн технологийн талаар төрөөс баримтлах бодлогын үндэслэлийг гаргах
- Эрүүл мэндийн технологийг сайжруулах зөвлөмж боловсруулах

Судалгааны шинэлэг тал, ач холбогдол:

- Эрүүл мэндийн технологийн (оюуны болон материаллаг) хөгжлийн хүлээн зөвшөөрөгдөх байдлыг эмнэлгийн мэргэжилтэн, үйлчлүүлэгчдийн сэтгэл ханамжийн үнэлгээ болон баримтын судалгаагаар баталгаажуулж

байгаагаараа шинэлэг бөгөөд;

- Эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээний чанарыг сайжруулах чиглэлээр бодлогын түвшинд нотолгоонд тулгуурласан шийдвэр гаргах, эрүүл мэндийн технологийг үр дүнтэй, үр ашигтай удирдах, тохиромжтой технологи нэвтрүүлэх, зохистой хэрэглээг төлөвшүүлэхэд энэхүү судалгаа нь чухал ач холбогдолтой юм.

Материал, арга зүй:

Судалгаанд 4 аймаг, 3 дүүргийн 60 гаруй эрүүл мэндийн байгууллагын 900 гаруй эмнэлгийн мэргэжилтэн, 900 гаруй үйлчлүүлэгч оролцсон ба НЭМХ-ийн эрдмийн зөвлөлөөр хэлэлцэн баталсан аргачлал, асуумжийн дагуу, тоон ба чанарын судалгааны аргыг хэрэглэн, баримтын судалгаагаар баталгаажуулан гүйцэтгэв.

Судалгаанд оролцогсдын шинж байдал

Тоон судалгаанд оролцсон эмнэлгийн мэргэжилтний 78.5% нь их эмч, 21.5% нь сувилагч, бусад мэргэжилтнүүд эзэлж байгаагийн 19.5% нь анхдагч, 30.0% нь хоёрдогч, 46.3% нь гуравдагч шатлалын клиникийн эмнэлгүүдэд болон төрөлжсөн нарийн мэргэжлийн төвүүдэд, 4.2% нь хувийн хэвшлийн байгууллагад тус тус ажиллаж байна.

Мэргэжлийн чиглэлээр нь авч үзвэл нар (4.0% нь удирдах ажилтан, 6.6% нь мэс засал, 5.7% нь дотор, зүрх судас, 2.8% нь хүүхэд, 3.8% нь мэдрэл, 3.8% нь халдварт, 2.1% нь хавдар, 1.9% нь нүд, 2.2% нь чих хамар хоолой, 2.5% нь эрүү нүүр, шүд, 2.1% нь бөөр, 7.1% нь арьс, 1.9% нь сэтгэц, 9.6% нь ерөнхий мэргэжлийн, 4.0% нь лаборатори онош зүйн, 3.0% эрчимт, сэхээн амьдруулах, 2.0% нь эм зүйч, 4.7% нь бусад дээд) хамрагджээ.

Судалгаанд 60 гаруй эрүүл мэндийн байгууллагын 20 гаруй төрөлжсөн мэргэжлийн эмч, мэргэжилтний төлөөлөл оролцож, үйлчлүүлэгчдийн тооны харьцаа шатлал бүрд ойролцоо, тэнцвэртэй хамрагдаж, насны хувьд 20-40 насныхан буюу харьцангуй залуу эмч, үйлчлүүлэгчид байна. Үйлчлүүлэгчдийн дийлэнх нь оношлогоо, эмчилгээ, цөөн хувь нь урьдчилан сэргийлэх, уламжлалт нөхөн сэргээх эмчилгээ хийлгэхээр эмнэлэгт ханджээ.

Эрүүл мэндийн салбарын хүний нөөцийн өнөөгийн байдал, тусламж, үйлчилгээ

Хүн амд эрүүл мэндийн тусламж үйлчилгээг хүртээмжтэй, чанартай хүргэх, эрүүл мэндийг хамгаалах, дэмжих технологийг хөгжүүлэхэд эрүүл мэндийн салбарын мэргэшсэн боловсон хүчний нөөц, байршил, хангамж чухал юм. Эрүүл мэндийн салбарын хүний нөөцийг тодорхойлох зорилгоор бид ЭМЯ-ны 2006 оны статистик мэдээнд дүн шинжилгээ хийлээ.

Монгол улсын 1564.1 мян. кв. км нутагт 340 сум, дүүргийн 1667 баг хорооны 2594.8 хүн амд 2350 эрүүл мэндийн байгууллага гурван шатлалаар

тусламж, үйлчилгээ үзүүлж, 2006 оны байдлаар амбулаториор 4524.91, стационараар 2307.32 хүн тус тус үйлчлүүлсэн ба 10000 хүнд 71.14 ор ногдож байна.

Монгол улсын эрүүл мэндийн салбарт нийт 34221 ажилтан, үүнээс 7079 их эмч, 14890 эмнэлгийн дунд мэргэжилтэн ажиллаж, 10000 хүн амд 27.45 их эмч, 57.74 эмнэлгийн дунд мэргэжилтэн, тус тус ногдож байна. Жилд 3000 орчим эмнэлгийн мэргэжилтэн мэргэжил олгох, дээшлүүлэх сургалтад хамрагддаг байна. Харин эрүүл мэндийн технологийн шинэчлэл, дэвшилттэй уялдсан сургалтад төлбөр, ажлын ачаалал, мэдээлэл, удирдлагын дэмжлэг зэрэг олон шалтгаанаас дийлэнх нь суралцаж чаддаггүй байна.

Урьдчилан сэргийлэх ба эрүүл мэндийг дэмжих технологи

Урьдчилан сэргийлэх технологийн чиглэлээр эрүүл мэндийн хууль, Засгийн газрын тогтоол, НЭМ-ийн талаар төрөөс баримтлах бодлого, Үндэсний хөтөлбөрүүд, ЭМС-ын тушаал, журам, заавар зэрэг хууль эрх зүйн орчин бүрджээ.

Урьдчилан сэргийлэх, эрүүл мэндийг дэмжих чиглэлээр хийж байгаа үйл ажиллагааг эмнэлгийн мэргэжилтэн, үйлчлүүлэгчдийн 50.6% аас дээш хувь нь сайн гэж үнэлсэн боловч чанарын судалгаанд оролцогсод урьдчилан сэргийлэх үйл ажиллагаа, эмнэлгийн дотоод халдвараас сэргийлэх, хог хаягдал, зүү тариурын устгал, эмнэлгийн багаж, хэрэгслийн ариутгал чанарын шаардлага хангалтгүй, шатлал хоорондын үйл ажиллагааны уялдаа муугаас давхцал ихтэй, зарим тушаал шийдвэр зөрчигддөг, үр дүн багатай байна.

Эрүүл мэндийг дэмжих технологийн стандарт, аргачлалгүй, төрөлжсөн нарийн мэргэжлийн эмнэлгийн бүтэц үйл ажиллагааны стандартад "нийгмийн эрүүл мэндийн үйлчилгээ" явуулах заалт эмнэлгийн мэргэжилтнүүдийн ачаалал, санхүүжилттэй холбоотойгоор хэрэгждэггүй байна.

Өвчний эрт илрүүлэлтийн технологи

Өвчний эрт илрүүлэлтийг мэргэжилтнүүдийн 34.7% нь сайн, 53.0% нь дунд, 12.3% нь муу, үйлчлүүлэгчдийн 48.4% нь сайн, 40.0% нь дунд, 11.6% нь муу гэсэн үнэлгээ тус тус өгсөн нь эрт илрүүлэлтийн технологид эмнэлгийн мэргэжилтнүүд үйлчлүүлэгчдээсээ илүү сэтгэл ханамжгүй байгаа нь ажиглагдав.

Шатлалаар авч үзвэл анхдагч шатлалд үйлчлүүлэгч нар сэтгэл ханамж маш доогуур (77.0%), хоёрдогч, гуравдагч шатлалд ойролцоо түвшинд (58.2%) сэтгэл ханамжгүй байна.

Сүүлийн жилүүдэд анхдагч, хоёрдогч шатлалд түргэвчилсэн цаасан оношлуурууд, клиникийн эмнэлгүүдэд эсийн түвшинд шинжилгээ хийх MRI, дуран, дэлгэцтэй рентген шинжилгээ зэрэг

дэвшилтэт технологиуд нэвтэрснийг өвчний эрт илрүүлэлтийн технологитой холбон тайлбарлаж байна.

Эрүүл мэндийн оношлогооны технологи

Тоон судалгаанаас харахад эмнэлгийн мэргэжилтэн, үйлчлүүлэгчдийн дийлэнх нь (51.3:50.6%) оношлогооны технологиуд шинээр нэвтэрч байгаатай санал нийлсэн ч лабораторийн шинжилгээний чанарт шатлал буурах тутам сэтгэл ханамжгүй байна.

Сум, өрхийн эмнэлэгт ихэвчлэн түргэвчилсэн цаасан оношлуур ашигладаг бол, сум дунд, хөдөөгийн нэгдсэн эмнэлэгт 10 гаруй, хоёрдогч шатлалд 40 гаруй, гуравдагч шатлалд 60 гаруй лабораторийн шинжилгээ хийдэг ба тоног төхөөрөмж хуучирсан, оношлогооны төв, лавлагаа лабораторигүйгээс иргэдийн гуравдагч шатлал болон гадаадад явах урсгалыг саатуулж чаддаггүй байна.

Эрүүл мэндийн эмчилгээний технологи

Судалгаанд оролцсон нийт эмнэлгийн мэргэжилтний 71.6% эмчилгээний технологи, стандартын мөрдөлтийг сайн гэж үнэлсэн бол үйлчлүүлэгчдийн 69.9% нь эмчилгээний үр дүндээ сэтгэл ханамж сайтай байна.

Сүүлийн жилүүдэд дуран, судсан доторхи мэс засал, эрхтэн шилжүүлэх, гэмтсэн эрхтэнг нөхөн суулгах, хавдрын мэс заслын шинэлэг арга, MRI оношлогоо хийх зэрэг шинэ технологиуд гуравдах шатлалд нэвтэрсэн ч санхүүжилттэй холбоотойгоор олон бэрхшээлтэй тулгардаг бол, анхдагч хоёрдогч шатлалд шинэ технологийн нэвтрэлт хангалтгүй байна.

Эмчилгээний орчин үеийн үр дүнтэй техник, тоног төхөөрөмж, эм хангамжтай уялдуулсан зайлшгүй шаардлагатай технологийн багц боловсруулах, хуучирсан технологиудыг хасах, боловсронгуй болгох, эмнэлгийн тоног төхөөрөмжийн хуультай болох талаар цогц бодлого хэрэгтэй гэж эмнэлгийн мэргэжилтнүүд үзэж байна.

Эрүүл мэндийн нөхөн сэргээх технологи

Нөхөн сэргээх технологи тусламж, үйлчилгээний шатлалд харилцан адилгүй, анхдагч шатлалд эрх зүйн зохицуулалт, тоног төхөөрөмж, хүн хүчин дутагдалтайгаас энэ чиглэлийн үйл ажиллагаа дутагдалтай, хоёрдогч, гуравдагч шатлалд 10-30 гаруй нэр төрлийн үйлчилгээг, мөн төдий нэр төрлийн тоног төхөөрөмжийн тусламжтайгаар хэрэгжүүлдэг байна.

Тоон судалгаанаас харахад анхдагч шатлалын эмнэлгийн мэргэжилтнүүд өөрийн эмнэлгийн нөхөн сэргээх технологидоо сэтгэл ханамжгүй (71.0%), хоёрдогч, гуравдагч шатлалын эмнэлгийн мэргэжилтэн, үйлчлүүлэгчид (54.5-72.4%) боломжтой гэсэн байна.

Эм, эмнэлгийн хэрэгсэл, техник тоног

төхөөрөмжийн технологи

Аль ч шатлалын эмнэлэгт нэн шаардлагатай эмийн хангамж 70-80%, яаралтай тусламжийн эм, тарианы хангамж 80.0-90.0 хувьд хэлбэлздэг байна. Эмийн хангамж, хүртээмжид мэргэжилтнүүд сэтгэл хангалуун биш байдаг ба ялангуяа тендерийн буруу тогтолцоо, шингэн сэлбэлтийн зардал, эмчилгээний шинэ технологи - шинэ эмчилгээний уялдаа холбоо зэргийг бодлогын түвшинд анхаарах хэрэгтэй гэж үзэж байна.

Эмнэлгүүдийн тоног төхөөрөмжийн хангалт 23.0-70.0%, эдэлгээ дууссан, сэлбэг хэрэгсэлгүй, их засварт оруулах шаардлагатай тоног төхөөрөмж цөөнгүй байна. Судалгаанд оролцсон эмнэлгийн мэргэжилтнүүдийн дийлэнх нь наад захын багаж хэрэгслээр хангах, тоног төхөөрөмжийн ашиглалт, хамгаалалтын талаар эмнэлгийн мэргэжилтэнг сургах, эмнэлгийн тоног төхөөрөмжийн засварын нэгдсэн төв байх хэрэгтэй гэж үзэж байна.

Эрүүл мэндийн салбарын санхүүжилт

2005 оны байдлаар эрүүл мэндийн салбарт автопарк, тоног төхөөрөмжийн шинэчлэл хийх, барилга байгууламж барих, засвар үйлчилгээнд нийт зардлын 4 орчим хувь буюу 3.4 тэрбум төгрөг зарцуулсан байна. Эрүүл мэндийн технологийг сайжруулах үндэсний хөтөлбөрийн тайлангаас харахад улсын хэмжээнд 2006 онд эмнэлгийн тоног, төхөөрөмж авахад 1094.0 сая, багаж хэрэгсэл авахад 26.3 сая төг, тоног төхөөрөмжийн засварт 14.9 сая төгрөг зарцуулсан ба тоног төхөөрөмжид зарцуулж байгаа зардлууд жил ирэх тутам нэмэгдсэн байна.

ДҮГНЭЛТ

1. Эрүүл мэндийн технологийн хөгжил

Монгол улсын эрүүл мэндийн технологийн хөгжилд дэвшил гарсан байна, харин эрүүл мэндийн салбарын санхүүжилт, төсвийн хомсдол, технологийн шинэчлэл, мэргэжлийн ур чадвар, техник тоног төхөөрөмжийн хангамж, сонголт зэрэг олон хүчин зүйлээс шалтгаалан технологийн хөгжил удаашралтай байна.

2. Хууль эрх зүйн орчин

Эрүүл мэндийн технологийг хэрэгжүүлэхийн тулд “Эрүүл мэндийн багц хуулиуд”, Засгийн газрын тогтоол, НЭМ-ийн талаар төрөөс баримтлах бодлого, Үндэсний хөтөлбөрүүд, “Эрүүл мэндийг хамгаалах технологи, эмнэлгийн бүтэц, үйл ажиллагааны стандартууд”, “Төрөлжсөн нарийн мэргэжлийн эмнэлгийн бүтэц, үйл ажиллагаа, “зонхилон тохиолдох өвчин эмгэгийн оношлогоо, эмчилгээний удирдамж”, “Эрүүл мэндийг хамгаалах технологи, эмчилгээ оношлогооны түгээмэл үйлдлүүд”, “Эмнэлгийн дотоод халдвартай тэмцэх, сэргийлэх тухай” тушаал зэрэг 200 гаруй хууль эрх зүйн орчинд хэрэгжүүлдэг ба зарим тушаал заавар биелэх боломж муутай, боловсронгуй

болгох шаардлага, хэрэгцээ байна.

3. Бүтэц, зохион байгуулалт удирдлага

Монгол улсын эрүүл мэндийн технологийг 3 шатлалт тогтолцоогоор 2350 эрүүл мэндийн байгууллага 340 сум, дүүргийн 1667 баг хорооны 2594.8 хүн амд тусламж, үйлчилгээг хүргэж байна. Эрүүл мэндийн технологийг сайжруулах Үндэсний хөтөлбөр 2003 оноос эхлэн хэрэгжиж, ЭМЯ удирдлага, зохион байгуулалтаар ханган ажиллаж байна. Эрүүл мэндийн байгууллагуудын “Эрүүл мэндийн технологийг сайжруулах Үндэсний хөтөлбөр”-ийг хэрэгжүүлэх төлөвлөлт, үйл ажиллагаа хангалтгүй байна.

4. Эрүүл мэндийн салбарын хүний нөөц

Монгол улсын эрүүл мэндийн салбарт нийт 34221 ажилтан, үүнээс 7079 их эмч, 14890 эмнэлгийн дунд мэргэжилтэн ажиллаж, 10000 хүн амд 27.45 их эмч, 57.74 эмнэлгийн дунд мэргэжилтэн тус тус ногдож байна. Жилд эмнэлгийн мэргэжилтний 13.6% нь мэргэжил олгох, дээшлүүлэх сургалтад хамрагддаг ба эрүүл мэндийн технологийн шинэчлэлтэй уялдсан сургалтад ажлын ачаалал, сургалтын төлбөр, мэдээллийн хүртээмж, удирдлагын дэмжлэг зэрэг олон шалтгаанаас технологийн дэвшилээс хүний нөөцийн чадавхи нь хоцорч байна.

5. Урьдчилан сэргийлэх технологи

Урьдчилан сэргийлэх технологи нь шатлалд тохирсон тодорхой стандартгүйгээс давхцал ихтэй, бусад ажлын хавсарга байдалтай, үр дүн багатай, эмнэлгүүдийн дотоод халдвараас урьдчилан сэргийлэх технологи, зарим эрх зүйн зохицуулалтын биелэлт, хангамжийн байдал хангалтгүй байна.

6. Эрүүл мэндийг дэмжих технологи

Эрүүл мэндийг дэмжих технологийн чиглэлээр дотоод сүлжээ, интернэтэд холбогдох, цахим түүх нэвтрүүлэх, зайны оношлогоо, сургалт зохион байгуулах зэрэг мэдээллийн дэвшилтэт техник, технологи нэвтэрч байгаа сайн тал байна. Гэхдээ тусламж, үйлчилгээний шатлалд тохирсон эрүүл мэндийг дэмжих технологийн стандарт, аргачлал байхгүй байна.

7. Өвчний эрт илрүүлэлтийн технологи:

Түргэвчилсэн цаасан болон эсийн түвшний оношлуур, MRI, дуран, өнгөт рентген зэрэг техник тоног төхөөрөмж нэвтэрсэн нь өвчний эрт илрүүлэлтийн технологийн дэвшилд хувь нэмэр оруулж байгаа ч, ерөнхийдөө өвчний эрт илрүүлэлтийн технологи зогсонго байдалтай байна.

8. Оношлогооны технологи:

Бодлогын түвшинд оношлогооны тоног төхөөрөмж, анализатороор хангах, MRI аппарат суурилуулах зэрэг тодорхой арга хэмжээг авч,

анхдагч шатлалд 10 гаруй, хоёрдогч шатлалд 40 гаруй, гуравдагч шатлалд 60 гаруй шинжилгээг лабораториор оношилж, стандартад заасан тоног төхөөрөмж (хэт авиа, рентген, зүрхний бичлэг, дуран г/м) ашиглаж байна. Гэсэн ч тоног төхөөрөмжийн дийлэнх нь хуучирсан, оношлогоо, засвар үйлчилгээний нэгдсэн төв, лавлагаа лабораторигүй, лабораторийн шинжилгээний чанарын хяналт хангалтгүй байдал нь оношлогооны технологийн дэвшилд сөргөөр нөлөөлж байна.

9. Эмчилгээний технологи:

Гуравдах шатлалд дуран, судсан доторхи мэс засал, эрхтэн шилжүүлэх, гэмтсэн эрхтэнг нөхөн суулгах, хавдрын мэс заслын шинэлэг арга, MRI оношлогоо хийх зэрэг шинэ технологиуд нэвтэрч тодорхой дэвшил гарсан байна. Харин эдийн засаг, санхүүжилттэй холбоотойгоор олон бэрхшээлтэй тулгардаг бол анхдагч хоёрдогч шатлалд эмчилгээний шинэ технологийн нэвтрэлт хангалтгүй байна. Эмчилгээний технологийн дотоод ба гадаад хяналтын уялдаа муу байна.

10. Нөхөн сэргээх технологи:

Нөхөн сэргээх технологи тусламж, үйлчилгээний шатлалд харилцан адилгүй, анхдагч шатлалд эрх зүйн орчин, тоног төхөөрөмж, хүн хүчнээс шалтгаалан бараг хийгддэггүй бол хоёрдогч, гуравдагч шатлалд 10-30 гаруй нэр төрлийн үйлчилгээг мөн төдий тооны нэр төрөл бүхий тоног төхөөрөмжийн тусламжтайгаар хэрэгжүүлдэг ба аль ч шатлалд энэ технологийн шинэчлэл хангалтгүй байна.

11. Эм, эмнэлгийн хэрэгсэл, техник, тоног төхөөрөмжийн технологи:

Эмнэлгүүдийн тоног төхөөрөмжийн хангалт харилцан адилгүй 23.0%-70.0%, зайлшгүй шаардлагатай эмийн хангамж 70-80% тай байна. 2006 онд эмнэлгийн тоног, төхөөрөмж авахад 1094.0 сая, багаж хэрэгсэл авахад 26.3 сая, тоног төхөөрөмжийн засварт 14.9 сая төгрөг зарцуулсан ба жил ирэх тутам зардал нэмэгдэж, шинэчлэх шаардлагатай тоног төхөөрөмжид 50 сая орчим төгрөг шаардлагатай байна.

12. Зайлшгүй шаардлагатай технологийн багц

Шатлалд тохирсон зайлшгүй шаардлагатай технологийн багц боловсруулах хэрэгцээ, шаардлага байна. Үүнд:

Анхдагч шатлалын эмнэлгийн түвшинд:

Анхдагч шатлалын зайлшгүй шаардлагатай технологийн багцад урьдчилан сэргийлэх технологи, өвчний эрт илрүүлэлтийн технологи, нөхөн сэргээх технологи, эрүүл мэндийн анхан шатны тусламжийн технологи, эрүүл мэндийг дэмжих технологи гэсэн үндсэн 5 багцыг тодорхойлох.

Хоёрдогч шатлалын эмнэлгийн түвшинд:

Дүүргийн эмнэлгийн стандарт гаргаж, зарим оношлогоо, эмчилгээний технологи тухайлбал сэтгэц, дуран, хими эмчилгээ, эсийн түвшний шинжилгээг хоёрдогч шатлалын зайлшгүй шаардлагатай технологийн багцад оруулах

Гуравдагч шатлалын эмнэлгийн түвшинд:

Төрөлжсөн мэргэжлийн чиглэл бүрээр зайлшгүй шаардлагатай технологийн багцыг гаргах, шатлалын онцлогтой уялдуулан өртөг өндөртэй эм, урвалж, оношлогоо, эмчилгээний технологийг оруулах, эрхтэн шилжүүлэн суулгах, мэдээллийн технологи, эрдэм шинжилгээ, судалгаа, зайны оношлогооны технологийг тусад нь багцлах

Ашигласан хэвлэлийн жагсаалт

1. “Эрүүл мэндийн технологийн өнөөгийн байдал” тойм судалгаа (С.Төгсдэлгэр, С.Эвлэгсүрэн, С.Энхболд, С.Эрдэнэтуяа, А.Баяр, 2003 он).
2. “Монгол улсын эрүүл мэндийн салбарын дурангийн оношлогоо, эмчилгээний хөгжлийн байдал” судалгаа (Н.Бира, Х.Оюунцэцэг, М.Намсрай, Г.Нямхүү, В.И. Маслов, 2005 он).
3. “Монгол улсын эрүүл мэндийн салбарын лабораториудын үйл ажиллагааны байдал” судалгаа (Г.Наран, Н.Хүдэрчулуун, Д.Нарантөгөлдөр, 2005 он).
4. Эрүүл мэндийн салбарын эмнэлгийн тоног төхөөрөмжийн хангамжийн байдал (П.Отгонжаргал, 2005 он)
5. Эрүүл мэндийн хуулиуд (эрүүл мэндийн тухай, эм эмнэлгийн хэрэгслийн тухай, иргэний эрүүл мэндийн даатгалын тухай, 2007 он)
6. НЭМ-ийн талаар төрөөс баримтлах бодлого, хэрэгжүүлэх талаар гарсан тогтоол, тушаалын эмхэтгэл, 2002 он
7. “Эрүүл мэндийг хамгаалах технологи, эмнэлгийн бүтэц, үйл ажиллагааны стандартууд” (MNS 5095:2001), (MNS 5292-2003)
8. Төрөлжсөн нарийн мэргэжлийн эмнэлгийн бүтэц, үйл ажиллагаа (MNS 5203: 2002)
9. “Эрүүл мэндийг хамгаалах технологи, эмчилгээ оношлогооны түгээмэл үйлдлүүд” (MNS 4621-98)“
10. Эрүүлийг хамгаалах технологи, өрхийн эмнэлгийн бүтэц үйл ажиллагаа (MNS 5292-2003)“
11. Эм хангамжийн салбарт мөрдөх стандартын эмхэтгэл, 2007 он
12. Эрүүл мэндийн салбарын хүний нөөцийг хөгжүүлэх бодлого, эрх зүйн баримт бичгийн эмхэтгэл, 2004 он
13. Эрүүл мэндийн технологийг сайжруулах

үндэсний хөтөлбөр, 2005 он

14. Зонхилон тохиолдох халдварт бус өвчин (зүрх судасны өвчин, хавдар, чихрийн шижин)-өөс сэргийлэх, хянах үндэсний хөтөлбөр, “Халдварт бус өвчнөөс сэргийлэх, хянах үндэсний хөтөлбөр” зэрэг 10 гаруй үндэсний хөтөлбөр
15. Эрүүл аж төрөх зан үйлийг төлөвшүүлэхэд чиглэсэн МСС-г эрчимжүүлэх, дархлаажуулалт, хог хаягдлын менежментийн тухай Засгийн газрын 2001 оны 224, 67, 256 тоот тогтоолууд
16. “Зонхилон тохиолдох өвчин эмгэгийн оношлогоо, эмчилгээний удирдамж” (ЭМС-ын 2005 оны 109-р тушаал)
17. Уламжлалт анагаахын ерөнхий мэргэжлийн эмчийн эмнэл зүйн удирдамж, 2004 он
18. Эрүүл мэндийн үзүүлэлт (2005, 2006 он)
19. 2006 оны эрүүл мэндийн статистикийн мэдээлэл боть I. II
20. Монгол улсын эрүүл мэндийн Үндэсний тооцоо (2003-2005 он)
21. Монгол улсын статистикийн эмхэтгэл (2006 он)
22. Халдварт өвчинтэй тэмцэх, сэргийлэх талаар гарсан тогтоол, тушаал, заавар журмын эмхэтгэл, 2004 он
23. Эмнэлгийн дотоод халдвартай тэмцэх, сэргийлэх тухай ЭМС-ын 299-р тушаал болон бусад заавар, журам
24. Нийслэлийн хүн амын эрүүл мэндийн асуудлаар баримтлах бодлого, стратеги, эрх зүйн баримт бичгийн эмхэтгэл, 2001 он
25. Нотолгоонд тулгуурласан эрүүл мэндийн тусламж, 2003 он
26. Эрүүл мэндийн технологийн үнэлгээ, 2004 он
27. www.ncchta.org
28. www.inahta.org

*Танилцаж, нийтлэх санал өгсөн:
Анагаах ухааны доктор Ц.Содномпил*

ЭРДСИЙН ГАРАЛТАЙ ЭМ БОЛОН СИНДЭР ОРСОН ЭМҮҮДИЙН ТОЙМ

Д.Зандансүрэн¹, Д. Амгаланбаатар¹, Ш.Болд², С.Олдох¹
ЭМШУИС¹, ЭМЯ²

REVIEW OF MINERAL ORIGINATED MEDICINES AND SOME PRESCRIPTIONS COMPOSED BY LIMONITERRA

Zandansuren¹, D.Amgalanbaatar¹, Sh.Bold, S.Oldokh¹
¹Health Science University and ²MOH

Abstract: Traditional Mongolian medical books written by Mongolian doctors in Tibetan mentioned there are 3000 kind of crude drugs used to use in the traditional medicine. Among these drugs, the mineral originated medicines are always important and widely use even today. We tried to define a frame work of the mineral originated medicines including Limoniterra as well. Limoniterra is a kind of soil which appears in the Gobi desert of Mongolia.

Sanskrit name is Sindura

Mongolian name is Sinder

Latin name is Limoniterra

A property is cool.

Attending function: heat and cooling blood, the health effect of a new, relieve pain.

Hot blood for the cause of disease and various kinds of red hot pain, women taken off the red and white, dysentery, chronic gastroenteritis, hemorrhoids, rheumatism, and so on; outside the rule burn, burn and wound.

Key words: crude drugs, heat and cooling blood, Limoniterra, mineral originated medicines, traditional medicine

Pp. 70-72, References 16

Монголын уламжлалт анагаах ухаан нь олон зууны турш амьдралын сорилт, шалгуурыг даван туулж хөгжиж ирсэн, биеэ даасан шинжлэх ухаан агаад манай өвөг дээдсийн дэлхийн соёл иргэншилд оруулсан томоохон өв юм. Энэ өвийн нэгээхэн хэсэг нь хүний өвчний эмчилгээнд зориулсан олон тооны эмийн ургамал, амьтан, эрдсийн гаралтай эмт бодисыг танин мэдэж хэрэглэж ирсэн уламжлал бөгөөд уг уламжлал нь нутаг орныхоо цаг агаар, уур амьсгал, амьдрах орчин, хүний бие махбодод бүрэн зохицсон элдэв сөрөг нөлөө багатай эмийн жоруудыг бүтээхэд хүргэжээ.

Монголчуудын олон зууны түүхтэй нүүдлийн соёл иргэншил нь байгаль орчноо танин мэдэх, түүнтэй харьцах нарийн гярхай мэдрэмж, мэдлэг, өвөрмөц зан, заншлыг буй болгосон бөгөөд үүн дээр суурилан байгалиас хооллох, хувцаслах, эмчилгээ, сувилгааны талаар тайлбарлахад хялбар бус олон онцгой технологийг бүтээсэн юм. Эртний элэнц үеэс эмчилгээ, засалд эм, тан болгож хэрэглэж байсан байгалийн эрдсийг өдгөө сэргээн олборлож, тэдгээрийн найрлага, уламжлалт хэрэглээний тогтсон аргын шинжлэх ухааны үндэслэлийг тайлбарлан ашиглах боломжийг буй болгох нь өнөөгийн цаг үеийн чухал зорилт болж байна.

Хүн, байгаль хоёр салашгүй холбоотой. Академич В.И.Вернадский хүний үүргийг “Эх дэлхийн геологийг бүтээгч хүчин” гэж үнэлсэн байдаг. Түүнчлэн В.И.Вернадский амьд бие болон литосфера, гидросфера, атмосфера нь

нэгдмэл тогтолцоо болохыг тодорхойлжээ. Амьд бие махбодын химийн найрлага хүрээлэн буй орчинтойгоо харилцан уялдаа холбоотой байдаг ба хөрс чулуулаг ус агаарын найрлагатай төстэй. Гагцхүү тоон хэмжээ нь өөр байдаг ажээ.

Манай оронд ХХ зууны 20-оод оноос Өрнийн анагаах ухааны эмчилгээний аргууд нэвтэрч химийн эм хэрэглэх болсноор уламжлалт анагаах ухааны эмчилгээ түрэгдэж, түүнтэй хамт эх орны эмийн түүхий эдийг эмчилгээнд хэрэглэх явдал харьцангуй хязгаарлагдсан билээ. Дэлхийн улс орнуудад байгалийн гаралтай хүнсний болон эмийн түүхий эдийн эрэл хайгуул эрчимтэй хөгжиж байгаагийн дотор эмийн ургамлын судалгаа илүү хурдацтай хөгжиж, хэрэглээний хүрээ харьцангуй өргөжиж байна. Харин эмийн чанартай эрдсийн судалгаа төдийлөн тууштай хийгдэхгүй тэдгээрийн бүтэц найрлага, гарал үүслийн талаар хийгдсэн эрдэм шинжилгээ, судалгааны ажил харьцангуй хомс байна.

Орчин үед Монголын уламжлалт анагаах ухааны тулгуур бүтээлүүдийг судлах явдал манай судлаачдын хүрэнээс хэдийнээ хальж хилийн чандад ч сонирхох болжээ. Урд хөрш БНХАУ-ын ӨМӨЗО-ны судлаачид Монгол анагаах ухаан, эм судлал, эмийн материал түүхий эдийн судлалыг дагнан хийсээр байна. Хойд хөршид ОХУ-ын Буриадад зарим судлаачид түвэд, монгол хэлнээс бүтээлүүдийг хөрвүүлж “Биологийн идэвхтэй эрдэс” элементийн талаар дагнасан шинжилгээ судалгааны ажлыг орчин үеийн багаж төхөөрөмжийн

туслалцаатайгаар өндөр түвшинд хийх боллоо. Иймд өвөг дээдсийнхээ билиг оюунаар бий болсон уламжлалт анагаах ухааны бүтээл туурвилыг судалж, өнөөгийн шинжлэх ухааны түвшинд өвлөж хөгжүүлэх нь залгамж үе бидний хэрэг бөгөөд нөгөө талаас төрөл бүрийн эрдэс эмт бодисоор арвин боловч хэрэгцээт бүх эмийн зүйлийг гадны орноос авдаг манай улсын хувьд уламжлалт эмийн эрдсийн түүхий эдийн судалгааг бий болгон хөгжүүлэх зайлшгүй шаардлага байгаа нь мэдрэгдсээр байна.

Манай орон үндэснийхээ өв уламжлалаа сэргээж ардчилал, зах зээлийн хөгжлийн замаар тууштай хөгжих өргөн боломж нээгдсэн энэ үед Монгол улсын Засгийн газрын үндсэн чиглэлд уламжлалт анагаах ухааныг орчин цагийн анагаах ухааны ололттой зөв хослуулан хөгжүүлэх, эх орны эмт бодисын арвин их баялгийг зүй зохистой ашиглах зорилтыг дэвшүүлсэн.

Монгол орны эрдсийн гаралтай эмийн түүхий эдийн тархац нөөцийг судлах ажлыг эрчимжүүлж ашиглах боломжийг үндэслэл сайтай тогтоон хуульчлан мөрдүүлэх, эмийн бодисын хими, фармакологийн судалгааг онол, арга зүйн өндөр түвшинд гүйцэтгэх судалгааг амьдралд хэрэгжүүлэх үүднээс эрдсийн гаралтай зарим түүхий эдийн тархалт, байршил, эрдэслэг бүрэлдэхүүнийг судлах чиглэлийг хэрэгжүүлэх, Эрүүл Мэндийн Яамны бодлогод буй үйлдвэрлэлд нэвтрүүлэхээр оруулсан эм тангийн жагсаалтанд Гиван-9, Жонш-4, Брагшүн-9, Гарьд-13 зэрэг эмийг оруулсан учир тэдгээрийн найрлаганд ордог голлох түүхий эдийн нэг болох синдэрийн эмчилгээний ач тусыг илрүүлж судалгаа хийх шаардлагатай байна.

Монгол Улсын Засгийн Газраас 1995 онд Монгол улсад Рашаан сувиллыг хөгжүүлэх үндэсний хөтөлбөрийг хэлэлцэн баталсан билээ. Уг хөтөлбөрт анагаах өндөр чадалтай олон янзын найрлагатай өвөрмөц үйлчлэл, шинж чанар бүхий халуун, хүйтэн рашаан, эрдэст нуур, эмчилгээний шавар зэрэг эх орны байгалийн хүчин зүйлийг элдэв өвчин эмгэгийг илааршуулж засахад хэрэглэж ирсэн уламжлалыг шинжлэх ухааны үндэстэйгээр орчин үеийн эмчилгээний аргатай оновчтой хослуулан рашаан сувиллын эрдэм шинжилгээний ажлын хүрээг өргөтгөж хүн, малын биед нөлөөлөх байгалийн хүчин зүйлсийн үйлчлэлийг зөв зохистой тогтоох судалгааны ажлын үр дүнг эмчилгээний практикт нэвтрүүлэх тухай чухалчлан заажээ.

МУАУ-ныг хөгжүүлэх талаар төрөөс баримтлах бодлогод "Монгол орны эмийн ургамал, амьтны болон эрдсийн гаралтай эмчилгээний чанартай түүхий эдийн тархац, нөөцийг судлан экологийн тэнцвэрт байдлыг нь алдагдуулахгүйгээр ашиглана" гэж заажээ.

Бидний хийх судалгаа дээр дурьдсан чиглэлүүдэд шууд хамаарагдах бөгөөд судалгааны объект болгож Монгол орны эмт эрдэс болох синдэрийг сонгож авсан юм.

Монгол эмч, оточ нарын бичсэн ном судраас үзэхэд уламжлалт анагаах ухаанд нийт 3000 гаруй төрлийн эмийн түүхий эд хэрэглэгдэж байжээ. Тэдгээрийн дотор синдэр орж байна. Синдура гэж анх "Мэргэд гарахын орон" нэрт толь бичигт тэмдэглэгджээ.

Синдура гэсэн санскрит гаралтай үг бөгөөд латин нэр нь Limoniterra, шинжлэх ухааны нэр нь Гётит химийн томъёо нь $(\text{Fe}[\text{OH}]\text{O})$. Түвэд нэр нь жамцуринба, монгол нэр хүнсэн шороо, синдэр, далайн хаг, хадны хальс гэх мэтээр өөр өөрөөр нэрлэдэг. Далайн хөвөө болон хадны агуйнаас гарсан, цус тогтсон мэт өнгөтэй, хондтой адил боловч арай хүрэн өнгөтэй, амтлаг амттай, сэрүүн чанартай, судлын халуун, цус тогтоох, цагаан хуян, цулын шархыг анагаах, өгөр шар усыг хатаан, галд халсан шархыг анагаана хэмээн олон янзын жор найрлаганд оруулдаг байжээ.

Синдэрийг ном сударт тодорхойлж бичихдээ нуур далайн захаар хальж тогтсон усны замаг дарагдсаар синдэр болно гэжээ. Зарим номонд: "Ариун сайхан орны үргэлж чийгтэй байдаг хадны агуй хонгилд цус мэт өнгөтэй, хондтой адил боловч арай хүрэн өнгөтэй, амтлаг амттай сэвсгэр улаан наанга шороо байдаг" гэж бичигдсэн байдаг. Энэ хоёрын аль алиныг нь эмэнд хэрэглэж болно гэж заажээ. Синдэр нь сэрүүн чанартай, хөлдсөн ба түлэнхийн шарханд сайн болохоос гадна цус тогтоох, шарх анагаах нөлөөтэй. Монгол оточ нар өөрийн орноос синдэр олж олон янзын жор найрлаганд оруулдаг байжээ. Синдэрийг цэвэрлээд тунгааж хэрэглэнэ. Цус тогтоож суулгахыг таслана. Судлын халууныг арилган цулын шархыг анагаах, идээ, цус хатаах халуун арилгах, өвчин намдаах, хавдар хариулах, өгөр шар усыг хатаах, галд халсан шархыг анагаах, цагаан хуян, ялангуяа хөлдсөн хийгээд түлэнхийн их шарханд гойд сайн гэж "Онолын үндэс", "Алтан хадмал" зэрэг эх бичигт дурьджээ.

Синдэр нь гурван валенттай төмрийн исэл (Fe_2O_3), хөнгөн цагааны исэл (Al_2O_3), цахиурын ислийн (SiO_2) бүрдэлт бүхий наангилаг эрдэс бөгөөд улаан, улаан хүрэн, шар, хөх, үнсэн хөх, хар, хар бараан, цагаан өнгөтэй цуллаг нягт үйрмэг, шороолог, нойтон байдлаар голдуу агуй, хадны хөндийд ихэнхдээ дээд цэрдийн галавын (Cr_1) настай тунамал хурдсанд тохиолдоно. Төмрийн исэл (Fe_2O_3) голлосон хөнгөн цагааны исэл (Al_2O_3), цахиурын исэл (SiO_2)–ийн бүрэлдэхүүн бүхий наангилагийг синдэр гэнэ. Синдэр ардын эмнэлэгт өргөн хэрэглэгдэж ирсэний сацуу уламжлалт олон сайн эмийн жор найрлагад ордог байжээ.

Синдэрийн төрлийн эрдсүүдийг төмрийн ислийн, шаварлаг, цахиурын, хөө буюу нүүрс, карбонатлаг, сульфат- фосфорын ислийн, марганц-төмрийн ислийн гэж 7 хуваана.

Монголчуудын эмийн эрдсийн гол түүхий эд нь төрөл бүрийн жонш байсан бөгөөд төмөр, цахиур агуулсан эрдсүүд, шавар, давс зэргээр эмийн түүхий эд бэлтгэн хэрэглэж байсан тухай оточ Ишбалжирын "Лхантив-чандил", Жамбалдоржийн "Ойжин эцэргэмэгжин", Лувсанчүлтэмийн "Эрдэс шороон эмийн судар", Дандарын "Эмийн талаар бичсэн зүйлс", "Рашаан зүрхний найман гишүүнт нууц увидасын үндэс", Дэсрид Санжаажамцын "Бидэр онбо" зэрэг судруудад бичиж, эмийн эрдсийг таних, эмийн түүхий эд бэлтгэх уламжлалт аргуудын жор, найрлагын талаар тэмдэглэжээ. XVIII зууны нэртэй оточ Ишбалжир (1704-1788) уламжлалт эмнэлгийн сан хөмрөгт олон зохиол бүтээл оруулсаны дотор "Эмийн нэр ба эмт бодисыг таних болор толь" (Ойзин

шилгэр мэлон) бүтээлдээ эмт бодисыг 7 аймаг 801 зүйлээр, орших газар, хэлбэр дүрс, амт чанар, чадлыг тайлбарлан бичжээ.

Өмнөговь аймгийн нутаг дахь Торомхоны зосыг эмчилгээний зориулалтаар аль ч өнгөтэйг хэрэглэдэг боловч элгэн хүрэн өнгөтэйг илүү сайн гэлцэнэ. Зоргослож, нухаж арьсны шарх шалбархайд үрж цацахад үрэвслийг даруй намдааж, товх тогтоон улмаар сайн эдгээдэг байна. Энэ зосны бусдаас гоц нэг онцлог нь ходоод, гэдэсний өвчин, ялангуяа ходоод, арван хоёр нугалаа гэдэсний яршсан шархыг түргэн хугацаанд илааршуулдаг ажээ. Үүнийг академич Ц.Тойвгоо тэргүүтэй хэсэг судлаачид анхааралдаа авч, түүний 1.5-2 гр нунтгийг дунд гарын шаазан аяга бүлээн усанд хийж хурц улаан өнгөтэй болтол хутгаад ходоод гэдэсний шархлаатай гэж оношлогдсон өвчтөнд өглөө өлөн элгэн дээр нь, орой өлөндүү үед мөн хэмжээгээр уулгахад 7-10 хоноход өвчин нь эдгэрч байсан тухай баримт бий.

“Онцар гаадон дэр зод” сударт: Загас, цахлайн цэс тус бүр 7 цэн, синдэр, дагш, мэлхийн цэс тус бүр 1 лан, барагбой, баавгайн цэс тус бүр 8 цэн ордог Цэс-8 найруулгыг их, бага аль ч түлэнхийн шархыг даруй эмчилж чадна. Загасны тос, синдэр хоёрыг хар архитай найруулж галд түлэгдсэнд түрхэнэ. Галд түлэгдэхүйд ямааны өөх, синдэр, домти найруулж түрх гэж заасан байдаг.

Синдэр, номхотгосон шүр, сувд оролцсон саа, этгээд өвчин, хар, цагаан хуяг хоцроолгүй дарагч “Гарьд-13” хэмээх сайн эм бий. Толгой таллаж өвдөх, галд түлэгдсэн шарх, хорхойгоор өвдөх, уруул ам хазайх мэтийн өвчнийг юна, донрой, синдэр, налдо, лача, шингүн, жиданга тус бүр 15 гр, манчин 10 гу, библин 9 гр оролцсон “Юна-9” гэдэг эмийг цуу юмуу усаар зуурч түрхэн амархан илааршуулдаг байна.

Гал намсыг анагаахад шараас болсон бол лянхуагийн үндэс, удвал, балига, үзэм, цагаан зандан, арц, нарсны давирхай, чихэр өвс, улаан зос (синдэр)-ыг ямааны сүү, чихэртэй найруулж түрхэнэ. Шархыг анагаах үест хануур тавьсаны дээр тэсвэрлэж чадах чинээгээр хүйтэн ус цутгаад дараа нь сэрүүн эмийн хэсэглэг, дарлага хийнэ. Хэсэглэг гэдэг нь жуган, синдэр, шумхан зэргийг нарийн талхдаж болтол нь чанаад өчүүхэн шингэнийг тэнцүүлэн түрхээд нимгэн илэг тавьж дээгүүр доогуур нь ороохыг, дарлага нь дээрх эмүүдийг хийж цаасан жийрэг буюу үсэн жийрэг тавихыг хэлнэ гэж дурьджээ.

Жачун 19 (гарьд) Жор: 1-5. Чун 5, 6-11. 6 сайн, 12. Арнаг, 13. Синдэр, 14. Сэржижима 15. Бридасазин, 16. Лүдүддорж гарбо, 17. Лүдүддорж нагбо, 18. Нячи, 19. Шин ар.

Чадал: Шар усны өвчнийг анагаах, нянг нядлах,

Засах нь: Шар усны өвчин, хуяг, бүлх шөрмөсний өвчин, хөлийн хар, цагаан бам өвчин зэрэг өвчнийг анагаана.

Гүгүл 11. Жор: 1. Гүгүл 010. 2. Сэндэр 010. 3. Жац 005. 4. Манчэн 005. 5. Ар үр 010. 6. Шүдагнагбо 010. 7. Донрой 010. 8. Ларзи 9. Чүрза 010. 10. Юнва 010. 11. Дүржид 010.

Чадал: Хатгалгыг дарах, нянг хөнөөх

Засах нь: Этгээд өвчин, судас шөрмөс хөшиж атираа, ходоод олгой хөөх, гэдэсний хатгалга, нян хатгалга зэрэг өвчинд тустай.

Чун 13 (жачун, гарьд 13) Жор: 1-5 Чун-5 6. Жүрү 015. 7. Мүдиг 018. 8. Лиши 010. 9. Зади 010. 10. Агарнаг 020. 11. Сэндүр 015. 12. Хавлин 010. 13. Шинар 020.

Чадал: Нянг хөнөөх, хатгалгыг дарах, сааг анагаана

Засах нь: Цагаан хуяг, гараг саа өвчин, ус шорооны хор зэрэг өвчнийг анагаахад тустай.

Ашигласан хэвлэл

1. Ганбаатар.Т, Даваадорж.Б, Оюунчимэг.Н “Монголын уламжлалт эмнэлэгт хэрэглэгдэж байсан зарим эрдсүүд” УБ, 1993

2. Ганбаяр. Я “Монгол эмийн жорын гарын авлага” УБ 2001 тал.126, 190, 344, 365

3. Гонгоржав. Г “Монголчуудын чулуун өв соёл” УБ, 2005

4. Даваахүү. С “Эрдэс элемент эрүүл мэнд” УБ, 2005

5. Давгацэрэн.Б, Хишигжаргал.Л, Наранцэцэг. Г, Туул.Л, Наранцэцэг.Д, Бархасдорж.Д “Уламжлалт эмт бодис, жорын хяналтын лавламж” УБ, 2003 он х. 38, 48, 185, 218

6. Данзанпунцаг “Эмийн хир үгүй болор эрхи” ӨМӨЗОны шинжлэх ухаан техник мэргэжлийн хороо. Хөх хот 2001 тал.121-122 (1840 оны үеийн зохиол)

7. Жамбалдорж найман хошууны оточ “Монгол эмийг зөв таних толь” (Үзэсгэлэнт нүдэн чимэг) ӨМӨЗО Ардын хэвлэлийн хороо. Хөх хот 1998 х. 70-71 (19-р зууны дунд үеийн зохиол)

8. ЗинаС, Тогтохбаяр.Ж “Уламжлалт дан эм, эмийн түүхий эдийн лавламж” УБ 2003 х.286,289

9. Лувсан.Б “Монгол эмийн судлал” Бээжин 1989 х.64

10. Оюун.Ж “Монгол орны эмийн чанартай эрдсийн физик химийн онцлог, эмийн түүхий эд бэлтгэх уламжлалт технологийн шинжлэх ухааны үндэслэл” УБ, 2006

11. Хайдав.Ц, Шерхан.О “Монгол ардын эмнэлэгт хэрэглэгдэж байсан зарим эрдэс” УБ1975 х.101

12. Пүрэвсүрэн.Б, Мэндсайхан З. “Монгол эмийн эрдэс чулуу” УБ 2002 тал. 75

13. Геологический словарь Том I Москва 1955 х.165

14. Геологический Словарь Том II Москва 1960 х.152

15. Войнер.А.О “Биологическая роль микроэлементов в организме животных и человека” Москва, 1960

16. Цогт.О, Доржсүрэн.Ш. “Отчет о результатах поисковых работ и предварительной разведки на месторождениях минеральных пигментов в Баянхонгорском и Среднегобийском аймаках, проведенных” в1981-1983 г УБ, 1984, №3750.

Танилцаж, нийтлэх санал өгсөн:

Анагаахын шинжлэх ухааны доктор, профессор М.Амбага

ЭРҮҮЛ МЭНДИЙН ТЕХНОЛОГИЙН ТАЛААР ТӨРӨӨС БАРИМТЛАХ БОДЛОГЫН ҮНДЭСЛЭЛ (ЗӨВЛӨМЖ)

Н.Жаргалсайхан¹, С.Дуламсүрэн², Б.Бурмаа³ Л. Ширнэн²

¹Эрүүл мэндийн салбарын хөгжил-2, АХБ

²Эрүүл мэндийн хөгжлийн үндэсний төв

³Эрүүл мэндийн яам

THE RECOMMENDATION AND EVIDENCE FOR POLICY IMPROVEMENT IN HEALTH TECHNOLOGY

Dulamsuren.S¹, Dashzeveg.G², Burmaa.B³, Shirnen. L¹, Narangerel.N¹

¹National Center for Health Development

²Health Sector Development Project, ADB

³Ministry of Health

We have prepared a recommendation and gathered evidences for policy improvement in health technology. These recommendations were based on analysis of Mongolian health technology current situation, priority areas, current situation of equipment supplies, international design used in health technology and mind of health workers and clients about health technology.

- To do health system reform, to improve health financial system and to implement the best policy of cost and benefit
- To develop internet based information technology in health system, to improve capacity of distance diagnosis and treatment at all levels of medical services,
- To increase capacity of tertiary level hospital's doctors and nurses in other developed countries, which will include training in genetics, ultrasound diagnosis, child medical services, perinatal diagnosis and care, surgery of thoracy, to organise training, to invite professionalists, to organise study tour and training based on internet.
- To promote research study, to do evidence based decision and use effective health technology
- To train medical technology engineers, to establish new, modern technology
- To establish centers for diagnosis, control laboratory, manufacture for disposable medical supplies.

Keywords: Health Technology, Policy, Recommendations

Рр.73-74

1. Эрүүл мэндийн технологийн талаар төрөөс баримтлах бодлогын үндэслэл

“Эрүүл мэндийн технологийн өнөөгийн байдал” судалгааны үр дүн, техник тоног төхөөрөмжийн хангамжийн өнөөгийн байдал, дэлхий дахины эрүүл мэндийн технологийн хөгжлийн түвшин, эрүүл мэндийн технологийн талаар төр засаг, бодлогын түвшинд анхаарах асуудлын талаархи эмнэлгийн мэргэжилтэн, үйлчлүүлэгчдийн санал, бодолд тулгуурлан төрөөс баримтлах бодлогын үндэслэлийг дараах байдлаар тодорхойлов.

- Эрүүл мэндийн салбарын өнөөгийн тогтолцоонд шинэчлэл хийж, санхүүжилтийн тогтолцоог боловсронгуй болгон зардал, үр ашгийн оновчтой бодлогыг хэрэгжүүлэх ;
- “Монгол улсын цахим хөтөлбөр”-тэй эрүүл мэндийн мэдээллийн технологийг уялдуулан эмнэлгүүдийг интернет, дотоод сүлжээнд холбох, дүрслэл оношлогооны мэдээллийг компьютерээр боловсруулах, алсын зайн оношлогоо, эмчилгээг чадавхижуулах замаар эрүүл мэндийн салбарт цахим хөтөлбөр, мэдээллийн технологийг эрчимтэй нэвтрүүлэх ;
- Технологийн дэвшлээс хүний нөөцийн чадавхи нь хоцорч байгаа тул нэвтрүүлсэн шинэ технологийн ашиглалт хангалтгүй байгаад дүгнэлт хийж, төрөлжсөн мэргэжлийн эмч, эмнэлгийн мэргэжилтнийг өндөр технологи бүхий орнуудад багаар бэлтгэх, ялангуяа перинаталь оношлогоо, удам зүй, ураг нярайн тусламж, цээжний хөндийн мэс засал, дүрслэл

оношлогооны чиглэлээр эмнэлгийн мэргэжилтнүүдийг багаар бэлтгэх, багш урих, туршлага судлуулах, электрон сургалт зохион байгуулах ;

- Эрдэм судлалын ажилд дэмжлэг үзүүлэн, технологийн үр ашиг, өртөг болон эрүүл мэндэд үзүүлэх нөлөөний талаархи нотолгоонд тулгуурлан шийдвэр гаргах, оношлогоо, эмчилгээний үр дүнтэй, үр ашигтай технологийг нэвтрүүлэхэд дэмжлэг үзүүлэх замаар эрүүл мэндийн технологийн зохистой хэрэглээг төлөвшүүлэх ;
- Орчин үеийн шинэ дэвшилтэт технологийг өөрийн оронд сонгон нэвтрүүлэх, тоног төхөөрөмжөөр хангах, ашиглалтыг сайжруулах, инженер техникийн болон засвар үйлчилгээний мэргэжилтнүүдийг бодлогоор бэлтгэх ;
- Эмнэлгийн нэг удаагийн хэрэгслийн үйлдвэр, оношлогооны төв, лавлагаа лаборатори, засвар үйлчилгээний төв байгуулахыг бодлогоор дэмжих ;

Нэгтгэн дүгнэвэл технологийн хөгжлийн энэ зуунд эрүүл мэндийн салбарын менежментийг боловсронгуй болгох, хүний нөөцийн чадамжийг сайжруулах, эрүүл мэндийн мэдээллийн технологийг хөгжүүлэх, дэвшилтэт технологийг нэвтрүүлэх бодлогыг баримталж ажиллах шаардлагатай байна.

2. Эрүүл мэндийн технологийг сайжруулах зөвлөмж

Манай улсын эрүүл мэндийн технологийн өнөөгийн байдал, одоогийн тулгамдсан асуудлууд, энэ чиглэлээр олон улсын хэмжээнд хэрэглэгддэг загварууд зэргийг

судалж, эрүүл мэндийн технологийг сайжруулахын тулд дараах зөвлөмжийг толилуулж байна.

Эрүүл мэндийн анхдагч шатлалын түвшинд:

Урьдчилан сэргийлэх, өвчний эрт илрүүлэлт, нөхөн сэргээх, эрүүл мэндийн анхны тусламж, эрүүл мэндийг дэмжих технологи гэсэн үндсэн чиглэлээр зайлшгүй шаардлагатай технологийг багцлан, хэт авиан оношлогоо, түргэвчилсэн оношлогооны лаборатори, нөхөн сэргээх тоног төхөөрөмж, барилга байгууламжтай байхаар стандартыг боловсронгуй болгох

Хоёрдогч шатлалын түвшинд:

Хүний нөөц, техник тоног төхөөрөмжийг чадавхижуулах замаар сэтгэцийн эрүүл мэнд, эсийн түвшний шинжилгээ, дурангийн оношлогоо, эмчилгээ, хавдрын хими эмчилгээ, архаг өвчний эмчилгээ, яаралтай тусламжийн алсын зайн оношлогоо-эмчилгээ зэрэг гуравдагч шатлалд хийдэг тусламж, үйлчилгээг үзүүлдэг болгож төвлөрлийг сааруулах

Гуравдагч шатлалын түвшинд:

Эрхтэн шилжүүлэн суулгах, перинаталь оношлогоо, удам зүй, ураг нярайн тусламж, цээжний хөндийн мэс засал, зайн болон дүрслэл оношлогооны чиглэлээр багаар тусламж, үйлчилгээ үзүүлэх чадавхийг бий болгох

Салбарын хэмжээнд:

- Урьдчилан сэргийлэх, нөхөн сэргээх, өвчний эрт илрүүлэлтийн технологийн стандарт гаргах, эмийн бус эмчилгээ, асаргаа-сувилахуйн технологийг боловсруулах, хоцрогдсон технологийг халах
 - Эмнэлэг, эмнэлгийн мэргэжилтэн - үйлчлүүлэгчийн тооны харьцаа, ажлын ачаалал болон техник, тоног төхөөрөмжийн норм, норматив, халдвар хамгаалал, аюулгүй ажиллагааны стандартуудыг гаргах
 - Технологийн дэвшилтэй уялдуулан хүний нөөцийг чадавхижуулах, эрүүл мэндийн сургалтын тогтолцоо, онол, үйл ажиллагааны уялдааг боловсронгуй болгох
 - Эрүүл мэндийн технологийн чанарын хяналтыг сайжруулах
 - Бүсийн оношлогоо, эмчилгээний төв, дүүргийн нэгдсэн эмнэлэг, хөдөөгийн нэгдсэн эмнэлэг, хувийн хэвшлийн эмнэлгүүдийн шатлалын статусыг тодорхой болгох
- Өндөр үр дүнтэй, өртөг багатай оношлогоо, эмчилгээний технологийг сонгон нэвтрүүлэхийн тулд дараах хэд хэдэн асуудалд түлхүү анхаарал тавих шаардлага байна.

1. Дүрслэл оношлогооны мэдээллийг компьютерээр боловсруулах хэрэгцээ байна.

Компьютерийн техниктэй дүрс оношлогоо, рентген болон чанд авиан оношлогоо, цемийн оношлогоо, дурант оношлогоо, компьютерт томографи, соронзон цахилгаан томографи зэрэг тоног төхөөрөмжүүд нь аналог мэдээллийг тоон мэдээлэлд хувирган боловсруулалт хийж, оношлогооны дүрсийн мэдээллийг хадгалах, алсын зайнд дамжуулах, хэвлэх боломж байдаг нь нотлогдсон байна. Нөгөө талаар дүрслэл оношлогооны төхөөрөмжүүдийг нэг аргаар буюу нэг технологиор компьютерт холбох боломжтойгоороо давуу талтай юм.

2. Дүрслэл оношлогооны мэдээлэл дамжуулах сүлжээ бий болгох

Дүрслэл оношлогооны мэдээлэл дамжуулж болох сүлжээний харьцуулалт

№	Үзүүлэлт	Сатилетийн сүлжээ	Сансарын холбооны систем	Телефон сүлжээ
1	Анхны үнэ буюу хөрөнгө оруулалт	Харьцангуй хямд	Хямд	Илүү хямд
2	Барьж байгуулахад хялбар байдал	Хялбар биш, зардал шаардлагатай	Хялбар	Маш хялбар
3	Найдвар	Найдвартай	Найдвартай	Найдвартай
4	Ашиглалтын зардал	Их зардалтай	Их зардалтай	Боломжийн зардалтай
5	Өргөтгөх байдал	Хялбар	Хялбар	Маш хялбар

Дээрх харьцуулалтаас харахад нийтийн үйлчилгээний суурин телефон утасны сүлжээгээр дүрслэл оношлогооны мэдээллийг дамжуулах, мэдээлэл солилцох нь манай орны хувьд илүү тохиромжтой байна.

3. Түргэвчилсэн оношлогоо дараах чиглэлүүдээр түлхүү хөгжүүлэх, нэвтрүүлэх.

Антенатал үеийн түргэвчилсэн оношлогоо:

1. Цусанд гемоглобин, АВО болон RhD –ийн төлөвийг тогтоох, В гепатит, ХДХВ, пре-эклампсийн эрсдлийн хүчин, улаануудын дархлаа, тэмбүү;
2. Шээсэнд: Шинж тэмдгийн бус бактериури;
3. Чанд авианшинжилгээ: Ургийн гажхөгжил, тодруулбал анэнцефалопати, Spine bifida, хромсомын анамоли (Дауны хамшинж);

Нярайн үеийн түргэвчилсэн оношлогоо:

1. Үзлэг: Зүрхний төрмөл өвчин, төрмөл катаракт, крипторхизм, түнхний төрмөл мултрал;
2. Цусанд: бамбайн үйлийн төрмөл хомсдол;
3. Шээсэнд: фетилкетонури;

Хүүхдийн түргэвчилсэн оношлогоо

Үзлэг: Чих гажиг ба сонсголын үйл хямрал, мөхөс хараа, харааны хурц алдагдах, шүдний өвчин, түнхний үеийн төрмөл мултрал, түүнчлэн гэр бүл болон нийгмийн талаас тусламж, үйлчилгээ хүртэхэд бэрхшээлтэй хүүхэд;

Өсвөр үеийнхэн болон 25 хүртэлх насны залуусын түргэвчилсэн оношлогоо:

Үзлэг: хламидын халдвар;

Насанд хүрэгсдийн түргэвчилсэн оношлогоо:

- Хөхний хорт хавдар (үзлэг, хөхний рентген зураг) ;
- Умайн хүзүүний хорт хавдар (сорил) ;
- Бүдүүн шулуун гэдэсний хавдар (50-74 настай хүмүүст баасанд цус илрүүлэх)
- Хүний дархлал хомсдолын вирусийн шинжилгээ ;
- Хэвлийн гол судасны цүлхэн (65 дээш насны эрчүүдэд чанд авиан шинжилгээ),
- Чихрийн шижингийн торлогийн эмгэгшил (чихрийн шижинтэй 12 ба дээш насны хүмүүст нүдний уг дурандах) ;
- Титэм судасны эрсдэлт хүчин зүйлсийн үнэлгээ (цусны даралт, хөдөлгөөний идэвхи, тамхи татах, триглицерид сахар) ;

Өндөр настны түргэвчилсэн оношлогоо:

1. Үзлэг: Артерийн даралтын ихдэлт, зүрхний дутмагшил, сонсгол муудах, хараа муудах, тэвчишгүй байдал, хооллолтын асуудал, нүсэр эмчилгээ;
2. Сэтгэцийн байдал: Архины хэрэглээ, сэтгэл гутрал ;
3. Нийгмийн байдал: Ганцаардал, өлсгөлөн, унаж гэмтэх гэсэн чиглэлүүдээр хөгжүүлэх хэрэгтэй байна.

Танилцаж, нийтлэх санал өгсөн:
Анагаах ухааны доктор Ц.Содиномпил

АНАГААХ УХААНЫ ЁС ЗҮЙН СУРГАЛТЫГ ЗОХИОН БАЙГУУЛЛАА

Анагаах ухааны судалгаа шинжилгээний ажлын чанарыг сайжруулах нэг арга нь ёсзүйн хяналтыг сайжруулах, чанаржуулах, биоанагаахын ёсзүйн хяналтын тогтолцоог бий болгох явдал юм.

Монгол улсад анагаах ухааны ёсзүйн хяналтыг 1999 оноос ЭМЯ-ны дэргэдэх эмч, эмнэлгийн мэргэжилтний ёсзүйн хороо, ЭМШУИС, ЭНЭШТ зэрэг байгууллагын дэргэд байгуулсан ёсзүйн хороод гүйцэтгэж иржээ.

Анагаах ухааны судалгаа, шинжилгээний ажил өргөжихийн зэрэгцээ, түүнд тавих ёсзүйн хяналтыг сайжруулах шаардлага ч нэмэгдэж байна. Энэ хэрэгцээг хангах үүднээс 2008 оны 7 дугаар сард Эрүүл мэндийн сайдын 159 тоот тушаалаар анагаах ухааны чиглэлээр судалгаа, шинжилгээний ажил эрхэлдэг зарим томоохон байгууллагууд (АУХ, НЭМХ, ЭМШУИС, ЭНЭШТ,

УАШУТҮК, ХӨСҮТ)–д анагаах ухааны ёсзүйн хяналтын салбар хороодыг байгууллаа. Ийнхүү анагаах ухааны ёсзүйн хяналтын хороо, салбар хороодод 50 орчим эрдэмтэд, судлаачид, эмч, эмнэлгийн мэргэжилтнүүд, хууль, хүний эрхийн мэргэжилтнүүд ажиллах боллоо.

Анагаах ухааны ёсзүйн хяналтын хорооны үйл ажиллагаа нь түүний гишүүдийн мэдлэг, боловсрол, төлөвлөөс ихээхэн хамаатай тул эдгээр шинэ гишүүдийг сургаж, мэргэшүүлэх нь Ёсзүйн хяналтын хорооны дүрмийн чухал заалтуудын нэг байдаг. Энэ заалтыг хэрэгжүүлэх зорилгоор Анагаах ухааны ёсзүйн хяналтын үндсэн зарчим, удирдамжууд, Анагаах ухааны ёсзүйн хяналтын хорооны үйл ажиллагааны дүрмийн талаар 4 хоногийн сургалт зохион байгууллаа.

Анагаахын шинжлэх ухааны доктор Б.Бурмаа

АНАГААХ УХААНЫ САЛБАРТ БИОТЕХНОЛОГИЙН ДЭД ХӨТӨЛБӨРИЙГ ХЭРЭГЖҮҮЛЖ ЭХЭЛЛЭЭ

Монгол Улсын Засгийн газрын 2007 оны 306 дугаар тогтоолоор батлагдсан Монгол Улсад Үндэсний инновацийн тогтолцоог хөгжүүлэх хөтөлбөр, Шинжлэх ухаан, технологийн үндэсний зөвлөлийн 2008 оны 2 дугаар сарын 22-ны өдрийн хуралдааны шийдвэрийг хэрэгжүүлэх ажлын хүрээнд 2008 оноос эхлэн хийх судалгааны чиглэлийг Эрүүл мэнд, Боловсрол, шинжлэх ухааны сайдын хамтарсан 245/120 тоот тушаалаар батлан, төсөл хэрэгжүүлэх зарыг хэвлэлээр түгээж, сонгон шалгаруулалтад 28 төсөл хүлээн авч төслийг сонгон шалгаруулахаар ЭМЯ, БСШУЯ-ны хамтарсан шинжээчийн баг ажиллаа.

Ингэснээр 2008-оноос 2015 онд хэрэгжүүлэх 12 төслийг хэрэгжүүлэхээр сонгон шалгаруулж, санхүүжүүлэх, хэрэгжүүлэх гэрээг байгуулаад байна.

Эдгээр төсөл нь манай улсад биотехнологийг хөгжүүлэх, биоанагаах ухааны чиглэлээр ЭМЯ-ны захиалгат судалгааг өргөжүүлж байна. Тухайлбал хүн амын генийн сангийн судалгаа, протеомик судалгаа, шинэ эм, биобэлдмэл гарган авах, ховор эмийн ургамлын генийн санг бий болгох, тарималжуулахад чиглэгдэж байна.

Биоанагаах, биотехнологийн дэд хөтөлбөрийг хэрэгжүүлэхэд анагаах ухааны салбарт нийт 11,1 орчим тэрбум төгрөгийн төсөв зарцуулахаас судалгааны төслүүдийн санхүүжилтэд 5,4 тэрбум гаруй төгрөгийг зарцуулахаар төлөвлөж байна.

*Боловсрол, соёл, шинжлэх ухааны сайд,
Эрүүл мэндийн сайдын 2008 оны 5 дугаар
сарын 14-ний өдрийн 245/120 дугаар
хамтарсан тушаалын хавсралт*

Монгол Улсад Үндэсний инновацийн тогтолцоог хөгжүүлэх хөтөлбөрийн хүрээнд эрүүл мэндийн салбарт хийгдэх судалгааны чиглэлүүд

№	Судалгааны чиглэл, хэрэгжүүлэх хугацаа	Санхүүжилтийн хэмжээ (сая төг.)	
		Нийт	үүнээс: 2008 он
1	Эдийн өсгөвөр, болон хими микробиологийн аргаар ургамал, эрдсийн гаралтай эм, бэлдмэлийн түүхий эд бэлтгэх, зарим ховор, ховордсон эмийн ургамлыг өсгөвөрлөх (2009-2011)	1668.5	50.0
2	Хүн амын дунд түгээмэл тархсан нутгийн омогт суурилсан шинэ вакцин, биобэлдмэлийг үйлдвэрлэн, нэр төрлийг олшруулж, эрүүл мэндийн үйлчилгээнд нэвтрүүлэх (2008-2015)	1562.7	35.
3	Бактери, вирусын рекомбинант омгийг үйлдвэрлэлд нэвтрүүлэх (2008-2015)	1527.5	20.0
4	Монгол оронд зонхилон тохиолддог халдварт өвчин үүсгэгч бичил биетний нутгийн омгийн генийн судалгаа хийх (2008-2010)	822.5	60.0
5	Хорт хавдрын оношилгоо, эмчилгээнд дарлал судлалын аргыг өргөн ашиглах (2010-2013)	705.0	-
6	Хүрээлэн буй орчны бохирдлын хүн амын эрүүл мэндэд үзүүлэх нөлөөллийг биомаркераар илрүүлэх судалгаа хийх, "Биомаркер төсөл" хэрэгжүүлэх (2008-2010)	893.0	25.0
7	Геномикс, протеомикс болон биоинформатик судалгаа (2011-2013)	1527.8	130.0
8	Хүний үүдэл эсийн судалгаа (2011-2015)	2937.5	-

Анагаахын шинжлэх ухааны доктор Б.Бурмаа

ЭРДЭМ ШИНЖИЛГЭЭНИЙ ТӨСЛИЙН ХЭРЭГЖИЛТИЙН БАЙДАЛ

2008 онд анагаах ухааны салбарт хэрэгжүүлж буй эрдэм шинжилгээний төсөлт ажил, суурь судалгааны сэдэвт ажлын хэрэгжилтийн байдалд ЭМЯ-ны ШУТЗ-ийн даргаар батлуулсан удирдамжийн дагуу, холбогдох чиглэлийн эрдэмтдийн оролцоотойгоор үзлэг хийлээ.

2008 онд ЭМЯ-ны захиалгаар анагаах ухааны салбарт хэрэгжүүлж буй эрдэм шинжилгээний төслүүд

Д/д	Төслийн нэр	Байгуул- лага	Хугацаа
1.	Монголын хүн амын ундны ус, хоол, тэжээлийн үнэлгээ, эрсдэлт хүчин зүйл, хүнсний аюулгүй байдлын судалгаа	НЭМХ	2006-2008
2.	Цус, цусан бүтээгдэхүүний аюулгүй байдлыг хангах, хүрэлцээтэй тогтвортой хангамжийг бүрдүүлэх арга, технологи	НЭМХ	2006-2008
3.	Сурагчдын эрүүл мэнд, сургуулийн орчин, хооллолтын хамаарлын эрүүл ахуйн судалгаа, эрүүл мэндийг сайжруулах арга зам	НЭМХ	2007–2009
4.	Халдварт бус өвчний нийтлэг эрсдэл, хүн амын нас баралт, агаарын бохирдлын хамаарлын судалгаа	НЭМХ	2007-2009
5.	Бөөр шилжүүлэн суулгалт	АУХ	2006-2007
6.	“Монгол угсаатны LDLR генийн хэв шинж, ангиотензиногены ген, PSORS1 генүүд даралт ихсэх, судас хатуурах, арьсны эмгэгт нөлөөлөх нь”	АУХ	2007-2009
7.	Хорт хавдрын эрт илрүүлэлт, эдийн засгийн үр ашгийн судалгаа, сэргийлэх арга зам	АУХ	2007-2009
8.	ТомХш ба титэм судасны эмгэгийн судалгаа	АУХ	2007-2009
9.	Элэгний биотрансформацийн эмнэлзүйн судалгаа	АУХ	2007-2009
10.	Мэдрэлийн удамшлын өвчнүүдийн болон мэдрэлийн түгмэл хатуурал өвчний тархалт, эмнэлзүйн бүтцийг Монгол орны зарим аймгийн хүн амын дунд тогтоох судалгаа	АУХ	2007-2009
11.	Монгол орны хөдөөгийн хүн амын дунд эпилепси, мэдрэлийн удамшлын болон түгмэл хатуурал өвчнүүдийн тархалт, эмнэлзүйн хэлбэрүүд, шалтгаан хүчин зүйлс, эмчилгээ, урьдчилан сэргийлэлт	АУХ	2008-2010
12.	Монголын хүн ам дахь зүрх судасны тогтолцооны өвчлөл, давтамж, нас баралт, нөлөөлөх хүчин зүйл, байгаль, газарзүйн тархалт	АУХ	2008-2010
13.	Хоол боловсруулах эрхтний зарим эмгэгийн үеийн нян хямралын судалгаа	АУХ	2008-2010

14.	Улаанбаатар хотын хүн амын биологийн наслалт, бие мах бодын өөрчлөлтийг зүрх судасны өвчлөлийн зарим байдалтай уялдуулан судлах нь	АУХ+ УАШУТҮК	2007- 2008
15.	Уламжлалт анагаах ухааны онол, практикийн шинэ шийдлүүд	УАШУТҮК	2007- 2009
16.	Хүдрийн заарын судалгаа	УАШУТҮК	2008- 2010
17.	Ураг нярай болон хүүхдэд олонтаа тохиолддог эмгэгийн оношлогоо, эмчилгээний орчин үеийн дэвшилтэт аргыг практикт нэвтрүүлэх арга зам	ЭНЭШТ	2006- 2008
18.	Архаг халдваруудын үе дэх эсийн дархлааны өөрчлөлт түүний тархвар судлалын болон эмнэл зүйн ач холбогдол, засах оновчтой арга зам	ХӨСҮТ	2007- 2009
19.	А вируст гепатитийн дархлаа тогтцын түвшин, өвчлөлөөс сэргийлэх үр дүнтэй арга зам, эдийн засгийн үр ашиг	ХӨСҮТ	2007- 2009
20.	Монгол оронд тохиолдох харшлын шалтгаант арьсны зарим өвчний тархац, эмнэлзүй, оношлогоо, эмчилгээ, сэргийлэх арга	АӨСТ	2008- 2010
21.	Шинээр гарч буй болон дахин сэргэж буй зарим халдвар (АЦХахь Шувууны томуу, Баруун Нилийн халдвар)-ын Монгол дахь экологийн орчлын судалгаа	БГХӨЭСҮ Т	2006- 2008
22.	Монгол хүний дотор эрхтний бүтэц, судасжилтын насны онцлог	ЭМШУИС	2008- 2009
23.	Устаж байгаа зарим эмийн ургамлын геномын судалгаа	ЭМШУИС	2008- 2009
24.	Бөөр шээсний замын эмгэгийн тархалт, нөлөөлөх хүчтн зүйлсийг тогтоох, оношлогоо, эмчилгээг боловсронгуй болгох нь	ЭМШУИС	2008- 2011
25.	Эх орны байгалийн цэвэр түүхий эд (хужир, шүү, жамц давс гэх мэт) ашиглан хоол боловсруулах үйл ажиллагааг сайжруулах ба ясны сийрэгжилтээс сэргийлэх үйлчлэл бүхий биологийн идэвхит нэмэлт гарган авах	ЭМШУИС ШУТИС	2007- 2010
26.	Амьсгалын замын эмгэгийн тархалт, өвчлөлийн бүтэц, нөлөөлөх хүчин зүйлийг тогтоох, сэргийлэлтийг боловсронгуй болгох нь	Ач АУДЭС	2008- 2011

**2008 ОНД ЭМЯ-НЫ ЗАХИАЛГААР ХЭРЭГЖҮҮЛЖ БҮЙ
СУУРЬ СУДАЛГААНЫ СЭДВИЙН ТОВЧОО**

Д/д	Төслийн нэр	Байгууллага	Хугацаа
1	Виүсийн үйлчиллээр сэдээгдсэн элэгний анхдагч өмөн үүсгэх механизмыг судлах амьтны загвар	НЭМХ	2008-2010
2	Монго хүний цусан дахь зарим ферментийн хэмжээ, архины хэрэглээний харилцан хамаарлын судалгаа	НЭМХ	2008-2010
3	Монгол хүний насжилтад дааврын болон дархлааны хүчин зүйлийн нөлөө (Удирдагч: АШУД, проф. Ц.Лхагвасүрэн)	ЭМШУИС	2006-2008
4	Элэгний архаг эмгэгтэй өвчтөнүүдийн патогистологийн судалгаа (Удирдагч: АУД, Д.Даваадорж)	ЭМШУИС	2007-2009
5	Эм болон эмийн бодисын хортой байдал ба ураг, үр хөврөлийг хордуулах гаж нөлөөг илрүүлэх судалгаа (Удирдагч: АУД, проф. И.Пүрэвдорж)	ЭМШУИС	2007-2009
6	Хоёрдугаар хэв шинжийн чихрийн шижингийн эмнэл зүй-генетикийн судалгаа (Удирдагч: АУД, проф. Х.Алтайсайхан)	ЭМШУИС	2007
7	Насжилтын үеийн өнчин тархи-бэлгийн дааврын зохицуулалтын өөрчлөлт (АУД, проф. Д.Энэбиш)	ЭМШУИС	2008-2010
8	“Боом өвчний үүсгэгчийн молекул генетикийн судалгаа” (АУД Д.Цэрэнноров)	БГХӨЭСҮТ	2007-2009

ТАЛАРХАЛ

“Монголын анагаах ухаан” сэтгүүлийн 2008 оны 3 дахь дугаарыг нийтлүүлэхэд санхүүгийн бүрэн дэмжлэг үзүүлж, уламжлалт анагаах ухааны тулгамдсан асуудлаар сонирхолтой олон илтгэлийг нийтийн хүртээл болгож буй Япон-Монголын хамтарсан “Уламжлалт анагаах ухааныг дэлгэрүүлэх” төслийн хамт олонд гүн талархлаа илэрхийлж, цаашдын судалгаа шинжилгээ, бүтээл туурвил, хамтын ажиллагаанд өндөр амжилт хүсэн ерөөе.

Редакцийн зөвлөл

**“МОНГОЛЫН АНАГААХ УХААН”
СЭТГҮҮЛИЙН РЕДАКЦИЙН ЗӨВЛӨЛ**

ТЭРГҮҮЛЭГЧИД

- | | |
|-----------------------|--|
| <i>Л.Лхагва</i> | - Ерөнхий эрхлэгч, академич, анагаахын шинжлэх ухааны доктор, профессор, хүний гавъяат эмч |
| <i>Н.Жаргалсайхан</i> | - Орлогч эрхлэгч, анагаахын шинжлэх ухааны доктор, профессор |
| <i>М.Амбага</i> | - Орлогч эрхлэгч, анагаахын шинжлэх ухааны доктор, профессор |
| <i>Б.Бурмаа</i> | - Хариуцлагатай нарийн бичгийн дарга, анагаахын шинжлэх ухааны доктор |
| <i>Б.Гоош</i> | - Академич, анагаахын шинжлэх ухааны доктор, профессор, Төрийн шагналт, ардын эмч |
| <i>Н.Баасанжав</i> | - Академич, анагаахын шинжлэх ухааны доктор, профессор, ардын эмч, Хөдөлмөрийн баатар |
| <i>Э.Лувсандагва</i> | - Академич, анагаахын шинжлэх ухааны доктор, профессор, ардын эмч |
| <i>П.Нямдаваа</i> | - Академич, анагаахын шинжлэх ухааны доктор, профессор |
| <i>Ц.Хайдав</i> | - Академич, анагаахын шинжлэх ухааны доктор, профессор, шинжлэх ухааны гавъяат зүтгэлтэн |

ГИШҮҮД

- | | |
|------------------------|--|
| <i>Д.Амгаланбаатар</i> | - Анагаахын шинжлэх ухааны доктор, профессор |
| <i>Ж.Батсуурь</i> | - Биологийн шинжлэх ухааны доктор, профессор |
| <i>С.Бямбасүрэн</i> | - Анагаах ухааны доктор, профессор |
| <i>Н.Даваацэрэн</i> | - Анагаах ухааны доктор, профессор, төрийн шагналт, хүний гавъяат эмч |
| <i>Я.Дагвадорж</i> | - Анагаах ухааны доктор, дэд профессор |
| <i>Д.Дунгэрдорж</i> | - Академич, эм зүйн шинжлэх ухааны доктор, профессор, гавъяат багш |
| <i>Г.Жамба</i> | - Анагаах ухааны доктор, профессор, гавъяат багш |
| <i>Б.Жав</i> | - Анагаах ухааны доктор, профессор, ардын эмч |
| <i>Ц.Мухар</i> | - Анагаахын шинжлэх ухааны доктор, профессор, эрүүлийг хамгаалахын гавъяат ажилтан |
| <i>Д.Малчинхүү</i> | - Анагаах ухааны доктор, профессор, хүний гавъяат эмч |
| <i>Н. Мөнхтүвшин</i> | - Анагаах ухааны доктор, дэд профессор |
| <i>Л.Нарантуяа</i> | - Анагаахын шинжлэх ухааны доктор |
| <i>Н.Нямдаваа</i> | - Анагаах ухааны доктор, хүний гавъяат эмч |
| <i>П. Онхуудай</i> | - Анагаахын шинжлэх ухааны доктор, профессор, хүний гавъяат эмч |
| <i>Б. Оюунбат</i> | - Анагаах ухааны доктор, профессор |
| <i>Ж. Оюунбилэг</i> | - Биологийн шинжлэх ухааны доктор |
| <i>Д. Оюунчимэг</i> | - Анагаах ухааны доктор |
| <i>А.Өлзийхутаг</i> | - Анагаахын шинжлэх ухааны доктор, профессор, хүний гавъяат эмч |
| <i>Ж.Раднаабазар</i> | - Анагаахын шинжлэх ухааны доктор, профессор, хүний гавъяат эмч |
| <i>Э.Санжаа</i> | - Анагаах ухааны доктор, профессор, хүний гавъяат эмч |
| <i>Ц. Содномпил</i> | - Анагаах ухааны доктор |
| <i>Г.Цагаанхүү</i> | - Анагаах ухааны доктор, профессор, хүний гавъяат эмч |
| <i>Н.Цэнд</i> | - Анагаах ухааны доктор |
| <i>Б.Цэрэндаш</i> | - Академич, анагаахын шинжлэх ухааны доктор, профессор |
| <i>У.Цэрэндолгор</i> | - Анагаахын шинжлэх ухааны доктор |
| <i>Б. Шижирбаатар</i> | - Анагаах ухааны доктор, профессор, гавъяат багш |
| <i>Б.Эрдэнэчулуун</i> | - Анагаахын шинжлэх ухааны доктор, дэд профессор |

**Шуудангийн хаяг:
Улаанбаатар-48, Ш/Х-30
“Монголын анагаах ухаан”
сэтгүүлийн редакцийн зөвлөл**

**Хариуцлагатай нарийн бичгийн
дарга Б. Бурмаа
ЭМЯ-ны III давхарт 303 тоот өрөө,
Утас: 263925
E-mail: burmaajav@yahoo.com**

Тодруулга: Сэтгүүлийн хэвлэлтийн өртөг, хэвлэгдсэн бүтээл, хуудасны тоо нэмэгдэж байгаатайгаар холбоотойгоор захиалгийн үнийг нэмэгдүүлж байгааг болгооно уу

Эрхэм хүндэт бичигч, уншигч, сонирхогч Та бүхэн сэтгүүлээ өргөнөөр захиална уу. Манай сэтгүүлийн бодлого, нийтлэлийн талаархи Та бүхний санал бидэнд үнэтэй байх болно.